

GRASCILENE APARECIDA DE SOUZA

**GESTÃO, PLANEJAMENTO E HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

LAGOA SANTA/MINAS GERAIS

2011

GRASCILENE APARECIDA DE SOUZA

**GESTÃO, PLANEJAMENTO E HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.
Orientadora: Denise Terenzi

LAGOA SANTA/MINAS GERAIS

2011

GRASCILENE APARECIDA DE SOUZA

**GESTÃO, PLANEJAMENTO E HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Denise Terenzi

Banca Examinadora:

Professora: Denise Helena Terenzi Seixas

Professora: Thais Porlan de Oliveira

Aprovada em Lagoa Santa 10/12/2011

À Comunidade de Morro do Pilar, pelo acolhimento e carinho.

Aos meus familiares e colegas, que me incentivaram em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Ao CRIADOR, pelo dom da vida e pela força a mim concedida para superar obstáculos e alcançar mais uma vitória.

Meu agradecimento especial à enfermeira e amiga Cíntia Souza Oliveira, por ter compartilhado momentos bons como os do curso e momentos difíceis como os do trabalho, minha eterna gratidão pelo seu carisma, força, carinho, aceitação e compreensão.

A Secretaria Municipal de Saúde e Administração do Município de Morro do Pilar pela confiança e oportunidade.

À minha família, que sempre acreditou que eu poderia dar mais um passo...

Aos meus colegas de trabalho e amigos Francisco Caldeira de Souza e Auler Rafaelo Fernandes Coelho pela ajuda, carinho, confiança e apoio.

É com imensa satisfação e gratidão que externo meus sinceros agradecimentos à minha tutora Maria Cristina da Paz Oliveira e aos colegas de curso.

À minha orientadora, Denise Terenzi, pela paciência, presença e estímulo nesse momento de maior desespero que é a reta final.

Enfim, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse trabalho, minha eterna gratidão.

“Se nós não planejarmos, outros o farão para nós, por nós...ou contra nós...”

Eliezer Arantes da Costa (2002).

SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PDI – Plano Diretor de Investimento

PPI – Programação Pactuada e Integrada

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores tripartite

NOB – Norma Operacional Básica

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

LOA- Lei Orçamentária Anual

PMS – Plano Municipal de Saúde

RAG – Relatório Anual de Gestão

LDO – Leis das Diretrizes Orçamentárias

APS – Atenção Primária a Saúde

AB- Atenção Básica

Resumo

A política de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil demonstra atualmente ser uma política de reorganização do modelo assistencial de saúde, orientada por princípios; muitos foram os ganhos obtidos, mas há ainda que se trabalhar com um sinergismo maior com outros setores sociais, visando garantir um melhor desempenho. Uma organização precisa trabalhar em equipe, motivando-a sempre a se comprometer, para que os membros se sintam orgulhosos e desempenhem com maior interesse suas funções e, sendo assim, o planejamento se faz de extrema importância; daí a importância de uma gestão planejada, compartilhada e participativa, tendo como intuito a prestação de um serviço qualificado e humanizado na APS. Constitui o objetivo geral desse trabalho, analisar os fatores facilitadores e dificultadores na gestão em saúde no nível municipal e suas consequências na APS, buscando o impacto desses na população. Trata-se de uma revisão literária em que foram utilizados artigos obtidos nas bases de dados BIREME e SCIELO. Ficou evidente que a gestão em saúde necessita de organização e planejamento, bem como do conhecimento dos princípios do SUS, contemplados em sua criação em 1988 e consignados pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990. Espera-se como resultado do presente estudo, o fornecimento de subsídios para que o administrador municipal, juntamente com o gestor de saúde, adote medidas eficientes e eficazes, principalmente na Atenção Básica e que estes contribuam para melhoria da gestão, prestando uma melhor assistência à clientela e levando a uma maior satisfação da população.

Descritores: Gestão em saúde, modelos de gestão, gestão na APS, planejamento estratégico, acolhimento e humanização na AB.

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	12
2.1	Objetivo Geral	12
2.2	Objetivos Específicos	12
3	METODOLOGIA	13
4	REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1	A Atenção Primária à Saúde no Brasil	15
4.2	Planejamento e Gestão em Saúde	18
4.3	Instrumentos de Gestão – Breve Histórico	19
4.4	Organização do Sistema Único de Saúde	22
4.5	Participação Popular	24
4.6	Humanização no atendimento realizado na APS	27
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vem, desde 1990, sofrendo mudanças no seu modelo de assistência à saúde, devido à implementação da Lei Orgânica nº. 8.080/90 que regulamentou o Sistema Único de Saúde. Diante dela foram propostas medidas para a organização dos serviços e mudanças no modelo assistencial vigente – a implantação do Programa de Saúde da Família – conhecido atualmente como Estratégia de Saúde da Família, por não se tratar mais de apenas um programa. A Estratégia de Saúde da Família representa um fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e, se tornou a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde. Sendo assim, pode se afirmar que uma das principais inovações ocorreu a partir da implementação e expansão da cobertura do Programa Saúde da Família, como sendo uma estratégia de alterar a organização da atenção à saúde no SUS que antes era centrada num modelo fragmentado e segmentado e passou para um modelo universal e descentralizado (HEIMANN et al, 2011).

A Atenção Primária à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011b). Para uma APS significativa, uma gestão participativa pode contribuir para a participação social nas políticas públicas e para a constituição de espaços onde são construídas proposições coletivas, conforme as demandas da sociedade, visando operacionalizar da melhor forma possível os sistemas de saúde, principalmente no tange a APS, que possui como estratégia integrar todos os aspectos dos serviços de saúde (COSTA e LIONÇO, 2006; PEDROSA, 2008; VIEIRA, 2009). A Educação Popular consegue-se resgatar a participação social, reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde diante da sociedade, exigir dos governantes diálogo e transparência, informar aos usuários seus direitos e impor um compromisso ético por parte da gestão, mas precisa estar em consonância com a APS (PEDROSA, 2008). Ainda para Costa e Lionço (2006), os princípios do SUS devem ser estudados permanentemente por gestores e trabalhadores da saúde.

A Atenção Primária à Saúde no Brasil demonstra atualmente ser uma política de reorganização do modelo assistencial de saúde, orientada por princípios; muitos foram os ganhos obtidos no setor, mas há ainda que se trabalhar com um

sinergismo maior com outros setores sociais, visando garantir um melhor desempenho (CONILL, 2008). Além disso, algumas dificuldades são apontadas, como o acesso à saúde em determinadas localidades, a estrutura física dos locais de atendimento, a formação das equipes e a gestão e organização da rede, sendo que tais dificuldades se correlacionam com o pouco investimento público em saúde, com a persistência de segmentação no sistema e com a dificuldade de integração dos serviços de atenção básica com outros níveis de atenção. Pensar o papel da Atenção Básica é compreender que as ações em saúde representam um reflexo de um determinado modelo de proteção social.

