



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

GIULIANNA SOARES GARCIA

**ANÁLISE DA CONTRIBUIÇÃO DE ENFERMEIROS GESTORES NA
FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE**

**RECIFE
2016**

GIULIANNA SOARES GARCIA

**ANÁLISE DA CONTRIBUIÇÃO DE ENFERMEIROS GESTORES NA
FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Dalson Britto Figueiredo Filho

RECIFE
2016

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

G216a Garcia, Giulianna Soares.
Análise da contribuição de enfermeiros gestores na formulação de
políticas públicas em saúde / Giulianna Soares Garcia. – 2016.
81 f. : il. ; 30 cm.

Orientador : Prof. Dr. Dalson Britto Figueiredo Filho.

Dissertação (mestrado profissional em políticas públicas) - Universidade
Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Ciência
Política, Recife, 2016.

Inclui Referências, apêndices e anexos.

1. Ciência política. 2. Política pública. 3. Enfermagem em saúde pública.
4. Conselhos de saúde. 5. Processo decisório. 6. Gestão em saúde. 7.
Formulação de políticas. I. Figueiredo Filho, Dalson Britto (Orientador). II.
Título.

320 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2017-157)

GIULIANNA SOARES GARCIA

**ANÁLISE DA CONTRIBUIÇÃO DE ENFERMEIROS GESTORES NA
FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Aprovada em: 29/09/2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Dalson Britto Figueiredo Filho (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Erinaldo Ferreira do Carmo (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Cinthia Regina Campos Ricardo da Silva (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

À Deus, meu refúgio e fortaleza, pelas oportunidades colocadas em meu caminho;

Aos meus amados pais, Nivaldo e Alana, pelo amor incondicional e por terem me proporcionado acesso à formação pessoal e profissional;

Ao meu amado esposo, Désio Ramirez, pelo amor, companheirismo, paciência e apoio ilimitado;

Aos meus amados irmãos, Emelle e Christopher, pelos abraços e sorrisos que alegram a alma;

Aos irmãos da Igreja Evangélica Luterana do Brasil pelas orações;

Ao Prof. Dr. Enivaldo Carvalho da Rocha por oportunizar a capacitação de diversos profissionais;

Ao Prof. Dr. Dalson Britto Figueiredo Filho pelas colaborações dadas ao estudo;

Aos enfermeiros conselheiros pela confiança e pela concessão de depoimentos essenciais para a realização desta pesquisa.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,
mas pensar o que ninguém ainda pensou
sobre aquilo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAST	Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador
ParticipaSUS	Política Nacional de Gestão Estratégica no SUS
PAS	Programação Anual de Saúde
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do SUS
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PS	Plano de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RMR	Região Metropolitana do Recife
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SIACS	Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

Como se dá a participação do enfermeiro na formulação de políticas públicas em saúde? Considerando a gestão participativa do Sistema Único de Saúde, a efetivação da descentralização e o exercício das macrofunções do SUS no município, este estudo analisa a contribuição dos enfermeiros que compõem o colegiado dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana do Recife na formulação de políticas/planejamento. Trata-se de um estudo exploratório qualitativo, que utilizou o estudo de caso como estratégia de pesquisa. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foram entrevistados seis enfermeiros, com aplicação de um questionário semiestruturado. Após a transcrição das entrevistas, os dados foram analisados através do método de Análise de Conteúdo de Bardin. Desse processo, emergiram as seguintes categorias e subcategorias: 1. Histórico de inserção dos enfermeiros nos CMS; 2. Educação Permanente para o controle social; 3. Formulação/Planejamento de políticas públicas em saúde: 3.1 Formulação dos instrumentos do PlanejaSUS, 3.2 Pautas prioritárias dos CMS, 3.3 Ações, metas e recursos orçamentários da PAS, 3.4 Implementação e reformulação de políticas públicas e 3.5 O enfermeiro e a sua importância na formulação. Os resultados revelam um possível enfraquecimento de dois CMS enquanto espaço democrático deliberativo, porém apontam a contribuição dos enfermeiros na discussão de problemas e participação no processo de construção de soluções para estes nas plenárias; na elaboração dos instrumentos do PlanejaSUS, bem como das ações, metas e recursos orçamentários que operacionalizam estes instrumentos; na elaboração de programas de saúde; e na reformulação de políticas da esfera federal para a esfera municipal. Esse trabalho contribui com a literatura sobre o assunto ao fornecer evidências originais sobre o papel do enfermeiro na elaboração de políticas públicas de saúde no Brasil.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Políticas Públicas. Formulação de Políticas. Papel do Profissional de Enfermagem.

ABSTRACT

How does the participation of nurses take part in the formulation of public health policies? Considering the participatory management of the Unified Health System, the implementation of decentralization and the exercise of the macrofunctions of SUS in the city, this study analyzes the contribution of the nurses who compose the collegiate of the Municipal Councils of Health of the Metropolitan Region of Recife in the formulation of policies/planning. It is a qualitative exploratory study that used the case study as a research strategy. After the approval of the Research Ethics Committee, six nurses were interviewed, with the application of a semi-structured questionnaire. After transcribing the interviews, the data were analyzed using the Bardin Content Analysis method. From this process, the following categories and subcategories emerged: 1. History of nurses' insertion in CMS; 2. Permanent Education for social control; 3. Formulation/Planning of public health policies: 3.1 Formulation of the instruments of PlanejaSUS, 3.2 CMS priority guidelines, 3.3 PAS actions, goals and budgetary resources, 3.4 Implementation and reformulation of public policies and 3.5 Nurses and their importance in formulation. The results reveal a possible weakening of two CMS as a deliberative democratic space, but point out the contribution of nurses in the discussion of problems and participation in the process of building solutions for these in the plenary sessions; In the elaboration of the instruments of PlanejaSUS, as well as the actions, goals and budgetary resources that operationalize these instruments; In the elaboration of health programs; And the reformulation of policies from the federal sphere to the municipal sphere. This work contributes to the literature on the subject by providing original evidence on the role of nurses in the elaboration of public health policies in Brazil.

Keywords: Health Management. Public policy. Policy formulation. Role of Professional Nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	15
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	BREVE ANÁLISE DO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	16
3.2	O ENFERMEIRO E A BUROCRACIA DO NÍVEL DE RUA	20
3.3	CONCEITUANDO OS CONSELHOS	25
3.4	OS CONSELHOS DE SAÚDE NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO	26
3.5	OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL	30
3.6	A ENFERMAGEM E A FORMULAÇÃO NOS CMS	33
4	METODOLOGIA	37
4.1	TIPO DE PESQUISA	37
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA	38
4.3	COLABORADORES DO ESTUDO	39
4.4	INSTRUMENTOS PARA A COLETA DO MATERIAL	40
4.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DO MATERIAL	40
4.6	TRATAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL COLETADO	40
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	41
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1	APRESENTAÇÃO DOS COLABORADORES DA PESQUISA	42
5.2	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	42
5.2.1	Categoria “Histórico de inserção dos enfermeiros nos CMS”	43
5.2.2	Categoria “Educação Permanente para o controle social”	45
5.2.3	Categoria “Formulação/Planejamento de políticas públicas em saúde”	47
5.2.3.1	Subcategoria “Formulação dos instrumentos do PlanejaSUS”	47
5.2.3.2	Subcategoria “Pautas prioritárias dos CMS”	49

5.2.3.3	<i>Subcategoria “Ações, metas e recursos orçamentários da PAS”</i>	54
5.2.3.4	<i>Subcategoria “Implementação e reformulação de políticas públicas”</i>	59
5.2.3.5	<i>Subcategoria “O enfermeiro e a sua importância na formulação”</i>	61
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
7	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO	74
	APÊNDICE B – TCLE	76
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	78

1 INTRODUÇÃO

O marco da construção democrática e participativa das políticas públicas ocorreu com Constituição de 1988¹, que estabeleceu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009b; FIOCRUZ, 1998). De acordo com Vasconcelos e Pasche (2012), o SUS é o arranjo organizacional que fundamenta a execução da política de saúde no Brasil e de seus princípios e diretrizes, visando a coordenação e integração das ações de saúde das três esferas do governo.

As bases jurídicas do SUS são compostas pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis n.º 8.080/1990² e n.º 8.142/1990³) (BRASIL, 2009b; OLIVEIRA, 2009).

No texto constitucional, foram incorporadas as grandes demandas do movimento sanitário, originário da Reforma Sanitária Brasileira, tais como: a saúde como direito de todos e dever do Estado; a saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais; e a relevância pública das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2009b).

Já as referidas Leis Orgânicas da Saúde que regulamentam o SUS dispõem sobre: 1) As condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Lei 8.080/1990); e 2) A participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Lei 8.142/1990) (BRASIL, 2015).

Da lei 8.080/1990 derivaram os princípios (universalidade, equidade e integralidade) e diretrizes (descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária) que legitimam o SUS (OLIVEIRA, 2009; VASCONCELOS e PASCHE, 2012). Com a descentralização, estados e municípios passaram a compartilhar com a União os recursos financeiros e a incumbência de formular, planejar e implementar políticas, programas e ações de saúde, e, conseqüentemente, maiores responsabilidades na gestão e oferta dos serviços e ações de saúde (MELO e SANTOS, 2007).

Considerando estes aspectos, cada esfera do governo possui gestores específicos designados para desenvolver as funções do SUS, e, no município, o gestor e o colegiado

¹ Ver: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>, acesso em 31/08/2016.

² Ver: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>, acesso em 31/08/2016.

³ Ver: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>, acesso em 31/08/2016.

participativo atuam na estrutura institucional e decisória do SUS por meio da Secretaria Municipal e do Conselho Municipal (BRASIL, 2003).

É oportuno destacar que, na gestão do SUS, existem quatro macrofunções gestoras atribuídas às três esferas de governo. São elas: 1) Formulação de políticas/planejamento; 2) Financiamento; 3) Regulação, coordenação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos e privados); e 4) Prestação direta de serviços (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2005 apud SOUZA, 2007).

Para fins deste estudo, o enfoque maior será dado à primeira macrofunção gestora do SUS, que, de acordo com a Política Nacional de Gestão Estratégica no SUS – ParticipaSUS: “deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo” (BRASIL, 2009d, p.9).

De fato, a formulação de políticas e planejamento tem sido compartilhada entre os gestores do SUS (nas comissões intergestores) e com outros atores sociais (nos conselhos de saúde), o que mostra que o exercício dessa e das demais macrofunções não ocorre apenas entre os gestores formais do sistema de saúde, mas também conta com a adesão dos sujeitos, em especial dos profissionais da saúde, de forma direta ou indireta, com variados graus de responsabilidade (MACHADO, LIMA e BAPTISTA, 2011; SOUZA, 2007).

Entre os profissionais de saúde que atuam na gestão descentralizada do SUS, intervindo ética, técnica ou politicamente no planejamento e monitoramento da saúde pública, encontra-se o enfermeiro, que age direta ou indiretamente por meio de funções técnicas administrativas e assistenciais (BRASIL, 2009e; SOUZA, 2007).

De acordo com Souza (2007, p. 16):

“Isto é possível através da sua atuação nos conselhos de saúde, onde se formulam políticas, bem como no desenvolvimento de funções técnicas e gerenciais, em que coordena, regula, controla e avalia as ações dos serviços de saúde, e nas funções assistenciais com a prestação direta de ações e serviços.”

Dito isto e: 1) reconhecendo que a gestão do SUS é, por natureza, compartilhada e que ocorre entre ocupantes das diferentes funções gestoras, diferentes esferas de governo e entre entes governamentais e não-governamentais (SOUZA, 2007); 2) assumindo que os Conselhos Municipais de Saúde participam do processo decisório das políticas de saúde e operam como espaços de gestão participativa (DE SETA, PEPE e O'DWYER, 2006; COLLISELLI, 2009), consideraremos neste estudo que, estando o enfermeiro inserido neste espaço exercendo

representação, também atua no processo de gestão do SUS e pode contribuir na formulação de políticas públicas/planejamento em saúde.

O desejo de desenvolver essa pesquisa surgiu mediante a leitura do artigo de Souza e Melo (2009)⁴, cujo título é “Atuação de enfermeiras nas macrofunções gestoras em saúde”. Tendo em vista esse contexto de descentralização e gestão pública da saúde, este estudo apontou que as enfermeiras estudadas, embora assumissem cargos relevantes no sistema de saúde municipal, possuíam pouco engajamento técnico-político, sobressaindo-se o papel de executoras das macrofunções gestoras devido à verticalização de decisão política pelo Estado.

Souza e Melo (2009) entrevistaram quinze enfermeiras ocupantes de diferentes cargos de gestão e nos diversos espaços da Secretaria Municipal de Saúde e examinaram dezesseis atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de um município baiano localizado na macrorregião Sudoeste. Os resultados evidenciaram que o desenvolvimento da macrofunção de formulação de políticas e planejamento ocorria de forma pouco participativa e que o Conselho Municipal de Saúde não se caracterizava por ser um espaço de formulação de políticas (SOUZA e MELO, 2009).

Este achado foi motivador para que surgisse o interesse em investigar de que forma se configura a participação do enfermeiro nos CMS da Região Metropolitana do Recife e analisar se o enfermeiro inserido nesses espaços contribui na formulação de políticas em saúde.

Admite-se aqui que a não participação do enfermeiro nesses espaços decisórios pode ser bastante prejudicial para o desenvolvimento da saúde no município porque, sendo a Enfermagem a “arte do cuidar”, a carência de conhecimento político, voz ativa e participação do enfermeiro na formulação de políticas públicas implicam, diretamente, na ausência de cuidado dispensado à população.

Isso porque o enfermeiro possui grande capacidade de atuação na gestão pública, uma vez que é ele quem gere recursos que favorecem a prestação de um atendimento de qualidade à população durante a sua prática profissional. Além disso, o enfermeiro supervisiona os agentes comunitários de saúde e a equipe de enfermagem, tendo, portanto, maior interação com os problemas da comunidade e com o funcionamento dos serviços, o que o coloca em papel destaque como gestor do cuidado e dos serviços (SOUZA e MELO, 2009).

⁴ Este artigo foi retirado de uma pesquisa de mestrado intitulada “Gestão do SUS municipal com contexto da descentralização: perspectiva das enfermeiras” (2007), que também está sendo utilizada nesse estudo.

Apesar disso, estes profissionais, de acordo com alguns estudos, apresentam pouca participação social, falta de preparo político para a condução das suas funções gestoras e reduzida visão acerca do seu poder transformador da sua prática profissional (SILVA, 2003 apud MELO e SANTOS, 2007).

Tal fato está relacionado a fatores como: condições desfavoráveis de trabalho; tensão decorrente da demanda excessiva; recursos insuficientes; ausência de integralidade e qualidade no sistema de saúde; precariedade dos sistemas de informação operacionais, o que dificulta a avaliação de resultados; falta de política de desenvolvimento integrado de recursos humanos; ingerência política; interesses político-partidários, sem associação à vida organizacional; falta de conhecimento técnico-científico sobre o sistema de saúde, como também das leis, normas e diretrizes que regem o SUS (ROCHA, 1999 apud AARESTRUP e TAVARES, 2008).

Ademais, pode estar associado à própria formação do enfermeiro, uma vez que as universidades ainda apresentam limitações diversas, tais como: oferta tardia ou nula de disciplinas teórico-práticas para que o graduando aprenda e execute, posteriormente, a função de gestor de saúde com propriedade (predominando, assim, o conhecimento técnico durante todo o seu processo de formação); ambiguidade entre as realidades locais e as práticas executadas; pouca ênfase no trabalho multiprofissional; currículos pouco flexíveis, e dicotomia entre teoria/prática, pensar/fazer, cuidar/administrar (PAIVA et al., 1999 apud AARESTRUP e TAVARES, 2008).

Partindo destas colocações, para nortear a pesquisa, foram elaboradas as seguintes indagações relativas à atuação do enfermeiro no processo de gestão do SUS: este profissional tem participação nos conselhos municipais de saúde? De que forma o enfermeiro contribui na formulação de políticas públicas do seu município atuando nesses espaços decisórios?

Desta maneira, considerando a gestão participativa do SUS, a efetivação da descentralização e o exercício das macrofunções gestoras do SUS no município, este estudo pretende analisar a contribuição dos enfermeiros que compõem o colegiado dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) da Região Metropolitana do Recife na formulação de políticas/planejamento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a contribuição de enfermeiros gestores na formulação de políticas/planejamento nos Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana do Recife, identificando as potencialidades e fragilidades desse processo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Examinar como é exercida a participação dos enfermeiros nos CMS;

Sistematizar quais são os principais problemas e políticas discutidos nesses espaços;

Verificar a contribuição dos enfermeiros na formulação dos instrumentos de planejamento do SUS e de programas de saúde;

Averiguar a contribuição dos enfermeiros na reformulação de políticas públicas em saúde;

Identificar a percepção do enfermeiro sobre o seu papel na formulação de políticas públicas em saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 BREVE ANÁLISE DO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Segundo Saravia (2006), política pública é um sistema de decisões públicas que visa ações ou omissões de prevenção ou correção para a manutenção ou modificação da realidade de um ou mais setores da vida social, através da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos para o cumprimento dos objetivos estabelecidos.

O estabelecimento das políticas públicas se dá por meio de cinco funções inter-relacionadas, a saber: definição de agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação. A definição de agenda refere-se ao processo de decisão dos problemas ou demandas de vários grupos da população que carecem da atenção do governo e que serão considerados para ação (WU et al., 2014).

