

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS

VÍVIAN LÍDIA BENNEMANN SCHILD

SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E O SUS NO RS

São Leopoldo

2006

VÍVIAN LÍDIA BENNEMANN SCHILD

SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E O SUS NO RS

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Saúde Coletiva**.

Orientadora: Profa. Dr.^a Élide Azevedo Hennington

Co-orientadora: Profa. Dr.^a Janice Dornelles de Castro

São Leopoldo, RS.

2006

A Deus,
pelas inúmeras oportunidades de evolução.
Aos meus pais, Lothar e Íris,
pelo amor incondicional,
por terem sido os primeiros a acreditarem em mim,
e por proporcionarem o maior legado que um pai pode deixar para um filho:
a educação.
À Luíza, Júlia e Elisa,
filhas amadas, por compreenderem meus momentos de ausência sem cobranças.

Agradecimentos

Às professoras Elida e Janice, orientadoras, pessoas singulares, pela amizade, habilidade, confiança e competência.

A Elma Callegari, pela amizade, parceria e cumplicidade, sem teu auxílio eu não estaria aqui.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, pelo estímulo à pesquisa.

Aos Trabalhadores do SUS, em especial aos Secretários Municipais de Saúde da 1ª CRS, por acreditarem neste projeto.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Localização da 1ªCoordenadoria Regional de Saúde.....	65
FIGURA 2- Localização dos municípios da 1ªCoordenadoria Regional de Saúde.....	66

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Cronograma inicial do Projeto de Pesquisa.....	43
QUADRO 2- Orçamento inicial do Projeto de Pesquisa.....	44
QUADRO 3- Cronograma final do Projeto de Pesquisa.....	78
QUADRO 4- Orçamento final do Projeto de Pesquisa.....	78

LISTA DE TABELAS

II – RELATÓRIO DE CAMPO

TABELA 1- Variáveis para a caracterização demográfica e social dos Secretários Municipais de Saúde da 1ªCoordenadoria Regional de Saúde - Região Metropolitana de Porto Alegre - RS, 2006.....	74
TABELA 2- Variáveis para a caracterização profissional e socioeconômica dos Secretários Municipais de Saúde da 1ªCoordenadoria Regional de Saúde - Região Metropolitana de Porto Alegre – RS, 2006.....	75
TABELA 3- Dificuldades na gestão das Secretarias Municipais de Saúde no RS, Região Metropolitana de Porto Alegre, 2006.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH – Autorização para Internação Hospitalar

AIS – Ações Integradas de Saúde

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CIB-R – Comissão Intergestores Bipartite Regional

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho de Secretários de Saúde

CONASP – Plano de reorientação da Assistência à Saúde

ESP/SES – Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde – RS

FMS – Fundo Municipal de Saúde

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador

GPABA – Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LILACS – Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde

MEDCARIBE – Centro Coordenador da Rede MedCarib, The Medical Library, University of the West Indies, Mona, Kingston-Jamaica

MEDLINE - National Library of Medicine

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NURESC – Núcleo Regional de Saúde Coletiva da 1ª CRS/SES/RS

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PDI – Plano Diretor de Investimentos

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PAHO - Pan American Health Organization

PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde

PPA – Plano de Pronta Ação

PPI – Programação Pactuada e Integrada

RMPA – Região Metropolitana de Porto Alegre

REPIDISCA – Rede \Pan-Americana de Informação em Saúde Ambiental

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SES/RS – Secretaria Estadual de Saúde no RS

SIMPAS – Sistema Nacional de Previdência Social

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Termo de Compromisso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCAS – Unidade de Cobertura Ambulatorial

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

WHOLIS - Sistema de Informação da Biblioteca da Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	10
I – PROJETO DE PESQUISA.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1 Políticas Públicas.....	15
2.2 Antecedentes do SUS.....	20
2.3 Sistema Único de Saúde.....	23
2.3.1 Princípios e Diretrizes.....	24
2.3.2 Implantação do SUS.....	26
3 JUSTIFICATIVA.....	32
4 OBJETIVOS.....	38
4.1 Objetivo Geral.....	38
4.2 Objetivos Específicos.....	38
5 METODOLOGIA DE TRABALHO.....	39
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	42
6.1 Divulgação dos Resultados da Pesquisa.....	42
7 CRONOGRAMA.....	43
8 ORÇAMENTO.....	44
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE.....	48
APÊNDICE 1 – Questionário.....	49
II – RELATÓRIO DE CAMPO.....	63
1 INTRODUÇÃO.....	64