Uma organização precisa trabalhar em equipe, motivando-a sempre a se comprometer, para que os membros se sintam orgulhosos e desempenhem com maior interesse suas funções e, sendo assim, o planejamento se faz de extrema importância e na APS é fundamental (VIEIRA, 2009).

Um fator observado na APS é a falta de recursos humanos capacitados em todos os setores, sendo esse um ponto agravante, pois, com isso, o município perde recursos, por falha na informação ou pela própria dificuldade no repasse das informações (OLIVEIRA et al 2008).

Uma boa gestão só funciona com a realização de um planejamento satisfatório (VIEIRA, 2009). No palco da APS, o planejamento é essencial. Segundo Barbosa e Brondani (2005), um plano estratégico requer a implantação de novas idéias, que a organização desenvolve a partir de novas estratégias; além da importância de se estar aberto a novas idéias; é também necessário avaliar e reavaliar, executar, ajustar, reajustar e monitorar os processos constantemente. Assim, pode-se reformular o que não está dando certo e tomar novos rumos. O processo de gestão tem como desafio a prática, que muitas vezes deve ser adaptada a cada realidade; na área de saúde isso não é diferente, sendo necessárias todas as ações acima citadas para que obtenhamos um produto de qualidade (BARBOSA E BRONDANI, 2005; VIEIRA, 2009).

A globalização cria um mercado organizado dinâmica e criativamente, ou seja, é preciso que haja, entre outros, eficiência e eficácia, otimização de recursos e qualidade e são os clientes quem determinam o quanto deve ser pago por tal produto ou serviço, bem como o tipo de produto que deseja consumir. Nas organizações ligadas à saúde, as exigências não poderiam ser diferentes; por isso, torna-se necessário o desenvolvimento de programas que visem o melhor

atendimento das necessidades sociais, havendo também uma avaliação constante das ações que ocorrem na APS (OLIVEIRA et al, 2008).

Gestão é um tema atual e de grande relevância, pois é através dela que uma empresa, seja pública ou privada, consegue se manter prestando serviços de qualidade. Estas informações, em conjunto, mostram que ainda há muito que se discutir sobre a questão da gestão, principalmente na AB, pois se sabe que, mesmo com grande aparato tecnológico, a gestão exige também capacitação e, certamente, liderança. Considera-se que a gestão municipal, citada aqui como gestão na AB, seja um tema bastante significativo, pois a partir dela será instituída a promoção da saúde e a prevenção das doenças, sendo então necessária uma gestão participativa e que trabalhe em prol da melhoria dos serviços básicos prestados à população, pois uma boa qualidade da gestão na APS diminuiria o acesso de pacientes às atenções secundária e terciária, pois muitas patologias poderiam ser bem controladas na APS.

Diante deste contexto, quais são os fatores facilitadores e dificultadores que poderiam contribuir para uma melhor qualidade de gestão na APS? Essa pergunta define o objetivo desse estudo, que será analisar os fatores facilitadores e dificultadores da gestão de saúde em nível municipal e que influenciam na qualidade da AB.

Espera-se que este estudo proporcione subsídios para que o administrador municipal, juntamente com o gestor de saúde, adote medidas eficientes e eficazes, principalmente na AB, que contribuam para melhoria da gestão, prestando uma melhor assistência à clientela e levando a uma melhor satisfação da população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Analisar os fatores facilitadores e dificultadores na gestão em saúde no nível municipal e suas consequências na APS, buscando o impacto desses na população.

2.2 Objetivos específicos:

- Revisar na literatura fatores facilitadores da gestão municipal na APS.
- Revisar fatores de risco dificultadores que a gestão municipal na APS defronta no dia-a-dia.
- Revisar na literatura qual a melhor forma de gestão para que a APS consiga promover a saúde e a prevenção de doenças.

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica a cerca do tema proposto: Gestão, Planejamento e Humanização na Atenção Primária à Saúde, com o intuito de realizar uma análise de tais fatores que se mostram tão importantes tanto para a população, como para os profissionais e atores envolvidos. A APS necessita muito da humanização no processo de trabalho e para isto é necessário uma gestão bem planejada. A fim de atender os objetivos propostos sobre o tema de gestão municipal em saúde, com foco principalmente na APS, foram pesquisados artigos científicos relacionados ao tema e objetivos propostos, nas seguintes bases de dados: BIREME e SCIELO.

Foram utilizados os seguintes descritores: gestão em saúde, modelos de gestão, gestão na APS, planejamento estratégico, acolhimento e humanização na AB. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados a partir do ano de 2004 que, por se tratarem de estudos mais recentes, apresentam informações mais atualizadas; trabalhos realizados com gestores e cujo idioma de publicação seja Espanhol, Inglês ou Português.

O processo de seleção dos artigos científicos foi feito através dos títulos e resumos, mediante sua relevância ao tema a ser discutido. Serão excluídos artigos que não abordem o tema, bem como aqueles que não tiverem nenhuma significância dentro do tema proposto e também os publicados anteriormente ao ano de 2004, por se considerar que já existem muitas publicações mais recentes e atualizadas, uma vez que a tecnologia a cada dia se renova e a globalização, com seu rápido avanço, é muito significativa também na área de saúde, principalmente no tema em questão.

Após a seleção dos textos, foram realizadas leituras atentas dos seus conteúdos e confeccionados resumos de cada artigo selecionado, destacando-se o objetivo do estudo, seus resultados e considerações relevantes dos mesmos, analisando minuciosamente sua relação como o propósito da pesquisa de revisão bibliográfica. As pesquisas realizadas serão agrupadas por assuntos (Gestão municipal em saúde, gestão de equipe, gestão como processo de melhoria para o serviço primário de saúde).

