

Análise da Atenção Básica em Cinco Municípios da Amazônia Ocidental, com Ênfase no Programa Saúde da Família

Analysis of Primary Care in Five Municipalities of Western Amazonia, with Emphasis on Family Health Program

Janete Maria Rebelo Vieira

Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde Pública. Professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas.

Endereço: Rua Paraíba, 498, Apto. 504, Adrianópolis, CEP 69057-021, Manaus, AM, Brasil.

E-mail: jmrvieira@ufam.edu.br

Luíza Garnelo

Médica. Doutora em Ciências Sociais. Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas e pesquisadora do Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz.

Endereço: Fiocruz, Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane. Rua Teresina, 476, Adrianópolis, CEP 69057-070, Manaus, AM, Brasil.

E-mail: luiza.garnelo@amazonia.fiocruz.br

Virginia Alonso Hortale

Médica. Pós-doutora em Gestão de Ensino. Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz.

Endereço: Fiocruz Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos, CEP 21040-210, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: virginia@ensp.fiocruz.br

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar o processo de gestão da atenção básica, aí incluído o Programa de Saúde da Família (PSF), em cinco municípios da Amazônia Ocidental. A descentralização, entendida como meio de aprimoramento da gestão local, também foi investigada. Trata-se de um estudo qualitativo, que explorou o plano político-institucional dos sistemas de saúde dos municípios, através das dimensões projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade. A coleta de dados foi realizada por meio de técnicas combinadas: análise da documentação oficial dos sistemas municipais de saúde; realização de entrevistas semiestruturadas junto aos gestores municipais de saúde e gerentes intermediários da atenção básica, do PSF e da direção de unidades de saúde (PSF e não PSF) para subsidiar estudo sobre o modelo de gestão e atenção à saúde, e consulta aos sistemas nacionais e municipais de informação. Os resultados mostraram baixa capacidade gestora, dificuldade em definir prioridades para a saúde, inexistência ou incipiência de ações intersetoriais, limitação na autonomia financeira e uma base de apoio político precária; limitada formação técnica dos gestores e de suas equipes, com carência de aperfeiçoamento profissional; quadro técnico dos profissionais da rede de serviços insuficiente em número e em qualificação para efetuar uma gerência qualificada de serviços de atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Atenção básica; Programa de Saúde da Família; Gestão em saúde; Descentralização; Avaliação.

Abstract

The objective of this paper was to analyze the primary healthcare management process, including the *Programa Saúde da Família* (PSF - Family Health Program), in five municipalities located in the western part of the Amazon region. Decentralization, understood as a means of improving the local management, was also investigated. This was a qualitative study that explored the political-institutional level of the municipalities' healthcare systems through the dimensions of government project, government capacity and governability. Data collection was accomplished by means of combined techniques: analysis of official documentation from the municipal healthcare systems; conduction of semi-structured interviews with municipal healthcare managers, managers of the primary healthcare services, of PSF and of the administration of healthcare units (both PSF and non-PSF) to subsidize a study on the healthcare provision and management model; and consultation of the national and municipal information systems. The results showed low management capacity, difficulty in defining healthcare priorities, nonexistent or incipient intersectoral actions, limited financial autonomy and a precarious political support base; limited technical training of managers and their team; insufficient and low-qualified technical staff of the services network, which prevent them from performing a skilled management of primary healthcare.

Keywords: Primary Care; Family Health Program; Health Management; Decentralization; Evaluation.

Introdução

O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS), direcionada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica (AB). Ele busca contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família em municípios com população acima de 100 mil habitantes. Está dividido em três componentes: o primeiro visa a apoiar a conversão do modelo de AB de Saúde, com vistas a superar a hegemonia atual do atendimento curativo-individual e a priorizar a dimensão coletiva do cuidado; o segundo componente está voltado para o desenvolvimento de recursos humanos, e o terceiro componente para a implantação de um sistema de monitoramento e avaliação do Programa de Saúde da Família (PSF) em todo o país¹.

Uma das estratégias para o desenvolvimento desse último componente foi estabelecer uma linha de base que expressasse a situação atual de organização e o funcionamento do PSF nos municípios de 100 mil habitantes, com vistas a possibilitar a institucionalização da avaliação e o monitoramento do PSF nos anos subsequentes à implantação do PROESF (Bodstein e col., 2006).

O foco do presente artigo, um dos produtos desse estudo, é a análise do processo de gestão da AB, em particular a implementação do PSF em cinco municípios da Amazônia Ocidental com mais de 100 mil habitantes, selecionados para o estudo. Esses municípios representam as maiores concentrações demográficas e os maiores níveis de urbanização nessa região do país.

No processo de descentralização vigente no país, o município passa a assumir a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde em níveis de maior ou menor complexidade, de acordo com seu grau de enquadramento nas modalidades de gestão estabelecidas pela NOB/96 ou NOAS/2002. Essa nova condição impõe ao gestor uma série de desafios (formulação de políticas e programas e orientação

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família*. Brasília: Editora MS/Coordenação Geral de Documentação e Informação/SAA/SE, 2002.

às políticas e programas existentes, proporcionar qualidade dos serviços prestados e outros) para melhorar sua capacidade de gestão e ampliar sua governabilidade sobre o sistema de saúde, a fim de efetivar seu projeto de governo (Matus, 1993; Mottin, 1999; Teixeira e col., 2002).

Nesse contexto, a análise do processo de planejamento do sistema municipal de saúde pode representar uma via para o entendimento da situação político-institucional e das características de gestão dos sistemas de saúde sob análise; e do grau de descentralização e democratização na tomada de decisão no SUS na região amazônica. Dada a carência de informações sobre os processos organizativos e gerenciais da municipalização em saúde na Amazônia, o estudo também pode contribuir para a redução dessa lacuna ao oferecer um painel informativo-comparativo das condições encontradas nesses sistemas municipais de saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo, descritivo-comparativo, viabilizado através de estudos de caso de cinco municípios da Amazônia Ocidental. O período estudado foi de 2001 a 2005. Em obediência aos princípios éticos, os casos serão identificados apenas como municípios A, B, C, D, E. Os critérios de seleção dos municípios foram preestabelecidos pelo MS no âmbito do Estudo de Linha de Base - ELB do PROESF. Este estudo priorizou os municípios com população maior que 100 mil habitantes, dado o reconhecimento de que representavam importantes desafios à expansão do PSF no território nacional.