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	68
3 PRESSUPOSTOS TEORICO-CONCEITUAIS.....	69
3.1 Construção do Instrumento de Pesquisa.....	70
3.2 Estudo Piloto.....	71
3.3 Coleta de Dados.....	71
3.4 Entrada e Limpeza de Dados.....	73
3.5 Análise dos Dados.....	73
4 QUESTÕES ÉTICAS.....	77
5 CRONOGRAMA.....	78
6 ORÇAMENTO.....	78
REFERÊNCIAS.....	80
APÊNDICES.....	81
APÊNDICE 1- QUESTIONÁRIO.....	82
APÊNDICE 2- TERMO DE COMPROMISSO.....	98

I – PROJETO DE PESQUISA
SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E O SUS NO RS

1 INTRODUÇÃO

Observa-se que todo o processo que busca autonomia municipal caminha paralelamente ao aperfeiçoamento da democracia representativa no país. Nestes 17 anos de implantação e construção do Sistema Único de Saúde, conferidos pelo marco histórico da carta magna de 1988, grandes avanços foram conquistados com o objetivo de atender a máxima “a saúde é direito de todos e dever do Estado”.

O desenvolvimento de políticas sociais no nível local promove a construção de novas e inovadoras possibilidades na gestão pública.

Através das políticas sociais que é possível alterar a distribuição de poder na sociedade, transformando privilégios em direitos, direitos em princípio em direitos na prática, clientelas em cidadãos ativos, estruturas administrativas patrimoniais e clientelistas em mecanismos eficientes de gestão pública, sociedades fragmentadas em novas formas de organização, integração e desenvolvimento do capital social, fornecendo a governabilidade local (FLEURY, 2003).

Estamos vivenciando e construindo as políticas de saúde deste país, processo que caminha para a ampliação significativa da capacidade decisória do governo e das sociedades locais (MONERAT, 2002).

Pesquisadores e estudiosos vêm buscando entender como está ocorrendo nos municípios o processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Qual seria a sua dimensão? Como está ocorrendo? Quais seriam as razões e dificuldades para avançar? Estão sendo realizados estudos sobre vários aspectos da legislação que norteiam o processo de descentralização.

O SUS entende a descentralização de ações e serviços de saúde, com direção única em cada esfera de governo, enfatizando a municipalização. Este novo desenho explicita relações de poder, novos atores em uma nova arena na área da saúde. Há que pensarmos como se dá esse processo e quem participa ativamente dele; os secretários municipais de saúde.

Este projeto pretende conhecer e caracterizar quem são os secretários municipais de saúde dos 24 municípios vinculados à 1ª Coordenadoria Regional de Saúde - Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul no seu primeiro ano de legislatura, suas dificuldades e necessidades de qualificação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Políticas Públicas

A política pública é resultado de complexo e intrincado processo de confronto e negociação envolvendo interesses divergentes entre atores, grupos e instituições. Diante de vários conceitos sobre política pública, desde os mais objetivos aos mais complexos, o objetivo principal é conduzir [...] nosso olhar para o lócus onde os embates em torno de interesses, preferências e idéias se desenvolvem, Isto é, os governos (SOUZA, 2003).

Segundo Souza (2003, p.13), política pública é:

[...] o campo de conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação [...] e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações e/ou entender por que e como as ações tomaram certo rumo em lugar de outro [...], [...] o processo de formulação de política pública é aquele através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças desejadas no mundo real [...] e sua essência é o embate em torno das idéias e interesses (SOUZA, 2003, p.13).

Oszlak e O'Donnell definem políticas públicas como:

Um conjunto de ações e omissões que manifestam uma modalidade de intervenção do Estado em relação a uma questão que chama a atenção, o interesse e a mobilização de outros atores da sociedade civil. Desta intervenção, pode-se inferir uma determinada direção, uma determinada orientação normativa, que, presumivelmente,

afetará o futuro curso do processo social desenvolvido, até então, em torno do tema (OSZLAK; O'DONNELL, 1976, p.21).

Pesquisadores e estudiosos têm observado o crescimento significativo de pesquisas em políticas públicas com o objetivo de analisar o que o governo faz e ou deixa de fazer sob vários ângulos e metodologias (ARRETCHE, 2002; SOUZA, 2003; FARIA, 2003).