A busca dos artigos periódicos foi feita de abril de 2011 até o término do trabalho.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A Atenção Primária à Saúde no Brasil

O usuário que adentra ao serviço de saúde, principalmente à APS, traz consigo suas queixas, angústias, temores, expectativas, insegurança e desejos (SOARES e RAUPP, 2009). Cada um possui sua própria história, sua cultura, suas complexidades e depara com profissionais que fazem parte de um processo de trabalho, às vezes, um tanto complexo também. As inovações são necessárias na tentativa de se poder oferecer um serviço de saúde que ampare os sentimentos do usuário; porém, em determinado processo de trabalho, a qualidade oferecida se torna uma utopia, pois os trabalhadores são tidos como máquinas, sem reconhecimento, sem autonomia, sem noção do todo, dos objetivos, das finalidades, dos valores e dos princípios do trabalho em que se inserem; tal fato é frequentemente a realidade de muitas equipes, porém, com uma gestão compartilhada, seria possível conciliar as ações e serviços com a população, na perspectiva de que todos juntos alcançariam melhores resultados. Quando a equipe trabalha sem o aval da população, sabe-se que muitas das ações são realizadas como, por exemplo, o fornecimento, de hipoclorito de sódio a 2,5%, a ser diluído 2 gotas em 1 litro de água que não seja contaminada por esgoto como forma de eliminar e remover contaminantes, causadores de doença de veiculação hídrica e fornecido às famílias que não possuem filtro, nos locais onde não existe a possibilidade de filtragem da água ou fervura. Essa é apenas uma opção onde a real necessidade da população seria a resolução total do problema, através da construção de rede de esgoto que corre em céu aberto, fato infelizmente comum em municípios de pequeno porte, pela inexistência de uma política de saneamento básico.

A APS, além de ser a forma considerada de organização de entrada nos serviços de saúde, tem a função de facilitar o acesso integrado a outros recursos no sistema de saúde, deve responder à maior parte da demanda dos serviços de saúde e está consolidada com os princípios do SUS (HEIMANN et al, 2011). A articulação intersetorial é fato relevante para se alcançar a resolutividade na APS, produzindo um impacto positivo nos indicadores de situações de saúde. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família, implantada na década de 90, também foi tida como uma forma

de organização do SUS, vindo como forma de alterar a organização da atenção à saúde no SUS, de um modelo fragmentado e segmentado para um modelo universal e descentralizado. Ela vem se expandindo a cada dia, levando ao fortalecimento da APS no Brasil. Algumas dificuldades desde a implantação merecem destaque, como a capacidade gestora dos municípios, o vínculo de profissionais e os desafios de se ofertar cuidados contínuos e coordenados. A insuficiência ou falta de recursos financeiros é uma fragilidade que dificulta a melhoria da APS, bem como a falta de capacidade técnica gerencial, que é outra dificuldade encontrada, principalmente em municípios de pequeno porte (HEIMANN et al, 2011). Mesmo assim, a APS ainda é uma forma de organização dos serviços de saúde e que responde a um modelo de atenção, na perspectiva de melhorar as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011b).

A APS enfatiza a saúde como sendo um direito humano, com uma necessidade de abordagem dos determinantes sociais e políticos relacionados à saúde. Alguns dos pontos fortes da APS são: a possibilidade de organização dos demais níveis de atenção, a integralidade e a própria criação da ESF proporcionando o aumento do acesso da população aos serviços de saúde e impacto na redução da morbimortalidade (HEIMANN et al, 2011).

Alguns desafios a serem superados para a evolução da APS são a diminuição da rotatividade dos profissionais, a criação de vínculo através de um plano de cargos, carreiras e salários no SUS, a maior participação social, a capacitação de profissionais, o cumprimento de carga horária, o avanço na interdisciplinaridade, a inexistência de cadastro único e informatizado de usuários, as dificuldades no referenciamento hospitalar, a grande dependência de serviços secundários, a alocação de recursos conforme as necessidades e a organização de processos de trabalho, qualificação da atenção e da gestão, principalmente em municípios menores (HEIMANN et al, 2011).

- A transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde é feita em seis blocos sendo: Atenção básica, Atenção de média e alta complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (HEIMANN et al, 2011; BRASIL, 2011b).

- Associa-se à APS basicamente a assistência direta a população, porém sabe-se que através de uma análise minuciosa que os municípios não dispõem de

recursos suficientes para implantação e execução das ações de saúde e que os gastos em saúde demandam acompanhamento contínuo pela Lei de Responsabilidade Fiscal (HEIMANN et al, 2011; BRASIL, 2011b).

- No que tange a contratação de pessoal, este frequentemente é mal remunerado e necessita de dupla ou tripla jornada diária de trabalho, o que contribui para o aumento do desgaste físico, psicológico e social do servidor. Ainda, com relação a salários pagos e a média de jornada de trabalho, as diferenças entre municípios e/ ou instituições são marcantes (HEIMANN et al, 2011; BRASIL, 2011b).

- Quanto à rotatividade no trabalho, esta gera falta de vínculo com a população adscrita e são decorrentes da ausência de um plano de cargos, carreiras e salários para o SUS (HEIMANN et al, 2011; BRASIL, 2011b).

- O descumprimento da carga horária de trabalho, principalmente de médicos da ESF ocorre pelo almejo de um salário melhor, o que ocorre com a existência concomitante de consultórios particulares e outros empregos (HEIMANN et al, 2011; BRASIL, 2011b).

- A população ainda supervaloriza o trabalho do médico em detrimento às outras categorias, que se sentem inferiorizadas financeiramente, sem incentivo para continuar a ser um servidor da saúde e desestimuladas para participar de cursos de capacitação e melhoria na qualidade de sua assistência, passando a trabalhar sem levar em consideração as metas e indicadores (HEIMANN et al, 2011; BRASIL, 2011b).

- As dificuldades encontradas para melhoria da integração dos serviços de saúde são estruturais e relacionadas à inexistência de um cadastro único e informatizado de usuários do SUS para consolidar a regionalização e melhorar o referenciamento para os casos que exijam maior complexidade e a baixa capacidade gerencial do gestor municipal ocorre por ser um cargo de indicação política, que até o presente momento não exige um curso de formação obrigatório (HEIMANN et al, 2011; BRASIL, 2011b).

Para consolidar uma APS com demais setores da sociedade faz-se necessário a construção de políticas integradas de saúde em que as ações intersetoriais sejam reforçadas pela gestão municipal (HEIMANN et al, 2011; BRASIL, 2011b).

A maior parte dos desafios ocorre devido à pouca valorização dos profissionais inseridos na APS; são eles a porta de entrada do sistema e, muitas vezes, trabalham sobre ameaça, adquirindo, com o passar do tempo, doenças como hipertensão, diabetes e várias outras, além das doenças psicossomáticas. O interessante seria dar apoio a todos os profissionais, porém infelizmente trabalhamos num sistema em que é cobrada uma grande quantidade de atendimentos e não a qualidade seja pela falta de recursos humanos ou materiais, que ficam aquém do necessário; isso constitui mais um fator agravante para o adoecimento de alguns profissionais, que se tornam acuados e frustrados com a profissão (HEIMANN et al, 2011).