De acordo com Roncaratti e Fontenelle (2008), existem dois tipos de agenda: agenda sistêmica ou pública e agenda de governo ou institucional. A agenda sistêmica ou pública é a agenda da sociedade, destinada à discussão de problemas públicos e das questões merecedoras da atenção pública pela comunidade política; em contrapartida, a agenda governamental ou institucional é a de ação, composta pelo que é encarado como problema pelo governo (RONCARATTI e FONTENELLE, 2008).

Segundo Kingdon (2006 apud RONCARATTI e FONTENELLE, 2008), as agendas governamentais se estabelecem por meio de três dinâmicas de processos: 1) a dos problemas, onde entram na agenda aqueles considerados importantes ou merecedores de atenção pelo governo; 2) a da política, considerando seus desdobramentos; e 3) a das políticas públicas, onde são escolhidas para discussão aquelas que se enquadram no orçamento governamental, que atendam as demandas da comunidade e que não sofram oposições dos políticos eleitos e da sociedade.

Há ainda as “janelas de políticas públicas”, que são acontecimentos fortuitos que podem forçar a inserção de problemas (WU et al., 2014). Essas considerações sobre a agenda são importantes, porque uma política pública, para ser formulada, deve corresponder a uma agenda.

A formulação de políticas públicas é uma etapa que engloba a seleção, a especificação da alternativa mais conveniente e a declaração que testifica a decisão escolhida, definindo seus objetivos e seu marco jurídico, administrativo e financeiro

(SARAVIA, 2006). É desejável que as políticas públicas formuladas sejam claras e sincréticas, porém poucas vezes elas respeitam esses aspectos. Isso ocorre porque a formulação resulta de um processo de composição e integração do qual participam muitos agentes com interesses divergentes ou em conflito (SANCHES, 1996).

Destacam-se, como agentes envolvidos nessa fase, os ministros de gabinete em sistemas parlamentares; os secretários de departamentos ou ministros em sistemas presidencialistas; os legisladores; os gerentes de nível intermediário; os grupos de interesse; as usinas de ideias; e as universidades (WU et al., 2014).

É oportuno destacar as perspectivas analíticas que estudam os principais atores dos subsistemas de políticas públicas. Essas perspectivas analíticas são: triângulos de ferro, redes em torno de questões, comunidades de políticas públicas e coalizões de advocacia.

Para Capella e Brasil (2015), triângulos de ferro (*iron triangles*) correspondem à reunião de três atores - grupos de interesses, parlamentares e burocratas - para controle sobre programas públicos que afetem seus interesses econômicos, excluindo, para tanto, a participação de outros atores. Já as redes em torno de questões (*issue networks*) englobam uma quantidade maior de participantes e são menos institucionalizadas do que os triângulos de ferro, pois a permanência dos seus participantes é instável, não há grupos dominando programas e nem indivíduos que controlem as políticas ou questões nas redes (HOWLETT e RAMESH, 1995 apud RONCARATTI e FONTENELLE, 2008).

As comunidades de políticas públicas (*policy communities*) caracterizam-se por ter participação limitada, alta integração entre os membros, consistência ao longo do tempo, controle de recursos e distribuição balanceada de poder (CAPELLA e BRASIL, 2015). Finalmente, a última perspectiva analítica corresponde às coalizões de advocacia (*advocacy coalitions*), que se propõem a examinar mudanças nas políticas públicas destacando a informação técnica nas disputas que abrangem múltiplos atores nos três níveis de governo (SABATIER e WEIBLE, 2007 apud CAPELLA e BRASIL, 2015).

Quanto aos tipos de opções de políticas públicas que podem ser arroladas para a fase de formulação, há duas classificações (baseadas no *status quo*): 1) Incrementais, que são aquelas que pouco se diferenciam do *status quo*; e 2) Fundamentais, que alteram significativamente o *status quo* quanto às ideias incorporadas, interesses envolvidos e instrumentos de políticas propostos. Os formuladores de políticas públicas geralmente buscam alternativas incrementais na formulação de políticas devido à vantagem de alocação de menos recursos para as alterações marginais previstas nas políticas já estabelecidas. Todavia, por vezes, é necessário considerar novas soluções para os problemas, mesmo que isto implique no

direcionamento para um novo curso de ação ao invés da reformulação de práticas já existentes (WU et al., 2014).

Quando os formuladores estão avaliando as opções de políticas públicas, eles devem levar em consideração não só o que fazer, mas como fazer. Para tanto, são necessárias ferramentas de políticas públicas, que são divididas em privadas e públicas. As ferramentas privadas (família, organizações religiosas, instituições de caridade, empresas privadas, entre outros) englobam mínima ou nula atividade ou participação direta do governo. Estes atores privados agem em prol da formulação geralmente de forma voluntária, por meio de recompensas financeiras, satisfação emocional, inspiração religiosa ou ideologia. Já as ferramentas públicas (informação, impostos, incentivos e desincentivos econômicos, regulamentos, entre outros) envolvem o Estado e/ou informações que residem dentro dos governos, e são utilizadas para resolução de problemas políticos por parte dos formuladores de políticas públicas (WU et al., 2014).

Os formuladores devem estar munidos do conhecimento acima para elaborar as políticas. Isso é fundamental para que as propostas levadas para os tomadores de decisão contribuam para a resolução de problemas (WU et al., 2014).

Para entender o papel dos tomadores de decisão, é necessário conceituar tomada de decisão, que é a terceira função inter-relacionada estudada nessa pesquisa. De acordo com Gomes (2007), a tomada de decisão é o processo que se direciona (diretamente ou não) à escolha de uma ou mais alternativas capazes de resolver um determinado problema. Há diversas maneiras de atribuir uma solução ou uma política pública para a resolução de um problema, porém as principais são: racional, incremental, *mixed-scanning* (análise misturada) e “lata de lixo” (*garbage can*) (RONCARATTI e FONTENELLE, 2008).

No modelo de decisão racional, os decisores devem escolher a opção de política pública que potencialize as chances de se atingir os objetivos, valores e metas individuais, presumindo também as suas consequências. Já o modelo incremental, proposto por Lindlon em 1959, centra-se nas “sucessivas comparações limitadas” que os decisores fazem entre as novas propostas e as ações tomadas anteriormente, acarretando geralmente apenas em mudanças “marginais” ou “incrementais” do *status quo* (WU et al., 2014; PEREIRA et al., 2010).

O modelo de *mixed-scanning* (análise misturada) combina elementos dos dois modelos de tomada de decisão anteriores. Sendo assim, são tomadas decisões estruturantes e estratégicas de maneira racional e decisões mais detalhadas de forma incremental. E, por fim, o modelo *garbage can* (ou lata de lixo) volta-se à forma irracional do processo de decisão.

Nesse processo incerto, imprevisível e de construção de conhecimento coletiva, os tomadores de decisão desconhecem os objetivos e relações causais, e as metas e meios são arrolados num contexto de tentativa e erro (RONCARATTI e FONTENELLE, 2008).

Apesar de todos os modelos de decisão citados anteriormente voltarem-se para a resolução do problema de política pública e apresentarem um conjunto de critérios, os decisores devem considerar que esta etapa corresponde ao auge do processo de criação de políticas, e, por essa razão, necessitam ter um julgamento político perspicaz e capacidade analítica para que não ocorram erros nas políticas públicas na fase de implementação (WU et al., 2014).

A implementação, quarta função inter-relacionada apresentada neste estudo, é formada pelo planejamento e organização da administração e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos primordiais para a execução de uma política (SARAVIA, 2006).

A implementação de uma política pode acontecer de duas formas: pelo modelo de cima para baixo (*top-down approach*) e pelo modelo de baixo para cima (*bottom-up approach*). A primeira abordagem, ou seja, “de cima para baixo” (*top-down approach*), observa a implementação por meio da visão dos formuladores de políticas, que procuram administrar os resultados em nível popular. Já a perspectiva de “baixo para cima” (*bottom-up approach*) envolve todos os atores públicos e privados, realçando a importância da participação do público-alvo atingido pela política e abordando as ações como um processo contínuo de interação entre os atores e os órgãos em si, com políticas que podem ser mutáveis ou variáveis (WU et al., 2014; RONCARATTI e FONTENELLE, 2008).

Converter programas em resultados não é simples, e, por diversos fatores (como, por exemplo, a má concepção das políticas), a implementação pode não ocorrer de acordo com o que se espera ou tornar-se impossível de ser atingida na prática. Em decorrência desses desafios, portanto, a política ou programa escolhidos para serem colocados em prática precisam ser acompanhados e avaliados (RONCARATTI e FONTENELLE, 2008; SARAVIA, 2006; WU et al., 2014).

A avaliação citada acima se refere à quinta função inter-relacionada do ciclo de políticas públicas. Segundo Roncaratti e Fontenelle (2008), a avaliação corresponde ao processo de coleta e análise sistemática de informações sobre características, processos e impactos de um programa, com o objetivo de conferir mérito ou valor ao programa e recomendar aprimoramento da gestão e da dispensação de recursos. Essas recomendações e os impactos da avaliação são encaminhados para um novo ciclo de criação de políticas, que pode

gerar aperfeiçoamento do seu desenho e da sua implementação ou, até mesmo, total reforma ou revogação (WU et al., 2014).

Diante do que foi apresentado, ressalta-se que entender este processo é crucial para o desenvolvimento desta pesquisa, uma vez que a formulação de políticas públicas em saúde não se dá de forma linear, mas sim considera os aspectos de todas as etapas do ciclo de políticas públicas.

3.2 O ENFERMEIRO E A BUROCRACIA DO NÍVEL DE RUA

A terminologia “*Street-Level Bureaucracy*” ou “burocracia do nível de rua” foi utilizada primeiramente por Michael Lipsky como denominação para uma classe específica da estrutura burocrática dos governos contemporâneos (ARAÚJO FILHO, 2014).

Segundo Araújo Filho (2014, p. 47):

“A teoria do *Street-level Bureaucracy* traz como perspectiva central os dilemas individuais dos funcionários que trabalham diariamente com as políticas em seu nível operacional, que lidam diretamente com o público dessas políticas e também com os conflitos decorrentes dessas interações. Por meio de sua abordagem aproximada da realidade dos indivíduos que operacionalizam as políticas públicas, os estudos de burocracia do nível de rua tem um ponto de vista privilegiado do processo de conhecimento dos serviços governamentais.”

Podem ser citados, como exemplos de burocratas do nível de rua, os enfermeiros, policiais, professores, médicos, enfim, todos aqueles interagem diretamente com cidadãos no curso de suas tarefas e que tem substancial discricção na execução de seu trabalho (ARAÚJO FILHO, 2014; JORGE, 2012; LIPSKY, 1980 apud LIMA et al., 2014).

Esses atores alteram a política na medida em que a moldam aos contextos de ação e a separam da política pública de fato política pública de ficção (GOFEN, 2014 apud LIMA et al., 2014).

Desta forma, executam as políticas públicas em interação direta com o cidadão, muitas vezes contrários às intenções dos formuladores, principalmente quando estas apresentam objetivos e significados vagos, dúbios e contraditórios (LIMA, D’ASCENZI e DIAS, 2014; OLIVEIRA, 2012).

Para Lipsky (1976 apud ARAÚJO FILHO, 2014), o trabalho dos burocratas do nível de rua é definido por três premissas básicas: eles trabalham, rotineiramente, interagindo com os indivíduos; atuam com alguma independência da estrutura burocrática da qual fazem parte, conquistada através do poder de tomada de decisão (ou poder discricionário) intrínseco

à sua função; e causam impacto significativo para os indivíduos com os quais lida, por meio das suas decisões.

A importância do estudo dos burocratas do nível de rua, portanto, deve-se ao fato de que: 1) eles são muitos e estão bem representados na burocracia estatal; 2) muitos recursos são destinados para o pagamento desses profissionais; 3) influenciam indivíduos de baixa renda (garantindo a acessibilidade destes aos serviços) e são mais passíveis de contratação em detrimento à melhoria da igualdade de renda; 4) e são fortalecidos pelos sindicatos (LIPSKY, 1980 apud LOTTA, 2010).

É sabido que existem normas e regras que permeiam as atividades desses profissionais, assim como uma administração que controla o exercício das suas funções, contudo elas não são determinantes para moldar as ações dos burocratas do nível de rua (LOTTA, 2010).

A discricionariedade que se configura nas ações desses profissionais pode ser necessária quando os serviços sociais requerem respostas e julgamentos a situações complexas e individuais, mas também pode acarretar diversos conflitos nas instituições, tanto na interação com cidadãos ou na interação com outros funcionários públicos (BRODKIN, 2007 apud LIMA et al., 2014; LOTTA, 2010).

Na interação com o cidadão, o conflito pode estar relacionado à tomada de decisões favoráveis a alguns cidadãos em detrimento de outros (LOTTA, 2010). Na interação com os gerentes, os burocratas podem ter conflitos porque esta é uma relação de independência mútua. Os gerentes necessitam que os trabalhadores executem bem as tarefas para que não sejam cobrados pelo público pela ineficiência da organização e não sofrerem danos à sua imagem. Em contrapartida, os burocratas do nível de rua não querem ser punidos pelo seu trabalho e almejam recompensas dos seus gerentes. Contudo, se os burocratas do nível de rua não estiverem interessados em recompensas, podem não querer ir além do mínimo obrigatório no seu trabalho, o que pode causar danos aos cidadãos que podem depender disso para que as suas necessidades sejam supridas (OLIVEIRA, 2012).

Já na interação com administradores, esses profissionais podem ter preferências que se chocam com as pretensões de resultados desejadas (LOTTA, 2010). Ademais, os burocratas do nível de rua enxergam os seus superiores como elaboradores de programas irreais e/ou impraticáveis e, devido a isso, duvidam das intenções dos funcionários do topo de resolução dos problemas da população. Essa relação, portanto, se torna conflituosa porque há um abalo na legitimidade da hierarquia (OLIVEIRA, 2012).

Todo esse poder conferido aos burocratas do nível de rua com a discricionariedade vem sendo motivo de discussão desde 1950, e, aliada a outras perspectivas e debates sobre implementação, serviu de base para a criação de dois modelos básicos de análise da implementação (já citados no Capítulo 3.1): *top-down* e *bottom-up* (OLIVEIRA, 2012; LOTTA, 2010).

Estes dois modelos ligam as fases de formulação e implementação das políticas públicas. Na perspectiva *top-down*, não há discricionariedade dos implementadores, ou seja, as políticas serão implementadas conforme foram formuladas; já a perspectiva *bottom-up* assume que a implementação transforma e adapta as políticas originais, ou seja, valoriza-se mais a implementação do que os objetivos e planos concebidos (LOTTA, 2010).

Vários autores, contudo, determinam que a formulação e a implementação não são fases estagnadas, e que deve-se considerar a implementação como um contínuo de política/ação onde acontece um processo interativo e de negociações entre aqueles que colocam as políticas em prática e aqueles que dependem dessas políticas (JORGE, 2012).

Sobre esse processo interativo de negociação, é importante que se dê destaque a alguns aspectos que o compõe. A implementação como interação parte do pressuposto de que o processo de implementação de políticas públicas é composto por práticas realizadas pelos implementadores associadas à interação estabelecida entre eles e outros atores (LOTTA, 2010).

Lazin (1994 apud LOTTA, 2010) mostrou que os partidos, governos, nível de experiência dos profissionais municipais, estilo do prefeito e as características socioeconômicas de uma comunidade determinam como as políticas formuladas nacionalmente se configuram a nível local, evidenciando que a interação entre os diferentes níveis molda uma política a ser implementada localmente.

A política também pode ser moldada pelas próprias instituições, considerando que as mesmas oferecem contextos para a definição de estratégias e inibem as preferências dos executores justamente porque também são frutos de escolhas, preferências e resultados políticos (LOTTA, 2010).

Alguns autores que também defendem a implementação como interação discorrem sobre o papel representativo que os burocratas exercem. Segundo eles, a representação ocorre nas instituições burocráticas e nas políticas, e está relacionada às preferências do público. Em outras palavras, a análise da representação burocrática foca no processo de tomada de decisão do burocrata partindo da representatividade que ele exerce para os cidadãos (LOTTA, 2010).

Os autores desta teoria defendem que é esperado que o burocrata, que divide o mesmo território que os usuários, tenha valores em comum a eles; além disso, entendem que a discricionariedade exercida pelos burocratas é favorável aos interesses, vontades e necessidades dos indivíduos, e que acaba se fazendo presente nas ações dos burocratas devido aos valores que tem em comum com os usuários (LOTTA, 2010).

Ao exercer representatividade perante os cidadãos, o burocrata logo é associado à figura de mediador ou *broker* (LOTTA, 2010). De acordo com Wolf (apud LOTTA, 2010), o mediador é um indivíduo ou grupo que atua verticalmente como um *link*, fazendo com que indivíduos e grupos tenham acesso aos sistemas sociais local e nacional por seu intermédio. O trabalho do mediador é exclusivo e sempre crítico em razão da sua presença entre os dois sistemas. Por ter característica exclusiva, os mediadores existem em número limitado e possuem controle exclusivo sobre suas conexões.