Tomou-se como ponto de partida o “modelo teórico-lógico” (Medina e col., 2005; Vieira-da-Silva e col., 2007), que orientou o desenvolvimento do ELB como um todo. De acordo com estudo original de Vieira-da-Silva e colaboradores (2007), a descentralização - aqui entendida como transferência de recursos e de poder de decisão para o âmbito municipal - foi utilizada como eixo de avaliação dos sistemas municipais de saúde sob investigação. Esse modelo

foi ordenado através de três grandes categorias de análise: o componente de governo, gestão da saúde e práticas assistenciais. Cada um desses níveis analíticos comportou, por sua vez, um conjunto de dimensões e subdimensões que permitiam escrutar as características do processo de gestão e operacionalização dos sistemas municipais de saúde investigados.

Este artigo limitar-se-á a discutir, nos sistemas de saúde dos cinco municípios estudados, os componentes de governo, com suas respectivas dimensões (projeto de governo: prioridade para a saúde, financiamento e iniciativas intersetoriais; capacidade de governo: formação técnica do quadro gestor, adequação do quadro de pessoal, política de RH em acordo com a política de governo; e governabilidade: base de apoio política, autonomia financeira, relacionamento entre gestores²). Outras categorias de análise do modelo lógico, ainda que relevantes para o estudo dos sistemas de saúde da região, fogem aos objetivos do artigo e serão objeto de outras publicações.

Os dados coletados referem-se ao período de 2001 a 2005 e foram obtidos por meio de diversas técnicas combinadas. Os documentos analisados foram: Planos Municipais de Saúde (PMS), Relatórios de Gestão (RG) e relatórios do Pacto da AB do período supracitado. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas junto aos gestores municipais de saúde e gerentes intermediários da AB, do PSF e diretores de unidades de saúde (PSF e não PSF) selecionadas para o estudo, no total de 40 entrevistados. A totalidade de gestores municipais, gerentes de AB e de PSF dos municípios estudados foi entrevistada. A seleção de diretores de unidades de saúde obedeceu aos critérios do componente quantitativo da pesquisa. As unidades sorteadas para compor a amostra tiveram seus dirigentes entrevistados. Também foram consultados os sistemas nacionais e municipais de informação (SIOPS, SINAN, SIA/SUS, SIAB, CNES) para obter os dados referentes ao processo de planejamento e gestão dos municípios.

A análise documental foi dificultada pela irregularidade na elaboração de documentos de programação e de gestão pelos municípios, com desconti-

2 O termo *gestor* será utilizado no texto para designar os secretários de saúde. Para designar outros dirigentes, como coordenador da AB, gerentes do PSF e de unidades de saúde utilizamos os termos *gerente* ou *gerente intermediário*, aqui tomados como sinônimos.

nuidade de informação para o período selecionado³. Todos os municípios estudados apresentaram os PMS e RG, mas apenas 20% deles apresentaram toda a documentação requerida pelo estudo. Essa limitação foi contornada pelo procedimento sistemático de triangulação e comparação das diversas fontes de dados, buscando suprir lacunas de informação e propiciar uma aproximação mais fidedigna da realidade.

A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi devidamente aplicado aos respondentes da investigação.

Resultados

Variáveis sociodemográficas e sanitárias

A discussão dos componentes de governo dos cinco municípios estudados foi precedida pelo estudo de variáveis sociodemográficas e sanitárias que oferecem contexto ao exercício da política de governo nos municípios estudados (Tabela 1).

Pode-se observar uma assimetria na situação demográfica dos municípios. Há grande concentração populacional em um dos cinco municípios, ao lado de relativo equilíbrio entre os outros quatro, no entanto, com elevadas taxas de crescimento populacional. A média de esperança de vida ao nascer (66,7 anos) para o ano de 2000 nos cinco municípios era, no mesmo período, mais baixa que a média nacional (68,6). O registro da mortalidade infantil em 2000 mostra valores menores (30,6 por 1.000 nascidos vivos) que a média da mortalidade infantil para o país (31,8 por 1.000 nascidos vivos), sugerindo sub-registro de óbitos. Tal hipótese é corroborada pela limitada extensão de cobertura da rede de assistência nos municípios estudados e pela reduzida alocação de equipes no PSF nesses municípios. Os dados coletados mostraram que o número de equipes cadastradas nos cinco municípios do estudo era: 4,10% (A), 56,52% (B), 27,31% (C), 64,47% (D) e 35,48% (E), respectivamente. Assinale-se serem percentuais menores que o necessário para o alcance

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de saúde em cinco municípios da Amazônia Ocidental

Indicadores	Municípios				
	A	B	C	D	E
População (2005)	242.179	112.439	1.644.690	373.917	305.731
Taxa de crescimento populacional (2005)	3,7% a.a.	1,0% a.a.	3,2% a.a.	2,2% a.a.	2,8% a.a.
Esperança de vida ao nascer (anos) (2000)	67,1	66,9	67,7	64,8	66,9
Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) (2000)	31,6	28,3	28,7	34,6	29,6
Percentual de cobertura do PSF (2005)	72,45	31,49	39,08	25,89	50,13
População cadastrada (2005)	175.458	35.407	642.744	96.807	153.263
Número de equipes atuando no PSF (2005)	47	10	173	27	40
Número ideal de equipes PSF (2005)	49	23	238	76	62

Fontes: Relatório final dos Estudos de Linha de Base nos municípios selecionados para o componente III do PROESF – Lote Norte 1 e www.datasus.gov.br (Acesso em: julho de 2006).