Nos anos 80 ocorreram diversas transformações sociais e político-institucionais, que decorreram da passagem do autoritarismo centralizado à democratização e à descentralização político-administrativa do Estado federativo brasileiro. O processo de reforma do Estado tem como marco histórico a Constituição de 1988, (LUZ, 2003; FLEURY, 2003; ARRETCHE, 1999; COSTA, 2002; NOGUEIRA, 2003; SOUZA, 2003), onde observamos significativas alterações no processo de construção e deliberação das políticas públicas no país. Estas alterações referem-se à ampliação da participação das comunidades na elaboração, discussão, fiscalização e, por vezes, decisão sobre a execução das políticas públicas. O lócus da elaboração das políticas públicas se desloca para o município e as administrações locais, ou seja, há o fortalecimento do poder local.

Como parte do processo de descentralização, democratização e fortalecimento do poder local configura-se uma nova geração de direitos, relativos à demanda de uma democracia deliberativa, que assegure a participação da cidadania nos processos de co-gestão pública (FLEURY, 2003).

Devemos considerar que se visualizarmos o entendimento de política pública apenas como processo de tomada de decisão técnica através da definição de prioridades e alocação de recursos para atingir determinados objetivos, [...] sem

considerar que a política não se forma dentro do governo, mas na sociedade [...], esta política, mesmo sendo bem formulada, poderá vir a fracassar, por desconsiderar as forças políticas envolvidas e seus respectivos interesses, que necessitarão de negociações, alianças e consensos capazes de apoiar e garantir a execução da política planejada. Não obstante se o enfoque valorizar apenas as forças políticas, sem analisar necessidades, prioridades e recursos financeiros existentes poderá haver fracasso também (FLEURY, 2003).

A política pública refere-se ao social, mais precisamente à questão social, através da compreensão dos novos problemas que surgem na arena política. Estes problemas são necessidades transformadas em demandas. Este processo se dá através da construção da identidade dos sujeitos políticos (FLEURY, 2003).

Questão social passa a ser reconhecida quando politizada por novos atores, que através da construção de suas identidades, formulações de projetos e estratégias, repõe a problemática da integração e a necessidade de recriar os vínculos sociais (FLEURY, 2003).

As políticas públicas visam atender às demandas da sociedade. Há que ressaltar sua multifatorialidade e complexidade que, às vezes, pode produzir configurações e dinâmicas contraditórias.

Fleury explica que:

O conceito de política social, ainda que seja delimitado pelas ações públicas, governamentais ou não, destinadas a proporcionar respostas às demandas que têm origem no processo de reprodução dos indivíduos, é bastante complexo porque envolve:

- Uma dimensão valorativa fundada em um consenso social que responde às normas que orientam a tomada de decisões;

- Uma dimensão estrutural que recorta a realidade de acordo com os setores baseados na lógica disciplinar e nas práticas e estruturas administrativas;
- O cumprimento de funções vinculadas aos processos de legitimação e acumulação que reproduzem a estrutura social;
- Sendo uma política pública, envolve processos político-institucionais e organizacionais relativos à tomada de decisões, ao escalonamento de prioridades, ao desenho das estratégias e à alocação de recursos e meios necessários ao cumprimento das metas;
- Um processo histórico de constituição de atores políticos e sua dinâmica relacional nas disputas pelo poder;
- A geração de normas e rotinas, muitas vezes legais, que definem os critérios de redistribuição, de inclusão e de exclusão em cada sociedade (FLEURY, 1999).

No campo das políticas públicas em uma sociedade de valores compartilhados, é natural que existam conflitos de interesse e disputas. São lutas por ideais que buscam legitimar significação a determinados conceitos-chave (mulheres, família, meninos de rua, crianças etc), na expectativa de definir o conteúdo das políticas. Esta luta promove o enfrentamento dos diferentes atores com as próprias políticas públicas (FLEURY, 2003).

Observa-se que quanto maior for a participação de atores sociais no processo político, mais amplo e participativo ele será, conseqüentemente a política pública é o resultado oriundo das relações estabelecidas entre eles.

A análise das políticas públicas busca entender o modo de funcionamento da máquina estatal, que se dá através [...] da identificação das características das agências públicas “fazedoras de política”; dos atores participantes desse processo de “fazer” políticas; dos mecanismos, critérios e estilos decisórios utilizados pelas instituições responsáveis por “fazer” políticas; das inter-relações entre essas

variáveis (agências e atores); e das variáveis externas que influenciam esse processo. (VIANA, 1996).

A política de saúde é fruto de um complexo processo de negociações e confrontação entre a burocracia pública, profissionais de saúde, sindicatos, partidos políticos, grupos de interesses e organizações da sociedade civil. As instâncias colegiadas do SUS apresentam elevado grau de importância, posto que é nestes espaços que os embates e escolhas políticas e técnicas acontecem. Ou seja: decisões intermediárias, norteadas pela legislação do SUS, são construídas através de relações intergovernamentais entre a União e os entes sub-nacionais.