4.2 Planejamento e Gestão em Saúde

A Constituição Federal de 1988 iniciou o processo de construção do SUS, regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990 (OLIVEIRA et al, 2008). Em seu art. 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (OLIVEIRA et al, 2008). O art. 198 dispõe que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único de Saúde – SUS (OLIVEIRA et al, 2008). A gestão participativa tornou-se, então, alvo de importante inovação, sendo que as leis orgânicas da saúde foram de extrema relevância para o novo modelo de saúde (PAULUS JÚNIOR e CORDINI JÚNIOR, 2006).

O enfrentamento do planejamento exige do gestor e da equipe um esforço para que as informações sejam relevantes para a melhoria do desempenho da organização, seja ela municipal, institucional, estadual ou federal e demanda um acesso contínuo a informações e uso de tecnologias de formulação e a implementação e avaliação de políticas, planos, programas, projetos criados com o intuito de intervir no estado de saúde da população (BRASIL, 2011a).

O planejamento, também preconizado pela Constituição Federal, é de vital importância para dar direcionamento às ações – desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação - para que, através de intervenções possíveis e cabíveis possa alcançar resultados satisfatórios (PAIM e TEIXEIRA, 2006; VIEIRA,

2009; BRASIL, 2011a). A falta dele leva a ações desarticuladas; a visão do onde se deseja chegar precisa ser clara e objetiva ou não se chega a lugar nenhum. Sem planejamento em saúde, os recursos são perdidos ou utilizados de forma ineficiente (PAIM e TEIXEIRA, 2006; VIEIRA, 2009). E em uma gestão compartilhada, onde as responsabilidades são descentralizadas, as decisões são compartilhadas assim como os desejos, motivações, interesses, idéias, experiências e o diálogo se faz presente, levando as ações e serviços a responderem às necessidades da população da área de abrangência daquela APS (SOARES e ROUPP, 2009; ARTMANN e RIVERA, 2010).

Apesar dos avanços do SUS, ainda se percebe que ocorre, entre os gestores, uma falta de planejamento, de unicidade e de integração (VIEIRA, 2009; ANDRADE e SANTOS, 2011).

A fragmentação de prioridades, a desarticulação das intervenções nas esferas federal, estadual e municipal pela falta de planejamento adequado leva à alocação inadequada dos recursos, fazendo-se necessária uma maior articulação entre as esferas (VIEIRA, 2009, p. 1657).

As desigualdades existentes entre estados, municípios e a diversidade epidemiológica e social da população dificultam a articulação e a integração entre os entes federados para que o planejamento em saúde ocorra de forma efetiva, pois não refletem a necessidade da realidade local (VIEIRA, 2009).

Existe desconexão entre as programações de saúde e o orçamento, que por sua vez é elaborado em cada ente federado, e, na maioria das vezes, sem a presença dos gestores e sem se considerar as ações definidas para o exercício financeiro; uma vez que o sistema é uma rede única, regionalizada e hierarquizada, é necessário que haja maior articulação do planejamento entre as diferentes instâncias de gestão (VIEIRA, 2009).

4.3 Instrumentos de Gestão – Breve Histórico

O SUS é a expressão do paradigma da produção social da saúde, porém um constante processo social em construção, que envolve transformação cultural, sendo, portanto, de maturação lenta (ANDRADE e SANTOS, 2011). É tido como espaço social construtor de cidadania, pois os indivíduos podem participar de conselhos e conferências. A cidadania é relevante na construção da democracia, pois propicia a formação de atores sociais que podem reivindicar seus direitos.

O SUS constitui num avanço e modernização das ações de saúde do país (COSTA e LIONÇO, 2006; SIMÕES et al., 2007); os instrumentos de gestão são formas de planejamento e organização dos serviços de saúde (VIEIRA, 2009). O planejamento indica novos rumos estimula formas de investimentos e prioridades (ARTMANN e RIVERA, 2010).

Os instrumentos de gestão instituídos por meio da Constituição Federal de 1988, que também instituiu o SUS, tem a finalidade de programar os recursos financeiros necessários às despesas e investimentos de cada setor da saúde, em consonância com a receita arrecadada de cada ente federado (VIEIRA, 2009). A implantação e implementação dos instrumentos de gestão é tido como forma da gestão conduzir e aperfeiçoar o sistema como um todo e que contribuam para melhor aproveitamento de oportunidades e superação de desafios (BRASIL, 2011a).

A Norma Operacional Básica de 1996 instituiu um novo elemento de gestão, a Programação Pactuada e Integrada, que envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar e de vigilância sanitária e epidemiológica, visando a reorganização do modelo de atenção e gestão do SUS e a alocação de recursos pela União, Estados e Municípios. Em âmbito municipal, os recursos adquiridos pelo Estado ou União necessitam de prestação de contas, que deverá ser discutida e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e que, após isso, deverá ser apreciada pela Comissão Intergestores Bipartite (VIEIRA, 2009). As Normas Operacionais tiveram importância no novo modelo de saúde SUS, principalmente nos aspectos de financiamento (PAULUS JÚNIOR e CORDINI JÚNIOR, 2006).

Para se empregar de forma eficaz os recursos da saúde, é primordial construir os instrumentos de planejamento em saúde, pois neles constam os programas, ações e metas a serem executadas para que se alcancem os objetivos definidos. Sendo assim, a aplicação de qualquer recurso na área da saúde deve estar devidamente registrada no Plano Municipal de Saúde e ser aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde (VIEIRA, 2009; MARQUES, DIAS e RIANI, 2011). Como os recursos do SUS são escassos e as aspirações da população, intensas, faz-se necessário aplicar bem tais recursos (VIEIRA, 2009; MARQUES, DIAS e RIANI, 2011). Os principais instrumentos do planejamento são o Plano Plurianual de Investimento, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual (VIEIRA, 2009; MARQUES, DIAS e RIANI, 2011).

O Plano Plurianual de Investimento é alinhado ao Plano Municipal de Saúde, sendo elaborado a cada quatro anos; deve conter as diretrizes, objetivos e metas pactuados da administração pública para as despesas com saúde em geral, sendo que para cada ano de vigência do Plano Plurianual são elaboradas as Leis de Diretrizes Orçamentárias (VIEIRA, 2009; MARQUES, DIAS e RIANI, 2011).

A Lei de Diretrizes Orçamentárias é um instrumento que articula e orienta as diretrizes para a Lei Orçamentária Anual do ano correspondente (VIEIRA, 2009; MARQUES, DIAS e RIANI, 2011).

A Lei Orçamentária Anual estima a receita e fixa a despesa, objetivando organizar a política econômico financeira e o programa de trabalho do governo (VIEIRA, 2009; MARQUES, DIAS e RIANI, 2011) .

