



Ministério da Educação - MEC

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

Diretoria de Educação Aberta e a Distância - DEAAD

Programa Nacional de Administração Pública - PNAP

Curso de Bacharelado em Administração Pública

RAIMUNDO NONATO DE MOIZEIS

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS: ESTUDO DE CASO DA 10ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

LIMOEIRO DO NORTE-CE

2017



Ministério da Educação - MEC

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

Diretoria de Educação Aberta e a Distância - DEAAD

Programa Nacional de Administração Pública - PNAP

Curso de Bacharelado em Administração Pública

RAIMUNDO NONATO DE MOZEIS

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS: ESTUDO DE CASO DA 10ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Administração Pública da Unilab, como
requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Administração Pública.

ORIENTADOR

Prof. Ms. Milton Jarbas Rodrigues Chagas

LIMOEIRO DO NORTE

2017

**Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira
Direção de Sistema Integrado de Bibliotecas da UNILAB (DSIBIUNI)
Biblioteca Setorial Campus Liberdade
Catalogação na fonte**

Bibliotecário: Gleydson Rodrigues Santos – CRB-3 / 1219

M91a Moizes, Raimundo Nonato de.

Avaliação da gestão participativa no SUS: estudo de caso da 10ª coordenadoria regional de saúde. / Raimundo Nonato de Moizes. – Limoeiro do Norte, 2017.

43 f.; 30 cm.

Monografia apresentada ao Curso de Administração Pública da Diretoria de Educação Aberta e a Distância – DEAAD da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB.

Orientador: Prof. Dr. Milton Jarbas Rodrigues Chagas.

Inclui figuras, quadros e referências.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde pública - Brasil. I. Título.

CDD 658.4012

RAIMUNDO NONATO DE MOIZEIS

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS: ESTUDO DE CASO DA 10ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

Monografia julgada e aprovada para obtenção do Diploma de Graduação em Administração Pública da Universidade da Integração Internacional Lusofonia-Afro-Brasileira.

Data: ___/___/___

Nota: _____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Milton Jarbas Rodrigues Chagas (Orientador)

Prof. Ms Maria Denise Nunes Rodrigues

Prof. Dr. Edmara Chaves Costa

Em homenagem Antônio Moizeis de Assis. Seu exemplo de vida que nos inspirou a conquistar e vencer desafios.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela sua graça e misericórdia em nos conceder o fôlego de vida para superar os desafios.

A Unilab, por seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram o curso de Administração Pública em Limoeiro do Norte.

Ao orientador Milton Jarbas, Ângela Bandeira pelo suporte, no que lhe couberam nas orientações, correções e incentivos.

A minha esposa Dany e minha filha Leticia, pela compreensão, apoio e amor incondicional.

A minha família pelo apoio, dedicação e incentivo.

As tutores(as) e colegas de turma pelo companheirismo, pela solidariedade e a todos que de algum modo contribuíram para mais esta formação na minha vida.

RESUMO

Esse estudo consiste em fazer uma análise da gestão participativa no SUS. Seu principal objetivo é analisar as causas e efeitos da baixa participação na gestão em saúde no âmbito da 10ª CRES. Os conceitos utilizados abordam temas como gestão, gestão pública e privada, gestão participativa e gestão em saúde. Para a pesquisa utilizou-se abordagem qualitativa de natureza exploratória, bem como pesquisa bibliográfica, entrevista e alguns métodos de análise de problema tais como: Masp, Diagrama de causa e efeito e a matriz GUT. Ao final concluímos que a baixa adesão dos atores da saúde fazem com que pontos primordiais referentes à situação de saúde e dos próprios processos de trabalhos não sejam de conhecimento desses profissionais, gerando deficiências no processo de avaliação e construção participativa.

Palavras- Chaves: gestão, participação, gestão participativa.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	REFERENCIAL TEÓRICO	11
	2.1 Conceitos de gestão	11
	2.2 Modelos de gestão	11
	2.3 Gestão Pública x Gestão privada.....	12
	2.4 Gestão Participativa.....	13
	2.5 Sistema Único de Saúde e gestão participativa	16
3	METODOLOGIA	19
4	PERFIL DA 10ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DE LIMO- EIRO DO NORTE	21
	4.1 Identificação de problemas na instituição	23
	4.2 Análise da pesquisa: causas e efeitos no processo de partici- pação na 10ª CRESS	26
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	31
	5.1 Dados da entrevista e perfil do gestor	31
	5.2 Correlações da Matriz GUT com as percepções do gestor	32
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

Uma assistência à saúde deve ser de eficiência e de qualidade, pois é responsabilidade e dever do Estado de garantir o bem-estar social para todos os cidadãos brasileiros, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990 *apud* CHAVES 2013).

Conforme Chaves et al, (2013) a saúde juntamente com a previdência e assistência social compõem a seguridade social, sendo esta instituída pela Constituição de 1988, almejando a garantia dos direitos sociais no Estado democrático de direito.

Esta política é regulamentada pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1980, que dispõe *in verbis* no Título I: “Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

De acordo com Cunha, (2012) a política que orientou a criação do SUS, contextualizada na Reforma Sanitária, fundamenta-se em um conceito ampliado de saúde, que é entendido como resultante das condições concretas de vida dos indivíduos e coletividades. Baseada em princípios como os da universalidade do acesso, integralidade e equidade da atenção, agregados à participação da população, esta política instituiu uma ampla participação social identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres.

Segundo Cunha, (2012) o SUS também reinaugurou um novo ciclo democrático, reafirmando a gestão participativa como componente estratégico que, junto com a descentralização, regionalização e cooperação entre esferas distintas do SUS, propõem uma mudança radical na cultura da gestão pública no país. Na prestação de serviços, a tarefa que se apresenta é a construção da integralidade, a promoção da equidade e a atenção humanizada à saúde.

A partir desse contexto, optou-se por desenvolver um estudo abordando a temática da gestão participativa no SUS no âmbito da 10ª Coordenadoria Regional em Saúde situada em Limoeiro do Norte entendendo que esta avaliação deve

contribuir de forma expressiva para a implementação da política de saúde, exercendo sobremaneira uma interlocução hábil com a sociedade em geral.

A delimitação do tema da pesquisa partiu do interesse em aprofundar os conhecimentos sobre as causas e efeitos no processo de participação no âmbito da 10ª CRES quanto à construção de políticas públicas através da gestão participativa.

Esse trabalho tem como objetivo geral analisar causas e efeitos da baixa participação na gestão em saúde no âmbito da 10ª CRES e como objetivos específicos realizar um levantamento dos serviços ofertados pela instituição e propor meio de intervenção para melhorar a participação ativa dos gestores de saúde no âmbito da mesma.

O trabalho se mostra relevante na medida em que se vai condensando elementos pertinentes sobre a gestão participativa em saúde, no intuito de compreendermos as múltiplas influências geradas pelas transformações sociais. Isto também permitirá compreender a sistematização que envolve o processo de gestão participativa em saúde.

Essa pesquisa também é importante devido à participação ser intrínseca à vida em sociedade, não deixando de indicar suas contradições, em especial no que diz respeito às relações indivíduo e coletividade e ao papel mais ou menos ativo e ou passivo de quem participa.

No texto se dialoga com principais expoentes que fazem uma abordagem sobre a temática tais como: Costa et al (2013) que fazem uma análise da gestão municipal dos serviços de saúde; Escorel et al (2008) que expõem conceitos sobre o processo de participação social; Cassia (2013) que faz uma análise sobre a gestão social das políticas públicas nas pequenas cidades e por último, Oliveira et al (2011) que analisa a gestão de pessoas no setor público.