Cientistas políticos e pesquisadores tem lançado mão da teoria das instituições, o neoinstitucionalismo, que enfatiza a importância crucial das instituições para a tomada de decisão, formulação e implementação de políticas públicas.

Celina Souza explica que:

[...] a teoria neo-institucionalista nos ilumina o entendimento de que não só os indivíduos ou grupos que têm força relevante que influenciam as políticas públicas, [...] porque a luta pelo poder e por recursos entre grupos sociais, cerne da formulação de políticas públicas, é modelada pelas regras que regem o comportamento dos decisores. Essa luta é mediada por instituições políticas e econômicas que levam as políticas públicas para certa direção e privilegiam alguns grupos em vez de outros, embora as instituições sozinhas não façam todos os papéis (SOUZA, 2003, p.17).

2.2 Antecedentes do SUS

A assistência à saúde no Brasil anterior ao Sistema Único de Saúde – SUS, do início do século vinte até a década de 80, contemplava atenção previdenciária às categorias profissionais, reconhecidas pelo Ministério do Trabalho e Assistência Social, através de atividades de medicina curativa a nível individual, inclusive assistência médica e hospitalar em geral. O Ministério da Saúde estava voltado para o combate de doenças em massa, através de programas de saúde pública (BRASIL; CONASS, 2003).

Esta separação entre saúde pública e medicina previdenciária produziu um modelo de saúde socialmente injusto e excludente, onde quem não contribuía, tinha acesso limitado à assistência à saúde, normalmente restrita às ações de poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de entidades assistenciais (BARROS, 2003).

A partir dos anos 70, o país passou a priorizar a assistência médica curativa e individual. Em 1975, através da Lei 6.229, foi criado o Sistema Nacional de Saúde. Nesta época, houve a ratificação da separação entre "ações de alcance objetivo", de saúde pública, com caráter sanitário e preventivo, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, e as "ações de caráter individual", de natureza curativa, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através da regulamentação do Sistema Nacional de Saúde (1975), o que preservou a divisão institucional e a forma excludente da oferta de assistência médica e hospitalar (BARROS, 2003, p.19).

Observa-se na década de 70, os primeiros sinais de mudança no modelo de atenção à saúde no Brasil. Houve algumas iniciativas que propiciaram a ampliação do acesso à população aos serviços de saúde:

- Plano de Pronto Ação – PPA, que universalizou o acesso a serviços de urgência e emergência;
- Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL, que estendeu à população rural assistência médica previdenciária;
- Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1976), destinado a ofertar a “atenção primária à saúde”, a partir de alguns projetos pilotos de medicina comunitária. Foi implementado para as áreas mais pobres do país, cuja dinâmica econômica não permitia a expansão do mercado formal de trabalho e não atraía os investidores privados (BARROS, 2003).

O Sistema Nacional de Saúde (1975) constituiu-se como a primeira proposta nacional de configuração de um sistema de saúde, compreendendo a construção de política única para a saúde, com definição de diretrizes para todo o território nacional (ANDRADE, 2001).

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência Social (SIMPAS), e neste, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com a proposta de atender exclusivamente as pessoas que possuíam carteira de trabalho (assistência médica individual previdenciária) (TANAKA, 1992). As Secretarias Estaduais de Saúde e os serviços públicos federais deveriam atender os desempregados e residentes no interior. Nasce e desenvolve-se o subsistema de saúde centrado na atenção médica privatista, hegemônico na década de 80 (ANDRADE, 2001).

Em 1978 foi realizada em Alma – Ata, URSS, a Conferência Mundial da Saúde pela Organização Mundial de Saúde – OMS e do Fundo Internacional de Socorro à Infância. Desta conferência, saíram 22 recomendações que foram publicadas na Declaração de Alma – Ata, (o Brasil foi um dos poucos países ausentes neste encontro). Com base nesta declaração, a OMS (conselho executivo) elaborou em 1979 o documento “Formulação de Estratégias com vistas a alcançar saúde para todos no ano 2000: princípios básicos e questões essenciais”. A saúde como completo bem estar biopsicossocial. O documento foi debatido na 32ª Assembléia Mundial da Saúde, realizada em Genebra, em maio de 1979. O Brasil estava presente nesta assembléia e colocou-se em pleno acordo com as propostas apresentadas (MENDES, 2004).