3 (Município A: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde - 2004; Plano Municipal de Saúde 2002/2005; Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde 2001/2004; Pacto da Atenção básica 2005. Município B: Plano Municipal de Saúde 2005/2006; Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde - 2004; SIOPS 2004; Pacto da Atenção básica 2004. Município C: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde - 2004; Plano Municipal de Saúde 1999/2001, 2002/2003, 2004/2005; Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde 2002, 2003, 2004; SIOPS 2004; Pacto da Atenção básica 2004. Município D: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde - 2005; Plano Municipal de Saúde 2000; Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde 2003, 2004; SIOPS 2004; Pacto da Atenção básica 2004. Município E: Plano Municipal de Saúde 1999/2002, 2003/2006; Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde 2004; SIOPS 2004; Pacto da Atenção básica 2004).

das coberturas de 70% e 50% da população de cada município, conforme estipulado pelo MS. Dos cinco municípios, o município A possui uma cobertura próxima da esperada e o município D apresentava a cobertura mais baixa no grupo.

Habilitação

O município A estava habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) desde o ano de 1999, de acordo com a NOB/96, o que significa a responsabilidade de prover atenção à saúde dos munícipes em todos os níveis de complexidade. O município B estava habilitado na GPSM de saúde, e em transição para a NOAS/02. Isso implica em se responsabilizar pela gestão e execução de serviços próprios e transferidos pelo estado e União, em nível ambulatorial e hospitalar; pela implantação de ações de vigilância sanitária e outras responsabilidades pactuadas pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB⁴.

Já no município C, o processo de habilitação da AB teve início em 1998 quando foi habilitado pela primeira vez na Gestão Plena da Atenção Básica - GPAB. Em 2003, o município passou a ser habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPABA, de acordo com a NOAS/2002, aumentando sua responsabilidade sobre os serviços básicos de saúde. De acordo com o PMS (2002-2003) e o RG (2004), desde 1998 esse município vinha disputando a gestão da AB com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), que se recusava a municipalizar suas unidades básicas de saúde. O repasse parcial dessas unidades ocorreu em 2004, após a abertura de um processo junto ao Ministério Público. Do total de unidades básicas de saúde, 35,6% permaneciam sob controle da SES que prestava 43% do total de atendimentos da rede básica do município C.

O município D tem uma conturbada trajetória de habilitação. Primeiramente foi habilitado na GPSM em 1998; porém, em 2000, sua habilitação foi redefinida para a GPAB, estágio menos avançado que o anterior. Em 2003, o município foi reavaliado e reabilitado para a GPABA, segundo os termos na NOAS/2002. De acordo com os documentos con-

sultados, esse processo se deu devido a conflitos com a SES, às indefinições na responsabilização (municipal ou estadual) da gestão da rede básica e de referência, e à falta de instrumentos administrativos capazes de garantir o repasse de recursos financeiros ao município.

A primeira habilitação da AB do município E deu-se em 1998, seguindo as recomendações da NOB/96, na condição de GPAB. No ano de 1999, o MS desabilitou o município dessa condição, determinando que a SES adotasse as providências necessárias para assegurar a continuidade dos atendimentos aos usuários do SUS nas unidades assistenciais até então submetidas à gestão do município. Ainda que não se tenha encontrado nos documentos consultados nenhuma referência à nova habilitação do município E, ele estava habilitado na condição de GPAB, de acordo com a NOB/96. Ressalte-se que tal condição de habilitação foi única entre todos os municípios estudados.

O aprendizado institucional de um município pode ser medido através da modalidade de habilitação adotada nas normas operacionais (NOB/93; NOB/96) (Viana e col., 2002). Os municípios que entraram diretamente para a GPSM (NOB/96) ou que passaram da condição de GPAB (NOB/96) para a GPSM sem terem sido habilitados na NOB/93 são considerados como baixo aprendizado institucional (Viana e col., 2002). Se adotarmos essa categorização, todos os municípios estudados podem ser considerados de baixo aprendizado institucional. De modo geral, sua trajetória de gestão se caracterizou pela lenta progressão rumo aos níveis de maior responsabilização no processo de gestão instituído pelo SUS.

Componentes de Governo

Projeto de Governo

A partir das informações oriundas das fontes documentais e das entrevistas, ficou evidenciada a ocorrência de grandes dificuldades na definição de prioridades. O município A apontou como prioridade para o período 2002-2005 o reordenamento de sua política de saúde com a ampliação da oferta

4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

de ações do PSF. Para isso programou em seu PMS construir e reformar diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS); investir na aquisição de equipamentos; contratar profissionais por meio de concurso e seleção públicos; promover capacitação em AB para os profissionais de saúde; contratar serviços privados para realização de procedimentos de média complexidade; reestruturar a vigilância sanitária; incrementar as ações de vigilância epidemiológica; desenvolver ações em dezesseis formas de atenção programática (saúde do idoso, combate às carências nutricionais, educação em saúde, adolescente e jovem, tuberculose, hanseníase, saúde mental, imunização, viva mulher, doenças como sarampo e rubéola, doenças crônicas não transmissíveis, materno infantil, planejamento familiar, assistência farmacêutica). O RG equivalente ao período não explicitava o desempenho do município ante um universo tão amplo de metas. Porém, tão elevado número de prioridades em um período curto é indicativo de baixa viabilidade em executar as metas programadas.

O município B destacou o investimento na AB sem, contudo, explicitar o tipo de investimento a ser priorizado. Na organização da assistência enfatizou o atendimento pleno à população em todos os níveis de complexidade; o estímulo à qualificação técnica de dirigentes e profissionais do SUS; a sensibilização dos gestores municipais para o desenvolvimento integral das ações básicas em saúde e a implantação de ações programáticas como imunização, vigilância epidemiológica, tuberculose e hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, hipertensão e diabetes melito, saúde bucal, saúde mental, malária, dengue e febre amarela, saúde do índio, ações de reabilitação, vigilância sanitária, PACS e PSF.