O trabalho apresenta-se estruturalmente dividido em seis (6) capítulos, sendo que no primeiro capítulo trata-se da introdução onde se faz uma abordagem sobre o tema com uma breve contextualização, a problematização, os objetivos do trabalho, a metodologia adotada, as justificativas e sua estrutura.

No segundo capítulo trata-se do referencial teórico, a qual traz conceitos de autores e os pontos chaves encontrados nos referenciais pesquisados para auxiliar na compreensão do objeto de pesquisa. Os principais pontos são: conceitos de gestão e seus modelos, gestão pública e suas diferenças da gestão privada, gestão participativa no âmbito do SUS e suas organizações.

No terceiro capítulo aborda-se a metodologia utilizada para realização da pesquisa, a qual informa-se como foi classificada a pesquisa quantos aos objetivos, aos procedimentos e a abordagem adotada.

No quarto capítulo faz-se uma breve caracterização da instituição pesquisada onde se aborda a sua origem, sua finalidade, seus objetivos, suas funções, estratégias e organograma da estrutura organizacional. Esse capítulo está dividido em dois subcapítulos que trata do perfil da instituição, seus dados e seu histórico a qual apresenta a pesquisa, os objetivos e a análise da pesquisa.

No quinto capítulo traz os resultados e as discussões da pesquisa abordando os resultados alcançados, a análise da pesquisa. E por fim, aborda-se a conclusão no sexto capítulo, onde se expressa algumas opiniões do autor, realiza-se comparações e trás algumas proposições para o melhoramento da instituição.

2 REFERENCIAL TEORICO

2.1 Conceitos de gestão

Para Dias, (2002) administrar é planejar, organizar, dirigir e controlar pessoas para atingir de forma eficiente e eficaz os objetivos de uma organização. Já gestão para esse mesmo autor é lançar mão de todas as funções de uma organização de forma eficiente e eficaz.

Gestão segundo Rodrigues, (2014) é uma maneira mais eficaz de se assumir o controle de uma situação dentro de uma organização, podendo utilizar todos os recursos existentes com eficiência. Para ele refere-se do processo de determinação e orientação do caminho a ser seguido para a realização de seus objetivos compreendendo um conjunto de decisões, liderança, motivação, avaliação e análises.

Gestão para Barbosa (p.16, 2010) significa ter foco em resultados, considerando objetivos e metas pré-estabelecidos. Segundo o autor fazer gestão objetiva alcançar expectativas de um futuro melhor em relação ao presente.

Para Silva, (p.25 2010) a definição de administração ou gestão é percebida como uma composição frouxamente articulada de práticas sociais, envolvendo a junção e o controle de diversos interesses, recursos e atividades inerentes ao alcance de determinados objetivos nas organizações.

2.2 Modelos de gestão

Conforme Croizatti, (1998) o modelo de gestão é considerado como o conjunto de normas e princípios que devem orientar os gestores na escolha das melhores alternativas para levar a empresa a cumprir sua missão com eficácia. Para ele o modelo de gestão é o produto do subsistema institucional e tem como fundamento as crenças e valores dos líderes da empresa (fundadores proprietários e principais gestores).

De acordo com Rodrigues, (2014) há modelos de gestão que se evidenciam: a gestão tradicional a qual defende a autoridade absoluta dos dirigentes não permitindo muitas inovações e nem acreditando na capacidade intelectual dos demais colaboradores.

Em seguida explica o autor vem à gestão moderna que tem como foco o comportamento humano dando maior abertura aos funcionários aderindo um senso mais sociológico e vendo cada operário como um ser humano. E por último conclui ele, diz respeita a gestão contemporânea que adere novas tecnologias se colando sempre a disposição de novas ideias mudando totalmente a maneira de se administrar, pois a liderança passa a ser compartilhada fazendo uso de uma visão global e agregando valor a organização.

Segundo Carmo, (1994 *apud* RODRIGUES, 2014) “também se pode citar o modelo (ou estilo) de gestão democrático de liderança que está associado simultaneamente à satisfação e produtividade do grupo”.

2.3 Gestão pública x Gestão privada

De acordo com Oliveira et al (2011) a gestão pública tem sido importado da gestão empresarial muitos dos seus conceitos e critérios gerenciais, tais como, a produtividade, a eficiência, a eficácia, a efetividade organizacional e até a avaliação de desempenho, entre outras, as quais são ferramentas que originalmente foram criadas para as empresas privadas e têm servido de forma muito salutar na gestão pública.

Conforme ensina Bobbio, (1986 *apud* JUNQUILHO, 2010) “[...] a expressão administração ou gestão pública designa o conjunto das atividades diretamente destinadas à execução concreta das tarefas ou incumbências consideradas de interesse público ou comum, numa coletividade ou organização estatal”.

Segundo Junquillo, (2010) a administração pública está dividida em três tipos a patrimonial, a burocrática e a gerencial. O autor descreve a primeira como o fato de os bens pertencentes ao senhor governante se confundirem com a propriedade estatal, sem diferenciação.

A segunda conforme o autor está vinculado com fim da lealdade pessoal e da tradição como fonte de autoridade e com a obediência as leis, as regras escritas e impessoais. E a última de acordo com ele busca a transformação por meio da adoção de princípios de gestão até então exclusivos do setor privado da economia.

Vale salientar que há diferenças entre a gestão pública e privada. A pública visa o interesse público, ou seja, os cidadãos contribuintes de impostos, respeitando os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Já a privada visa o interesse dos seus clientes, na obtenção de lucros.

A primeira é lenta perpassando por um controle político-social e suas decisões são baseadas em políticas públicas e nas leis vigentes. A segunda baseia-se em políticas empresarias, sendo controlado pelo mercado livre e criado através de contratos.

Ambas são relevantes para o bom funcionamento da sociedade, uma vez que os indivíduos exercem tanto o papel de cidadão quanto de clientes.

2.4 Gestão Participativa

Outra ferramenta oriunda das organizações privadas que vem sendo usada nas organizações públicas é a chamada gestão participativa. De acordo com Silva, (2010) no complexo mundo atual, ninguém mais busca isoladamente a solução de problemas ou de conflitos sem a participação dos indivíduos ou organizações que se entrelacem na sua origem, nos seus objetivos ou nos seus métodos de ação.

Ainda conforme o mesmo autor, a organização não existe sem a participação dos que a compõem e administrá-la significa e requer a contribuição e a participação de todos.

Segundo Lima, (2009) o tema da participação da sociedade insere-se no contexto histórico do Estado Brasileiro desde as lutas pela sua redemocratização, que tiveram grande expressão na Nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, que define a participação da comunidade como fundamental para garantia do estado democrático.

De acordo com Escorel (2008 *apud* CÂMARA, 2010) ocorre participação quando o indivíduo se propõe a interagir com o outro, num convívio que democratiza os espaços comuns (públicos) em qualquer âmbito familiar, afetivo, cultural, econômico ou político.

Nos dicionários de língua portuguesa, 'participação', é o ato ou efeito de participar, tem seu sentido vinculado a 'fazer saber', 'comunicar', 'associar-se pelo pensamento ou sentimento', 'ter ponto em comum'. Segundo Houaiss participação traz um significado um pouco mais abrangente ao dizer que o verbo participar significa associar-se pelo sentimento ou pensamento, seja ela, da dor, da alegria, do luto, etc. (HOUAISSIS, 2013).