Em 1983, foram implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), dentro do plano de reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social – Plano CONASP. Através de convênio, estados e municípios recebiam recursos destinados à atenção médica ambulatorial às suas populações utilizando as suas redes próprias de serviços de saúde. Os montantes eram definidos através de parâmetros de cobertura populacional e capacidade de oferta de serviços. As AIS tinham o objetivo de racionalizar, integrar e promover maior controle às ações de saúde, estimularam o movimento municipalista e podem ser consideradas como o primeiro desenho estratégico de co-gestão, de desconcentração e de universalização da atenção à saúde (BARROS, 2002; TANAKA, 1992).

Em 1985/86 houve intenso processo de negociação para a reforma sanitária (previdenciários, sanitaristas, trabalhadores, municipalistas e outros grupos). Ocorre

a VIIIª Conferência Municipal de Saúde (1996), marco histórico que estabeleceu as diretrizes para a reorganização do sistema de saúde brasileiro, preconizados pela reforma sanitária (ANDRADE, 2001).

Implementa-se em 1987 o SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde, promovendo a desconcentração das atividades do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde e a universalização da atenção à saúde da população, operacionalizando a reforma sanitária.

Andrade (2001, p.27) ressalta que, “o SUDS objetivou prioritariamente a universalização do atendimento com a redefinição dos princípios de integração, integralidade, hierarquização, regionalização do sistema de saúde e controle social”.

A Constituição Federal de 1988 garantiu as bases mínimas para a reforma – princípios e diretrizes do sistema, criou o Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado dois anos depois através das Leis n.º 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde, e da Lei n.º 8.142/90, determinando que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (ANDRADE, 2002; BARROS, 2003; BRASIL, 2003).

2.3 Sistema Único de Saúde – SUS

A Constituição Federal redefiniu o conceito de saúde, universalizando a cobertura do Sistema Único de Saúde, sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e serviços de saúde. A conquista do DIREITO À SAÚDE figura como parte da transformação do país.

O SUS é o sistema público de saúde brasileiro, único, constituído por ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, e está organizado segundo as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

O SUS é fruto de um longo processo histórico, político e social na busca de melhores condições de saúde e assistência à saúde da população brasileira.

2.3.1 Princípios e Diretrizes

Os princípios e diretrizes do SUS tornaram-se conquistas sociais referendadas pela VIIIª Conferência Nacional de Saúde. Alguns autores propõem a divisão dos princípios fundamentais em dois grupos (BARATA, 2004).

- ✓ **Doutrinários (ou éticos)**, que se referem à fundamentação sócio-política do SUS e compreendem:

- **Direito Universal à Saúde**, relacionadas à redução do risco de doença e de outros agravos, aos “fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e aos serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” e “também a oferta de serviços e ações de saúde” (BRASIL, 2003);
 - **Eqüidade**, sob o entendimento das diferenças existentes nas necessidades de saúde da população, com o desenvolvimento de ações em busca de justiça social, reduzindo a exclusão e beneficiando àqueles que, prioritariamente, se encontram em piores condições de saúde, sejam elas regionais ou individuais (BRASIL, 2001);
 - **Atendimento Integral à Saúde**, através da organização de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, capazes de melhorar os níveis de saúde da população (BRASIL, 2001; BRASIL, 2003).
- ✓ **Organizacionais (ou operativos)**, que permitirão operacionalizar, cumprir as principais diretrizes do SUS:
- **Descentralização** de ações e serviços de saúde, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na municipalização;

- **Regionalização e a Hierarquização** da rede de serviços assistenciais;
- **Participação da comunidade** na formulação e acompanhamento das políticas do sistema.

2.3.2 Implantação do SUS

O processo de implementação do SUS está intimamente relacionado aos aspectos referentes às formas de financiamento setorial propostas pelo Ministério da Saúde (FAVERET, 2003), e tem sido orientado pelas Normas Operacionais Básicas de Saúde, instituídas através de portarias ministeriais, com o objetivo de definir as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e Municípios possam assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do sistema (BRASIL, 2003; SILVA, 2002).

As NOBs têm por objetivo induzir mudanças, aprofundar e reorientar a implementação do SUS, e definir novos objetivos estratégicos, prioridades e diretrizes, movimentos tático-operacionais, com o intuito de regular as relações entre seus gestores e normatizar o SUS. As NOBs foram pactuadas entre o Ministério da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2003; SILVA, 2002).

Os principais objetivos das Normas Operacionais Básicas são:

- Induzir e estimular mudanças;
- Aprofundar e reorientar a implementação do SUS;

- Definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes, e movimentos tático-operacionais;
- Regular as relações entre seus gestores;
- Normatizar o SUS (BRASIL, 2003).