Os instrumentos citados servem para orientar a alocação dos recursos públicos. É necessário que os instrumentos de gestão sejam aprovados em Conselhos de Saúde (VIEIRA, 2009; MARQUES, DIAS e RIANI, 2011).

Como a Programação Pactuada e Integrada não foi suficiente para organizar o sistema, em 2001 foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde, com o objetivo de definir o processo de regionalização da assistência, que estabeleceu o Plano Diretor de Regionalização como mais um instrumento de ordenação do processo; assim, os estados passaram a ter maior responsabilidade na gestão do SUS (VIEIRA, 2009). Uma complexidade ou dificuldade observada é a situação da qualidade da comunicação e da informação no sistema de referência e contra referência dos municípios, ou seja, quando um município encaminha um determinado paciente, faz-se necessário que o profissional que o esteja encaminhando faça um relatório bem detalhado da situação na qual se encontra o paciente e o mesmo deveria ocorrer (a contra referência) quando esse paciente recebesse alta hospitalar, pois ele será acompanhado no seu respectivo município pela APS. O sistema de referência e de contra referência, quando bem realizado, proporciona uma melhor qualidade no atendimento prestado, bem como em seu prosseguimento e, assim, ocorre um processo de trabalho com a valorização de todos os envolvidos – profissionais e pacientes.

Outro Instrumento de gestão utilizado para a função gestora do SUS é a elaboração do Relatório Anual de Gestão, no qual são apresentados os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde em que consta a aplicação dos recursos financeiros a serem aplicados e tem a finalidade de discutir

os casos que se fizerem necessários, como as metas e indicadores não alcançados no ano anterior, mas pactuados e propor formas para seu alcance e melhoria nas discussões ocorridas nos Conselhos Municipais de Saúde e posteriormente nas Comissões Intergestores Bipartite (VIEIRA, 2009; BRASIL, 2011a).

4.4 Organização do Sistema Único de Saúde

A lei 8080/90 abriu espaço para a gestão participativa, fato que representa um marco extremamente importante, pois foi a partir de então que avanços foram ocorrendo (OLIVEIRA et al 2008; FADEL et al, 2009; VIEIRA, 2009). Porém, somente em 2006, com a criação do Pacto pela Saúde, é que o processo de gestão em saúde no Brasil passou a ser analisado através de documentos oficiais regulamentadores das políticas públicas de saúde, criados pela própria gestão e possibilitando o conhecimento da realidade da saúde da população brasileira (FADEL et al, 2009, VIEIRA, 2009).

O Pacto pela Saúde representa um avanço estratégico para viabilizar a equidade da saúde no Brasil e visa uma melhor qualificação e implantação do processo de descentralização, organização e gestão de todo sistema de saúde do Brasil em âmbito tripartite, demonstrado pela importância de responder aos desafios atuais da gestão e organização do sistema, em dar respostas mais completas às necessidades da população, levando assim a uma melhoria na qualidade da gestão pública (FADEL et al, 2009, VIEIRA, 2009; BRASIL, 2011a). Além disso, considera as desigualdades geográficas existentes, pois estas existem em todo o país (COSTA e LIONÇO, 2006; FADEL et al, 2009, VIEIRA, 2009).

As diretrizes do Pacto pela Saúde fundamentam nos princípios do SUS, consolidam processos como o da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimentos, bem como também a PPI (BRASIL, 2011a).

O Pacto pela Saúde define responsabilidades sanitárias e de gestão através de três componentes que são o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (FADEL et al, 2009).

O Pacto pela Vida representa uma ação prioritária no campo da saúde e tem como estratégia a consolidação do SUS e prioriza a saúde do idoso, a saúde da mulher, do recém-nascido, da criança, a prevenção de doenças emergentes e

endemias e a promoção da saúde e, nesse contexto, destaca a promoção da saúde e prioriza a Estratégia de Saúde da Família como fortalecimento da APS (FADEL et al, 2009; BRASIL, 2011a).

O Pacto em Defesa do SUS representa a repolitização do SUS, procura defender os princípios dessa política pública de saúde e prioriza a implantação de um projeto permanente de mobilização social, definindo a saúde como um direito (FADEL et al, 2009; BRASIL, 2011 a).

O Pacto de Gestão contempla os princípios do SUS, é considerado como sendo uma ferramenta essencial para o processo de administração da saúde no Brasil. Dentro do Pacto pela Gestão, na área de planejamento foram criados o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimento nos estados, o Colegiado de Gestão Regional, o financiamento do Fundo Nacional de Saúde em seis blocos, a Programação Pactuada e Integrada. Plano Municipal de Saúde são feitos para cada quadriênio e Relatório Anual de Gestão são obrigatórios, bem como a elaboração da Programação Pactuada e Integrada anualmente (FADEL et al, 2009, VIEIRA, 2009; BRASIL, 2011a).

A cada ano, modificações são sugeridas e revalidadas no sentido de melhorar a qualidade do SUS, além da criação de novas prioridades em outros pactos, objetivando uma melhoria na qualidade de vida. A priorização da saúde do trabalhador através de uma maior fiscalização e exigências nos trabalhos que apresentam danos e riscos; a atenção à saúde mental, ao portador de necessidades especiais, à saúde masculina, além de uma atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência são alguns itens acrescentados no Pacto pela Saúde (FADEL et al, 2009).

As Comissões de Intergestores Bipartite e as Comissões Intergestores Tripartite, juntamente com os diferentes conselhos de saúde representados pelas três esferas de governo, têm como objetivo superar dificuldades apontadas anteriormente, através de uma direção e articulação feitas entre as três esferas (FADEL et al, 2009). Cada esfera tem como objetivos e metas um compromisso de gestão, detalhado através de documentação como as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, com portaria específica no MS GM/MS 399 de fevereiro de 2006 (FADEL et al, 2009).

A sociedade de hoje está configurada como sendo uma sociedade em rede; sendo assim “a atual situação epidemiológica, demográfica e socioeconômica

evidencia a necessidade da revisão do sistema de saúde vigente (TAVARES JÚNIOR, 2011, p. 11)”. Para Mendes (2010) as redes são sistemas organizados de forma integrada na prestação de serviços a uma população definida. Para uma reorganização e operacionalização do sistema em redes fazem-se necessárias a interação entre uma população, uma estrutura operacional, um modelo de atenção e um sistema de governança pautado no planejamento, formulação e implementação das políticas públicas de saúde para cumprimento de suas funções (TAVARES JÚNIOR, 2011). A governança da rede representa uma forma de organização em que a APS, sistemas de apoio e logística funcionem de forma eficaz e haja atuação das CIBs, dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs – espaços permanentes de pactuação e cogestão solidária e cooperativa entre as secretarias estaduais e municipais de saúde nas regiões) e do controle social. O sistema de rede tem como elemento fundamental a utilização da comunicação através das tecnologias da informação para expandir as relações. A unicidade, a integralidade e a descentralização são características de um modelo de rede.