A amplitude de significados situa a participação como intrínseca à vida em sociedade, não deixando de indicar suas contradições, em especial no que diz respeito às relações indivíduo/coletividade e ao papel mais ou menos ativo/passivo de quem participa.

O ponto de partida é o indivíduo buscando intervir na situação concreta e histórica em que vive construindo-se como sujeito social.

Há diversos graus de intensidade de participação na esfera política – desde a simples adesão até a dedicação completa do próprio tempo e da própria atividade, como acontece no próprio profissionalismo político. Conforme Escorel, (2008) distinguem-se três formas ou níveis de participação conforme a seguir.

A primeira é a '**presença**', a forma menos intensa e mais marginal que engloba comportamentos essencialmente receptivos ou passivos, situações em que o indivíduo não dá qualquer contribuição pessoal.

A segunda é a '**ativação**', em que o sujeito desenvolve, dentro ou fora de uma organização política, uma série de atividades que lhe foram confiadas por delegação permanente (envolvimento em campanhas eleitorais, participação em manifestos de protestos); a 'participação', quando o indivíduo contribui direta ou indiretamente para uma decisão política.

Há também uma terceira forma que é a '**não participação**' oriunda de decisões, passionais ou racionais, tomadas pelos sujeitos, diferentes das formas

anteriormente referidas nas quais esta presente a marginalização. No extremo, poder-se-ia dizer que a opção por não participar de uma situação é em si, uma maneira de participar.

Os sujeitos participam com o intuito de atingir os objetivos mais ou menos precisos, fundados em um mix de motivações que transitam por manifestações egoístas, individuais, solidárias e/ou coletivas. Tais objetivos visam a manutenção, ao aprimoramento, à reforma, ou à transformação total da situação na qual os sujeitos participam.

A participação dos sujeitos está condicionada por uma serie de fatores culturais – como idade, sexo, camada social, grau e tipo de instrução – e psicossociais – como normas e valores.

Dentre esses fatores condicionantes, as possibilidades de atingirem seus objetivos são preponderantes para que os sujeitos participem de uma determinada situação. Isso sugere que a decisão de participar advém de ponderações sobre os custos e benefícios desta participação.

As instancias participativas são os espaços cujo propósito é permitir que os sujeitos atuem em conjunto e, com isso, potencializem seus esforços participativos e a consecução de seus objetivos. O papel das instancias participativas é reunir esses sujeitos; definir estratégias para que os objetivos contraditórios possam ser debatidos; submetê-los a um processo de escolha; e, definir o rumo a seguir, direcionar sua atuação para as instituições que regulam as relações existentes nas situações em que pretendem participar.

Desse modo, a participação social é base constitutiva da democracia e, por conseguinte, o aperfeiçoamento e a ampliação de uma estão diretamente relacionados ao desenvolvimento e à universalização da outra.

Nesse sentido, a participação social transforma a realidade, possibilita construir os caminhos percorridos pela humanidade e dar sentido aos outros princípios: igualdade, liberdade, diversidade e solidariedade. É através da participação que se supera a resignação do medo e gera as condições para exercício pleno da liberdade e da cidadania. As formas de participação podem ser: na família, no bairro, na

cidade, no país, nas associações civis, culturais, políticas e econômicas; na escola; nos conselhos de direito (todos os conselhos de políticas sociais); nos partidos políticos; nas entidades sociais, entre outros.

2.5 Sistema Único de Saúde e gestão participativa

De acordo com o Ministério da Saúde o SUS é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos. Abrange do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos e é o único a garantir acesso integral, universal e igualitário. (BRASIL, 2011)

A Constituição brasileira de 1988 diz que a Saúde é direito de todos e dever do Estado. Isso deve ser garantido por políticas sociais e econômicas, reduzindo o risco de doença e promovendo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. A saúde deve ser compreendida como qualidade de vida e não apenas como ausência de doenças. A gestão das ações e dos serviços deve ser participativa e municipalizada. (BRASIL, pg. 05, 2011)

De acordo com Paiva (2015) o sistema Único de Saúde tem como um de seus pilares a participação da população, legalmente garantida, nos conselhos e conferências de saúde, interferindo diretamente nas políticas de saúde de âmbito federal, estadual e municipal.

Nas décadas de 1970 e 1980, outros tipos de conselho procuravam viabilizar a participação da população: conselhos comunitários, conselhos populares e conselhos administrativos. Ao longo das décadas houve uma mudança qualitativa na forma de participação.

A participação social como elemento estruturante do sistema nacional de saúde esteve presente desde o início da proposta do movimento da Reforma Sanitária, que, nos anos 70, compreendia como indissociáveis as lutas contra a ditadura militar, pela democratização do poder público e pela garantia da saúde como direito do cidadão e dever do estado. (PAIVA, pág. 21, 2015)

A autora também reforça que o caráter democrático e participativo do setor saúde conforma um campo de intensa mobilização tanto do movimento social quanto do poder público. Segundo a mesma três instituições caracterizam a democracia sanitária no Brasil: conferências, conselhos e fundos de saúde. São também integrantes desta 'democracia sanitária', as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT) que são mecanismos de gestão participativa e colegiada; os conselhos gestores nos serviços de saúde; e as consultas públicas realizadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e outras instancias do Ministério da Saúde. (PAIVA, pág. 21-22, 2015).

Ainda segundo Paiva, (2015) existe na saúde pública, duas formas principais de participação social que são as Conferências e os Conselhos de Saúde. Conferência de Saúde é o fórum que reúne todos os segmentos representativos da sociedade, um espaço de debate para avaliar a situação de saúde, propor diretrizes para formulação da política de saúde nas três esferas de governo.

É convocada pelo Poder Executivo ou pelo conselho de saúde, quando 50% + 1 dos integrantes desse fórum conclamam a conferência, a qual acontece de 4 em 4 anos, sendo realizada pelas esferas municipal, estadual e federal em um espaço de debate, formulação e avaliação das políticas de saúde.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará o Conselho de Saúde é o órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo. Faz parte da estruturadas secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do governo federal. Deve funcionar mensalmente, ter ata que registre suas reuniões e infraestrutura que dê suporte ao seu funcionamento. É composto por representantes do governo, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviço.

A Secretaria também informa que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com Paiva, (2015) a Lei nº 8.142/90 e Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o segmento dos usuários deve ser paritário com os

demais segmentos. Isso quer dizer que 50% dos integrantes do conselho de saúde têm que ser usuários, 25% devem ser profissionais de saúde e os outros 25% devem ser gestores e prestadores de serviço. Sua atuação se dar por meio de formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O conselho analisa e aprova o plano de saúde, o relatório de gestão e informa a sociedade sobre sua atuação.

No âmbito da 10ª CRES além dos conselhos e das conferências são realizadas também as Comissões Intergestores Regionais (CIR), conforme Regimento Interno, aprovado pela Resolução Nº 122/2014 – CIB/CE de 09 de maio de 2014.

Estas “são instâncias colegiadas de articulação interfederativas do SUS, vinculadas às Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado, para efeitos administrativos e operacionais, constituindo-se foros permanentes de negociação e pactuação entre gestores estaduais e municipais para a operacionalização das políticas públicas de saúde no âmbito regional, observando a legislação vigente que rege o sistema, em consonância com as diretrizes da Comissão Intergestores Bipartite”.

3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada é de natureza exploratória com abordagem qualitativa, visto que ambas possibilitam conhecer mais profundamente o sujeito pesquisado, além de percebermos suas concepções, explicitando seus pensamentos sobre o que esta sendo pesquisado e considerando suas experiências sociais, haja vista que esta responde a questões muito particulares.