Cabe lembrar que esse município estava habilitado na GPSM, o que significa que a implantação de ações de imunização, saúde da criança, saúde da mulher e outras estratégias de atenção programáticas é uma ação que já deveria fazer parte da rotina do município nessa condição de habilitação para gestão. Na ausência de outras informações que elucidassem essa contradição é possível pensar em duas possibilidades: ou o município não dispunha dos requisitos necessários para desempenhar as atribuições exigidas de seu nível de habilitação, ou

o PMS não expressa a condição real do sistema de saúde desse município. A primeira hipótese é reforçada pelo fato de o município não ter cumprido a EC 29, em 2004, investindo apenas 13,4% de recursos próprios na atenção à saúde.

No município C, as prioridades se voltaram para a implantação da GPAB; implantação de sistema de auditoria; capacitação dos gerentes dos distritos sanitários e de profissionais das UBS; operacionalização de sistemas de informação e de vigilância em saúde (epidemiologia e vigilância ambiental); implantação de sistema de controle de endemias; reordenamento da rede de AB; finalização da conversão do programa Médico da Família para adequá-lo aos parâmetros definidos pela NOAS/2002; implantação dos distritos de saúde e de uma nova estrutura organizacional para a secretaria; ampliação/construção de unidades de saúde e de administração; modernização da rede de equipamentos de informática; ampliação de cobertura de ações programáticas dos programas do MS. Tal como ocorreu nos outros municípios, a lista de prioridades é muito mais ampla do que seria possível cumprir neste período de tempo.

O município D definiu em seu PMS um total de 55 prioridades e 450 estratégias de implementação dessas prioridades, voltadas majoritariamente para aquisição de equipamentos, construção e reforma de rede física e implantação de diversas atividades programáticas, as quais, em tese, já deveriam estar operantes no município. O número excessivo de ações priorizadas, tornando pouco factível o alcance das metas pactuadas, evidencia dificuldade em sistematizar um adequado processo de planejamento.

Por fim, o município E apresentou prioridades e estratégias voltadas para a organização e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; operacionalização do Fundo Municipal de Saúde; implantação de órgão de planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados pelo setor privado; articulação com os outros municípios no estado; implementação do PSF com expansão do referido programa de acordo com as diretrizes do PROESF; estabelecimento da referência e contrarreferência nas Unidades Saúde da Família; implantação das equipes de supervisão do PSF; viabilização de contrapartida estadual para custeio das ações do PSF; implementação das ações

do PACS; implementação das ações do programa Bolsa Alimentação; assim como outras, voltadas para viabilizar programas e recomendações do MS.

Em relação aos avanços e limites dessas estratégias de planejamento, observa-se que os municípios não tiveram sucesso em definir critérios para estabelecer prioridades. Os documentos de gestão limitavam-se a enunciar longas listas de um conjunto rotineiro de ações programáticas e de melhoria da infraestrutura. Dadas suas condições de gestão, o cenário esperado seria o desenvolvimento rotineiro de tais ações já implantadas em anos anteriores, mesmo que elas demandassem aprimoramento e/ou extensão de cobertura, porém as programações contidas nos documentos oficiais traziam propostas claras de implantação. Além disso, constatou-se que, com exceção dos municípios C e E, os documentos de planejamento e gestão não continham indicadores mínimos de acompanhamento das ações. Igualmente foi evidenciado um insuficiente (ou ausente, a depender do caso) uso de dados epidemiológicos para subsidiar o planejamento. Os RG mostravam, exceto para o município E, um grande desencontro entre o que havia sido planejado nos PMS e nas programações anuais de trabalho e os resultados avaliados no RG. As divergências eram tais que a comparação entre essas duas fontes de informação para o mesmo

período dava a impressão de total descompasso entre o planejamento, a execução e as avaliações ocorridas nos sistemas municipais de saúde.

Tais achados são semelhantes ao estudo de Motin que, em pesquisa realizada em 35 municípios do Estado do Rio Grande do Sul, evidenciou que os PMS:

“... pouco podem auxiliar os Secretários Municipais de Saúde na condução da gestão no município, não chegando a constituir, a rigor, projetos de governo. Tal situação se expressa, em parte, na sua construção genérica, derivada de deficiente ou mesmo inexistente análise da situação de saúde do município, da ausência de processamento de problemas e de sua rede causal, assim como da definição imprecisa de ações, responsabilidades e formas de avaliar o que foi proposto” (Motin, 1999p. 131).

O percentual de gastos dos municípios com a AB e o cumprimento das obrigações previstas pela EC 29 foram enfocados como indicativos da capacidade do município de empreender gestões junto aos poderes municipais para investir em saúde, e na AB em particular, e como parte do projeto de governo; expressando a prioridade para a AB e a capacidade de garantir investimentos para implementar tal prioridade. Os resultados estão expressos na Tabela 2.

Tabela 2 - Proporção dos recursos financeiros aplicados (%) em saúde em 2004, nos municípios selecionados

Municípios	Total de recursos aplicados em saúde	Recursos destinados à Atenção Básica	
		Previsto	Executado
A	16,91%	35,29%	31,96%
B	13,40%	21,40%	21,90%
C	17,74%	14,56%	10,91%
D	19,70%	3,62%	3,62%
E	16,07%	---	---

Fonte: Relatório final dos Estudos de Linha de Base nos municípios selecionados para o componente III do PROESF – Lote Norte I. --- Sem Informação.

Com exceção do município B, em que a aplicação de recursos destinados à saúde nos municípios estudados está de acordo com a EC 29 (15% ou mais dos recursos próprios dos municípios a partir de 2004), a comparação entre os gastos previstos e executados para a AB mostra uma discrepância para

os municípios A e C, que aplicaram menos que o programado. Para o município E não havia informações disponíveis. Também foi impossível aquilatar se os valores descritos nas fontes documentais foram efetivamente aplicados nas atividades-fim das unidades prestadoras de serviços de saúde.