Conforme Mendes (2010), para que haja sucesso no sistema integrado é necessário eficiência e efetividade da informação, além de uma capacidade de coordenação do processo de atenção à saúde. Afirma também que entre as vantagens do sistema de redes, estariam o incremento da integração clínica, o reforço da participação dos médicos nos grupos de atenção primária à Saúde e o aumento da produtividade dos cuidados hospitalares; essas características, porém, são insuficientes para garantir que a integração do cuidado em rede aos pacientes promovam melhorias na performance das organizações. Alguns desafios encontrados para a integração do sistema são: a precariedade na utilização de prontuários eletrônicos, a falta de sistemas de informação bem desenvolvidos, flexíveis e capazes de repassar as informações em tempo hábil, apropriado para as decisões da gestão da rede, os modelos mentais dos profissionais da saúde, a cultura das organizações de saúde e o realinhamento dos incentivos.

4.5 Participação popular

Segundo Costa e Lionço (2006) “a consolidação do Sistema Único de Saúde requer a renovação permanente de iniciativas que visem resgatar, assegurar e

implementar os seus princípios”. Para Albuquerque e Stotz (2004), a educação em saúde é uma ação primordial para garantir a promoção e a qualidade de vida, pois é garantia de conscientização da população e reforça a organização popular e as lutas sociais pela saúde, garantindo a integralidade da assistência, além de contribuir para a incorporação de novas práticas e saberes.

A educação popular pode ser um instrumento auxiliar na incorporação de novas práticas por profissionais e serviços de saúde. Sua concepção teórica, valorizando o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, tem sido utilizada pelos serviços, visando a um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas (ALBUQUERQUE e STOTZ, 2004, p.270).

Ainda conforme Albuquerque e Stotz (2004), a educação popular pode ser realizada de diferentes formas pedagógicas como a música, a dança, artesanatos, valorização da cultura local, utilização do lúdico, teatros e oficinas, sendo que o importante é dar continuidade as ações, ou seja, que elas não fiquem apenas como formas campanhistas. Todo processo de Educação em Saúde necessita de apoiadores, coordenadores e participação da intersetorialidade. Possui ainda vantagens, como o reforço da participação social, uma maior conscientização da população sobre seus direitos e condições de saúde, o reforço da organização popular e das lutas pela saúde, melhorando a questão da promoção e da integralidade das ações em saúde.

Na APS devem ser desenvolvidas ações de educação em saúde, pois a ESF é considerada como forma de reorientação do modelo de assistência em saúde (ALBUQUERQUE e STOTZ, 2004). Nela o indivíduo busca por atendimento, nem sempre por se encontrar doente. Mesmo nesses casos, porém, o atendimento necessita ser qualificado e humanizado e então se faz presente, novamente, a consolidação dos princípios do SUS por parte dos profissionais e dos gestores da saúde (SIMÕES et al, 2007).

Pedrosa (2008) afirma que a educação popular em saúde no Brasil tem evoluído e que isso pode ser demonstrado por diferentes espaços, sujeitos e estratégias, como a Rede de Educação Popular e Saúde, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde e o Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da ABRASCO, além de outros grupos de movimentos sociais. Isso demonstra ainda o quanto a participação popular é relevante e, cada

vez mais, se percebe o fortalecimento e a qualificação do controle social, onde o diálogo se faz presente e os conselheiros de saúde se tornaram lideranças de educação popular em saúde (PEDROSA, 2008). A capacidade de escuta é sempre uma forma de interação e negociação, demonstrando que, onde há comunicação, o planejamento possui melhor aplicabilidade (ARTMANN e RIVERA, 2010).

Conforme Vasconcelos (2008), o SUS não foi desenhado em gabinetes, e foi, sim, o resultado da forte presença da Educação Popular, através de profissionais de saúde, trabalhadores e movimentos comunitários, que se fizeram presentes nas décadas de 1970 e 1980.

A participação popular é de extrema importância, assim como sua relevância na gestão pública da saúde; ela ocorre através da participação em Conselhos de Saúde, Conferências, Congressos, Colegiados Gestores, Plenárias e Fóruns, que possuem valor legal e fazem parte da agenda do SUS e tem mobilizado grande parte da população, mostrando que a saúde também é responsabilidade social (COSTA e LIONÇO, 2006; VIEIRA, 2009; HEIMANN et al, 2010). A participação popular se dá também através de movimentos sociais em encontros municipais e estaduais, através de Conselhos e Conferências e também em encontros nacionais, que se articulam na luta pela saúde (PEDROSA, 2008); é um processo contínuo e participativo, que deve valorizar o saber popular e do usuário, facilitando a participação de atores sociais da comunidade no processo de construção da saúde (ALBUQUERQUE e STOTZ, 2004). Uma Gestão Participativa possibilita a democracia no SUS, o fortalecimento da participação social, as articulações entre os setores governamentais e não governamentais relacionados aos fatores condicionantes e determinantes da saúde (COSTA e LIONÇO, 2006; PEDROSA, 2008; VIEIRA, 2009; MACHADO, 2007). A Educação Popular em Saúde vem, cada vez mais, ganhando campo e favorecendo a produção de novos conhecimentos, conceitos, visões de mundo e a sistematização de experiências, organizadas através da Rede de Educação Popular em Saúde e que se iniciaram com a formulação do SUS (PEDROSA, 2008, OLIVEIRA et al, 2008, VASCONCELOS, 2008). Tais discussões sempre trazem resultados positivos, no sentido da formação de sujeitos mais politizados, humanizados, preparados pela luta por direitos à saúde e que se tornam cada vez mais fortalecidos (ARTMANN e RIVERA, 2010; COSTA e LIONÇO, 2006; PEDROSA, 2008). A Educação em Saúde é um momento de troca de experiências e aprendizagem (ARTMANN e RIVERA, 2010).

4.6 Humanização no atendimento realizado na APS

A Atenção Primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011b).

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar (SOUZA et al, 2008, p. 170).

É inegável que a construção do SUS vem se aprimorando, mas o SUS proposto na Constituição Federal de 1988 ainda é um sonho a ser perseguido, principalmente no que se refere à igualdade de acesso e à qualidade da atenção, apesar dos avanços referentes aos princípios e ao perfil da proposta do sistema. A qualidade dos debates e formação profissional apresentam também desafios, como o conservadorismo das práticas de saúde que valorizam um modelo curativista hospitalocêntrico, com salários e direitos trabalhistas diferentes e particularidades, fato esse que impede a integração da equipe multidisciplinar (ALBUQUERQUE e STOTZ, 2004; OLIVEIRA et al, 2008; ANDRADE e SANTOS, 2011). “Os avanços e os sucessos do SUS são maiores, ao se considerar que em mais de 20 anos se construiu um sistema de saúde universal e igualitário (ANDRADE e SANTOS, p.1675, 2011)”.