Conforme Gill (2007 *apud* ZANELLA, 2012) “a pesquisa exploratória tem a finalidade de ampliar o conhecimento a respeito de um determinado fenômeno. Segundo o autor, esse tipo de pesquisa, aparentemente simples, explora a realidade buscando maior conhecimento, para depois planejar uma pesquisa descritiva.”.

De acordo com Richardson et al. (2007 *apud* ZANELLA, 2012) pesquisa qualitativa pode ser definida como “a que se fundamenta principalmente em análises qualitativas, caracterizando-se, em princípio, pela não utilização de instrumental estatístico na análise dos dados. Segundo o autor esse tipo de análise tem por base conhecimentos teóricos empíricos que permitem atribuir-lhe cientificidade”.

Os dados coletados contaram com a pesquisa bibliográfica em livros, artigos científicos na web, trabalhos assemelhados, leis vigentes e acesso a sites institucionais. Realizaram-se cinco (05) visitas a instituição e uma (01) entrevista com o gestor da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRES, sediada em Limoeiro do Norte.

A delimitação do tema da pesquisa partiu do interesse em aprofundar nossos conhecimentos sobre as causas e efeitos no processo de participação no âmbito da 10ª CRES quanto à participação ativa dos atores que fazem a saúde na região.

Utilizamos como instrumento de produção de dados, a entrevista semiestruturada, esta segue um roteiro pré-estabelecido (Apêndice A). A entrevista foi efetuada pelo próprio pesquisador a fim de conhecer as opiniões e expressões do pesquisado. Para isso utilizou-se um questionário, no qual foi aplicado ao gestor da unidade.

Além disso, foi utilizado o Método de Análise e Solução de Problemas (MASP), esse método utiliza uma forma sistemática de realização de ações corretivas e

preventivas para eliminar problemas. O MASP é um método prescritivo, racional, estruturado e sistemático para o desenvolvimento de um processo de melhoria num ambiente organizacional, visando solução de problemas e obtenção de resultados otimizados.

É um método baseado em uma sequência de etapas, utilizadas para identificar, analisar e solucionar problemas, de modo a evitar reincidências. Foi utilizado também o Diagrama de Causa e Efeito. Para análise do problema foi utilizada Matriz GUT a qual foi usada para priorização de problemas de acordo com a gravidade, urgência e tendência, a fim de solucioná-los.

A Matriz GUT foi elaborada com base em dados secundários colhidas pelo pesquisador na instituição e também com o auxílio do Método MASP associado ao diagrama de Causa e Efeito. Segue os passos a qual a Matriz GUT foi construída:

Passo 1 – Liste seus problemas; Passo 2 – Classifique seus problemas para cada uma das 3 variáveis (Gravidade, Urgência e Tendência); Passo 3 – Faça o ranking dos seus principais problemas (multiplicando as 3 notas); Passo 4 – Analise onde estão seus pontos fracos (ranking principais problemas); Passo 5 – Elabore planos de ação com prazos e responsáveis para solucionar ou diminuir os problemas.

4 PERFIL DA 10ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DE LIMOEIRO DO NORTE

A CRES tem como finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde em espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhado.

A organização atende as secretarias municipais de saúde dos 11 municípios da micro região de saúde, a saber: Alto Santo, Ererê, Iracema, Jaguaribara, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixeré, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte abrangendo uma população de 226.832 habitantes.

Os objetivos da organização são garantir o acesso, resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde; assegurar a integralidade na atenção à saúde, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; minimizar as desigualdades sociais e territoriais promover a equidade, sem distinção entre os usuários do SUS; fortalecer o papel dos municípios para que exerçam suas funções gestoras, visando racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos.

As ações estratégicas da 10ª CRES aos seus municípios se dão através de apoio técnico no cumprimento das suas atribuições e responsabilidade gestoras; monitoramento das metas estabelecidas, contribui para implementação de ações de integralidade, promove articulações intersetoriais com os municípios e organismos da sociedade civil. Facilita o acesso da população a rede estadual de saúde. Os principais serviços ofertados são:

- a) Implementação das políticas estaduais de saúde em âmbito regional;
- b) Assessoramento na organização dos serviços nas regiões;
- c) Orientação, planejamento, acompanhamento, avaliação e monitoramento das atividades e ações de saúde em âmbito regional, segundo normas técnicas;

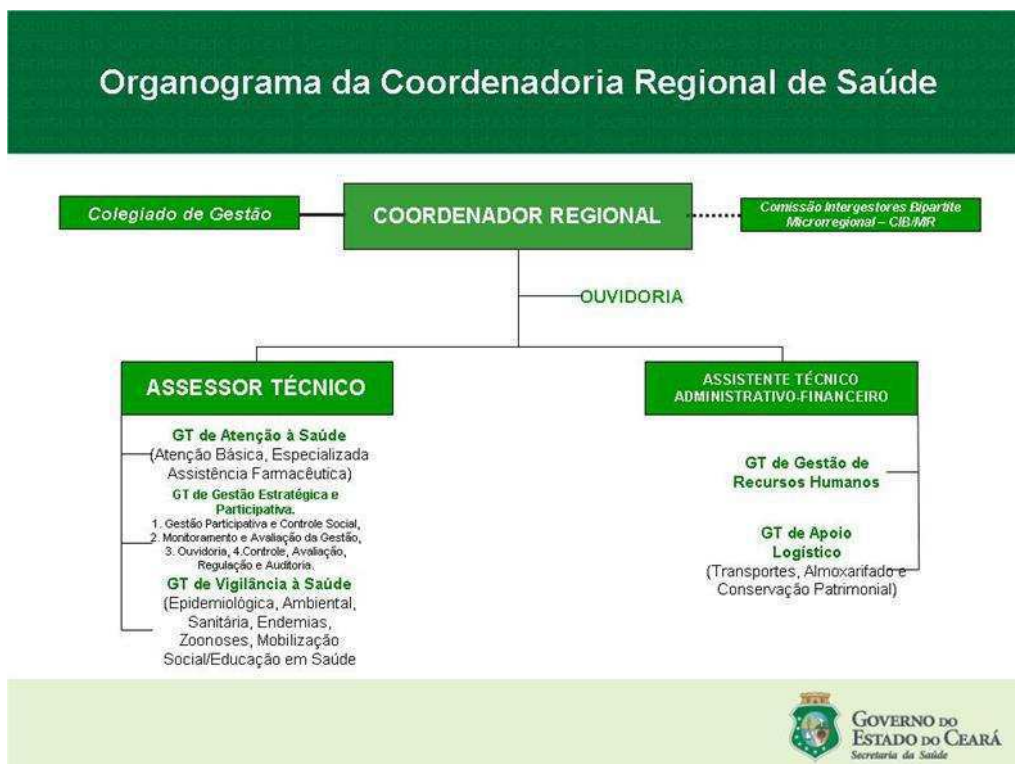
- d) Promoção e articulação interinstitucional;
- e) Gestão do sistema de referência e contra- referência no âmbito regional;
- f) Execução de outras atividades e ações de competência estadual no âmbito regional;
- g) Coordenar: Serão espaços de representação da SESA e de Coordenação do Sistema Único Estadual em âmbito regional;
- h) Informar: deverão assegurar que os municípios manejem a informação adequada ao seu nível de complexidade e no âmbito regional, consolidar as informações, alimentar o sistema de informação estadual analisar e retroalimentar os municípios, mantendo estreito relacionamento com nível central da SESA;
- i) Responsabilidade: deverão implementar os procedimentos necessários para assegurar que os municípios observem as normas técnicas e avaliar as necessidades de assessoria;
- j) Realidade: deverão programar suas ações considerando as necessidades regionais, obedecendo à flexibilidade necessária para que os municípios se adequem as diversidades locais existentes.