Em relação à integralidade da atenção⁵, uma das premissas do estudo foi de que ela estaria diretamente relacionada ao desenvolvimento de ações intersectoriais sistemáticas na rede de AB. A intersectorialidade em saúde já foi definida como uma prática articuladora de sujeitos e setores com interveniência nas condições sanitárias, integrando saberes, poderes e vontades que se complementam e interagem, visando a uma abordagem mais complexa e qualificada dos problemas de saúde (Wimmer e Figueiredo, 2006). Segundo Campos (2000), a ação intersectorial não é um processo espontâneo, e sim organizado e coletivo; tem a ver com a criação de espaços comunicativos, com a capacidade de negociar e gerenciar conflitos. A análise dessa dimensão buscou apreender as formas de concretização dos princípios do SUS no dia a dia dos serviços de saúde.

A integralidade da atenção como prioridade de governo nos municípios selecionados mostrou-se um item difícil de apreender, uma vez que foi tratado nos documentos oficiais como um tema geral, sem caracterizar ações específicas. No município A, tal iniciativa se expressava com a programação (PMS 2002/2005) de atividades educativas, tanto em situações de campanha quanto em programações rotineiras, executadas diretamente ou através de parcerias com outros programas e ONGs na área de DST/AIDS. Os planos do município C (1999/2001, 2002/2003, 2004/2005) continham previsão de ações educativas em parcerias com as escolas; porém seus resultados não foram explicitados nos RG. Nos documentos oficiais dos municípios B, D, E não foram encontradas informações sobre experiências de ações intersectoriais que pudessem atender ao requisito da integralidade.

Da mesma forma, os gestores dos municípios A, B, C, E, quando entrevistados sobre o tema, não deram maiores esclarecimentos. Por outro lado, o gestor do município D informou a existência de parceria com outros órgãos para a realização de mutirões para viabilizar campanhas de controle da dengue e malária, assim como tentativas de envolvimento das

associações de bairros, pastoral da criança e escolas municipais em campanhas educativas.

No conjunto, concluiu-se que nos municípios estudados as iniciativas intersectoriais são incipientes (ou mesmo inexistentes) e que a integralidade da atenção não se expressa nas ações previstas nos instrumentos de programação. As dificuldades encontradas nesse estudo foram similares às observadas por Moysés e colaboradores (2004), que analisaram no município de Curitiba questões conceituais e proposições avaliativas com foco na intersectorialidade e na promoção de saúde. Dentre as dificuldades ligadas à implementação de ações intersectoriais, os autores apontaram problemas como a ausência de cultura de ação intersectorial e dificuldade de financiamento desse tipo de estratégia, limitando o interesse dos gestores em viabilizar ações nesse âmbito.

Capacidade de Governo

Essa dimensão foi estudada através das subdimensões “formação técnica do gestor e de sua equipe”, “composição da força de trabalho” e “adequação do quadro de pessoal disponível às necessidades da AB”. Essas informações estão sintetizadas no Quadro 1 e Tabela 3.

A partir das entrevistas, pode-se inferir que a maior parte dos dirigentes dos municípios selecionados vem adquirindo, na prática, a experiência necessária ao trabalho de gestão. Também sugerem carência de aperfeiçoamento profissional, já que a maioria dos entrevistados não tinha feito cursos que oferecessem suporte ao desempenho das tarefas de gestão.

Em relação ao tempo de permanência dos entrevistados nos cargos de gestão, todos eles enfrentaram alta rotatividade no cargo. O município B teve um total de 15 gestores no período do estudo; o município D foi exceção, pois não apresentou rotatividade de gestores. Tal rotatividade, aliada à falta de formação prévia dos dirigentes em questão, faz com que o sistema retorne sempre ao ponto de

5 A noção de integralidade é bastante polissêmica, expressando, de acordo com Mattos (2001), três grandes conjuntos de sentido: “o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde” (p. 34). Nesse texto, enfatizamos os dois últimos sentidos atribuídos ao conceito de integralidade.

Quadro 1 - Perfil do gestor e da equipe quanto à formação técnica na área de saúde

Municípios	Gestor	Coordenador AB	Coordenador PSF
A	Especialização em saúde pública; experiência em cargo de gestão privada.	Nenhum tipo de pós-graduação em saúde*; experiência em cargo de gestão em saúde.	Nenhum tipo de pós-graduação em saúde*; experiência em cargo de gestão em saúde.
B	Atualização em saúde pública; experiência anterior na mesma função.	Nenhum tipo de pós-graduação em saúde; experiência em cargo de gestão em saúde.	Nenhum tipo de pós-graduação em saúde; experiência em cargo de gestão em saúde.
C	Atualização em gestão e saúde pública; experiência em cargo de gestão em saúde.	Especialização de gestão em saúde pública e em saúde pública; experiência em cargo de gestão em saúde.	Especialização de gestão em saúde pública e em saúde pública; experiência em cargo de gestão em saúde.
D	Especialização em saúde pública; experiência em cargo de gestão de serviços de saúde público e privado.	Nenhum tipo de pós-graduação em saúde; experiência em cargo de gestão em saúde.	Nenhum tipo de pós-graduação em saúde; experiência em cargo de gestão em saúde.
E	Atualização em gestão e saúde pública; experiência em cargo de gestão pública.	Especialização em saúde pública; atualização em gestão da saúde; experiência em cargo de gestão em saúde.	Especialização em saúde pública; atualização em gestão da saúde; experiência em cargo de gestão em saúde.

Fonte: Relatório final dos Estudos de Linha de Base nos municípios selecionados para o componente III do PROESF – Lote Norte I. * No município A o mesmo profissional acumulava as funções de coordenador da AB e coordenador do PSF.

Tabela 3 - Composição da força de trabalho nas unidades de Atenção Básica e Programa de Saúde da Família dos municípios estudados

Municípios	Médicos		Outros profissionais	
	AB	PSF	AB	PSF
A	5	47	69	348
B	58	4	144	183
C	731	143	1.897	1.599
D	143	17	1.617	345
E	104	40	1.565	840

Fonte: Relatório final dos Estudos de Linha de Base nos municípios selecionados para o componente III do PROESF – Lote Norte I.

partida, com consequente comprometimento da qualidade de gestão. Já para os coordenadores da AB e do PSF não se observou rotatividade similar à dos gestores, o que contribuiu para maior estabilidade nesse âmbito de gestão.