Até o presente momento foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas – NOBs 91, 92, 93 e 96, e em 2001 e 2002 foram publicadas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAss. É importante ressaltar que as NOBs foram construídas para atender às prioridades de cada época e por isso [...] refletem as diferenças de cenário na implementação do SUS [...] (SILVA, 2002, p.33).

A primeira, a NOB 01/SUS/91, foi elaborada em janeiro de 1991 e reeditada em julho desse mesmo ano, incorporando sugestões quanto à necessidade de os repasses de recursos do Ministério da Saúde serem automáticos e regulares, de modo a agilizar a assistência à saúde. Sua característica básica foi de promover a transformação dos serviços de natureza pública, tanto estaduais quanto municipais, em prestadores ressarcidos conforme a produção, igualando-os àqueles de natureza privada e filantrópica. Introduziu o relacionamento direto do Ministério da Saúde com as Secretarias Municipais de Saúde através de "convênios de municipalização", estimulando a disseminação dos requisitos - Fundo e Conselho Municipais de Saúde - previstos para repasse de recursos financeiros na Lei 8.142/90, e que, ao final de 1992, já estavam presentes em cerca de 2.000 municípios. É importante ressaltar o papel dos Conselhos Municipais de Saúde quanto ao controle de recursos financeiros repassados às esferas estaduais e municipais. Instituiu a UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial, com o objetivo de financiar as atividades ambulatoriais; a

AIH – Autorização de Internação Hospitalar, com objetivo de financiar as internações hospitalares e definiu recursos para o custeio da máquina do INAMPS. (SILVA, 2002).

A Norma Operacional Básica – NOB – SUS 01/92 (Portaria N.º 234/1992/MS) enfatizou a necessidade de promover a descentralização das ações e serviços de saúde, através de normas de organização e operacionalização da assistência à saúde capazes de evitar a descontinuidade das ações e serviços prestados à população, admitindo que os municípios e estados se encontravam em estágios diferentes de implementação do SUS sob vários aspectos. (SILVA, 2002). Criou o CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, como instâncias gestoras colegiadas do SUS. Descentralizou o planejamento e a distribuição das AIH's para as Secretarias Estaduais de Saúde. (ANDRADE, 2001).

A Norma Operacional Básica – NOB – SUS 01/93 (Portaria N.º 545/1993/MS) lançou o documento denominado “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. Esta norma desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão aos municípios, habilitando-os como gestores de saúde municipais (ARRETCHE, 2003; BARROS, 2003; BRASIL, 2003; BODSTEIN, 2002; SILVA, 2002). Instituiu instâncias de pactuação, negociação, articulação e integração entre gestores nos níveis federal e estadual, as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, através do CONASS, CONASSEMS e Ministério da Saúde. (ANDRADE, 2001; SILVA, 2002).

A Norma Operacional Básica – NOB – SUS 01/96 (Portaria N.º 2.203/1996/MS) instituiu a Gestão Plena Municipal de Saúde, atribuindo responsabilidade plena ao poder público municipal às necessidades do setor saúde. Criou os níveis de gestão Incipiente, Parcial e Semiplena; instituiu o PAB – Piso de Atenção Básica e a PPI – Programação Pactuada e Integrada. (ANDRADE, 2001; SILVA, 2002).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001/MS (Portaria N.º 95/2001/MS) objetivou promover a equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, estabelecendo o processo de regionalização através da hierarquização dos serviços de saúde. Instituiu o PDR – Plano Diretor de Regionalização e o PDI – Plano Diretor de Investimentos, com o objetivo de identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimentos capazes de equalizar a oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade. (ANDRADE, 2001; BRASIL, 2003; SILVA, 2002).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2002/MS (Portaria N.º 373/2002/MS) estabeleceu que o município-sede de módulo assistencial poderia estar nas seguintes habilitações: Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) ou sob a Gestão Plena da Atenção Básicas Ampliada (GPABA). Esta norma estabeleceu limites financeiros de assistência de cada Estado e do Distrito Federal. (ANDRADE, 2001; BRASIL, 2003; SILVA, 2002).