A relação com a comunidade externa se dá principalmente através da participação social nos Conselhos e nas Conferências de Saúde, a qual reúne todos os segmentos representativos da sociedade, um espaço de debate para avaliar a situação de saúde, propor diretrizes para formulação da política de saúde nas três esferas de governo.

Além disso, a União, o Estado e os municípios disponibilizam informações no Portal de transparência da saúde e, por outros meios e instrumentos, com a finalidade de garantir a participação da comunidade no SUS, no exercício do controle social.

Segue na figura 01 o cronograma da instituição objeto de pesquisa.

Figura 01. Estrutura Organizacional da 10ª CRES



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>>.

No total são 50 funcionários que desempenham suas atividades em trabalhos internos e de campo, 15 vinculados ao Governo do Estado do Ceará, 15 terceirizados e 20 são provenientes do Ministério da Saúde. Há funcionamento de duas Câmaras Técnicas: Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria e da Atenção Primária.

4.1 Identificação de problemas na instituição

Nessa fase foi identificado, observado e selecionado problema por meio de entrevista com o Coordenador Regional utilizando as três etapas do método MASP. Logo após delimitou-se uma questão relevante a qual veio a ser objeto de pesquisa e de possível intervenção. Mediante a busca identificou-se os principais problemas da Instituição conforme mostra o quadro 01 abaixo.

Quadro 01. Principais problemas identificados na Instituição – 10ª CRES

RELAÇÃO DE PROBLEMAS	SETORES ENVOLVIDOS
Dificuldade de um trabalho mais integrado da gestão municipal do município sede com a Coordenadoria (CRES)	Coordenador da CRES Grupo de Trabalho de Gestão Estratégica e Participativa
Precária articulação do funcionamento da rede de atenção primária à saúde dentro dos municípios, principalmente ao que se refere a contra referência.	Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde – (Atenção Primaria)
Fragilidades nos fluxos de informações, do nível Central para repasse na Regional, o que gera transtornos aos municípios para desempenhar suas ações preventivas e profiláticas.	Grupo de Trabalho de Gestão Estratégica e Participativa
Excessiva burocratização e de programas existentes para poucos recursos humanos (insuficiência de pessoal)	Grupos de Trabalho - GT (Assistente Administrativo); Grupo de Trabalho de Recursos Humanos
Insuficiência de transporte para as atividades internas da regional, prejudicando o acompanhamento efetivo junto aos municípios.	Grupos de Trabalho – GT; Grupo de Trabalho de Logística – Transporte e demais setores que necessitam de locomoção.
Ausência de setor de ouvidoria na CRES	Grupo de Trabalho de Gestão Estratégica e Participativa

<p>Pouca adesão dos gestores municipais ou mesmo colaboradores nas atividades programadas pela Regional.</p>	<p>Grupo de Trabalho de Gestão Estratégica e Participativa</p>
<p>Dificuldades na sensibilização dos gestores em disponibilizar os recursos pactuados para a estruturação da assistência farmacêutica.</p>	<p>Coordenador da CRES Grupo de Trabalho de Gestão Estratégica e Participativa</p>
<p>Insuficiência de recursos para custeio e implantação de mais unidades de saúde</p>	<p>Grupos de Trabalho - GT (Coordenador da CRES Assistente Administrativo: Assessoria Técnica: Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação)</p>

PROBLEMA SELECIONADO

Pouca adesão dos gestores municipais ou mesmo colaboradores nas atividades programadas pela Regional (10ª CRES)

JUSTIFICATIVA

A participação é intrínseca à vida em sociedade, não deixando de indicar suas contradições, em especial no que diz respeito às relações indivíduo/coletividade e ao papel mais ou menos ativo/passivo de quem participa. Portanto essa problemática relativo a participação deve ser melhor estudada para

que possamos descobrir as causas e propor meio de intervenção na situação concreta dentro da instituição.

4.2 Análise da pesquisa: causas e efeitos no processo de participação na 10ª CRESS

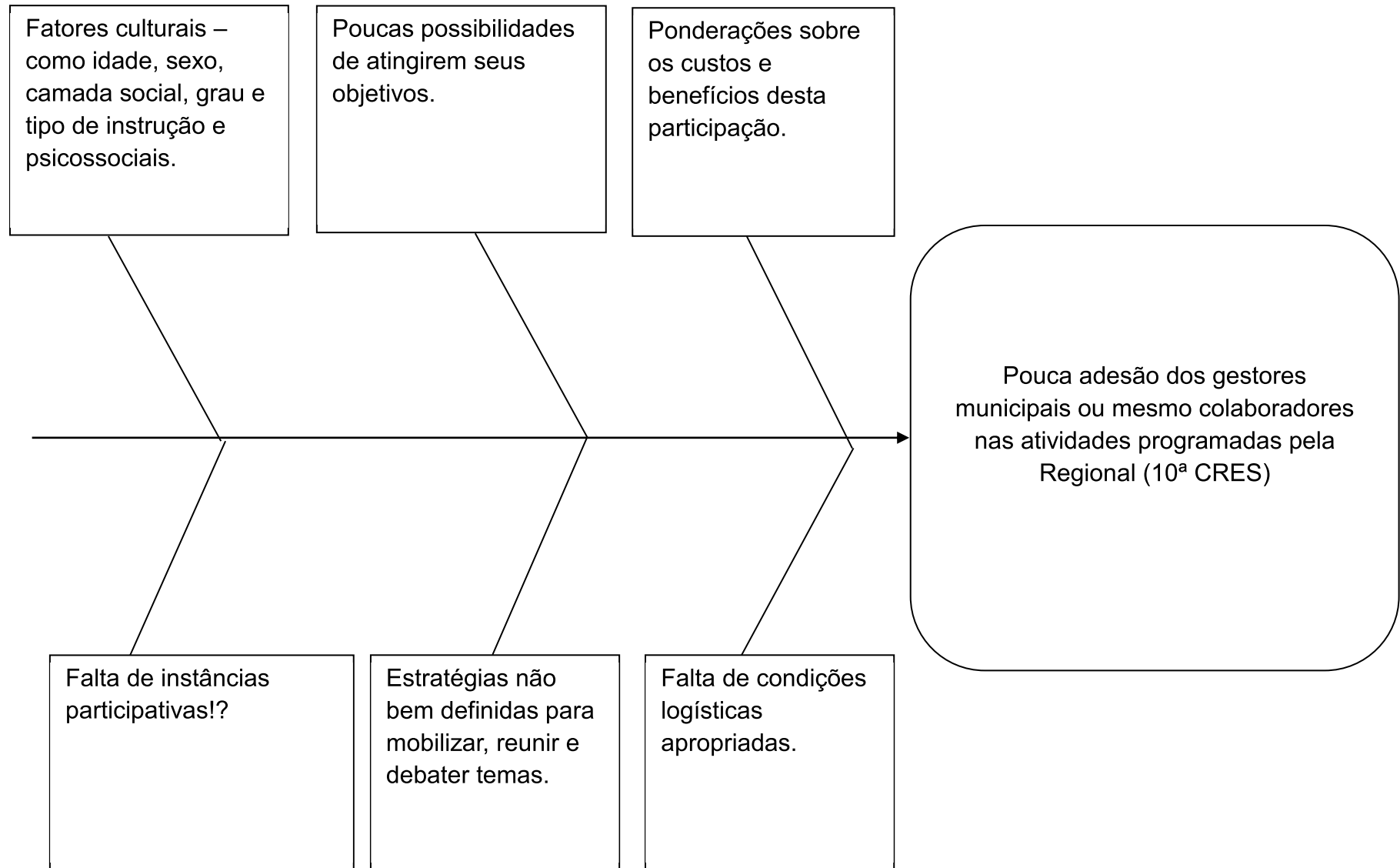
Um dos principais problemas encontrados na instituição pesquisada é justamente a falta de participação efetiva dos sujeitos envolvidos na área da saúde em atividades proporcionadas pela mesma.