A mediação está envolvida com muitos tipos de representação pública e visa a construção de relações por meio da inserção de novos membros e alianças, a coordenação de atividades e a elaboração conjunta de propostas de ação (MISCHE, 2007 apud LOTTA, 2010). O desenvolvimento das habilidades de mediação depende da trajetória dos atores (nas redes, grupos e instituições) e essa ação mediadora se dá por meio de dois movimentos do processo de interação: os mediadores repassam as ideias, práticas e ações das políticas públicas para a população beneficiária, e trazem para o aparato estatal as ideias, informações e necessidades desta população beneficiária (LOTTA, 2010).

Essas ideias, informações, propostas e necessidades da gestão e da população beneficiária são discutidas nos *publics*, que correspondem aos momentos em que os implementadores de políticas públicas estão em processo de interação com os beneficiários das políticas e com outros funcionários públicos (LOTTA, 2010).

Os atores que participam dos *publics* geralmente estão associados a afiliações organizacionais (partidos, organizações religiosas), posições institucionais (burocrata, funcionário público, cidadão) e associações culturais (gênero, nacionalidade, entre outros). Ao reunirem-se, estes atores visam produzir resultados eficazes de implementação, mediando entre variadas identidades e interesses (LOTTA, 2010). Todas as abordagens discutidas acima são necessárias para que se possa entender o principal objetivo do estudo, que é de analisar a contribuição do enfermeiro na formulação de políticas públicas.

O enfermeiro é um burocrata do nível de rua, e, como tal, relaciona-se com beneficiários de políticas e outros atores, possui discricionariedade e impacta pessoas em suas ações, conforme as premissas referidas por Lipsky (1976 apud ARAÚJO FILHO, 2014)

e já citadas nesta pesquisa. A grande finalidade do trabalho do enfermeiro é o cuidar, que deve ser compreendido como:

“um complexo de ações com vistas ao suprimento de necessidades circunstanciais das vastas manifestações humanas dos pacientes [...], pois cada pessoa responde singularmente a determinado problema. Assim, cuidado seria tudo o que se faz pelo sujeito” (SILVA e DAMASCENO, 2005 apud LIMA, 2010, p. 16).

O cuidar abrange cinco dimensões, a saber: ensinar; pesquisar, gerenciar, assistir e participar politicamente. Em todas elas, a tomada de decisão se faz presente, uma vez que os enfermeiros estão sempre vivenciando situações que exigem um posicionamento para que se execute uma ação, sendo que a dimensão “participar politicamente” envolve julgamento moral e atitude, sem os quais não é possível estar no mundo em sociedade (SANNA, 2007; GRECO, 2010).

Esse posicionamento é influenciado por padrões, normas e diretrizes, mas recomenda-se que os enfermeiros também utilizem o seu pensamento crítico no momento de reconhecer quando a situação requer soluções criativas (GRECO, 2010). É assim que o enfermeiro exerce a discricção nos seus espaços de atuação.

Adaptando o estudo de Lotta (2010) a essa realidade, entende-se que a discricionarieidade do enfermeiro como burocrata do nível de rua permite que o mesmo tome uma decisão e implemente um determinada política ou programa de acordo com as suas escolhas ou valores (que podem ser os mesmos valores dos usuários), mesmo que, primariamente, tenham sido formulados outros objetivos, estratégias e metas a serem atingidas.

Isso pode ocorrer quando os formuladores elaboram políticas carentes de objetivos sólidos, como dito no capítulo 3.1, o que dá margem à tomada de decisão conforme quem as implementa. Para que esta situação não aconteça, é importante que a elaboração da política pública em saúde se aproxime mais da realidade dos serviços e da população e que se conte com os profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, no processo decisório.

Muitas políticas são formuladas considerando esses aspectos. Por meio da técnica de conjecturas, que são juízos de valor criados a partir de aspectos intuitivos ou emocionais dos *policymakers*, utiliza-se o conhecimento dos *street level bureaucrats* para entender as facetas de determinada área da política pública, já que estes atuam na linha de frente e

possuem experiência profissional. O objetivo do uso da técnica é aproximar os eventos futuros através de um caminho menos adivinhatório ou baseado na sorte (SECCHI, 2012).

O conhecimento dos enfermeiros, neste sentido, pode ser utilizado na formulação em vários espaços participativos, entre eles, no Conselho Municipal de Saúde. No CMS, o enfermeiro pode contribuir (através da representação burocrática) na formulação de ações, estratégias, metas e no controle da execução da política de saúde.

Ainda seguindo o raciocínio de Lotta (2010), o intuito dessa representação é que o enfermeiro, como conselheiro, sirva como ponte, mediando o repasse de informações entre os poderes e os cidadãos, direcionando as ações dos executores de políticas e dando voz às demandas da população.

É importante destacar, contudo, que o enfermeiro atuante num conselho municipal de saúde como mediador exercendo representação burocrática, tem duas facetas: ele é um burocrata do nível de rua porque atua na assistência aos usuários dos sistemas de saúde; e incorpora, à sua atuação no conselho, as ideias, vivências, informações, impressões, relatos, denúncias, entre outros, dos beneficiários dos seus serviços bem como dos profissionais representados por ele.

O resultado da vivência profissional desses mediadores enfermeiros aliada às necessidades referidas pelos demais profissionais e cidadãos pode ser colocado em pauta para ser discutido nos *publics*, conforme apontado por Lotta (2010), que, no Conselho Municipal de Saúde, correspondem aos encontros mensais realizados pelos conselheiros para discutir o desenvolvimento do SUS local.

Para que se tenha um entendimento melhor da atuação do enfermeiro nos Conselhos Municipais de Saúde, serão explanadas, nos próximos capítulos, as principais características desses espaços e como os conselheiros são conduzidos em suas ações estando inseridos neles.

3.3 CONCEITUANDO OS CONSELHOS

De acordo com Gonh (2001 apud GOMES, 2003, p. 38), os conselhos são “canais de participação que articulam representantes da população e membros do poder público estatal em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos”.

Ainda segundo o estudo de Gomes (2003), os conselhos são órgãos públicos instituídos por lei e regulamentados por seu plenário, com composição igualitária entre o

governo e a sociedade, que possuem caráter obrigatório para os repasses de recursos e que assumem atribuições consultivas, deliberativas e/ou de controle.

Os conselhos podem assumir diversos formatos, dependendo do processo aos quais estão vinculados. Sendo assim, existem conselhos gestores de programas governamentais ligados à implementação de ações (como, por exemplo, merenda, alimentação escolar, financiamento) ou à elaboração, implantação e controle de políticas públicas por meio de conselhos de políticas setoriais estabelecidos por leis federais para efetivação dos direitos fundamentais (saúde, educação, previdência social). Existem ainda conselhos que abrangem temas transversais como direitos humanos, violência contra a mulher, entre outros (TEIXEIRA, 2000 apud GOMES, 2003).

3.4 OS CONSELHOS DE SAÚDE NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

A criação dos conselhos de saúde pela União (governo federal), estados e municípios foi determinada pela Lei 8.142/90. Entretanto, a existência do conselho de saúde perpassa os limites do cumprimento de uma exigência da lei, tornando-se também a garantia da melhoria constante do SUS (BRASIL, 2010).

Segundo a primeira diretriz da Resolução N° 453⁵, de 10 de maio de 2012, o conselho de saúde é:

“uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde” (CNS, 2012, p. 1).

O caráter permanente confere ao conselho impossibilidade de extinção por autoridade ou lei estadual ou municipal ou por decisões da gestão da União, do estado ou do

⁵ Ver: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>, acesso em 08/09/2016.

município, sendo necessária outra lei federal para que ele possa ser abolido. Já o caráter deliberativo concede ao conselho a capacidade de discussão de determinados assuntos ou temas para se chegar a um acordo ou uma decisão (BRASIL, 2010).

Por ser uma instância colegiada, o conselho deve ser composto por pessoas que representam diferentes grupos da sociedade. Desta forma, nos conselhos de saúde estão contidos (BRASIL, 2010; CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 2008):

- a) Representantes dos gestores: este segmento é representado pelas pessoas que tem a responsabilidade sobre as ações e serviços de saúde, ou seja, responsáveis pelas diretorias de saúde, coordenadorias de saúde, departamentos de saúde, cargos de comissão ou chefia;
- b) Representantes dos prestadores de serviço: instituições conveniadas ao SUS ou filantrópicas;
- c) Representantes dos trabalhadores de saúde: sindicatos e conselhos profissionais da área de saúde; e
- d) Representantes dos usuários de saúde: associações de moradores, associações de trabalhadores, sindicatos, associações de portadores de patologias, entre outras.

Os segmentos de integrantes que compõem o conselho de saúde devem estar divididos da seguinte forma: 50% de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviço (segundo a Resolução Nº 453/2012); ou 50% de usuários e 50% dos demais segmentos (segundo a Lei 8.142/90). Os usuários devem sempre ser a metade dos conselheiros para que a promoção da melhoria do SUS para a população não seja afetada (BRASIL, 2013; BRASIL, 1990; BRASIL, 2010).

Quando o conselheiro está vinculado à organização governamental, ele é eleito por meio de indicação do ministro, secretário de Estado secretário municipal; porém quando o conselheiro está relacionado a um órgão ou entidade não governamental, a eleição da sua entidade ocorre num fórum específico, ou seja, numa reunião convocada para este fim. O número de conselheiros deve ser indicado pelos plenários dos conselhos de saúde e das conferências de saúde, devendo ser definido em lei pelos três níveis de governo (BRASIL, 2013).

É oportuno frisar que o plenário é o encontro oficial de todos os conselheiros de saúde para deliberar sobre assuntos previamente agendados na pauta da reunião. Já conferência de saúde, realizada de 4 em 4 anos, é convocada pelo Poder Executivo ou pelo conselho de saúde e caracteriza-se por ser um fórum ou espaço de debate que agrupa todos os

segmentos representativos da sociedade para avaliar a situação de saúde e apresentar diretrizes para a formulação da política de saúde à nível federal, estadual e municipal (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Os municípios que não apresentarem entidades, instituições e movimentos organizados em quantidade satisfatória para compor o conselho deverão realizar uma eleição municipal da representação em plenária, articulada pelo conselho municipal, em caráter democrático, segundo a Resolução Nº 453/2012 (CNS, 2012).

O funcionamento do conselho de saúde deve ser mensal, e conta com a necessidade de registro das reuniões em ata e infraestrutura para a sua realização. É aconselhável que esteja inclusa uma agenda temática na atuação do conselho, que englobe a pertinência (discussões sobre temas que são atribuições do conselho), a relevância (temas prioritários e importantes para o conselho) e a urgência de cada tema proposto, a fim de possibilitar a formulação de estratégias e o controle da execução da política (BRASIL, 2013; PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2010).

Ademais, todo conselho de saúde deve possuir um regimento interno, que estabelecerá como será o mandato dos conselheiros, as regras de funcionamento do conselho e um plenário (ao qual está subordinada a secretaria executiva de cada conselho). Como exemplo de uma determinação do regimento interno, pode-se citar o tempo de mandato dos conselheiros; de maneira geral, sugere-se um mandato de dois anos, mas o conselheiro pode ser reconduzido de acordo com o regimento interno do conselho (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

O custeio das despesas necessárias para funcionamento e manutenção de um conselho de saúde advém do orçamento do Poder Executivo, ou seja, da prefeitura ou do governo estadual ou do governo federal, por meio das respectivas secretarias de saúde. Cabe dizer ainda que, para que os municípios, estados e Distrito Federal recebam os recursos do Fundo Nacional de Saúde (como a Lei 8.142 determina), devem ser criados e mantidos em funcionamento os seus respectivos conselhos (BRASIL, 2010; MOREIRA e ESCOREL, 2009).

Quanto a atuação do conselho de saúde, a lei 8.142/1990 estabelece que o mesmo age na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Isso significa que há um controle social por meio do conselho de saúde, que permite que a população dos estados e municípios auxilie no planejamento da política de saúde, fiscalize as ações do governo (até mesmo no tocante às questões financeiras do gerenciamento da saúde no estado

ou município) e verifique se as leis relacionadas ao SUS estão sendo cumpridas (BRASIL, 2010).

As decisões do conselho de saúde são efetivadas por meio do quórum, que é definido por regimento interno e corresponde ao número mínimo de pessoas necessário para tomada de decisão pelo conselho. Essas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo, ou seja, o prefeito ou o secretário de saúde municipal (no caso do conselho municipal de saúde) ou o governador ou o secretário de saúde estadual (no caso do conselho estadual de saúde) (BRASIL, 2010).

Já a fiscalização por parte do conselho relaciona-se à prestação de contas dos gastos com a saúde pelos gestores da saúde (prefeito ou governador e secretário de saúde) e ao acompanhamento do cumprimento das metas do Plano de Saúde. Segundo a Resolução 333/2003/CNS⁶, essa prestação de contas realizada pelos gestores deve ocorrer a cada 3 meses através de relatório detalhado contendo as seguintes informações: como estão sendo executadas as ações de saúde; relatório de gestão; recursos financeiros: quanto foi aplicado e como foi aplicado; auditorias iniciadas e concluídas no período; e produção e oferta de serviços do SUS (BRASIL, 2010).

Sendo assim, além de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, o conselho deve analisar e aprovar o plano de saúde; analisar e aprovar o relatório de gestão; e manter a sociedade informada sobre a sua atuação. O plano de saúde, as programações anuais de saúde e o relatório de gestão são estabelecidos pelo Pacto pela Saúde e caracterizam-se por ser instrumentos básicos para o planejamento do SUS (BRASIL, 2013; BRASIL, 2010).

O plano de saúde deve ser elaborado por um período de 4 anos (para assegurar a continuidade das ações) pelos gestores das três esferas de governo. Expõem-se, nele, as principais diretrizes, estratégias, metas e prioridades referentes à saúde e à aplicação do dinheiro público. Para que as políticas nacionais e estaduais sejam efetivadas, o município age como executor do que foi estabelecido no plano de saúde. Sendo assim, a elaboração do plano deve ser feita de maneira participativa, considerando os resultados das conferências de saúde, e necessita de revisão uma vez por ano para que suas metas possam ser reavaliadas e reformuladas de acordo com as necessidades da população (BRASIL, 2010).

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que concede a realização dos objetivos e das estratégias do Plano de Saúde. Para tanto, deve apresentar: a definição das

⁶ Ver: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>, acesso em: 26/09/2016.

ações que garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; as metas anuais referentes a cada uma das ações definidas; os indicadores que serão utilizados para o monitoramento da programação; e a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da programação (BRASIL, 2010).

Já o Relatório de Gestão (RAG) é um documento que apresenta informações sobre o cumprimento das metas estabelecidas nos planos de saúde, os resultados obtidos pelos gestores e as justificativas pelo cumprimento parcial ou pelo não cumprimento de uma meta. O RAG deve ser submetido à apreciação do conselho municipal de saúde para ser aprovado ou não. Caso haja aprovação, o relatório é encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde, à Comissão Intergestores Bipartite e ao Ministério Público. A Secretaria Estadual de Saúde, então, analisa e consolida os relatórios de gestão de todos os municípios e os encaminha ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Para análise do relatório de gestão, o conselheiro de saúde, além de conhecer bem o Plano de Saúde e orçamento, necessita ter assistido de perto as ações que abrangem obras, aquisição de equipamentos, contratação de pessoal e despesas que podem ter acarretado impacto substancial na saúde do município (BRASIL, 2010).

É mister saber que existe, para acompanhamento dos conselhos de saúde, o SIACS (Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde), que caracteriza-se por ser um instrumento de catalogação de informações e dados essenciais de todos os órgãos de controle social da área da Saúde que atuam em estados, municípios e no Distrito Federal. O SIACS visa mapear o controle social na área da Saúde no Brasil por meio do arrolamento de informações referentes à atual composição dos conselhos (como por exemplo, o cumprimento da paridade, entre outros), cabendo aos secretários-executivos a função de preencher estes dados no sistema (BRASIL, 2013).

Dado o conhecimento dos aportes teóricos e legais de todos os Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, oportunizar-se-á, no próximo capítulo, uma abordagem mais estreita sobre a presença de Conselhos Municipais de Saúde no Brasil.

3.5 OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL

A criação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) representou uma extensa iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no Brasil e resultou de uma intensa mobilização da população, das lutas parlamentares e da atuação de governos

estaduais e municipais com o objetivo de viabilizar o princípio da participação da sociedade civil (MOREIRA e ESCOREL, 2009; SCHERER, 2012).

Pode se dizer, portanto, que o surgimento dos CMS se configurou como uma nova perspectiva de gestão das políticas públicas em saúde, uma vez que os mesmos foram colocados ao lado do Estado para ditar as regras do jogo, conduzir e controlar os processos decisórios (GODOY et al., 2010).

Atualmente, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE (2013) apontam que o número de municípios no país chegou a 5.570. Destes, 5.553 apresentam Conselhos Municipais de Saúde, sendo que 5.355 possuem característica paritária e 5.017 caráter deliberativo, como mostra a tabela abaixo:

Tabela 1 - CMS no Brasil, na Região Nordeste e em Pernambuco

Grandes Regiões e Unidades de Federação	Municípios			
	Total	Com Conselhos Municipais de Saúde	Paritário	Caráter Deliberativo
Brasil	5570	5553	5355	5017
Nordeste	1794	1790	1746	1637
Pernambuco	185	184	178	161

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa e Informações Básicas Municipais (2013).