A composição da força de trabalho foi vista como um meio de avaliar a capacidade do sistema municipal de saúde em viabilizar as prioridades apontadas em seu projeto de governo.

Com exceção do município A, há uma grande concentração de médicos em unidades de AB que não são

unidades de PSF. Em relação às outras categorias profissionais, somente os municípios A e B alocam um maior número de profissionais no PSF. Dos achados pode-se inferir que, embora os documentos dos municípios explicitem priorização do modelo PSF, eles apontam uma desproporção, principalmente no que se refere à política de alocação de recursos humanos para os tipos de unidades de AB. Observa-se também o favorecimento de alocação de recursos humanos em unidades não PSF, denotando preferência por um modelo mais convencional de AB.

Em relação ao quadro de profissionais de saúde existente nos municípios estudados, bem como seus vínculos empregatícios e carga horária de trabalho, o município A tinha 469 profissionais de saúde de nível elementar, médio e superior; desses, 15,78% estavam lotados em UBS tradicional e 84,22% no PSF. Destes, 52,88% tinham contratos regidos pela CLT, 8,9% tinham vínculo estatutário e 30,70% enfrentavam vinculação precária, com contratos temporários. Em tais condições, a dificuldade de fixação de mão de obra no PSF foi entendida pelos entrevistados como um problema relevante. Os profissionais alocados no PSF tinham de cumprir uma carga horária de trabalho que variava entre 30 a 40h de trabalho semanal, diferente dos profissionais das UBS tradicionais, cuja jornada de trabalho variava de 20 a 30h.

No município B, os profissionais totalizaram 389, distribuídos do nível fundamental ao superior. Desse total, 185 (47,56%) tinham seu contrato regido pela CLT e estavam lotados no PSF e 202 (51,93%) eram regidos pelo vínculo estatutário e desenvolviam suas atividades nos outros serviços de AB. Nele se repetiam as mesmas variações de carga horária de trabalho já observadas no município A.

No município C, de um total de 4.370 pessoas que compunham a força de trabalho no ano de 2005, 2.628 (60,14%) estavam lotados nos serviços não PSF da AB e 1.742 (39,86%) no PSF; desse contingente apenas 38,90% pertenciam ao quadro permanente do órgão. Apesar da realização de concurso público em 2005, a precarização da força de trabalho envolvida com o PSF não foi resolvida, pois o concurso não previa vagas específicas para o PSF e os novos profissionais admitidos foram incorporados em outros níveis de atenção.

O município D dispunha, no ano de 2005, de 2.122 servidores, sendo 1.760 (82,94%) lotados na AB e 362 (17,06%) no PSF, com predominância de profissionais com vínculo estatutário (71,16%), seguidos pelos contratados por prazo determinado (18,80%) e pela CLT (10%). Segundo os entrevistados, não houve concurso ou processo seletivo especificamente direcionado para o PSF. Os contratos existentes eram de 20h para os médicos e 30h para os demais profissionais, garantindo-se a vinculação por 40h através de gratificação.

Para o município E, encontrou-se um total de 2.549 servidores; 1.669 (65,48%) deles estavam lotados em outros tipos de unidades de AB e 880 (34,52%) no PSF. Os mesmos eram regidos por contrato tipo CLT (29,19%) e por prazo determinado (57,36%); não havia nenhum estatutário. De acordo com o coordenador da AB, o município tinha realizado concurso público em 2004 para incorporar essa força de trabalho e em 2005 havia feito seleção pública com a mesma finalidade, ainda assim persistia um quadro preponderante de mão de obra temporária.

A situação encontrada por Facchini e colaboradores (2006), que analisaram o desempenho do PSF em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, em 17 municípios do Nordeste e 21 municípios da região Sul do país, foi bastante similar àquela encontrada nos municípios deste estudo. Naquele estudo, cerca de 40% dos trabalhadores haviam ingressado no serviço por meio de concurso público. Embora mais significativo que o percentual encontrado na região Norte, esses trabalhadores com vínculo permanente seguiam majoritariamente alocados em unidades tradicionais - não PSF - (50%). Para os municípios da região Norte aqui analisados, a precarização do trabalho atingiu um patamar de 50,79%. Dentre os trabalhadores com vínculo temporário, observou-se que 69,97% estavam alocados nas unidades PSF, em percentuais próximos aos encontrados por Facchini e colaboradores (2006) para duas outras regiões do país.

Já Monnerat e colaboradores (2002), em pesquisa realizada em municípios do Rio de Janeiro com o objetivo de analisar como os governos locais estão respondendo as exigências relativas à implementação e gestão das políticas sociais, encontraram baixa capacidade resolutiva das unidades de saúde. Tal situação estava ligada à dificuldade de fixar profissionais, principalmente em regiões distantes dos grandes centros metropolitanos, e aos limites de funcionamento dos serviços decorrentes do não cumprimento do horário de trabalho pelos médicos, envolvidos com múltiplos vínculos.

No conjunto dos cinco municípios do Norte há semelhanças com os achados da literatura. Ou seja, o perfil da mão de obra é marcado pela predominância de alocação de pessoal nas unidades básicas de saúde não PSF, pela precarização das relações con-

tratuais e discrepâncias de remuneração salarial e carga horária trabalhada. Tudo isso gera dificuldade de fixação da mão de obra, favorece os múltiplos vínculos, compromete a qualidade do serviço prestado, a sustentabilidade da AB e obstaculiza a pretensão de converter o modelo atual de AB, centrado em unidades convencionais, para o modelo da estratégia saúde da família.