Análise do Problema

Após a identificação do problema e sua observação que são duas etapas do método MASP utilizou-se como auxílio outra ferramenta: o diagrama de Causa e Efeito, (Figura 03) com a qual levantou-se as possíveis causas que estão gerando o problema.

Após o levantamento, utilizou-se a matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência), - priorizando desta forma a causa mais vital. A matriz GUT (Quadro 2) é uma matriz de priorização de problemas a partir da análise feita.

Figura 02. Diagrama CAUSA e EFEITO



Analisando o diagrama apresentado acima temos o problema identificado, observado e selecionado pelo método Masp, isto é a pouca adesão dos gestores municipais ou mesmo colaboradores nas atividades programadas pela instituição analisada. De acordo com o diagrama verifica-se as possíveis causas apontando para o problema levantado entre as quais pode-se enumerar:

1. Fatores culturais – como idade, sexo, camada social, grau e tipo de instrução e psicossociais;
2. Poucas possibilidades de atingirem seus objetivos;
3. Ponderações sobre os custos e benefícios desta participação;
4. Falta de instâncias participativas;
5. Estratégias não bem definidas para mobilizar, reunir e debater temas.
6. Falta de condições logísticas apropriadas.

Vale salientar que tais causas foram identificadas consultando um relatório de territorialização sobre a instituição realizada por bolsistas residentes em saúde.

Quadro 02. Matriz GUT

PROBLEMA				
Pouca adesão dos gestores municipais ou mesmo colaboradores nas atividades programadas pela Regional (10ª CRES)				
CAUSAS MAIS PROVÁVEIS	G	U	T	PRODUTO (GRAU)
Fatores culturais – como idade, sexo, camada social, grau e tipo de	3	1	2	6

instrução e psicossociais.				
Poucas possibilidades de atingirem seus objetivos.	4	4	4	64
Ponderações sobre os custos e benefícios desta participação.	5	4	4	80
Estratégias não bem definidas para mobilizar, reunir e debater temas.	5	5	4	100
Falta de condições logísticas apropriadas.	4	4	4	64

Com o auxílio da matriz GUT foram analisadas as possíveis causas diagnosticadas no diagrama de causa e efeito. Para tais foram atribuídas graus de fatores da matriz GUT de acordo com os parâmetros na tabela abaixo.

Tabela 01. Fatores da Matriz GUT

Nota	Gravidade	Urgência	Tendência ("se nada for feito...")
5	extremamente grave	precisa de ação imediata	...irá piorar rapidamente
4	muito grave	é urgente	...irá piorar em pouco tempo
3	grave	o mais rápido possível	...irá piorar
2	pouco grave	pouco urgente	...irá piorar a longo prazo
1	sem gravidade	pode esperar	...não irá mudar

Fonte: <http://www.portal-administracao.com/2014/01/matriz-gut-conceito-e-aplicacao.html>. 2016

O parâmetro da Gravidade representa o impacto do problema sobre coisas, pessoas, resultados, processos ou organizações e efeitos que surgirão em longo prazo, caso o problema não seja resolvido.

O parâmetro Urgência identifica a relação com o tempo disponível ou necessário para resolver o problema. E o parâmetro Tendência representa o

potencial de crescimento do problema, avaliação da tendência de crescimento, redução ou desaparecimento do problema.

Na Matriz GUT mostrada acima, os problemas foram classificados pelas notas de 1 a 5, depois obteve-se o grau crítico, obtido pela multiplicação ($G \times U \times T$) e, posteriormente, foi estabelecida a sequência de atividades, elencando aquelas que são mais graves, urgentes e com maior tendência de piorar. Assim, a ordem de ataque aos problemas pode ser concebida sem maiores problemas, dando subsídios para a tomada de decisão do gestor.

No quadro 2 observou-se pela classificação da matriz GUT que as falhas nas estratégias para mobilizar, reunir e debater temas encontra-se em primeiro lugar com o grau crítico de número (100) sendo posto como causa mais provável do problema apresentado.

Seguindo a ordem vem às ponderações sobre os custos e benefícios desta participação em segundo lugar com grau crítico (80), a falta de condições logísticas apropriadas e poucas possibilidades de atingirem seus objetivos em terceiro lugar obtendo o mesmo grau crítico (64) e por último e quarto lugar os fatores culturais – como idade, sexo, camada social, grau e tipo de instrução e psicossociais atingiu o grau crítico (6).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Dados da entrevista e perfil do gestor

O questionário aplicado ao gestor de saúde da instituição pesquisada foi realizado no mês de junho de 2016, com indagações acerca de entendimento sobre gestão, gestão pública governamental em saúde, sobre participação social e gestão participativa.

Explorou-se também acerca dos motivos que levam os sujeitos a participar nas instâncias governamentais participativas. Discutiu-se também a respeito do papel e funcionamento dos órgãos colegiados que promovem a participação no serviço público de saúde, bem como a sua importância.

Trabalhou-se ainda percepções do gestor a respeito da instituição investigada relacionado ao processo de participação, suas dificuldades e limitações enfrentadas, suas propostas e expectativas de desenvolvimento.

No presente estudo contou-se com uma única entrevista ao gestor da instituição da 10ª CRES e com consultas primárias a relatório da instituição e visita técnica a reunião da Comissão Intergestores Regional de Saúde.

Mediante as informações colhidas, evidenciou-se que o gestor é do sexo masculino, com idade de 59 anos, casado, apresenta nível superior completo na área de Tecnologia em Saneamento Ambiental. Seu ensino se deu em parte nas escolas públicas e outra parte no ensino privado.

No quesito remuneração, o dirigente contabilizou receber cerca de 4-5 salários mínimos. O mesmo declarou não usar plano de saúde privado, mas se utilizar do sistema único de saúde “por acreditar que o SUS atenda não só as questões básicas da assistência, mas a todos os serviços de média e alta complexidade da população.”.

Embora se adeque a saúde observou-se pelo perfil do entrevistado que o mesmo tem uma formação que não está vinculado à gestão pública. Portanto é possível acreditar que esse profissional tenha dificuldade nas tomadas de decisões por não ter uma formação adequada para o cargo, levando em consideração os princípios do modelo gerencial da administração ou gestão pública.

Foi relevante verificar que o entrevistado faz uso do sistema único de saúde apostando na capacidade de atendimento nos mais diferentes níveis dos serviços ofertados pelo sistema.

5.2 Correlações da Matriz GUT com as percepções do gestor

A matriz GUT apresenta como causa primeira da baixa adesão dos atores nas atividades no processo de participação vinculados a instituição pesquisada, as falhas nas estratégias para mobilizar, reunir e debater temas.

Conforme a Matriz GUT o primeiro problema a ser resolvido seria trabalhar estratégias bem definidas para arregimentar pessoas e discutir temas interessantes que busque a atenção do participante.