Na região Nordeste, os referidos dados do IBGE (2013) mostram que, dos 1.794 municípios existentes, 1.790 possuem conselhos municipais de saúde, 1.746 possuem composição paritária e 1.637 caráter deliberativo. Já o estado de Pernambuco apresenta 185 municípios, 184 conselhos municipais de saúde, 179 CMS com composição paritária e 161 com caráter deliberativo.

No tocante à Região Metropolitana do Recife (RMR)/PE, escolhida para esta pesquisa e como consta na tabela abaixo, existem 14 municípios, a saber: Recife, Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista e São Lourenço da Mata.

Tabela 2 - Demonstrativo da situação dos CMS da RMR

Município	Segmento – Número de representantes				Res. 453	Lei 8142/90	Não
	Usuário	Trabalhador	Prestador	Gestor	Paritário 50-25-25	Paritário 50-50	Paritário
Abreu e Lima	6	2	1	2	-	-	Sim
Araçoiaba	4	2	1	1	Sim	-	-
Cabo de Santo Agostinho	10	5	2	3	Sim	-	-
Camaragibe	8	4	2	2	Sim	-	-
Igarassu	10	5	1	4	Sim	-	-
Ilha de Itamaracá	6	2	1	3	-	Sim	-
Ipojuca	12	6	0	6	Sim	-	-
Itapissuma	6	2	2	2	-	Sim	-
Jaboatão dos Guararapes	8	4	2	2	Sim	-	-
Moreno	8	4	2	2	Sim	-	-
Olinda	10	5	0	5	Sim	-	-
Paulista	10	5	2	3	Sim	-	-
Recife	12	6	3	3	Sim	-	-
São Lourenço da Mata	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Conselho Nacional de Saúde – SIACS – 08/03/2016.

Segundo dados do Conselho Nacional de Saúde/SIACS (2016), destes 14 municípios, apenas um (Abreu e Lima) não apresenta composição paritária e um tem composição desconhecida (São Lourenço da Mata). Quando o CMS não é paritário, há prejuízo na promoção de melhoria do SUS para os seus usuários e descumprimento de uma das condições para que os estados e municípios recebam recursos do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 2010).

Já a ausência de caráter deliberativo pode estar relacionado ao que Moreira e Escorel (2009) discutiram em seu trabalho: oposições à institucionalização dos CMS, provenientes de governantes que julgam que o caráter deliberativo e as atribuições dos CMS são intimidatórias aos seus interesses. O desafio, nestas situações, é aprimorar as regras institucionais e deliberativas, visando:

“reduzir as tensões em torno da preocupação do Executivo com o não cumprimento de seus interesses, por um lado, e encarecer os custos das reações negativas dos gestores do setor, por outro. Exemplos: elevação dos custos da supressão da autonomia dos CMS; definição da abrangência das deliberações, isto é, das questões passíveis de deliberação; negação da possibilidade de que conselheiros apenas vetem propostas de outros conselheiros; responsabilização dos CMS por suas deliberações; obrigatoriedade dos gestores encaminharem ao CMS o orçamento público e as ações, programas e políticas de saúde em sua etapa de formulação, evitando que conselheiros apreciem projetos praticamente fechados, com poucas possibilidades de mudança e comprometidos com determinados interesses” (MOREIRA e ESCOREL, 2009, p. 805).

Considerando o caráter deliberativo do Conselho Municipal de Saúde, o próximo capítulo focar-se-á na atuação do enfermeiro na formulação das políticas públicas de saúde neste espaço decisório.

3.6 A ENFERMAGEM E A FORMULAÇÃO NOS CMS

No conselho municipal de saúde, salientando-se o contexto de formulação e planejamento, a principal responsabilidade do conselheiro é a de participar na elaboração de metas para a saúde (CGU, 2009).

A elaboração de metas, objetivos e indicadores está prevista no planejamento, que abrange a criação de planos e programas para a solução de problemas identificados na população tendo em vistas à sua realidade local. Percebe-se, com isso, que formulação e planejamento caminham juntos na criação de um projeto em saúde, uma vez que o planejamento envolve o estabelecimento de como o processo será realizado e a decisão de como as ações serão executadas para alcançar os objetivos propostos (BRASIL, 2010).

Outra responsabilidade do conselheiro, que se relaciona direta ou indiretamente na formulação de políticas e planejamento, é a função de acompanhar, de maneira próxima, como está a saúde da população e a qualidade dos serviços oferecidos. Neste sentido, é de extrema relevância que os conselheiros de saúde visitem hospitais, centros e postos de saúde para acompanhar e avaliar a qualidade dos serviços dispensados à população (se há equipamentos adequados, se há muitas filas, entre outras), pois, quando realizam estes atos, os mesmos podem se aproximar de usuários e trabalhadores, ouvi-los e levar as suas

necessidades para a reunião do plenário do conselho de saúde por meio de um relatório (BRASIL, 2010).

Essa aproximação do conselheiro com a população visando acompanhar de que forma as políticas estão sendo executadas no município é de fundamental importância para a saúde, quando se leva em consideração que ela é o resultado das condições sociais, econômicas, políticas e culturais. O conselheiro, ao encarar a realidade local, pode, no conselho municipal de saúde, enfrentar esses problemas e promover melhorias em saúde (BRASIL, 2010).

Olhando sob essa perspectiva, consegue-se enquadrar o enfermeiro como um ator importante nos conselhos municipais de saúde. Isso porque o enfermeiro adota um papel cada vez mais decisivo e proativo no que tange ao reconhecimento das necessidades de cuidado da população com a sua busca pela promoção e proteção da saúde das pessoas em suas diferentes dimensões (BACKES, 2012).

Devido ao seu conhecimento científico e sua prática na identificação das necessidades da população e estabelecimento de intervenções eficazes, bem como as atividades de gerência que permeiam a carreira desse profissional advindas da formação generalista, o enfermeiro tem total capacidade para fortalecer a sua participação nas funções gestoras do SUS (SOUZA et al., 2011).

Apesar disso, ainda é incipiente a participação do enfermeiro em espaços decisórios para direcionamento e consolidação de políticas de saúde, e é desafiador pensar o enfermeiro sob uma lógica ampliada de atuação (CHAVES e TANAKA, 2012), ou seja:

“para além dos aspectos técnicos assistenciais e gerenciais da prática profissional, mas, na lógica de inserção na estrutura organizacional dos sistemas de saúde, no campo da gestão, em uma proposta de participação ativa e articulada em processos decisórios” (CHAVES e TANAKA, 2012, p. 1275).

Algumas alternativas para o enfrentamento desses impasses são: desenvolvimento de competências na área da gestão; desenvolvimento de competências políticas, técnicas e relacionais durante a graduação; educação permanente focando na atuação ampliada e não apenas tecnicista para os enfermeiros atuantes; e participação de órgãos de classe para valorização dos profissionais no cenário do sistema de saúde e na atuação em espaço decisórios dos diferentes níveis de gestão (CHAVES e TANAKA, 2012).

Vale ressaltar, porém, que essas alternativas são difíceis de serem consideradas em sua totalidade, uma vez que giram em torno delas aspectos de poder, interesses conflitantes, disputas individuais, profissionais e institucionais (CHAVES e TANAKA, 2012). E é nesse âmbito desafiador que a formulação de políticas públicas também ocorre.

Quanto aos desafios políticos, é oportuno dizer que, por vezes, o ambiente político não é favorável à formulação de políticas públicas e à consideração de várias de opções de políticas. Além disso, mesmo quando líderes políticos sabem quais problemas querem abordar e expressam suas opiniões claramente, pode ocorrer a não aceitação do público às possíveis soluções. Novos atores e novas ideias também podem não ser aprovados pela população (WU et al., 2014).

Os gestores precisam estar cientes das opiniões e dos recursos disponíveis para usuários, metas, público e outros membros das comunidades de política pública para evitar conflitos e atrasos desnecessários na formulação, bem como acompanhar de perto as ações voltadas à população sempre visando a criação de políticas que alberguem o maior número de ideias e interesses conflitantes (WU et al., 2014).

Quanto aos desafios técnicos, pode-se dizer que as dificuldades se iniciam com a falta de clareza sobre o problema a ser abordado e os objetivos buscados. Se não houver um entendimento sobre problema de política pública e sobre a maneira de definir qual das interpretações possíveis está correta, os gestores não saberão ao certo os objetivos a serem percorridos, onde buscar alternativas ou quais critérios usar para filtrar ou classificar as opções de políticas (WU et al., 2014).

A experiência dos gestores e das instituições também pode ser considerada um desafio técnico grande sobre a formulação de políticas públicas em saúde, pois essa mesma experiência corre o risco de mascarar as necessidades de mudanças políticas. Isso pode acontecer quando uma situação merece uma atenção especial, mas os gestores a tratam como normal, com necessidade de uma melhoria mínima, resultando na concepção de que mudanças substanciais são desnecessárias (WU et al., 2014).

Já quanto aos desafios institucionais, podem ser citados como exemplos limitantes das alternativas disponíveis para resolução de problema: disposições constitucionais; existência de dois ou mais níveis de governo em sistemas federais; natureza do partido político e do sistema eleitoral, uma vez que podem definir os caminhos das políticas; existência de grupos sociais poderosos que podem ser definidores de opções; procedimentos operacionais-padrão em órgãos burocráticos, pois podem formar barreira nas inovações e integração em políticas públicas (WU et al., 2014).

Considerando estes desafios, pode-se dizer que os enfermeiros, ao compreenderem o contexto de uma dada situação e estarem inseridos em espaços decisórios como representantes da sociedade, podem trabalhar para afetar, da forma mais positiva possível, a formulação e o planejamento de políticas públicas com vistas ao fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório qualitativo, que utilizou o estudo de caso como estratégia de pesquisa.

A pesquisa qualitativa permite o estudo de fenômenos que englobam os seres humanos e as complexas relações que os mesmos desenvolvem nos mais variados locais. Para que um fenômeno possa ser compreendido no local onde ocorre e do qual é parte, o pesquisador faz uma busca ativa da perspectiva de pessoas que o vivenciam, considerando todos os pontos de vista que merecem atenção especial com a intenção de captá-lo da melhor forma possível, tendo, portanto, um contato direto com o fato estudado. Dessa forma, tem-se uma perspectiva integrada, onde são coletados e analisados os dados advindos de várias pessoas para se ter um real entendimento do fenômeno em questão (GODOY, 1995).

Sendo assim, de acordo com Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa ressalta a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é pesquisado buscando uma verdade mais profunda.

Já o método exploratório foi escolhido porque busca conduzir e aprofundar um estudo, de modo que as questões levantadas anteriormente (de forma superficial) sejam elucidadas. Tem como finalidades principais: propiciar maiores informações sobre o assunto estudado; delimitar o tema da pesquisa; nortear o estabelecimento dos objetivos e a formulação de hipóteses; ou analisar a pesquisa sob uma nova ótica. Se o estudo em questão envolver alguma dessas finalidades, caracteriza-se como exploratório (RAUPP e BEUREN, 2003).

Por ser um tipo de pesquisa muito específica, a pesquisa exploratória quase sempre assume a forma de um estudo de caso, que vem a ser a escolha de um objeto de estudo definido pelo interesse em casos individuais (GIL, 2008; VENTURA, 2007).

O estudo de caso pretende investigar um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se efetive uma busca detalhada de informações, considerando o que ele representa dentro do todo. Como qualquer pesquisa, estrutura-se por questionamentos relacionados ao como e ao por que da investigação, e apresenta vantagens e desvantagens na sua utilização (VENTURA, 2007).

Como vantagens do uso do estudo de caso, destacam-se: 1) estimulação de novas descobertas; 2) ênfase na multiplicidade de dimensões de um problema; 3) simplicidade nos procedimentos; 4) e oportunização de uma análise detalhada dos processos e das relações entre eles (VENTURA, 2007).

Já como desvantagens, podem ser citadas: 1) dificuldade de generalização dos resultados obtidos, uma vez que a unidade escolhida para investigação pode se comportar de maneira diferente de outras da sua espécie, fazendo com se aumentem as chances do estudo apresentar viés; 2) e falta de rigor científico no uso do estudo de caso em decorrência da falsa ideia de facilidade do uso da modalidade pelo uso de uma ou poucas unidades. Apesar disso, esse instrumento de pesquisa tem grande importância na pesquisa de investigação e a sua utilização precisa estar sempre presente na discussão acadêmica (VENTURA, 2007).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em seis Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana do Recife (RMR).

A RMR foi institucionalizada pela Lei Federal nº 14, de 8 junho de 1973, e é compreendida por 14 municípios: Recife (1.537.704 habitantes), Abreu e Lima (94.429 hab.), Araçoiaba (18.156 hab.), Cabo de Santo Agostinho (185.025 hab.), Camaragibe (144.466 hab.), Igarassu (102.021 hab.), Ipojuca (80.637 hab.), Ilha de Itamaracá (21.884 hab.), Itapissuma (23.769 hab.), Jaboatão dos Guararapes (644.620 hab.), Moreno (56.696 hab.), Olinda (377.779 hab.), Paulista (300.466 hab.) e São Lourenço da Mata (102.895 hab.) (BITOUN et al., 2012; IBGE, 2010).

Os municípios de Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Paulista são conurbados e altamente integrados com o Recife (município-polo). Já os outros municípios metropolitanos se caracterizam por níveis de integração que alteram do alto ao médio (BITOUN et al., 2012).

A escolha da região metropolitana do Recife foi necessária para o aumento do número de colabores deste estudo, uma vez que todos os municípios citados possuem Conselhos Municipais de Saúde, mas nem todos apresentam enfermeiros atuando nestes espaços. Como mostra a tabela abaixo, dos 14 municípios da RMR, apenas 10 deles apresentaram enfermeiros atuando nos Conselhos Municipais de Saúde.

Tabela 3 - Municípios da RMR e quantidade de enfermeiros nos CMS de cada localidade

Município	Quantidade de enfermeiros nos CMS de cada localidade
Recife	1
Abreu e Lima	0
Araçoiaba	1
Cabo de Santo Agostinho	1
Camaragibe	0
Igarassu	1
Ipojuca	1
Itamaracá	0
Itapissuma	1
Jaboatão dos Guararapes	0
Moreno	0
Olinda	2
Paulista	1
São Lourenço da Mata	1

Fonte: Coleta Direta dos Dados

Devido a pouca quantidade de enfermeiros atuando nos CMS da Região Metropolitana do Recife, os municípios contemplados foram codificados para dificultar a identificação dos conselheiros respondentes para não haver demissões ou represálias. Desta forma, os locais foram identificados pela palavra “município”, seguida de um número de acordo com os discursos dos enfermeiros.

4.3 COLABORADORES DO ESTUDO

Os colaboradores foram recrutados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: aceitar participar voluntariamente da pesquisa; ter curso superior completo em Enfermagem; e estar inserido e exercendo suas funções nos Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana do Recife.

Foram excluídos da amostra os participantes que: não apresentaram curso superior em Enfermagem; não aceitaram participar da pesquisa; não estavam inseridos e exercendo suas funções nos Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana do

Recife no período da coleta de dados, seja por motivos de renúncia, vacância, impedimento, afastamento ou término do mandato.

Desta forma, participaram deste estudo 6 (seis) enfermeiros gestores que aceitaram participar da pesquisa e que estavam atuando, no período das entrevistas, nos Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana do Recife.

4.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DO MATERIAL

O material foi obtido através de entrevistas realizadas no mês de maio de 2016, com aplicação de um questionário semiestruturado (APÊNDICE A) contendo 14 perguntas subjetivas sobre as atuações políticas do enfermeiro no Conselho Municipal de Saúde. O tempo de duração das entrevistas foi de cerca de 1 hora, e o material foi coletado com o auxílio de um gravador de voz mediante o consentimento dos participantes.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DO MATERIAL

A coleta do material foi realizada em horário previamente estabelecido entre a pesquisadora e os enfermeiros, sendo solicitada previamente a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do voluntário (APÊNDICE B) em que os sujeitos tem preservada sua participação voluntária e liberdade pra se retirar do estudo antes, durante ou após a finalização da coleta do material empírico, sem risco de qualquer penalização. Para manter o anonimato dos participantes, os enfermeiros foram identificados pela letra E, seguido de um número conforme a ordem das entrevistas.

4.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL COLETADO

O material qualitativo obtido foi analisado através do método de Análise de Conteúdo de Bardin (2009), constituída por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados.

A pré-análise ocorreu através da transcrição das entrevistas para proceder à constituição do “*corpus*”, que é o conjunto do material que será submetido à análise (BARDIN, 2009).

A exploração do material, que consiste em uma fase longa com procedimentos de codificação ou enumeração em função de regras previamente formuladas, foi realizada, no contexto estudado, por meio da leitura exaustiva do “corpus” para a separação dos fragmentos importantes dos discursos dos enfermeiros que foram obtidos por meio das perguntas existentes no questionário semiestruturado. Após a exploração desse material, os fragmentos foram organizados em categorias e subcategorias temáticas definidas (BARDIN, 2009).

O tratamento e a interpretação dos resultados, terceira etapa da proposta metodológica, envolveu o confronto entre o material coletado nas entrevistas e as literaturas existentes referentes ao assunto, visando comparar os resultados obtidos e pontuar descobertas para auxiliar no desenvolvimento de pesquisas futuras.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos recomendados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda os deveres e direitos do pesquisador e sujeito; que visa principalmente o anonimato e sigilo das informações colhidas; que trata o sujeito em sua dignidade, respeitando-o em sua autonomia, defendendo-lhe em sua vulnerabilidade, comprometendo-nos com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência); garantindo que danos previsíveis serão evitados (não maleficência); e que considera igualmente os interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária (justiça e equidade) (CNS, 2013).

Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco e aprovado conforme o processo CAAE nº 54405216.4.0000.5208 e parecer nº 1.541.117 (ANEXO A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 APRESENTAÇÃO DOS COLABORADORES DA PESQUISA

Foram entrevistados, ao todo, seis enfermeiros: cinco do sexo feminino e um do sexo masculino. A dominância de mulheres pode estar relacionada à própria trajetória da Enfermagem, que é uma profissão historicamente ocupada pelo público feminino. Já a faixa etária variou entre 28 a 50 anos, como mostra o quadro abaixo:

Quadro 1 - Características dos enfermeiros inseridos nos CMS da RMR

Enfermeiros gestores	Localidade	Idade	Pós-graduação (Especialização, Residência, Mestrado e/ou Doutorado)
E1	Município 1	37	Especialização em Saúde Pública
E2	Município 2	50	Especialização em UTI e Saúde da Família; Mestrado em Educação e Saúde
E3	Município 3	39	Residência em Traumatologia-Ortopedia
E4	Município 4	28	Especialização em andamento em Saúde da Mulher
E5	Município 5	32	Especialização em Gestão em Saúde; Especialização em Suporte Avançado à Vida
E6	Município 6	41	Especialização em Enfermagem Obstétrica

Fonte: Coleta Direta dos Dados

Dos seis enfermeiros gestores entrevistados, quatro disseram ter especialização completa (enfermeiros E1, E2, E5 e E6); um referiu possuir residência (enfermeiro E3); e um citou ter feito mestrado (enfermeiro E2). Destas especializações, apenas uma referia-se à gestão em saúde (enfermeiro E5).

5.2 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

Após a transcrição e análise dos discursos dos colaboradores da pesquisa, as unidades de registro referentes aos objetivos do estudo foram localizadas e agrupadas em categorias temáticas. Desta forma, foram identificadas três categorias temáticas e cinco subcategorias, a saber:

5.2.1 Categoria “Histórico de inserção dos enfermeiros nos CMS”;

- 5.2.2 Categoria “Educação Permanente para o controle social”;
- 5.2.3 Categoria “Formulação/Planejamento de políticas públicas em saúde”;
- 5.2.3.1 Subcategoria “Formulação dos instrumentos do PlanejaSUS”;
- 5.2.3.2 Subcategoria “Pautas prioritárias dos CMS”;
- 5.2.3.3 Subcategoria “Ações, metas e recursos orçamentários da PAS”;
- 5.2.3.4 Subcategoria “Implementação e reformulação de políticas públicas”;
- 5.2.3.5 Subcategoria “O enfermeiro e a sua importância na formulação”.

Os resultados obtidos, que relacionam-se com os objetivos propostos desta pesquisa, serão discutidos a seguir.

5.2.1 Categoria “Histórico de inserção dos enfermeiros nos CMS”

Esta seção temática foi assim denominada por conter a descrição de qual segmento o enfermeiro representa no Conselho Municipal de Saúde, há quanto tempo ele exerce essa representação no CMS e como ele foi inserido neste espaço decisório e participativo para exercer sua função.

O enfermeiro 1 referiu exercer representação no segmento trabalhador há dois anos e que estava no primeiro mandato. Sobre o critério de inserção no CMS, o depoimento abaixo demonstra que esta aconteceu por meio de convite:

[...] Eu sou sindicalista pelo Sindicato dos Enfermeiros no Estado de Pernambuco (SEEPE), que é a entidade que eu represento aqui nessa casa, e eu fui conselheiro distrital. [...] A partir daí, como eu me identifiquei muito com essa parte do controle social, e nas assembleias dos enfermeiros da prefeitura eu me colocava bastante sobre essas temáticas e sobre a importância da gente, enquanto enfermeiro, estar ocupando esses espaços, [...] a direção do sindicato me convidou, por eu ser também um delegado sindical (que faz a ponte entre os enfermeiros da ponta com o próprio sindicato), [...] pra ocupar a vaga aqui no conselho municipal. (E1)

No município 2, o enfermeiro relatou que estava há quatro anos no CMS, sendo este seu segundo mandato, que exercia representação no segmento trabalhador e que chegou ao conselho por meio de indicação, como mostra o relato abaixo:

Inicialmente estava precisando de um suplente, aí o sindicato me indicou. Então o meu primeiro mandato foi pelo sindicato e o segundo mandato é pelo COREN (Conselho Regional de Enfermagem), que também foi por indicação. (E2)

No município 3, o enfermeiro discorreu que estava no CMS há três anos exercendo representação no segmento gestor e que a sua participação no CMS adveio por meio de convite, como vemos abaixo:

Foi através de convite [...]. A Secretaria priorizou pessoas que estavam atuando muito, [...] trazendo projetos pro município, que estavam inovando de alguma forma os serviços. Aí a secretária me fez esse convite [...] pra participar do conselho. (E3)

No município 4, o enfermeiro relatou que estava há seis meses no CMS atuando no segmento gestor como titular (já que antes era suplente), que era o seu primeiro mandato e que também foi utilizado o critério de convite para a sua atuação no CMS:

Na época eu que estava na pasta da diretoria da Atenção Básica, [...] quem era conselheiro teve que sair. Então foi nomeado outras pessoas e [...] eu fui convidada [...] pra assumir o cargo de conselheira suplente [...]. Após suplente sair [...], eu assumi a titularidade. (E4)

O enfermeiro que atua no CMS do município 5 discorreu que estava no segundo mandato e que a sua participação foi conduzida de duas maneiras: no primeiro mandato, por convite, atuando no segmento trabalhador; e, no segundo mandato, por eleição, no segmento gestor:

Tenho oito anos já na formação. [...] Aqui, comecei na atenção básica [...]. Passei 4 anos na atenção básica, aí fui convidado pro cargo de gerência do hospital e eu não conhecia o conselho, e, através dessa gerência, a secretária, na época, chamou pra fazer parte [...]. Viu que eu me interessava muito no social e me fez o convite. Aí eu entrei como representante no trabalhador [...]. Com essa mudança que teve de 2013, que o secretário não poderia mais ser presidente do conselho, [...] abriu espaço e se candidatou eu e mais 2 conselheiros. Aí por votação [...] eu fiquei como presidente. (E5)

Já o enfermeiro conselheiro do município 6 discorreu que estava no segundo mandato e que chegou ao CMS por meio de eleição para exercer representação no segmento trabalhador:

Passei a ser conselheiro de saúde por meio de eleição em plenário da conferência municipal de saúde, representando o segmento trabalhador e, reeleito pela segunda vez por recondução, onde permaneço até a presente data. (E6)

Como foi possível observar nos discursos, a maioria dos enfermeiros relatou ter iniciado a sua participação no CMS através de convite, o que é aceitável, uma vez que a escolha dos conselheiros pode ser feita por eleição, indicação ou até mesmo durante conferências, conforme o previsto no regimento interno do próprio conselho (BRASIL, 2010).

O convite e a eleição dos enfermeiros ocorreram devido a dois fatores principais: experiência no processo de gestão do SUS (como relatados nos depoimentos dos enfermeiros E3, E4 e E5); e interesse dos enfermeiros pelos assuntos da comunidade e pelas suas demandas políticas (como visto pelos depoimentos dos enfermeiros E1, E3 e E5). Os enfermeiros E2 e E6 não expuseram as causas do convite e da eleição, respectivamente, mas, considerando os seus trabalhos de natureza assistencial, deduz-se que a motivação para as suas escolhas foi a experiência nas ações, decisões e implementação em saúde.

5.2.2 Categoria “Educação Permanente para o controle social”

A educação permanente para o controle social corresponde aos processos pedagógicos que oportunizam o desenvolvimento da ação do sujeito social para o cumprimento do direito à saúde. Para tanto, utilizam-se metodologias participativas que valorizam as vivências dos indivíduos (BRASIL, 2006).

A ampliação do acesso da sociedade às informações sobre o SUS para o efetivo exercício da cidadania e do conceito de capacitação de conselheiros surgiu com a elaboração da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem o objetivo de promover a democratização do Estado e garantir os direitos sociais e a participação da população na política de saúde, ratificando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para fortalecimento do controle social no SUS (BRASIL, 2006).

Esta política possui cinco eixos estruturantes: 1) Participação social; 2) Financiamento da participação e do controle social; 3) Intersetorialidade; 4) Informação e comunicação em saúde; 5) e Legislação do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2006). Esses eixos visam atualizar e aperfeiçoar os conhecimentos dos sujeitos sociais para o envolvimento da sociedade com o SUS e manifestam os aspectos prioritários para elaboração dos planos de ação dos conselhos de saúde (BRASIL, 2006).

Considerando a importância desta política para a consolidação da democracia participativa e ampliação dos conhecimentos acerca das atividades do conselheiro, os enfermeiros foram indagados quanto à realização de capacitações nos CMS onde atuam. Dos seis enfermeiros entrevistados, apenas um referiu ter participado de capacitações relacionadas à gestão do SUS, como mostra o discurso abaixo:

Nós fizemos um curso promovido com o Tribunal de Contas do Estado. Foi sobre o papel do conselheiro diante da atuação no conselho municipal. E fizemos também um curso de saúde do trabalhador em parceria com a gerência de saúde do trabalhador da prefeitura. (E1)

Esse fator merece a atenção dos CMS da Região Metropolitana do Recife arrolados neste estudo, uma vez é de extrema importância que sejam desencadeados processos de capacitação de conselheiros de saúde que permitam o conhecimento, cada vez mais amplo, sobre a estrutura e funcionamento do SUS e sobre a construção do modelo assistencial adequado aos seus princípios e diretrizes, o que possibilita uma maior articulação intersetorial para que a ação do conselho seja caracterizada como de formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida do usuário do SUS (BRASIL, 2002).

Algumas experiências feitas em vários Estados brasileiros demonstraram que, mesmo com as dificuldades específicas de cada localidade no tocante à sua situação social e política, foram obtidos avanços qualitativos no exercício da função de conselheiro com a realização de capacitações. Neste aspecto, progressos ainda maiores podem ser obtidos também nos CMS da Região Metropolitana do Recife, por meio da conscientização das atribuições, previstas pela legislação, dos conselhos municipais de saúde, sobretudo no que concerne ao seu poder deliberativo da política de saúde (BRASIL, 2002).

5.2.3 Categoria “Formulação/Planejamento de políticas públicas em saúde”

Em seguida, os conteúdos serão divididos em subcategorias para facilitar a compreensão e apresentar a análise e interpretação dos discursos dos enfermeiros sobre a sua contribuição na formulação/planejamento de políticas públicas em saúde nos CMS da RMR do Recife.

5.2.3.1 Subcategoria “Formulação dos instrumentos do PlanejaSUS”

O planejamento e os instrumentos resultantes de seu processo (como planos, programações e relatórios) fazem parte do arcabouço legal do SUS, quer indicando processos e métodos de formulação, quer como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria (BRASIL, 2009c). Conforme assinalado no capítulo 3.4, são instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS: o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

O PS é um componente do Plano Plurianual (PPA), que é um instrumento de planejamento governamental que estabelece diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública para um período de quatro anos, organizando as ações do governo em programas que resultem em bens e serviços para a população (BRASIL, 2009c; SEGPLAN, 2016). Já a PAS é feita a partir da releitura anual do PPA e do PS. Esta programação deve expressar a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), além de explicitar ações e metas a serem atingidas e expressas na LOA (BRASIL, 2009a).

Toda lei orçamentária tem uma flexibilidade que é conferida ao gestor para um percentual de alterações necessárias. Porém, qualquer alteração no plano municipal deve ser autorizada pelo CMS, mesmo que surjam emergências ou calamidades, e a aplicação dos recursos nestas situações deve ser aprovada posteriormente em uma prestação de contas ao CMS. Ao final do ano, a avaliação das metas e o desempenho físico e financeiro da PAS devem compor o RAG que também deve ser aprovado pelo CMS (BRASIL, 2009a).

Dos seis enfermeiros entrevistados, apenas um citou não ter colaborado no processo de formulação de nenhum dos instrumentos básicos de planejamento no CMS. Entretanto, este fato não o exclui do processo de formulação dos instrumentos de planejamento do SUS por meio de discussões no CMS, uma vez que estes precisam ser monitorados constantemente pelo conselho. Os demais conselheiros relataram que contribuíram na elaboração dos seguintes instrumentos: PPA, PAS e RAG.

No município 1, o enfermeiro relatou que, enquanto conselheiro municipal, contribuiu na formulação da PAS por meio de discussões no CMS, bem como da elaboração de pareceres de aprovação ou reprovação do RAG. De acordo com o mesmo, a PAS foi criada a partir de um recorte do Plano Plurianual (PPA) e foi aprovada pelos conselheiros através de um parecer apresentado no CMS por um Grupo de Trabalho estruturado no próprio conselho, como vemos no depoimento abaixo:

Quando eu cheguei aqui nessa casa, foi em maio de 2014, a gente já chegou com o plano plurianual pronto [...]. Então, todo ano, a partir desse plano [...], é feito um recorte e é feito a PAS [...]. Entre os conselheiros faz-se um Grupo de Trabalho (GT) que a gente debate todo o planejamento pro ano e, após o nosso grupo, sai uma pessoa que coordena, que faz a relatoria, faz o parecer desse planejamento e, numa sessão de pleno, onde estão todos os conselheiros, é apresentado esse parecer para que o pleno aprove essa Programação Anual de Saúde ou não. (E1)

Este mesmo Grupo de Trabalho também fica responsável por avaliar se a PAS foi cumprida ou não pela gestão para, posteriormente, apresentar um parecer aprovando ou reprovando o Relatório Anual de Gestão:

Passado um ano desse planejamento ter sido feito, a gente tem outro instrumento de gestão que é o RAG, onde novamente se tira outro GT que [...] vai analisar agora se aquela programação foi cumprida ou não. Nesse GT a gestão nos dá o relatório e, no final de cada ação programada [...], a gente vê se a gestão teve um bom desempenho [...]. A partir daí, o GT formula o parecer dizendo se aceita ou não esse relatório [...] e faz as devidas recomendações. A forma de aprovação desse RAG, o status é de aprovado, aprovado com restrições ou reprovado. [...] A gente aqui, pelo menos nesses dois anos [...], todos os nossos pareceres foram aprovados com ressalvas e essas ressalvas são justamente as recomendações que a gente faz pra gestão pra melhorar o que não foi conseguido dar como meta realizada. (E1)

No município 2, como o enfermeiro já estava no segundo mandato e exercendo há quatro anos a sua função no CMS, relatou que pôde contribuir na formulação do PPA, que proveio de propostas da conferência, que, como é sabido, tem a função de orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações prioritárias nos três níveis de governo (BRASIL, 2011). Além disso, foi referida participação na elaboração do RAG, como mostra o relato abaixo:

As propostas da PPA vieram da conferência. Pegamos as propostas da conferência e reformulamos junto do conselho numa reunião que tem para a realização do PPA, junto com usuários, profissionais de saúde e gestores. [...] E todo ano a gente faz avaliação do RAG. (E2)

No município 3, o enfermeiro citou ter dado a sua contribuição em dois instrumentos de planejamento, quais sejam: o PPA (que também derivou de uma conferência) e a PAS. Sobre o PPA, o enfermeiro refere:

[...] Participei. Isso aí é prioridade, né? Todos nós, de acordo com sua área, participamos. (E3)

Já nos municípios 5 e 6, embora os enfermeiros tenham referido que contribuíram na formulação de instrumentos de planejamento, não houve especificação desse processo.

5.2.3.2 Subcategoria “Pautas prioritárias dos CMS”

Quando se é proposta a construção dos planos e relatórios do Planejamento do SUS, bem como dos programas e ações em saúde, todos os conselheiros precisam estar cientes dos desdobramentos políticos e das necessidades da população. Para tanto, identificam-se os problemas da comunidade por meio da análise situacional, que também orienta a definição das medidas a serem estabelecidas (BRASIL, 2009c).

A identificação dos problemas se faz necessária tanto para a formulação como para o acompanhamento de ações, metas e recursos orçamentários, especialmente na Programação Anual de Saúde, fato corroborado pelo discurso do enfermeiro do município 1 que relatou que:

Como a gestão deve seguir o planejamento, a PAS não é uma programação engessada e, a partir do momento que vão aparecendo situações, esse planejamento tem que ser modificado até pra melhorar a assistência a resolutividade das ações. (E1)

O conhecimento dos problemas locais também é importante para a construção das pautas que subsidiam as plenárias. Isso porque os conselheiros, nas suas reuniões mensais, discutem os problemas do município, analisam novas estratégias em saúde, apreciam os apontamentos vindos da rede e deliberam, quando necessário (considerando que nem sempre todos os pontos da pauta referem-se a deliberações, mas abrangem também apresentações, esclarecimentos de dúvidas e dispensação de informações).