Dentre pesquisas realizadas com gestores municipais, a pesquisa intitulada “Municipalização da Saúde e Poder local no Brasil” (FLEURY e CARVALHO; RAP/FGV, 1997) apresentou o perfil dos secretários municipais de saúde e as inovações que vêm sendo realizadas. Este estudo partiu da hipótese de que a descentralização levaria a uma democratização da esfera local de governo, na medida em que, através de alterações provocadas no perfil do gestor e no processo de gestão, poderia estar induzindo modificações na composição e na direcionalidade do poder local, ampliando, assim, a gama de interesses sociais atendidos pelo sistema municipal. O gestor foi investigado em seus perfis sócio-econômico e profissional, sua trajetória de vida política/vida pública e sua relação com o cargo. A gestão foi caracterizada quanto às suas dimensões social, gerencial e assistencial. Com relação ao perfil dos secretários, foi constatado que: a maioria expressiva tem, no mínimo, o nível superior completo (73%), sendo que destes, 72% vêm da área bio-médica; a maioria fez curso de capacitação específica para o cargo (55,9%), sendo as áreas mais freqüentes a saúde pública, recursos humanos e planejamento; há uma forte presença feminina (39,7%); a expressiva maioria reside no município onde exerce o cargo (82,3%); a grande maioria jamais exerceu mandato político-eleitoral (85,8%), nem sequer se candidatou (77,8%), o que revelou fraca tradição ou engajamento político-eleitoral. Com relação às dimensões de gestão constatou-se na dimensão social que: os prefeitos foram o grupo com maior peso na definição do orçamento (93,2%), a seguir os secretários (57,2%) e outros secretários municipais (49%); os critérios ou procedimentos mais utilizados para o estabelecimento de prioridades em saúde foram à demanda espontânea (69,5%), as propostas dos conselhos (69,5%) e os pareceres do corpo técnico (49,2%); quanto ao apoio à gestão, a força social mais importante foi os Conselhos Municipais de Saúde

(75,2%). Com relação a dimensão gerencial constatou-se que: os mecanismos ou instrumentos mais utilizados para receber informações ou demandas da população são o Conselho Municipal de Saúde (74,6%) e ficha ou formulário de avaliação/sugestões pelo usuário (23,4%); a fonte de apoio técnico é, de longe, o governo estadual (73%) e a Comissão Bipartite com 38,7%. Com relação à dimensão assistencial constatou-se que as maiores frequências foram para a vigilância epidemiológica (74,7%) e sanitária (72,9%). Ressaltam-se as frequências obtidas para as práticas inovadoras (cadastramento por base georreferenciada 18,2%); central de ambulâncias (47,7%); central de marcação de consultas (48,1%).

3 JUSTIFICATIVA

A história da saúde no Brasil sofreu significativas mudanças sociais e políticas nos anos 80, quando imprimiu, em sua Constituição Federal, a máxima “a saúde é direito de todos e dever do Estado, na qual as leis da Saúde institucionalizaram direitos de participação política no processo de formulação e implementação de políticas de saúde” (ARRETCHE, 2003; MONERAT, 2002). Neste período ocorreu no País uma mudança de paradigma na área da saúde. O SUS alterou concomitantemente o caminhar da formação do Estado brasileiro, que era tipicamente centralizador, e também a concepção prévia de cidadania, fundada sob o vínculo entre direitos sociais e a inclusão no mercado formal de trabalho. O sistema de saúde na época limitava as ações dos gestores municipais de saúde à de atores secundários, sem poder de decisão e autonomia para gerir os serviços de saúde na esfera local.

O Brasil promoveu a substituição de um modelo de assistência à saúde contributiva e centralizadora por um modelo universal, de acesso gratuito às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, organizado de modo regionalizado e hierarquizado. A Lei n.º 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, definiu o papel das esferas de governo, orientando diretrizes e limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantirem, em seus respectivos territórios, o direito à saúde para seus povos (CONASS, 2003). Salienta-se que a descentralização político-administrativa se dá na forma da municipalização dos serviços e ações de saúde, o que significa redistribuição de poder, competências e de recursos em favor dos

municípios, para promover a mudança do modelo assistencial e as práticas de saúde, com efetiva participação social (MONERAT, 2002; BODSTEIN, 2002). Foram definidas novas competências municipais, entre as quais estão o planejamento, a organização, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde e o gerenciamento e a execução dos serviços públicos no seu território (CONASS, 2003).

O município tornou-se o principal responsável pela execução, e gestão da rede de serviços de saúde no país. O grau de competências assumidas pelo gestor municipal, a partir de 1988, ampliou-se significativamente na área de gestão em saúde, esta ainda pouco conhecida e explorada. Isto demandou alterações significativas sob o ponto de vista político, técnico e administrativo aos municípios. O processo de descentralização impulsionou a construção de novas relações entre as esferas de governo e as instituições de saúde no país. Novas relações significam novos atores, novos cenários que buscam atender aos interesses diversos. Estas relações de poder estão sujeitas à capacidade de negociação destes atores, vinculadas aos conflitos e interesses, associados às redefinições de objetivos, funções e reformas administrativas governamentais e institucionais (MONERAT, 2002; BODSTEIN, 2002). Neste sentido, Righi (2001, p.10) coloca que, “o município é o território de formulação de políticas e não só de execução, é espaço de gestão em formação, um espaço social (com sujeitos) “se produzindo”, na disputa pela identificação de problemas e proposição de novas formas de produção no campo da saúde”.