Na visão do gestor entrevistado, em contraste com a Matriz GUT, o mesmo acredita que para melhorar a participação ativa dos atores da saúde é necessário continuar apostando nas instancias participativas e por isso vem fomentando novas ações. Segue a fala dele:

Para melhorar a participação ativa dos Gestores de Saúde na região nós desenvolvemos ações que através dos colegiados possam fortalecer a gestão através da Comissão Intergestores Regional e o Colegiado Interno de Gestão da CRES e buscamos o fortalecimento da participação e controle social através das reuniões dos Conselhos e dos Fóruns Regional de Conselheiros Regional.

De acordo com o gestor entrevistado não é por falta de instâncias que os atores não participam. E realmente essa questão não foi identificada no diagrama de causa e efeito como possível causa geradora do problema. O mesmo afirma em seu

diálogo que os Conselhos estão todos legalizados e funcionando conforme a lei vigente. O gestor coloca como uma causa real de baixa participação dos atores a pouca representatividade dos seguimentos (governo, sociedade civil, acadêmicos). Observe-se em sua descrição:

No âmbito da 10ª CRES todos os Conselhos de Saúde se encontram formalmente legalizados conforme o que preconizou as Leis e Resoluções Nacionais e Estaduais e a participação dos Gestores em atividades proporcionados pelo Conselho ainda que poderiam ser mulheres uma vez que ainda continua a pratica de que as reuniões são realizadas na maioria das vezes por iniciativa da gestão municipal (seguimento governo) ficando muitas vezes prejudicado os demais seguimentos que sofrem muito talvez com a baixa condição de representatividade junto aos seus pares.

Vale salientar que a baixa representação que o gestor se refere diz respeito aos seguimentos da sociedade civil organizada e da academia. No entanto é pertinente se questionar se esse público está sendo adequadamente mobilizado, se as condições apropriadas de participação estão sendo ofertadas. Também é importante recordar que o nosso foco são os gestores quanto a sua participação no processo.

Outra limitação levantada pelo entrevistado quanto à participação dos gestores de saúde nos fóruns, conselhos, comissões e conferências da saúde, estão vinculada ao campo político e com a capacidade de poder de decisões.

Na visão do entrevistado a ausência de alguns gestores municipais de saúde nas instâncias participativas se explica pelo fato de os mesmos não serem protagonistas do processo como um todo, mas apenas como parte, sem autonomia no momento de tomada de decisões. Isso está evidenciado na fala do entrevistado:

Ainda vejo que alguns municípios a participação dos Secretários nos Fóruns Regionais de Conselheiros não são vistos como uma instância política do seguimento Governo ficando mais utilizado para questões Macro de interesse somente dos outros seguimentos assim como a realização de conferencias que parte cumpre somente o aspecto legal. Isso tem distanciado o Secretário dos demais seguimentos em virtude da não

continuidade dos encaminhamentos resultando em várias deliberações e resoluções que acabam não sendo operacionalizadas pelo Gestor.

Essa falta de autonomia do gestor de saúde percebida da fala do entrevistado se relaciona com o que foi identificado como a terceira causa de não participação, isto é, (poucas possibilidades de atingirem seus objetivos), ou seja, as possibilidades de obter êxito são preponderantes para que os sujeitos participem de uma determinada situação.

As demais causas tais como: os custos e benefícios desta participação; a falta de condições logísticas apropriadas e fatores culturais – como idade, sexo, camada social, grau e tipo de instrução e psicossociais não teve uma relação direta com o que foi respondido pelo gestor por ocasião da entrevista. No entanto, são também causas de problemas e deve estar compostas na lista de prioridades a serem solucionadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com relação à entrevista realizada verificou-se que o gestor da instituição, embora não seja da área específica de gestão pública, o mesmo possui noções conceituais e práticas sobre o tema, principalmente com relação à participação social na gestão em saúde por fazer parte constantemente das instâncias participativas vinculadas à instituição.

Para ele fazer gestão pública “significa administrar e dirigir para cumprir metas definidas.” Quanto à gestão participativa e sua forma de solucionar conflitos o gestor afirma que vem adotando mecanismo de harmonização buscando uma maior interação no processo de gestão.

Em suas percepções ele declara que “as decisões são tiradas através do colegiado interno de Gestão que é formado com representação dos gestores e trabalhadores escolhidos por cada grupo de trabalho...”.

Observou-se também que o responsável pela organização investigada acredita no sistema único de saúde em todas as suas formas e níveis, sendo ele próprio usuário, embora o mesmo tenha compreensão das dificuldades que o sistema apresenta.

Quanto à participação social o gestor tem a visão de que isso deve ocorrer sempre de forma presencial. Segundo ele é necessário “fazer parte da ação, ter parte na ação e não existe fórmula, pois depende da vontade, disposição ou motivação que cada pessoa tem em um determinado momento.” O pensamento do gestor contraria o que diz o autor Escorel, (2008) que afirma que participação tanto pode acontecer de forma presencial ou não.

Quanto aos dados identificados no diagrama de causa e efeito e na Matriz GUT percebeu-se que a problemática da baixa adesão dos atores da saúde em relação às atividades participativas propostas pela 10ª CRES, fazem com que pontos primordiais referentes à situação de saúde e dos próprios processos de trabalhos não sejam de conhecimento desses profissionais, gerando deficiências no processo de avaliação e construção participativa.

Comparando as causas prováveis diagnosticada no diagrama e na matriz GUT, com o dialogo do gestor entrevistado pode-se perceber que em muitos aspectos a baixa representatividade e falta de autonomia política dos gestores estão interligados, reforçando cada vez mais o efeito que isso provoca, ou seja, a incipiência no processo participatório.

Além disso, esses fatores causa prejuízo ao princípio de igualdade, pois nem todos estão participando de forma isonômica dos processos; prejuízo ao principio de liberdade, à medida que, a participação só acontece para cumprimento legal do dever e não por interesse próprio do participante; prejuízo ao principio da diversidade, isto é, apenas poucos segmentos estão a par das políticas que estão sendo trabalhadas e prejuízo ao princípio da solidariedade, ou seja, não há um compartilhando uniforme das informações dentro do setor.

Vale salientar que a pesquisa obteve êxito com relação aos objetos pesquisados. A pesquisa conseguiu analisar causas e efeitos da baixa participação na gestão em saúde no âmbito da 10ª CRES com o auxílio das ferramentas MASP, Diagrama de Causa e Efeito e a Matriz GUT acima comentado.

Além disso, obteve-se um diagnostico dos serviços ofertados pela instituição, a qual pode ser visto no capítulo quatro e também trouxe proposições de intervenção para melhorar a participação ativa dos gestores de saúde no âmbito da mesma conforme pode ser apreciado a seguir:

- a) Melhorar as estratégias de articulação da regional com os municípios que compõem a região, para mobilizar, reunir e debater temas disponibilizando assessoria e auxílio quando necessário;
- b) Fortalecer as Conferências de Saúde, dos Conselhos de Saúde, da Comissão Intergestores Regional e o Colegiado Interno de Gestão da CRES;
- c) Fortalecer a participação e controle social através das reuniões dos Conselhos e dos Fóruns de Conselheiros Regionais;
- d) Realizar uma melhor integração com o ensino serviço (participação de acadêmicos da área de saúde nas atividades do cotidiano da equipe);
- e) Implantar canais de comunicação tais como ouvidoria e outros;

- f) Fortalecer a continuidade do programa de Residência Integrada em Saúde, bem como a abertura da mesma para a inclusão das residentes em saúde nas ações e atividades;

Dentre os benefícios encontrados ao longo dessa pesquisa relacionado à gestão participativa no âmbito do SUS, pode-se citar as seguintes: reconhecimento das dificuldades vivenciadas em gestão pública de saúde na área de abrangência da 10ª CRES, a fim de tornar estas dificuldades públicas possibilitando soluções para elas.