Sendo assim, no município 1, as principais pautas referidas pelo enfermeiro como ponto de discussão atual no CMS são a tríplice epidemia de arboviroses (zika, chikungunya e dengue)⁷ e a assistência farmacêutica (que relaciona-se ao acesso da população a medicamentos e o financiamento destes), como podemos ver no relato abaixo:

[...] Ultimamente, nessa casa, as questões que a gente mais vivencia no nosso cotidiano são as histórias da Tríplice da Epidemia das Arboviroses [...]. E outra pauta também é falta de medicamentos e insumos. O município 1 é amplo, complexo, com muitos pacientes que dependem exclusivamente do SUS; então a gente aqui, enquanto conselheiro, desenvolvendo o papel de controle social, não pode permitir que medicações básicas de diabete, de hipertensão estejam faltando na unidade de saúde. A gente entende que, por conta da Tríplice Epidemia das arboviroses, o consumo dos analgésicos triplicou também, muita gente precisando, mas a gente não permite porque se faz licitação, se faz pedido, agora deixar faltar é que não pode. (E1)

No município 2, as principais pautas citadas pelo enfermeiro e que carecem, atualmente, de discussão por todos os conselheiros nas suas reuniões mensais são: ações de assistência à mulher e ao trabalhador; organização e funcionamento do NAST; e a vigilância em saúde (voltada a eliminar, diminuir, controlar ou prevenir doenças, agravos e riscos à saúde) (BRASIL, 2009c):

[...] Políticas de Saúde da Mulher, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, que também é uma política muito discutida através do CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), e o NAST, que é um Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador que este município implantou. (E2)

⁷ Em 2016, até a Semana Epidemiológica 35 (período de referência: 03/01 a 03/09/2016), foram registrados 101.241 casos suspeitos de dengue no estado de Pernambuco. Quanto à chikungunya, foram notificados 53.131 casos em 182 municípios e o distrito de Fernando de Noronha. Em relação à zika, foram notificados 10.912 casos em 150 municípios e o distrito de Fernando de Noronha (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2016).

No município 3, o principal problema citado e discutido como pauta no CMS é a falta de cobertura total de serviços de saúde no município, tanto em decorrência do aumento populacional, que dificulta a cobertura total de PSF nas comunidades, como pela prestação de serviços ambulatoriais a indivíduos de outros municípios da RMR, como se pode ver abaixo:

[...] O problema geral [...] é a grande população [...]. Estamos até numa posição privilegiada, a gente tá com quase 90% de cobertura do PSF, só que nós temos um crescimento muito grande de casas. Quando nós assumimos a gestão em 2013, encontramos uma grande quantidade de áreas descobertas e encontramos os atendimentos ambulatoriais sendo uma absorção muito grande de usuários de outros municípios. O que é que tava acontecendo? A gente tava atendendo o pessoal de fora e deixando de atender o nosso. (E3)

No município 4, as discussões no CMS contemplam, especialmente, problemas relacionados às ações e serviços de saúde voltados para, conforme o seu relato:

[...] Saúde da Mulher, [...] Saúde do Idoso, [...] a questão da citologia, a questão do tempo de resultado da citologia. (E4)

No município 5, os principais problemas citados pelo enfermeiro conselheiro, e que são amplamente debatidos no CMS, são a falta de recursos para a implementação dos programas e a tríplice epidemia das arboviroses, como se pode ver abaixo:

[...] O problema hoje é a questão recurso pessoal, financeiro, acho que é geral essa questão com esses cortes, e também a questão dessa epidemia, dessas arboviroses. Pronto, a gente tinha um atendimento aqui de 250 a 300 pacientes mensal. Estamos agora numa média de 600. Medicação, material de curativo, essas coisas, mais de 50% de recursos já foram embora pelo plano que a gente fez, que não esperava isso. (E5)

Já no município 6, as principais pautas discutidas no CMS são:

Doenças relacionadas ao mosquito Aedes, término das obras em execução da maternidade e da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) municipal, Saúde do Trabalhador, entre outros. (E6)

Diante dos discursos, percebe-se que os enfermeiros demonstraram conhecimento quanto aos principais problemas do município, e isso é papel fundamental do conselheiro, uma vez que, nesta função, ele representa a oportunidade que a sociedade possui de dar destaque às suas necessidades e participar do ciclo de políticas de saúde (BRASIL, 2010). O resumo com as principais pautas em discussão nos CMS estudados encontram-se no quadro abaixo:

Quadro 2 - Pautas prioritárias dos CMS dos municípios da RMR

Enfermeiro	Localidade	Pautas prioritárias
E1	Município 1	Tríplice Epidemia de Arboviroses e Assistência Farmacêutica
E2	Município 2	Assistência à mulher e ao trabalhador, organização e funcionamento do NAST e vigilância em saúde
E3	Município 3	Ausência de cobertura total de serviços de saúde no município
E4	Município 4	Assistência à mulher e ao idoso e citologia
E5	Município 5	Falta de recursos para a implementação dos programas e Tríplice Epidemia de Arboviroses
E6	Município 6	Tríplice Epidemia de Arboviroses, término da construção de serviços de saúde e assistência ao trabalhador

Fonte: Coleta Direta dos Dados

É sabido que muitos desses problemas elencados chegam aos CMS através das vivências profissionais dos enfermeiros, bem como por meio de reuniões que estes estabelecem com profissionais de saúde da rede em outros espaços (fora dos Conselhos Municipais de Saúde). O objetivo das reuniões geralmente envolve o levantamento do diagnóstico (análise situacional) e a definição dos problemas de saúde a partir da percepção dos diversos atores sociais, buscando não só o levantamento dos problemas, mas também a identificação dos fatores que o determinam (ORTIGA, THIELE e SILVA, 2010).

Dos enfermeiros gestores entrevistados, apenas dois relataram que são realizadas reuniões por eles com trabalhadores de saúde em outros espaços visando absorver as demandas da comunidade e dos serviços de saúde, bem como transmitir para os conselheiros, nos CMS, os resultados desses encontros.

No município 3, o enfermeiro gestor relatou que os resultados das discussões são levados por ele ao CMS após reuniões mensais com os trabalhadores de toda a rede, como mostra o depoimento abaixo:

Nós (gestão) realizamos reuniões mensais com todos os profissionais, seja dos serviços gerais ao médico. Eles trazem problemas e nós [...] fazemos essa separação, o que é que é para conselho, o que é que vai para a secretaria de saúde, o que é que vai pra outras secretarias, entendeu? Então, a partir dessas reuniões, é que a gente monta as nossas estratégias de ação. [...] É uma troca de experiência [...] Eu levo o que eu tenho da Atenção Básica, da minha bagagem da atenção básica, eles já trazem de outros serviços. (E3)

No município 4 também ocorrem reuniões mensais da gestão com os profissionais de saúde da rede, especialmente com os enfermeiros, para adequar as ações de acordo com as vivências práticas desses profissionais:

[...] A gente tem 4 territórios, aí pra que não fique todo mundo junto, a gente chama por território. A gente tem em média de 12 a 14 equipes por território, aí vem 12, 13 agentes comunitários, médicos, enfermeiros [...]. Nas reuniões da gente, mensalmente, é mais com as enfermeiras porque ela é quem comanda a equipe [...], é quem tá de frente à equipe, então elas é que são a ponte da gestão para com a equipe. A gente também tem visitas diariamente a todas as equipes. Mensalmente, as equipes são visitadas no mínimo umas três vezes pelo apoio institucional. (E4)

Os discursos destes enfermeiros corroboram o que foi exposto no capítulo 3.2: quando o enfermeiro, burocrata do nível de rua, está no papel de conselheiro, age como mediador de interesses e pode expor essas demandas referidas nas reuniões (*publics*) do CMS. Isso se torna positivo para o desenvolvimento das suas funções como conselheiros no CMS, uma vez que esta vivência permite a ampliação da sua visão e o confronto da sua realidade com aquela experienciada por outros trabalhadores de saúde, sobretudo no que concerne às demandas da população que se fazem tão relevantes de serem debatidas no CMS.

Assim, os CMS absorvem as necessidades da população e dos trabalhadores através dessas reuniões de mediação, onde são obtidas informações relevantes para a discussão, elaboração e aprovação dos objetivos, diretrizes, estratégias, metas, indicadores e ações em saúde do Plano de Saúde.

5.2.3.3 Subcategoria “Ações, metas e recursos orçamentários da PAS”

Após a identificação dos problemas do município através da análise situacional, surge o momento de estabelecer os objetivos do Plano de Saúde e concretizá-los na Programação Anual de Saúde (PAS), que deve conter a definição de ações, metas e recursos orçamentários para o período de um ano (BRASIL, 2009c).

As ações são as medidas ou iniciativas concretas a serem desenvolvidas visando o alcance dos objetivos e das metas propostas no Plano de Saúde; já as metas anuais da Programação são expressões quantitativas das ações determinadas (BRASIL, 2009c). Considerando estes aspectos e conforme as entrevistas realizadas, apenas um enfermeiro relatou não ter participado na definição de ações, metas e recursos orçamentários no CMS:

Eu não sei como são os conselhos de outros municípios, mas o conselho da gente tem um perfil um pouco diferente. Na realidade, é uma reunião bem pesada porque [...] eles veem muito com a visão da cobrança. Então é uma reunião que muitas vezes não flui, que dá pra construir. [...] Eu não participei de construção no conselho. (E4)

No município 1, o enfermeiro relatou que pôde contribuir na discussão e decisão de ações e metas em saúde da PAS, como podemos ver no relato abaixo:

Eu aqui, enquanto conselheiro, pude participar do relatório da PAS onde a gente vê cada programa descrito, a meta que se quer, o que se é pactuado, e, a partir [...] dessa PAS, [...] intervir se aquela pactuação, se aquela meta era melhor pro município 1 ou não, e se atendia as reais necessidades da população ou não. Então [...], apesar de já vir pronta a meta, é uma sugestão que nós, enquanto conselheiros, acatamos ou não. E a partir do momento que a gente não acata, a gente tem a possibilidade de debater entre os conselheiros uma outra forma [...] de aumentar metas, porcentagens de ações quanto diminuir também. (E1)

Sobre as ações debatidas no CMS, o enfermeiro relatou que, por ser a PAS uma programação que pode ser modificada, e devido ao avanço da zika, chikungunya e dengue no município 1, pôde colaborar na elaboração e aprovação das ações no CMS voltadas para esta epidemia, como mostra o discurso abaixo:

[...] As ações de combate ao mosquito da dengue, à microcefalia e às arboviroses no geral não tinham sido planejadas e nem pensadas do ponto de vista da PAS, porque é um evento inusitado, de primeira vez que acontece não só aqui, mas no Brasil todo. A gestão planejou as ações, mas, antes de implementar, ela trouxe pra essa casa pra passar no pleno pra deixar a gente ciente, pra ver se a gente queria acrescentar alguma coisa e para aprovar essas ações. (E1)

Além disso, o enfermeiro relatou que planejou, concomitantemente com os outros conselheiros, ações de controle social, como o fórum aberto e a Conferência Municipal de Saúde organizada no município 1 em 2015, como podemos ver abaixo:

[...] A gente planejou ações a nível de controle social mesmo para aproximar cada vez mais os usuários, a comunidade e a própria sociedade civil ao trabalho da gente [...]. Então, nós planejamos o fórum aberto de controle social nas comunidades e foi uma ação muito boa que a gente viu muita repercussão. [...] Ano passado nós tivemos nossa 12ª Conferência Municipal de Saúde e, antes dela, nós realizamos microplenárias [...] de onde foram tirados os delegados que participaram da culminância que foi a nossa Conferência Municipal de Saúde. (E1)

No município 2, o enfermeiro referiu ter contribuído - em conjunto com outros conselheiros municipais, com a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIT) municipal e estadual e com o sindicato dos servidores – na definição sobre a criação do Núcleo de Assistência à Saúde do Trabalhador (NAST) e na definição de ações de assistência à criança com microcefalia em decorrência da tríplice epidemia de arboviroses, conforme aponta o depoimento abaixo:

O NAST foi implantado através do conselho. [...] E também, atualmente, nós temos uma implantação da questão da microcefalia, da dengue. Existe um núcleo pra questão da assistência a essas crianças com microcefalia que o município tem. O conselho solicitou e houve a implantação. (E2)

No município 3, o enfermeiro conselheiro relatou que pôde contribuir na formulação do Programa Médico do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família); na proposição da ampliação das unidades de Saúde da Família; na elaboração de ações de implementação do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD); na criação da Conferência Municipal de Saúde (sendo a primeira realizada no município em 2015); e na elaboração de

projetos para a melhor distribuição dos incentivos advindos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) entre os profissionais de saúde da rede.

Sobre o Programa “Médico do NASF”, o enfermeiro relatou que:

Aqui teve um programa que foi elaborado e [...] implantado por nós que é o Médico do NASF. [...] O que é que acontecia antes: [...] o caso tinha que ser apresentado pra poder o ginecologista ir atender naquele caso. Hoje não. Hoje ele tem calendário fixo. Então os profissionais já sabem: [...] no dia do calendário dele, que é uma vez a cada 15 dias, ele vai pro posto. [...] Inclusive, já acontece até o atendimento junto, o médico generalista junto com o médico ginecologista. Isso aí fomos nós que criamos. (E3)

Em relação ao SAD e à ampliação das unidades de Saúde da Família, o enfermeiro referiu que:

A gente apresentou no conselho o SAD, né, que é um programa do Ministério da Saúde que é um Serviço de Atenção Domiciliar. [...] E também a ampliação das unidades de Saúde da Família. (E3)

No tocante à Conferência Municipal, o enfermeiro discorreu que:

O município 3 nunca teve uma conferência, foi também através disso que a gente criou a Conferência Municipal de Saúde e foi também pra isso que eu entrei no conselho. [...] A minha participação foi montar os objetivos da conferência, [...] fazer uma pesquisa das áreas onde a gente queria que acontecesse os polos que a gente formou e também como facilitador de grupos. [...] Atuei como facilitador porque [...] às vezes as pessoas tem uma ideia, mas não consegue colocar no papel, não conseguem desenvolver. Então também atuei como facilitador desse projeto. (E3)

Já sobre o PMAQ-AB, o enfermeiro conselheiro apresentou o seguinte discurso:

Também foi através do conselho que nós elaboramos projetos pra a divisão do incentivo do PMAQ-AB [...]. Foi a partir dele que nós priorizamos quais profissionais iam ter o percentual do incentivo maior. No nosso caso, foram os agentes comunitários de saúde, por eles serem em quantidade maior. [...] O recurso antigamente vinha pra o município e o município não compartilhava desse recurso

com os profissionais, e hoje [...] estes profissionais eles recebem esse incentivo a cada 3 meses [...] de acordo [...] com a avaliação que é dada pelo Ministério da Saúde [...] É um incentivo tão bom que eles [...] fazem cota e quando tem algum problema no posto de saúde dele, eles mesmos tentam resolver. Então isso aí eu acho que contribuiu muito pra melhoria da qualidade do atendimento. (E3)

No município 5, o enfermeiro gestor relatou que atuou na formulação do “Conselho Amigo”, que trata-se de uma iniciativa para minimizar a rejeição dos profissionais de saúde em relação ao CMS; na elaboração de ações e definição de recursos para o enfrentamento da tríplice epidemia de zika, dengue e chikungunya; e no planejamento de ações de captação de profissionais para trabalhar voluntariamente em ONG’s para assistir a população, como mostra o depoimento abaixo:

[...] Foi essa forma de a gente estar nas unidades de saúde, o Conselho Amigo, [...] pra tirar da cabeça do profissional que a gente não tá ali pra fiscalizar [...]. Quanto a essa questão das arboviroses, a primeira coisa que se falou foi o seguinte: em contratar mais médicos. Eu fui contra. Se eu já tenho um médico plantonista, eu tenho que colocar pessoas que vão dar o suporte. Então nós fizemos o pacote do primeiro emprego. Quando você terminou o curso técnico de enfermagem, então vamos dar oportunidade pra essas pessoas. Com isso, eu consegui trazer mais profissionais pra minha emergência. Tem gasto? Tem! Mas bem menos, porque um plantão de um técnico eu pago R\$ 120,00 reais. No do médico, eu ia pagar R\$ 2.000,00 reais. E outra parte também do conselho é com a questão também das ONG’s. O conselho conseguiu pra o município alguns profissionais, como dentistas, que atendem a população de graça em algumas ONG’s. (E5)

Já no município 6, o enfermeiro relatou ter dado sua contribuição na elaboração de ações para a implementação de diversas políticas importantes que permeiam o município, conforme o relato abaixo:

[...] Política de saúde da mulher, da criança, do idoso entre outras. (E6)

Apesar dos discursos acima apontarem para a contribuição dos enfermeiros na discussão, formulação e tomada de decisão nos CMS, um fato observado através dos depoimentos de dois enfermeiros demonstra que há um obstáculo ao papel deliberativo que deve estar presente nesses espaços. Estes conselheiros relataram que tanto eles como outros enfermeiros do seus municípios trabalham por indicação e, por causa disso, temem os seus

empregos e evitam engajar-se nos espaços decisórios e participar de forma mais ativa no apontamento de problemas e construção de soluções para estes, como mostram os relatos abaixo:

No dia a dia, enquanto conselheiro e enfermeiro no PSF, a gente tem que ter uma diplomacia, discernimento e sabedoria pra saber lidar com essas duas questões: o trabalho no PSF e conselheiro [...]. Quando chega a nível de conselho, você tem que ter tipo um jogo de cintura, você não pode estar batendo de frente. Você vê mais enfermeiro a nível hospitalar, e os que participa de Saúde Pública eles não querem se envolver nas políticas públicas. Eles não querem participar. Infelizmente, eles tem receio, eles tem medo, eu percebo isso. (E2)

Qual é a dificuldade hoje do profissional, principalmente do enfermeiro na gerência das unidades? Qual a dificuldade que temos em desenvolver projetos e eles darem uma opinião política? A maioria é indicação, então eles ficam [...] num cabresto, com medo de perder o emprego. Tem uma ideia boa, às vezes, mas fica cismado em dizer: olha, não tá dando certo. Então, você conta a dedo hoje o profissional de enfermagem que ele tem a sua postura correta. Ele não faz o que é certo; ele fez o que ele acha que está agradando ao político A, político B ou político C. Aí é onde muita estratégia que a gente traça cai por água abaixo, porque, por trás, existe uma política partidária entre eles. (E5)

Como Wu et al. (2014) disseram em seu estudo, as contribuições para a formulação de políticas podem não beneficiar, mas tolher as perspectivas de carreira daqueles que não seguirem as prioridades impostas por atores poderosos tanto dentro do governo, como fora dele.