Já que saúde é um direito, a humanização desde o acolhimento é necessária (SOUZA et al, 2009). A humanização é uma forma de intervir em uma determinada realidade, buscando uma relação acolhedora, para prover a saúde de forma individual e coletiva, sendo crucial a integralidade da assistência. A integralidade da assistência “é um princípio pela qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas” em nível individual e coletivo, com atuação nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde possam se integrar numa visão de interdisciplinaridade, incorporando a idéia de cidadania em que todos os cidadãos possam se considerar

saudáveis, desde que tenham seus direitos garantidos (ALBUQUERQUE e STOTZ, 2004).

Alguns fatores que contribuem para a desorganização no atendimento do SUS são: desavenças políticas, longas esperas e adiamentos de consultas e exames, deficiência de instalações e equipamentos, despersonalização, falta de privacidade, aglomeração, falta de recursos humanos e de materiais adequados, falta de preparo psicológico, de informação e falta de ética de alguns profissionais atuantes. Tudo isso demonstra uma necessidade de ajustes em estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde, de ajustes políticos e administrativos para aquisição de investimentos tanto em recursos materiais e humanos (este através de educação continuada) e uma determinação do próprio usuário de se tornar sujeito ativo do sistema, para juntos buscarem uma melhoria na qualidade da assistência prestada (SIMÕES et al, 2007). Muitos dos profissionais reclamam da sobrecarga de atividades e funções no trabalho, jornada dupla e tripla de trabalho, má remuneração, precárias condições de trabalho, o que gera desgaste físico e emocional. Nas situações citadas, a humanização fica comprometida. Para se falar em humanização, é necessário que se ofereçam serviços resolutivos e de qualidade.

Através da Política Nacional de Humanização, criada pelo Ministério da Saúde, espera-se que a Humanização da saúde possa ser definida como uma política que implemente a redução nas filas e tempo de espera, o conhecimento por parte dos usuários dos profissionais que o atendem, a garantia de informações claras e objetivas e a garantia de uma gestão participativa com a presença de trabalhadores e usuários (SIMÕES et al, 2007).

A humanização da assistência é tida como um clamor dos usuários para uma mudança de postura, de atendimento e entendimento da situação do doente e de seu adoecimento (FERRUGEM et al, 2009). A desumanização dos cuidados vem sendo construída com as tecnologias cada vez mais avançada. Para que a humanização aumente, devem-se utilizar atividades lúdicas e construir a identidade entre os trabalhadores através de processo de trabalho criativo. A humanização da assistência ocorre através da ampliação de vínculos, adquirida através da convivência, da simpatia, empatia, comunicação, transmissão de compromisso, respeito e confiança.

A Estratégia de Saúde da Família possui o poder de atuar coletivamente, de atingir determinados grupos de pessoas através da Educação em Saúde, pois pode

criar vínculos entre profissionais e usuários, o que melhora a qualidade do atendimento oferecido (SIMÕES et al, 2007, VASCONCELOS, 2008). A Educação em saúde permite revelar a complexidade, melhorar as articulações dos diferentes problemas, tornando mais evidente a necessidade da articulação com a gestão do sistema e de outros setores da sociedade e não deixa de ser uma estratégia de gestão, para que os recursos necessários de poder sejam mobilizados para enfrentamento dos problemas de natureza diversas (BRASIL, 2011c).

O acolhimento, realizado de forma correta, torna o serviço de saúde mais resolutivo, diminuindo a procura da demanda curativa e garantindo um serviço humanizado (SIMÕES et al, 2007).

Para a APS, a política de humanização propõe a inclusão de projetos terapêuticos de forma individual e coletiva para os usuários, formas de acolhimento e inclusão de clientela, práticas que incentivem a diminuição do consumo de medicação, fortalecimento das relações entre equipes de saúde e usuários e estabelecimento de ambiente acolhedor (SIMÕES et al, 2007). Humanizar pode ser entendido como o ato de facilitar a pessoa vulnerabilizada a enfrentar de forma positiva seus desafios e dificuldades.

Machado et al (2007) e Artmann e Rivera (2010) colocam como promoção da saúde a garantia da integralidade da assistência, que é conseguida com a participação dos usuários na decisão; dessa forma, para se ter promoção da saúde, são necessárias relações intersetoriais em municípios e entre as esferas de governo. A comunicação entre as esferas governamentais ocorrem através das reuniões de CIBs em níveis regionais e macrorregionais, formando um sistema em rede entre os municípios, melhorando a relações entre os mesmos e aumentando a possibilidade de resolutividade de problemas comuns diversos, ocorrendo então uma articulação visando uma melhor promoção da saúde (ARTMANN e RIVERA, 2010).

As redes de atenção facilitam a reorganização de uma oferta fragmentada dos serviços de saúde, pois propiciam os investimentos de forma racional, responsabilização compartilhada para melhorar a saúde populacional, incentivo para reconhecer as vantagens de serviço de promoção de saúde, a prevenção e o incentivo para reconhecimento e continuidade de atenção em diferentes níveis de cuidado e diferentes organizações e sua implantação requer uma atuação conjunta

de gestores do SUS e de equipes capacitadas para planejamento e implantação das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011b).

As redes de serviços de APS têm um papel fundamental na consolidação do SUS, pois é forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade e, para isso, os atores envolvidos devem atuar num contexto de construção e serem capazes, de agir, de refletir, aprender e produzir conhecimento, a partir das necessidades da população e do processo de trabalho (SOARES e ROUPP, 2009; SANTOS e ANDRADE, 2011).

Uma comunicação transparente dentro do sistema favorece uma melhoria no desenvolvimento de cuidados em saúde e, dentro da perspectiva humanização, estabelece um sistema de acolhimento dialogado, ético, receptivo e integrativo dos pacientes nos serviços de saúde, demonstrado através de um modelo de gestão participativo (ARTMANN e RIVERA, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro de um campo amplo como a saúde, um planejamento para uma gestão de sucesso é extremamente necessário, pois os problemas são inúmeros e as soluções também. Sendo assim, somente um trabalho em equipe, participativo, permite a resolução de problemas e a implantação de um modelo de SUS que corresponda aos desejos da população.