Além disso, a pesquisa pode servir como instrumento de intervenção para estabelecimento de metas e priorização de resolução dos problemas.

Esse estudo serviu também para responder ao anseio de melhor conhecimento e entendimento da realidade dos serviços públicos de saúde, podendo assim melhor definir determinadas atribuições dos gestores das organizações de saúde e limitações destes na aplicação dos recursos de saúde na organização envolvida na pesquisa.

Vale salientar que no quadro 01, foram identificados outros problemas em outros setores da instituição que podem ser temas de outros trabalhos, a saber: excessiva burocratização e de programas existentes para poucos recursos humanos (insuficiência de pessoal); Insuficiência de transporte para as atividades internas da regional, prejudicando o acompanhamento efetivo junto aos municípios.

Ausência de ouvidoria na CRES; Insuficiência de recursos para custeio e implantação de mais unidades de saúde; Dificuldades na sensibilização dos gestores em disponibilizar os recursos pactuados para a estruturação da assistência farmacêutica.

Quanto às dificuldades e limitações encontradas na execução da pesquisa registra-se a disponibilidade de agenda do gestor para realização da entrevista, bem como a falta de vinculação do pesquisador/aluno a instituição. A ausência de formalização da universidade junto à instituição investigada também contribui para a burocratização de coletas primárias.

REFERÊNCIAS

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a participação e as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** (Lei Orgânica da Saúde). Brasília DF 1990.

_____. Lei nº 8.142, 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 DF, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

CÂMARA, Cristina. **Controle social no SUS: participação nos Conselhos de Saúde.** Capacitação em advocacy e controle social. Salvador, 21 a 25 de set. 2010.

CASSIA, R.; BARBOSA, A.; DA SILVA, V. **Gestão social das políticas públicas nas pequenas cidades.** Scripta Nova. Revista electrónica de geografia y ciencias sociales. Barcelona: Universidad de Barcelona, vol. IX, núm. 94 (9). 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/scielo/>. Acesso em: 22 de Ago. de 2013.

CEARÁ. Secretaria da Saúde (SESA). 10ª Coordenadoria Regional de Saúde de Limoeiro do Norte/CE. **Relatório de Gestão Regional (2011-2014).** Limoeiro do Norte, 2014.

CEARÁ. Secretaria da Saúde (SESA). **Regionalização.** Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalização>. Acesso em 05. Mai. 2015 às 08h30min.

CHAVES, E.S; FERNANDES, N.G.; LIMA, R.S.; PAIVA D.M; SARAIVA H.C. **Artigo-Gestão em saúde: dificuldades e limitações.** Unilab, Limoeiro do Norte, 2013.

COSTA, M. B. de S; SALAZAR, P. E. L. **Análise da gestão municipal dos serviços de saúde.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2008.

CROZATTI, Jaime. **Modelo de Gestão e Cultura Organizacional – Conceitos e Interações.** Caderno de Estudos, São Paulo, FIPECAFI, v.10, n. 18, p. -, maio/agosto 1998.

CUNHA, P. F.; MAGAJEWSKI, F. **Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS.** Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.71-79, 2012.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M.R. **Participação Social Cap. 28.** In GIOVANELLA, L. (orgs). **Política e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ,

2008. Disponível em: <http://docslide.com.br/documents/politica-e-sistema-de-saude-no-brasil-cap-28-participacao-social-escorel-s-moreira-mr.html>

JUNIOR, N. P.; CAMPOS G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. Interface-Comunicação saúde educação, 2014.

JUNQUILHO, Gelson Silva. **Teorias da administração pública** / Gelson Silva Junquilha. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

LIMA, F.E.T. **A estruturação da rede de conselhos locais de saúde para o fortalecimento do controle social no município de Pindoretama, Ceará.** Fortaleza, 2009.

OLIVEIRA, J. A.; MEDEIROS, M.P.M. **Gestão de pessoas no setor público** – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2011.

PAIVA, D. M. et all. **Relatório de Territorialização da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde.** Limoeiro do Norte, 2015.

RODRIGUES, E. L. A.; RODRIGUES, G. J. RUIVO, THAIS, C. S. **Tipos de gestão e suas respectivas lideranças.** Disponível em: <http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/enQi5HvjghFIkTF_2014-4-16-14-11-22.pdf>. Acesso em 24 de janeiro de 2017

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Figura 01. Estrutura Organizacional da 10ª CRES.** 2016. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>>

SESA. Secretaria de Saúde do Estado, 2016. **Organograma CRES - Imagem** Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>>. Acessado em 24.01.2017

ZANELLA, L. C.H. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração** - 2. ed. reimp. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.

APÊNDICE A

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA ENTREVISTA

I CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

Nome: _____

Endereço: _____

Idade: _____

Município: _____

Sexo: () Masculino () Feminino.

Grau e tipo de instrução:

Ensino Fundamental: () Incompleto () Completo

Ensino Médio: () Incompleto () Completo

Nível Superior: () Incompleto () Completo.

Em caso de nível superior, graduado em: _____

Ensino: () público () privado () público e privado

Renda Mensal: *a referência será o salário mínimo

() de 1 – 2 salários

() de 3 – 4 salários

() de 4 – 5 salários

() Acima de 5 salários

Saúde complementar:

Tem plano de saúde: () Sim () Não

Usa mais: () o plano () o SUS () não sabe

Caso tenha plano de saúde você seria capaz de abandonar seu plano de saúde para ser atendido somente pelos serviços oferecidos pelo SUS em seu município?

() Sim () Não

Obs.: Caso a resposta seja não por quê?

Resposta: _____

II QUESTIONAMENTO

1º) O que você entende por gestão? O que significa fazer gestão pública para você?

2º) Qual sua percepção sobre gestão participativa? Como você costuma resolver os problemas ou conflitos dentro da administração pública em que você atua?

3º) Na sua visão o que significa participação e como você acha que ela deve ocorrer?

4º) De acordo com Escorel (2008) as participações distinguem-se em três formas ou níveis, a saber: Presença, Ativação e Não participação. Destes com qual você se identifica e porquê?

5º) Na sua visão quais os motivos que levam os sujeitos a participar nas instâncias governamentais participativas? Leve em consideração os colegiados em que você atua. Quais os custos e benefícios desta participação?

6º) Em sua opinião qual o propósito das instâncias participativas a qual dispõem a Lei nº 8.142/90 que trata sobre participação da comunidade (poder público, prestador de serviço, profissionais de saúde e usuários) na gestão do SUS?

7º) Para você qual importância da participação social na gestão do SUS? De que forma isso ocorre?

8º) Na sua percepção, no âmbito da 10ª CRES quais as causas e efeitos do processo de participação ou não dos gestores municipais de saúde em atividades proporcionadas por este órgão?

11º) Quais as dificuldades e limitações enfrentadas pelos Secretários de Saúde dos municípios que compõem a 10ª CRES quanto a participação ativa nos fóruns, conselhos, comissões e conferências da saúde?

12º) Na sua visão quais propostas como meio de intervenção para melhorar a participação ativa dos gestores de saúde nas atividades realizadas pela 10ª CRES?

13º) Quais as perspectivas de desenvolvimento regional da saúde no âmbito da 10ª CRES mediante o envolvimento ou não no processo de participação dos gestores municipais de saúde nas ações realizadas pela mesma?