Desta forma, embora não se possa afirmar, os depoimentos nos dão elementos de que os enfermeiros em questão, por receio de perderem seus cargos ou sofrerem outras retaliações, submetem-se, discutem problemas, deliberam e elaboram ações pretendidas por atores poderosos nos CMS, o que contribui para que esses locais se tornem enfraquecidos enquanto espaços democráticos deliberativos. Essa situação foge do propósito do conselheiro que é de representar uma parte da sociedade e levar as necessidades e sugestões da sua comunidade para as políticas de saúde (BRASIL, 2010).

É importante ressaltar que o SUS é uma política do estado brasileiro e é algo maior do que uma simples gestão de um ou outro governo. Não há subordinação entre conselho de saúde e prefeitura ou secretaria de saúde, e todos devem atuar para beneficiar a

sociedade. Além disso, as entidades que participam do conselho devem ser independentes da gestão (governo estadual ou municipal) e independentes politicamente, para que as decisões realmente reflitam as necessidades dos usuários do SUS. Sendo assim, o conselheiro deve estar atento a interferências político-partidárias que prejudiquem o funcionamento do SUS em seu município, pois ele se encontra neste espaço para lutar pela defesa e melhoria da saúde da população (BRASIL, 2010).

5.2.3.4 Subcategoria “Implementação e reformulação de políticas públicas”

Quando uma política abrange diferentes esferas de governo (federal, estadual, municipal) ou variadas regiões de um país, ou ainda, diferentes setores de atividade, a implementação pode se tornar uma questão problemática devido à complexidade de controle do processo. Isso pode ocorrer porque: a) muitas políticas representam compromissos entre valores e objetivos conflitantes; b) muitas políticas abrangem compromissos com interesses poderosos na implementação, inclusive de quem será afetado por ela; c) e muitas políticas são formuladas sem que haja conhecimento sobre forças poderosas, especialmente econômicas, que poderão impossibilitar a sua implementação (RUA, 1997).

Em decorrência disso, uma política pode não ser implementada ou, até mesmo, ter apenas algumas de suas partes implementadas, e isso se dá justamente porque a implementação é um processo interativo e continuado de tomada de decisões por numerosos e pequenos grupos envolvidos com a política, na qual as ações individuais em pontos estratégicos influenciam consideravelmente os resultados obtidos (RUA, 1997).

Ao considerar este processo interativo da implementação, observou-se, mediante os discursos de cinco enfermeiros gestores entrevistados, que muitas políticas são formuladas sem que sejam consideradas as particularidades dos municípios, bem como as circunstâncias que podem dificultar a sua implementação; além disso, os enfermeiros referiram que muitas ações e estratégias são reformuladas para que as políticas se adequem à realidade local.

No município 1, por exemplo, o enfermeiro conselheiro relatou que muitas ações, portarias e diretrizes foram formuladas visando a erradicação do mosquito *Aedes aegypti*, porém o contexto socioeconômico da realidade local por vezes é ignorado, o que dificulta o controle da tríplice epidemia de zika, dengue e chikungunya e, conseqüentemente, do surgimento de crianças com microcefalia, como mostra o discurso abaixo:

[...] Tanto o governo federal quanto o governo estadual e municipal batem muito na tecla e com propaganda de imprensa que a gente está numa guerra contra o mosquito e que o mosquito não é maior que a gente, mas a gente não só vê esse lado não. Falando do município 1, a gente tem uma iniquidade de desigualdade social muito grande [...]. Nós temos alguns bairros que passam quatro dias sem água na torneira [...]. Como é que uma população dessa a gente pode orientar pra não armazenar água ou então que armazene água de forma correta, se eles não tem nem dinheiro pra comprar um balde decente ou uma tampa que possa vedar de forma correta? Então, o que a gente trabalha muito aqui no conselho é que a política não seja só de combate biológico ao mosquito; [...] a gente precisa de política intersetorial de habitação, de saneamento básico [...], de coleta de lixo boa, seletiva. (E1)

No município 2, 4 e 6, os enfermeiros concordaram uma política deve considerar a realidade local, e que, por vezes, necessita de adequação, como apontam os depoimentos abaixo:

Cada município tem uma realidade diferente do outro [...], e não adianta vir de cima; pode vir de cima as propostas, mas a elaboração, como é que vai ser? Tem que ser a nível local, municipal. (E2)

[...] A política, do jeito que ela é formulada à nível federal, às vezes ela pode sofrer alguma adequação, às vezes não. A gente aqui não tem muita dificuldade não de, do jeito que a política vem a nível federal, fazer tantas mudanças. A gente tenta trabalhar com todas elas de forma que seja a realidade do município. (E4)

Às vezes há necessidade de adequação as políticas e programas de acordo com cada localidade para definir a real necessidade. (E6)

Os depoimentos acima ratificam aquilo que fora apontado por Rua (1997): como nem sempre a implementação se diferencia da formulação, e, em algumas situações, a implementação se torna "a formulação em processo", os objetivos da política e os programas e problemas relacionados a ela só aparecem ao passo que o processo avança. Desta forma, necessitam de intervenção local para que possam trazer resultados.

Já no município 5, o enfermeiro relatou que, como a grande problemática da localidade é a precariedade de recursos, algumas políticas formuladas no nível federal se tornam difíceis de serem implementadas devido à redução de recursos para ações específicas, usando como exemplo dois programas de governo: o Centro de Especialidades Odontológicas

(CEO) e o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD). Além disso, referiu que no passado existia mais autonomia para passar recursos de um programa para outro, conforme transcrito:

Vou dar o exemplo do programa que a gente tem que é o CEO. Vem a forma de financiamento, um recurso que, quando você monta a equipe especializada e quer fazer o certo, aquele recurso não dá. [...]. Tem outro que é um programa novo que é SAD [...]. O ministério manda pra gente vinte e sete mil [...] pra você pagar uma equipe. Hoje um salário de um médico, aqui o município [...] paga oito mil pra ele poder ficar. Só aí já foi mais de 30% do valor. Aí eu tenho que ter um coordenador enfermeiro, enfermeiro na ponta, tenho que ter 2 técnicos, nutrição, [...] tem que ter material, então muitas vezes você olha assim e acha que vai ser inviável. (E5)

Sobre esse aspecto relativo aos recursos, Rua (1997) referiu, em seu estudo, que os ajustes de recursos para atividades específicas podem descontinuar a implementação de certas políticas, sem que isto seja afirmado diretamente por qualquer agência governamental, uma vez que a relação entre o ajuste nos recursos e o próprio programa nem sempre é direta.

Além dos ajustes nos recursos, outra maneira de afetar uma política em andamento é a mudança na estrutura, como, por exemplo, instituindo novas regras sobre a gestão de determinadas atividades. Esse tipo de mudança altera o balanço de poder do sistema de implementação, uma vez que uma variação nas regras do jogo pode transformar o resultado do jogo (RUA, 1997). Essa visão alicerça o que o enfermeiro relatou abaixo:

Há uma década aí atrás era fácil você mexer nos programas, porque você poderia tirar o dinheiro de um programa pra outro [...]. Aí hoje, com seu próprio fundo, fica tudo bem mais fechado, então ou você tem essa participação efetivamente do conselho junto à gestão, secretário, ou você não consegue fazer essa gestão. (E5)

Diante dos discursos, percebe-se que a implementação é um processo complexo que anda em consonância com a formulação, e, por causa disso, o enfermeiro conselheiro necessita estar a par dos desafios políticos que podem dificultar a execução da política de saúde no município.

5.2.3.5 Subcategoria “O enfermeiro e a sua importância na formulação”

Por fim, a última análise realizada nesse estudo está focada na importância da inserção do enfermeiro no processo de formulação em políticas públicas. De acordo com Lessa et al. (2015), o comprometimento da enfermagem com as políticas públicas de saúde é iniciado no processo de formação do enfermeiro, que deve englobar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na grade curricular e no processo de educação, indo, portanto, de encontro com a visão e mudança de paradigma em construção na área da saúde nacional.

De fato, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que norteiam os cursos de graduação em Enfermagem, publicadas na Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001⁸, e conforme aponta o Art. 5º, a formação do enfermeiro visa dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades específicas, tais como: compreensão da política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações; participação da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde; e reconhecimento do papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde (BRASIL, 2001).

Apesar disso, o enfermeiro conselheiro do município 2 relatou que a formação do enfermeiro deve enfatizar ainda mais a sua atuação política, porque, segundo aponta o discurso abaixo:

Tá faltando a participação das universidades, da questão pedagógica nas universidades, passar isso para os enfermeiros, o quanto eles são importante em políticas públicas, então também tá faltando educação, a questão do currículo, da pedagogia das escolas, das universidades. (E2)

Essa necessidade de ressaltar a participação política do enfermeiro desde a graduação justifica-se pelo fato de que, mesmo que este profissional não reconheça ações políticas na sua vivência, ele garante, com o seu trabalho na implementação, a saúde da população (que é um direito constitucional) e a consolidação do SUS (principal política pública de saúde brasileira).

Ademais, é principalmente pela sua experiência como executor de políticas públicas que o enfermeiro contribui na discussão e formulação de ações, estratégias e programas quando participa de um espaço decisório como o Conselho Municipal de Saúde, como veremos abaixo.

⁸ Ver: < <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>, acesso em 08 de setembro de 2016.

Por estar intrinsicamente relacionado à implementação, o enfermeiro, burocrata do nível de rua, encontra-se na ponta, tomando decisões ao longo da sua prática profissional, e, ao fazê-las, formula, por vezes, novas estratégias e ações que não haviam sido previstas pelos formuladores, como apontado no capítulo 3.2. Essa discricionariedade faz do enfermeiro um ator importante a ser considerado como contribuinte na formulação de políticas públicas em saúde, principalmente quando se pretende conhecer as especificidades dos problemas em saúde. Sobre isso, o enfermeiro do município 5 discorre que:

Esse é meu ponto de vista em relação ao enfermeiro. Eu acho que é a visão diferenciada, a visão técnica que vai fazer com que ele vá em cima do problema e vá atrás da solução do problema, porque, sem essa visão, não anda. (E5)

Além disso, o enfermeiro, enquanto implementador, absorve as demandas da população e dos profissionais de saúde. Desta forma, quando ocupa uma cadeira no Conselho Municipal de Saúde, pode representar a população (para que haja efetivação do controle social e atendimento das suas necessidades), bem como os profissionais de saúde (para que ocorra a resolução dos problemas que envolvem o seu trabalho). Isso pode ser ratificado quando se lê os depoimentos abaixo:

Nós, enquanto enfermeiros e profissionais da enfermagem sabemos melhor do que ninguém as dores e os amores que os trabalhadores passam durante sua labuta, bem como [...] os insumos, as tecnologias também pra prestar uma assistência melhor ao usuário. [...] É muito importante que a nossa categoria esteja ocupando um assento no Conselho Municipal de Saúde, porque nós [...] estamos em todos os espaços e sabemos o que se passa na ponta como realidade ou não (E1)

O enfermeiro [...] tem uma visão mais holística da comunidade. Ele conhece a comunidade em si, os problemas existentes, então ele tem uma percepção mais sensível, ele é capaz de formular e propor propostas que envolvam tanto a participação da comunidade, como do trabalhador. (E2)

Voltada pra enfermagem, a minha contribuição acredito que seja não só pra categoria, porque o enfermeiro da atenção básica trabalha muito no coletivo. Ele sempre trabalha em equipe. Então, assim, a minha contribuição vai pra equipe [...] e acaba sendo pra comunidade. (E3)

O enfermeiro pode contribuir com controle social; garantir distribuição das ações para a melhoria de acesso à saúde das comunidades carentes; representar os trabalhadores e a população em geral; contribuir na elaboração das políticas públicas desenvolvida pela Secretaria Especial da Mulher do município do município 6; entre outros. (E6)

Considerando, portanto, a visão global do enfermeiro sobre a realidade em que se encontra, percebe-se que o mesmo tem muito a contribuir no processo de formulação de políticas públicas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fim de atender ao objetivo principal de analisar a contribuição de enfermeiros gestores na formulação de políticas/planejamento, este estudo viabilizou o fornecimento de evidências originais sobre a temática, mas também algumas limitações em decorrência da diminuta presença de enfermeiros nos CMS da Região Metropolitana do Recife.

Na perspectiva dos enfermeiros gestores arrolados neste estudo, as principais contribuições estão relacionadas: ao apontamento de problemas, discussão e participação no processo de construção de soluções para estes nas plenárias; à colaboração na elaboração dos instrumentos do PlanejaSUS, bem como das ações, metas e recursos orçamentários que operacionalizam estes instrumentos; à elaboração de programas de saúde; e à reformulação de políticas da esfera federal para a esfera municipal.

Contudo, alguns fatos levantados nas entrevistas podem comprometer a atuação do enfermeiro nesse processo, tais como: medo de que a sua participação política traga perda de cargos e outras retaliações; enfraquecimento do CMS enquanto espaço deliberativo e consequente diminuição da eficácia do enfermeiro enquanto representante dos interesses da sua comunidade; ausência de capacitações para os conselheiros de saúde; e escassez de ênfase na atuação política do enfermeiro durante a sua graduação.

Apesar disso, constatou-se que o enfermeiro tem muito a contribuir nesse contexto de formulação no CMS em razão de dois fatores principais: ele, enquanto burocrata do nível de rua, exerce discricionariedade e tem experiência na tomada de decisões; e está próximo da população, absorvendo suas demandas por meio da sua atuação, do trabalho de outros profissionais e dos relatos dos próprios usuários do SUS.

Além disso, pode-se dizer que o enfermeiro, enquanto representante da sociedade no Conselho Municipal de Saúde, não só contribui na formulação e deliberação da política de saúde, mas encontra-se presente em todo o ciclo de políticas quando discute e define os problemas prioritários; formula alternativas para a resolução das demandas de saúde; toma decisões voltadas para efetivação do que se almeja; implementa as ações definidas; e avalia os resultados das políticas de saúde.

Por fim, sugerimos que outros estudos sejam realizados em outros em outros conselhos municipais de saúde, em outras instâncias e, até mesmo, em outros espaços do Sistema Único de Saúde, visando ressaltar ainda mais a atuação deste ator tão valioso para o desenvolvimento da saúde no Brasil.

7 REFERÊNCIAS

AARESTRUP, Cláudia; TAVARES, Claudia Mara de Melo. **A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde**. Rev. Eletr. Enf. 2008;10(1):228-234. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a21.htm>. Acesso em 12 de agosto de 2015.

ARAÚJO FILHO, Tarcísio Perdigão. **Burocratas do nível de rua: uma análise interacionista sobre a atuação dos burocratas na linha de frente do Estado**. Áskesis | v. 3 | n. 1 | janeiro/junho - 2014| p. 45 – 57. Disponível em: https://revistaaskesis.files.wordpress.com/2014/07/04_dossie_askesis2014_tarcic3acc281siop_erdigac3acc692o.pdf. Acesso em: 11 de maio de 2016.

BACKES, Dirce Stein et al . **O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, Jan. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de agosto de 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2009.

BITOUN, Jan et al. **Região Metropolitana do Recife no contexto de Pernambuco no Censo 2010**. Observatório das Metrópoles. Recife, 2012. Disponível em: http://www.observatoriodasmetropoles.net/download/Texto_BOLETIM_RECIFE_FINAL.pdf. Acesso em: 13 de agosto de 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 31 de agosto de 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 31 de agosto de 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 31 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em 03 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_capitacao.PDF. Acesso em: 23 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf. Acesso em: 28 de agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal**. – Brasília: CONASEMS, 2009a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participacao_social_olhar_gestao_municipal.pdf. Acesso em 09 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>. Acesso em 11 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em: 11 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009b. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_conass_2009.pdf. Acesso em 11 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf. Acesso em 12 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História das Conferências de Saúde**. Comitê Executivo da 14ª Conferência Nacional de Saúde, 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>. Acesso em: 26 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009c. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf. Acesso em 23 de julho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do

Ministério da Saúde, 2009d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf. Acesso em: 25 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município:** garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009e. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em 11 de agosto de 2015.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde** / Tribunal de Contas da União. – Brasília : TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010. 127 p. : il. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2057626.PDF>. Acesso em 12 de agosto de 2015.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt; BRASIL, Felipe Gonçalves. **Análise de políticas públicas:** uma revisão da literatura sobre o papel dos subsistemas, comunidades e redes. *Novos estud. - CEBRAP* [online]. 2015, n.101. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002015000100057. Acesso em: 13 de maio de 2016.