Governabilidade

Esta dimensão foi analisada através das categorias “adesão de atores políticos ao projeto de governo do município” e “autonomia para a gestão financeira municipal”, particularmente no que diz respeito ao PSF. Os entrevistados identificaram no município A o prefeito, o secretário de saúde e os setores administrativos da secretaria de saúde, os conselhos de saúde, os parlamentares locais, instituições de pesquisa e ensino, associação de moradores, população e usuários do SUS municipal como fontes de apoio à governabilidade do sistema municipal de saúde. No município B, a base de apoio à expansão do PSF foi atribuída aos mesmos agentes políticos do município A, acrescidos da imprensa local e de grupos religiosos. Respostas semelhantes foram encontradas nos outros locais pesquisados, exceto no município D, onde os entrevistados informaram que a câmara municipal, os profissionais de saúde e importantes frações da sociedade civil não oferecem apoio político suficiente.

Frente a tais respostas, poder-se-ia pensar em um alto grau de governabilidade dos sistemas municipais de saúde e forte adesão de importantes tomadores de decisão ao projeto político do governo local, refletindo positivamente na condução das políticas de saúde, principalmente em relação à ampliação e priorização do PSF. Porém, há que se relativizar as respostas dos entrevistados, já que elas podem conter um viés determinado pelo conhecimento prévio dos gestores sobre o estudo, que avaliava os sistemas municipais de saúde que dirigiam.

Além disso, dados de campo coletados em outros componentes do estudo mostraram bases precárias de apoio político ao SUS em diversos locais. Se tomarmos o município C como exemplo, pode-se observar que existia uma forte presença de cooperativas de profissionais de saúde prestando serviços

à rede pública. Embora esse regime de contratação gere gastos que ameaçam a sustentabilidade financeira do SUS, a câmara municipal mantinha apoio às cooperativas, apesar de reiterados esforços das autoridades sanitárias para suprimir essa forma de prestação de serviços. Trata-se de uma situação sugestiva de que, pelo menos nesse município, a alegada base política de apoio ao SUS é precária.

Outros indicativos dessa precariedade para os outros municípios foram: dificuldade das secretarias de saúde em realizar concursos públicos para atender às suas necessidades e não aprovação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários capazes de remunerar adequadamente os profissionais; alta rotatividade dos gestores e assessores diretos do secretário e os entraves gerados por órgãos estaduais à municipalização das ações de saúde encontrados em todos os municípios.

Em relação à autonomia financeira dos sistemas municipais de saúde, os gestores dos municípios A, B, C, D, E informaram serem eles os principais ordenadores de despesas e com poder de decisão na definição de prioridades. Igualmente referiram capacidade de decidir sobre a destinação do orçamento da saúde para custeio e investimentos na rede, aquisição de insumos (materiais e medicamentos) e equipamentos, realização de concursos públicos e outros processos seletivos; escolher dirigentes de unidades de saúde e assessores de confiança, lotar profissionais em unidades de saúde e deliberar sobre a estrutura e organização dos serviços de saúde. No entanto, o estudo constatou que eles não tinham poder para executar procedimentos administrativos essenciais para a agilidade e resolubilidade do sistema de saúde, tais como licitar, empenhar pagamentos das aquisições realizadas e contratar fornecedores. A centralização dessas ações nas secretarias de administração foi encontrada em todos os municípios estudados, o que representa um importante limite na autonomia financeira dos sistemas municipais de saúde. De acordo com as informações obtidas, maior governabilidade se exercia sobre recursos dos fundos municipais de saúde oriundos de transferências federais, ao passo que a governabilidade sobre o orçamento municipal mostrou-se bastante limitada.

Descentralização como Aprimoramento da Gestão

O planejamento é considerado uma atividade que o gestor municipal de saúde deve aprimorar para ampliar sua capacidade de governo (Matus, 1996). Os documentos de gestão dos sistemas municipais de saúde, como PMS e RG, são considerados importantes instrumentos para o exercício de uma adequada gerência dos sistemas de saúde. Eles devem estar articulados de tal forma que se subsidiem mutuamente em um fluxo ascendente que integre as diversas esferas de governo. Além disso, devem contar com a aprovação das instâncias de controle social. Assim ordenados, tais meios permitiriam vislumbrar a construção de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, possibilitando a efetivação de uma gestão de qualidade.

Com base nessas premissas, o estudo analisou a qualidade e o grau de descentralização dos processos de gestão. Tal iniciativa foi entendida como um meio para conhecer as características do relacionamento entre os diversos níveis de gestão da secretaria e a capilaridade do projeto de governo nos espaços mais periféricos do sistema municipal de saúde.

Os resultados do estudo mostraram um alto grau de centralização das atividades de planejamento e programação em todos os municípios. A elaboração dos PMS, das programações anuais e RG foi feita pelos técnicos da área de planejamento, no nível central das secretarias, sem nenhum envolvimento dos profissionais das unidades de atenção à saúde e dos usuários do sistema. A exceção encontrada foi o município E, cujos técnicos entrevistados afirmaram que o PMS tinha sido elaborado com a participação de diversos setores da SMS, contemplando diversas propostas aprovadas na Conferência Municipal de Saúde (CMS). No PMS do município B também havia referências à incorporação de propostas da CMS realizada em 2004, mas a tendência mais geral encontrada foi a elaboração centralizada desses procedimentos. O baixo grau de informatização das unidades de saúde foi visto pelos entrevistados como um obstáculo à produção de análises epidemiológicas no nível local e ao exercício da gestão descentralizada da informação como subsídio à tomada de decisão, contribuindo para centralização do planejamento nesses sistemas de saúde.

Não foram encontradas nos instrumentos de gestão quaisquer menções a um fluxo ascendente de planejamento nos municípios estudados. Os mecanismos de programação instituídos pelo MS estão formalmente implantados nos cinco municípios, porém não se observou um uso rotineiro desses documentos. As informações contidas nos PMS não se traduziam em metas e atividades programadas. A análise dos RG não evidenciou referência ao cumprimento ou descumprimento das atividades programadas nos PMS e programações anuais.