A criação da ESF representa um avanço da APS e é nesse contexto que a gestão planejada deve-se fazer presente, valorizando a busca permanente de novos conhecimentos, garantindo uma assistência qualificada e humanizada.

E na perspectiva de reconhecimento dos fatores dificultadores que os gestores e administradores municipais devem-se ater com maior ênfase, buscando o enfrentamento para tais desafios, pois a APS é um processo contínuo com grandes possibilidades de aquisição de excelentes resultados.

Avanços na área da saúde são necessários, desde que garantam eficiência, pois se sabe que o desenvolvimento obriga de certa forma a gestão a acompanhar de perto as mudanças, que nem sempre estão voltados à qualidade, mas sempre é uma nova tentativa de adequação do sistema a inovações.

Nenhuma mudança ocorre de um dia para o outro. O SUS já conta 20 anos; a sua concretização foi um avanço, mas sabe-se que mesmo que muitos desafios já tenham sido enfrentados até os dias atuais, muitos ainda existem e outros estão por vir. Dentro da perspectiva de se chegar a um SUS ideal, a participação popular, a gestão comunicativa e participativa entre trabalhadores e usuários, bem como a realização de um planejamento avaliado de forma contínua e sistemática, faz-se necessárias.

No que refere à política de saúde, planejamento e gestão são, inegavelmente, necessários.

Embora haja gargalos, tem-se priorizado ações educativas e a conscientização da população se mostra como sendo um olhar atento para a realidade. O espaço aberto à participação das comunidades locais na gestão do sistema propicia, ainda que lentamente, uma mudança cultural rumo a uma sociedade civil mais ativa na construção da democracia do setor da saúde.

O debate acerca do planejamento, gestão e humanização da APS brasileira é sempre necessário e, sem dúvida, oportuno no momento atual, em que apresentam propostas de mudança e de melhoria na qualidade da saúde, através da criação de diferentes programas voltados para as questões de saúde. É preciso que se amplie o conhecimento sobre os princípios do SUS para com a população, pois o conhecimento é a certeza da luta por prestação de serviços de saúde mais qualificados e atendimentos mais humanizados.

Acreditar e lutar por interesses de uma saúde com mais qualidade é um direito e um dever de todos os cidadãos e cidadãs brasileiros. E a APS representa um palco onde as mudanças podem ocorrer com efetividade, por se tratar de relação contínua e permanente entre usuários e trabalhadores da saúde e por ser uma estratégia que vem ganhando credibilidade desde sua implantação e onde a humanização à assistência deve-se fazer presente. Para isso a APS necessita contar com apoio de gestores e administradores para que possa realizar um trabalho eficiente e eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. A Educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface**. Recife: v. 8, n. 15, p. 259-274, mar/ago., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200006> Acesso em 30/09/2011

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; SANTOS, Lenir. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus 20 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo: v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200006> Acesso em 20/05/2011.

ARTMANN, Elizabeth; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Planejamento e Gestão em Saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro: v. 15, n. 5, p. 2265-2274, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500002> Acesso em 20/05/2011.

BARBOSA, Emerson Rodrigues; BRONDANI, Gilberto. Planejamento Estratégico Organizacional. **Revista Eletrônica de Contabilidade**. Santa Maria: v.1, n. 2, p. 108-123, fev. 2005. Disponível em: <<http://w3.ufsm.br/revistacontabeis/anterior/artigos/vln02/a08vln02.pdf>> Acesso em 20/04/2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. **CONASS**. Brasília: v. 1, 20 ed, 224 p., 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. **CONASS**. Brasília: v. 3, 20 ed, 197 p., 2011b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **CONASS**. Brasília: v. 9, 20 ed, 120 p., 2011c.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 24, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>> Acesso em 08/04/2011.

COSTA, Ana Maria; LIONÇO, Tatiana. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**. Brasília: v. 15, n. 2, p. 47-55, maio/ago., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/06.pdf>> Acesso em 30/06/2011.

FADEL, Cristina Berger et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: v. 43, n. 2, p 445-456, mar./abr., 2009.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a08.pdf>> Acesso em 30/06/2011.

FERRUGEM, Daniela et al. A arte de acolher através da visita da alegria. **Revista APS**. Porto Alegre: v. 12, n. 4. p. 510-516, out/dez. 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=555343&indexSearch=ID>> Acesso em 30/06/2011.

HEIMANN, Luiza Stermann et al. Atenção Primária em Saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n. 6, p. 2277-2887, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/25.pdf>> Acesso em: 28/09/2011

MACHADO, Maria de Fátima Antero Souza et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>> Acesso em: 24/06/2011.

MARQUES, Antônio Jorge de Souza; DIAS, Douglas Moreira; RIANI, Rubensmidt Ramos. Gestão Financeira e Orçamentária: guia do participante. **Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: 46 p. 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Belo Horizonte: v. 15, n. 5, p. 2297-2305, maio, 2010. Disponível em: <rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/download/96/75> Acesso em: 28/09/2011.

OLIVEIRA, Denise Cristina de et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Caderno de Saúde de Pública**. Rio de Janeiro: v. 24, n.1, p. 197-2006, jan., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/19.pdf>> Acesso em: 18/08/2011.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista Saúde Pública**. Bahia: v. 40, p.73-78. 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>> Acesso em: 20/05/2011.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina: v. 8, n. 1, p. 13-19, dez., 2006. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf> Acesso em 05/07/2011.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Educação Popular em Saúde e Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde. **Revista APS**. v.11, n. 3, p. 303-313, jul/set. 2008. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/344/122>> Acesso em 20/08/2011.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis et al. Humanização na Saúde: Enfoque na Atenção Primária. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis: v. 16, n. 3, p. 439-444,

jul./set., 2007. Disponível em:
<<http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/Artigosinternacionais/artigonacional3.pdf>> Acesso em 15/06/2011.

SOARES, Ricardo de Souza; ROUPP, Bárbara. Gestão Compartilhada: Análise e reflexões sobre o processo de implementação em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde no SUS. **Revista APS**. Porto Alegre: v. 12, n. 4. P. 436-447, out/dez. 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=555335&indexSearch=ID>> Acesso em: 20/06/2011.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e dos profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 24, p. 101-109, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>> Acesso em 20/06/2011.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A Educação Popular na Atenção Primária à Saúde. **Revista APS**. São Paulo: v. 11, n. 3, p. 344-345, jul./set., 2008. Disponível em: <www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/349/127> Acesso em 20/08/2011.

TAVARES JÚNIOR, Francisco Antônio. As redes de saúde: Guia do participante. **Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: 34 p. 2011.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 14, p. 1565-1577 set./out., 2009. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63011684027>> Acesso em 13/08/2011.