CGU. CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. **Olho vivo no dinheiro público:** um guia para o cidadão garantir os seus direitos. 2ª edição – Maio/2009. Disponível em: http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/controle-social/arquivos/cartilhaolhovivo_baixa_v2.pdf. Acesso em 13 de maio de 2016.

CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde.** *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1274-1278, Out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/33.pdf>. Acesso em 15 de setembro de 2015.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003.** Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. ISSN 1676-2339. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf. Acesso em: 26 de setembro de 2016.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 453, de 10 de maio de 2012.** Diário Oficial da [República Federativa do Brasil] União, publicada em 06 de junho de 2012, s.1, n.109, p.138. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso453.doc>. Acesso em: 20 de dezembro de 2015.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 08 de julho de 2015.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – Demonstrativo 08/03/2016.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/demonstrativo.html. Acesso em: 02 de maio de 2016.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 311/2007.** Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>. Acesso em: 01 de agosto de 2016.

COLLISELLI, Liane. **A compreensão dos conselheiros municipais de saúde sobre a participação social e seus processos.** 124 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2009. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp123900.pdf>. Acesso em: 17 de julho de 2017.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **Cartilha para orientação aos conselheiros de saúde.** SUS – Agosto, 2008. Disponível em: <http://sindsaude.sp.org.br/download/documentos/cartilhaOrientacao.pdf>. Acesso em: 02 de maio de 2016.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. **Introdução:** a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Orgs.). O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41. Disponível em: <http://docslide.com.br/documents/a-disciplina-e-a-pratica-da-pesquisa-qualitativa.html>. Acesso em 24 de maio de 2016.

DE SETA, Marismar Horst; PEPE, Vera Lúcia; O'DWYER, Gisele. **Gestão e vigilância sanitária:** modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, 284 p. ISBN 978-85-7541-326-5. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 19 de setembro de 2016.

FIOCRUZ. **Gestão de Saúde:** curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação a distância (BR). p.101–120. Unidade I: Formulação de Políticas de saúde. Rio de Janeiro/Brasília: FIOCRUZ/Unb, 1998.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, Amália Maria Goldberg et al. **O Conselho Municipal de Saúde de Maringá e o Orçamento:** gestão 2006-2009. A Economia em Revista - Volume 18, Número 2. Dezembro de 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EconRev/article/view/13034/8308>. Acesso em: 02 de maio de 2016.

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa qualitativa:** tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 35, n.3, p, 20-29 Mai./Jun. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3.pdf>. Acesso em 24 de maio de 2015.

GOMES, Eduardo Granha Magalhães. **Conselhos Gestores de Políticas Públicas:** Democracia, Controle Social e Instituições. 110f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 2003. Disponível em:

http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/eppgg/producaoacademica/dissertacao_eduardogranha.pdf. Acesso em: 13 de novembro de 2015.

GOMES, Luiz Flavio Autran Monteiro. **Teoria da decisão**. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

GRECO, Rosangela Maria. **Evolução do pensamento administrativo e a Enfermagem** – as teorias administrativas. Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. 2010. Disponível em: <http://www.ufjf.br/admenf/files/2010/03/Evolu%C3%A7%C3%A3o-do-Pensamento-Administrativo-e-a-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Municípios, total e com Conselho Municipal de Saúde, por algumas características do conselho, segundo as Grandes Regiões e as classes de tamanho da população dos municípios**. 2013. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2013/defaulttabzip_ods.shtm. Acesso em 13 de novembro de 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pernambuco – PE**. Download do mapa e das informações básicas dos municípios, 2010. Disponível em: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso em 02 de julho de 2016.

JORGE, Ilza Valéria M. **A importância da burocracia do “nível de rua” em processos de mudança organizacional: o caso do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus**. 21f. Dissertação (Mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 2012. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/10055/trabalho%20final%20individual%20MPGPP%20-%20ILZA%20V.M.JORGE%20-%20AGO-2012.pdf?sequence=1>. Acesso em: 11 de maio de 2016.

LESSA, Greice et al. **Análise de políticas públicas em saúde**. Cogitare Enferm. 2015 Jan/Mar; 20(1):191-7. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36885/24873>. Acesso em 03 de agosto de 2016.

LIMA, Luciana Leite et al. **Burocracia e políticas públicas: a implementação da Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde em Porto Alegre/RS**. Revista do Serviço Público Brasília 65 (4): 493-515 out/dez 2014. Disponível em: www.spell.org.br/documentos/download/35539. Acesso em: 16 de maio de 2016.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano; DIAS, Gianna Vargas Reis Salgado. **O papel da burocracia de nível de rua na implementação e (re)formulação da Política de Humanização dos serviços de saúde**. IX ENCONTRO DA ABCP. Brasília, DF 04 a 07 de agosto de 2014. Disponível em: http://www.encontroabcp2014.cienciapolitica.org.br/resources/anais/14/1403716978_ARQUIVO_Paper.pdf. Acesso em: 16 de maio de 2016.

LIMA, Marcos Paulo de Oliveira. **Significado do cuidado de enfermagem para enfermeiras no contexto hospitalar: uma visão interacionista**. 163f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2010. Disponível em:

<http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Final-%20Marcos%20Paulo.pdf>. Acesso em: 13 de maio de 2016.

LOTTA, Gabriela Spanghero. **Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família**. 295f. Tese (Doutorado) - Departamento de Ciência Política, Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-20102010-120342/pt-br.php>. Acesso em: 11 de maio de 2016.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **Princípios organizativos e instâncias gestoras do SUS**. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro. EAD, 2009. Disponível em: http://www5.enasp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_339793983.pdf. Acesso em: 14 de agosto de 2015.

MELO, Cristina Maria Meira de; SANTOS, Tatiane Araújo dos. **A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 426-432, Set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. **Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.795-806, Junho, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/15>. Acesso em: 12 de dezembro de 2015.

OLIVEIRA, Antônio. **Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas**. *Rev. Adm. Pública* [online]. 2012, vol.46, n.6, pp.1551-1573. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122012000600007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 de maio de 2016.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de (Org.) **Qualificação de gestores do SUS**. / Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Graboys e Walter Vieira Mendes Júnior. – Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009.

ORTIGA, Ângela Maria Blatt; THIELE, André Borges; SILVA, Viviane de Souza Brito da. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Guia para elaboração do Plano Municipal de Saúde**. Baseado no Livro 2 dos Cadernos de Planejamento do PLANEJASUS, 2010. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2647&Itemid=372. Acesso em 23 de julho de 2016.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Ministério Público, Conselhos Municipais de Saúde e Noções Gerais Sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)** – 2ª edição. Outubro, 2010. Disponível em: http://www.mprj.mp.br/documents/112957/6059588/cartilha_cms_2ed.pdf. Acesso em: 03 de maio de 2016.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. **Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais**. In: BEUREN, I.M. (Coord.). Como elaborar trabalhos monográficos em

contabilidade: teoria e prática. São Paulo: Atlas, 2003. p. 76-97. Disponível em: http://www.geocities.ws/cienciascontabeisfecea/estagio/Cap_3_Como_Elaborar.pdf. Acesso em 24 de maio de 2015.

RONCARATTI, Luanna Sant'Anna; FONTENELLE, Alessandro. **MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental – Conhecimentos Gerais e Especializados – Nível Superior**. Vestcon Editora Ltda., 2008. Disponível em: <http://www.vestcon.com.br/ft/2771.pdf>. Acesso em 13 de novembro de 2015.

RUA, Maria das Graças. **Análise de políticas públicas: conceitos básicos. Programa de Apoio à Gerência Social no Brasil**. Brasília: BID, 1997.

SANCHES, Osvaldo Maldonado. **A participação do poder legislativo na análise e aprovação do orçamento**. Revista de Informação Legislativa, Brasília 33, n.131, p.59-77, jul/set. 1996. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/orcamentouniao/estudos/artigos/antes-de-2005/Artigo030.pdf>. Acesso em 13 de novembro.

SANNA, Maria Cristina. **Os processos de trabalho em Enfermagem**. Rev. bras. enferm. vol.60 no.2 Brasília Mar./Abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018. Acesso em: 29 de agosto de 2016.

SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. **Políticas públicas; coletânea i.** – Brasília: ENAP, 2006. 2v. Disponível em: http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/1254/cppv1_0101_saravia.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 13 de novembro de 2015.

SCHERER, Claudenir. **O papel do Conselho Municipal de Saúde como mecanismo de participação popular e controle social: A experiência do município de Tenente Portela-RS**. 46f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/71365/000871726.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 de maio de 2016.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. São Paulo : Cengage Learning, 2012. Disponível em: http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/295386/mod_resource/content/1/leonardo%20secc%20hi_ciclo%20de%20politic%20publicas.pdf. Acesso em: 11 de maio de 2016.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos. Gerência de Vigilância às Arboviroses. **Arboviroses - Informe Epidemiológico Nº 33/SE 35**. Período de referência (03/01/16 a 03/09/16), Dados consolidados dia A 05/09/2016. Disponível em; http://media.wix.com/ugd/3293a8_d469864f63a0453a8d901af5b0f1bab2.pdf. Acesso em: 12 de setembro de 2016.

SEGPLAN. Secretaria de Gestão e Planejamento. **O que é o Plano Plurianual (PPA)?** Governo do Estado de Goiás, 2016. Disponível em:

<http://www.segplan.go.gov.br/post/ver/115737/o-que-e-o-plano-plurianual-ppa>. Acesso em: 26 de maio de 2016.

SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. **Gestão do SUS municipal no contexto da descentralização**: perspectiva das enfermeiras. 104f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp036733.pdf>. Acesso em: 21 de agosto de 2013.

SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de; MELO, Cristina Maria Meira de. **Atuação das enfermeiras nas macrofunções gestoras em saúde**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):198-02. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a10.pdf>. Acesso em: 01 de julho de 2013.

SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro et al. **Municipalização em saúde: avanços, desafios e atuação do enfermeiro**. R. Enferm. Cent. O. Min. 2011 jan/mar; 1(1):112-120. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/19/57>. Acesso em: 14 de agosto de 2015.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. **O Sistema Único de Saúde**. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YA, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VENTURA, Magda Maria. **O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa**. Revista SOCERJ. 2007; 20(5):383-386 setembro/outubro. Disponível em: http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf. Acesso em 31 de agosto de 2016.

WU, Xun. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos** / Xun Wu, M. Ramesh, Michael Howlett, Scott Fritzen; traduzido por Ricardo Avelar de Souza. – Brasília: Enap, 2014. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/documents/586010/604366/Guia+de+Pol%C3%ADticas+P%C3%BAblicas+Gerenciando+Processos.pdf>. Acesso em: 13 de novembro de 2015.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE

CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – CFCH

MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

QUESTIONÁRIO

Título do Estudo: Análise da contribuição de enfermeiros gestores na formulação de políticas públicas em saúde

Idade: _____

Pós-graduação: () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado

OBS: Caso tenha pós-graduação, dizer em qual área: _____

1. Há quanto tempo você exerce sua representação no conselho?
2. Você tem algum curso ou capacitação relacionados à gestão em saúde?
3. Fale sobre sua trajetória profissional e de que forma foi conduzida a sua participação no conselho (eleição? Indicação?).
4. Considerando que o conselho municipal de saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, de que forma se dá a formulação de políticas no CMS?
5. Você participou da elaboração de algum(a) programa ou política de saúde no conselho municipal de saúde? Caso sim, qual(is)?

6. Você participou na proposição ou formulação de estratégias e metas no Plano de Saúde ou nas Programações Anuais de Saúde?
7. No CMS são discutidas estratégias para o alcance de resultados em saúde? Caso sim, o CMS tem voz para levar adiante o que foi discutido e proporcionar reformulações dos programas e/ou políticas?
8. Os profissionais representados por você no conselho lhe repassam as necessidades de saúde do município para discussão nas reuniões do conselho?
9. Como se dá a interação com os outros representantes dos segmentos no CMS no tocante à formulação de políticas de saúde? O enfermeiro tem voz ativa nesse processo?
10. Quais são os problemas de saúde mais discutidos atualmente no município?
11. Quais as políticas de saúde mais discutidas atualmente no município?
12. Sobre as políticas e programas à nível estadual e federal, responda: o município necessita reformular essas políticas ou as mesmas, de um modo geral, tem objetivos claros e bem definidos para solução de problemas locais?
13. Se possível, cite algum exemplo de uma política à nível estadual/federal que carece ou careceu de reformulação para atender os objetivos do município.
14. Qual a contribuição do profissional enfermeiro no Conselho Municipal de Saúde?

APÊNDICE B – TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa Análise da contribuição de enfermeiros gestores na formulação de políticas públicas em saúde, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Giulianna Soares Garcia, que mora na Rua Desembargador Motta Junior, 45, Casa Amarela, Recife/PE, CEP: 52051-360, Telefone: (81) 99517-9584, E-mail: garcia.giulianna@gmail.com, e está sob a orientação do Prof. Dr. Dalson Britto Figueiredo Filho, e-mail: dalsonbritto@yahoo.com.br.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- O estudo se faz necessário para que se possa analisar a contribuição de enfermeiros na formulação de políticas públicas em saúde, identificando as potencialidades e fragilidades desse processo;
- Será realizada uma entrevista de cerca de 1 hora com aplicação de um questionário semiestruturado para a coleta das informações.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a

sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio das entrevistas ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Giulianna Soares Garcia, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do Pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____,
CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e esclarecer as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Análise da contribuição de enfermeiros gestores na formulação de políticas públicas em saúde” como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

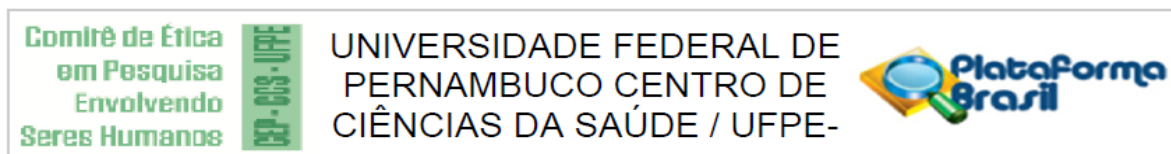
Local e Data: _____

Assinatura do Participante: _____

Presenciamos a solicitação do consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____	Nome: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da contribuição de enfermeiros gestores na formulação de políticas públicas em saúde

Pesquisador: Julianna Soares Garcia

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54405216.4.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.541.117

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação de Julianna Soares Garcia, sob a orientação do professor Dr. Dalson Britto Figueiredo Filho, do Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Estudo com abordagem qualitativa, a ser realizado com enfermeiros, que atuam nos conselhos municipais de saúde em municípios da região metropolitana do Recife, nos seguimentos de trabalhador, gestor e prestador de serviços de saúde. Os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada, com auxílio de gravador de voz. Para a análise dos dados será utilizada a técnica de análise de discurso proposta por Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Analisar a contribuição de enfermeiros na formulação de políticas públicas em saúde, identificando as potencialidades e fragilidades desse processo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a concepção do enfermeiro gestor sobre sua participação política na formulação de políticas/planejamento.

Identificar como essa participação política é exercida nos Conselhos Municipais de Saúde da região

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.541.117

metropolitana do Recife.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram analisados e considerados adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta problemática relevante. Os objetivos se encontram definidos. O método está apropriado. Estima uma amostra com 10 enfermeiros. Define os critérios de inclusão e exclusão. O orçamento foi estimado em R\$410,00, sob a responsabilidade da pesquisadora. O cronograma está adequado. Apresentou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com linguagem clara e acessível aos participantes, e descreve os procedimentos da pesquisa, riscos e benefícios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora anexou projeto de pesquisa, folha de rosto, currículo Lattes da equipe de pesquisa, termo de consentimento livre e esclarecido, termo de confidencialidade, carta de anuência dos municípios da região metropolitana onde o estudo será realizado, de acordo com as orientações do Comitê de Ética.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Face ao exposto, sugere-se a aprovação do protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.541.117

desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_672300.pdf	06/05/2016 16:33:01		Aceito
Outros	Carta_pendencias.docx	06/05/2016 16:32:17	Giulianna Soares Garcia	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_Itapissuma.jpg	06/05/2016 16:30:59	Giulianna Soares Garcia	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_Ipojuca.jpg	06/05/2016 16:30:40	Giulianna Soares Garcia	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_Igarassu.jpg	06/05/2016 16:30:22	Giulianna Soares Garcia	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia_Cabo.jpg	06/05/2016 16:29:56	Giulianna Soares Garcia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	06/05/2016 16:27:11	Giulianna Soares Garcia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/05/2016 16:23:02	Giulianna Soares Garcia	Aceito
Outros	Curriculo_Orientanda.pdf	02/03/2016 13:42:18	Giulianna Soares Garcia	Aceito
Outros	Curriculo_Orientador.docx	02/03/2016 13:36:06	Giulianna Soares Garcia	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Confidencialidade.pdf	02/03/2016 13:18:49	Giulianna Soares Garcia	Aceito
Declaração de	Carta_Anuencia_Recife.jpg	02/03/2016	Giulianna Soares	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
--	---	---	---

Continuação do Parecer: 1.541.117

Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia_Recife.jpg	13:17:26	Garcia	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia_Paulista.jpg	02/03/2016 13:17:00	Giulianna Soares Garcia	Aceito
Folha de Rosto	Plataforma_Giulianna.docx	02/03/2016 13:07:55	Giulianna Soares Garcia	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 12 de Maio de 2016

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br