Embora o PMS seja fundamental para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde de qualquer município, devendo explicitar a política local de saúde, a análise dos instrumentos de gestão mostrou baixa relação entre o programado e o executado. Tal situação sugere a incipiência do processo de planejamento, e no município B detectou-se a inexistência de um setor de planejamento na SMS.

É sabido que o processo de descentralização no Brasil não ocorreu de forma homogênea. A heterogeneidade pode ser atribuída às desigualdades regionais e aos diversos graus de organização encontrados nos sistemas municipais de saúde em todo o país. Trevisan (2007 p. 243) problematiza a efetividade da descentralização ao afirmar que as *“decisões operacionais sobre a saúde pública dos brasileiros foram descentralizadas, mas o processo de repasse das verbas para efetivar tais decisões não foi”*. Para Silva (2002), ainda que desejável, a implementação da descentralização foi permeada por várias contradições. Uma das mais importantes foi que o cumprimento do preceito de descentralização do SUS levou a uma grande transferência de recursos financeiros e do poder de decidir sobre sua aplicação, sem que isso se acompanhasse de um preparo adequado dos governantes e da instalação de uma estrutura eficiente de gestão em boa parte dos municípios no país. Além disso, as novas responsabilidades assumidas pelos governantes locais não contaram com recursos financeiros suficientes para cumpri-las. Tal situação foi agravada pela falta de uma adequada capacidade de planejamento que viabilizasse meios técnico-gerenciais capazes de promover a mudança rumo a um novo modelo assistencial e de superar a atenção médico-curativa, hoje hegemônica no SUS.

O cenário descrito pelos autores é similar ao encontrado nos municípios do estudo. Neles encontrou-se baixa capacidade gestora, dificuldade em definir prioridades para saúde, inexistência ou incipiência de ações intersetoriais, limitação na autonomia financeira e uma base de apoio político precária. Embora haja formação técnica de alguns gestores e gerentes de nível central, há carência de aperfeiçoamento profissional; por outro lado, a formação do quadro técnico da rede prestadora de serviços é quali-quantitativamente insuficiente para viabilizar uma gerência qualificada de serviços na AB.

Considerações Finais

O estudo mostrou que os municípios têm trajetória conturbada em relação ao processo de habilitação, em parte decorrente da disputa com as SES na execução de serviços da AB. As dificuldades em definir prioridades e estabelecer programações congruentes com seus perfis de habilitação coexistem com um parco uso de indicadores epidemiológicos capazes de subsidiar a seleção de focos prioritários de ação. Na organização dos serviços, observou-se carência de iniciativas intersetoriais e de integralidade da atenção. O baixo grau de factibilidade do processo de planejamento e a inadequação e/ou uso meramente burocrático dos instrumentos de gestão demonstraram descompasso entre as estratégias de planejamento elaboradas no nível central das SMS e as atividades efetivamente realizadas nas unidades de saúde.

O conjunto de informações obtidas permite concluir que há baixa capacidade de governo, agravada pela alta rotatividade na ocupação dos cargos e pela baixa qualificação formal para o exercício dessas atividades - particularmente entre os profissionais que atuam nas unidades de saúde -, comprometendo a participação e descentralização no planejamento e na gestão. A política de recursos humanos evidencia baixa capacidade de fixar mão de obra e combater a precariedade nas relações trabalhistas, expressa pelo alto percentual de mão de obra temporária, o qual variou de 18 a 60% entre os municípios estudados.

A base de apoio político aos sistemas municipais de saúde é questionável e sua precariedade é

confirmada pela limitação da autonomia financeira nos sistemas municipais de saúde, comprometendo sua governabilidade. Os municípios enfrentaram dificuldades para executar as tarefas exigidas ao seu nível de habilitação e necessitam avançar na descentralização e democratização dos processos de planejamento e programação locais.

Persistiam o paralelismo entre a estratégia saúde da família e os modelos convencionais de implementação da AB. Nenhum deles logrou converter o conjunto de seus serviços de AB em unidades PSF, conforme recomendado pelo MS para reestruturação do nível básico de atenção no território nacional.

Como ponto positivo evidenciou-se o cumprimento da EC 29, com suficiente aplicação de recursos em saúde, em acordo com o que é preconizado nesse instrumento legal. Houve elevação da cobertura pelo PSF no período estudado, ainda que ela permaneça baixa.

Como sugestão de aprimoramento dos sistemas municipais estudados, recomenda-se uma maior transparência na aplicação dos valores financeiros dos municípios, o incremento da integração entre os diversos níveis de atendimento e as ações de integralidade e intersectorialidade. Sugere-se ainda o aprimoramento da qualificação dos recursos humanos já existentes e a realização de concursos públicos direcionados para o PSF, ampliando a possibilidade de fixação de recursos humanos e a qualidade dos serviços prestados.

Referências

- BODSTEIN, R. et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 725-731, jul.-set. 2006.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, jul.-set. 2006.

- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2001.
- MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.
- MATUS, C. *Adeus, senhor presidente: governantes governados*. São Paulo: Fundação do Desenvolvimento Administrativo, 1996.
- MEDINA, M. G. et al. Uso dos modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação em programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz / Salvador: EDUFBA, 2005. p. 41-63.
- MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M.; SOUZA, R. G. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 509-521, 2002.
- MOTTIN, L. M. *Elaboração do Plano Municipal de Saúde: desafio para o município - um estudo no Rio Grande do Sul*. 1999. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, 1999.
- MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, jul.-set. 2004.
- SILVA, S. F. Entrevista com o Secretário de Saúde de Londrina (PR), Sílvio Fernandes da Silva, sobre questões de implementação do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 549-553, 2002.
- TEIXEIRA, C. et al. Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde. In: *Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.
- TREVISAN, L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 237-254, mar.-abr. 2007.
- VIANA, A. L. D. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18(suppl.), p. 139-51, 2002.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, fev. 2007.
- WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 145-154, mar. 2006.

Recebido em: 04/01/2010

Reapresentado em: 05/05/2010

Aprovado em: 29/07/2010