É no município que as coisas acontecem, a população busca as soluções para os seus problemas de saúde com o prefeito e o secretário de saúde. Consequentemente, o ator principal neste cenário é o secretário de saúde, a autoridade máxima de saúde no município. Este ator deve possuir habilidades políticas, técnicas e administrativas capazes de transpor dificuldades, e promover a melhoria das condições de saúde da população, de acordo com as suas necessidades.

[...] nada sugere que tipo de profissional é mais adequado para gerir uma organização de saúde. Pode ser um profissional de saúde ou de outra área. O necessário é que possua as capacidades, o conhecimento, as atitudes compatíveis com as exigências da gerência desse tipo de organização (DUSSAULT, 1992, p.17).

Deve-se associar a estas habilidades a capacidade de lidar com uma diversidade de instrumentos normativos e burocráticos das organizações públicas (planos, agendas, pactos, normas, portarias etc), as dificuldades de entendimento quanto à regionalização e hierarquização da rede de serviços assistenciais (BARATA, 2004) e a “pressão” exercida pela mídia a incutir na população, em todos os rincões do país, a alta especialização tecnológica (SANTOS, 2004, p.803).

Faz-se necessário salientar que o papel do gestor não é apenas o de administrar uma rede de serviços, mas implementar e desenvolver um modelo assistencial estruturado em bases políticas, gerenciais e técnicas. No nível político, o gestor municipal deve atuar de forma articulada com:

- A sociedade visando sempre garantir a mais ampla participação e legitimidade do processo;

- Outros setores públicos municipais: educação, transporte, obras, saneamento, meio - ambiente etc;
- Os órgãos estaduais e federais para o desenvolvimento de programas e projetos a serem realizados no âmbito do município;
- Outros municípios visando realizar ações conjuntas para atender a problemas conjunturais micro-regionais (A Saúde no Município: organização e gestão, IBAM/Unicef, 1992).

Com relação às responsabilidades referentes à lei n.º 8.080/90, é extremamente importante que o gestor esteja acompanhando a legislação corrente, as políticas e diretrizes do SUS (que estabelecem o arcabouço jurídico do sistema), o papel do município na regionalização, a rede de serviços de saúde, os recursos humanos, materiais, técnicos e financeiros existentes no território e os mecanismos de participação da comunidade. No mesmo sentido, Tanaka explica que:

[...] a partir da diretriz geral do direito à saúde, o SUS estará abrigando modelos diversos de organização da atenção, com articulações freqüentemente complexas entre setores, áreas e tecnologias. Esta condição leva à necessidade de uma maior informação e formação dos gestores locais, no que se refere ao conhecimento das alternativas de organização e gestão de serviços, modelos assistenciais, tecnologias e processos de definição de prioridades em saúde (TANAKA, 1999, p.220).

Foram realizados alguns estudos referentes ao perfil/formação de gestores municipais de saúde: Fleury (1997) e Carvalho (1997) realizaram a pesquisa intitulada “A Municipalização da Saúde e o Poder Local no Brasil”, que mostrou o perfil dos secretários municipais de saúde e as inovações que vêm sendo realizadas; no Rio Grande do Norte – Vilar (2001) realizou o estudo sobre o Perfil dos Gestores Municipais de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte; Ribeiro (2001) pesquisou

sobre a Formação dos Secretários Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul; em Minas Gerais, Souza (2002) pesquisou o Perfil dos Secretários Municipais de Saúde em Minas Gerais e a Organização dos Programas e Projetos Municipais; e, mais recentemente, o Ministério da Saúde realizou um Levantamento de Informações sobre o Processo de Gestão dos SUS com Secretários Municipais de Saúde no país (BRASIL, 2005).

Arretche coloca que:

[...] a proposta hoje seria de avaliar a gestão de políticas de saúde, porque os mecanismos básicos de operação do sistema de saúde já foram instituídos. Avaliar processos de gestão implica igualmente em conhecer quem é o responsável pela saúde da população local, ator principal em um novo cenário, em dinâmico processo de construção-reconstrução, que elabora, em conjunto com a sua equipe técnica e a participação da comunidade, a gestão das políticas públicas de saúde, ou seja, os secretários municipais de saúde (ARRETCHÉ, 2003, p.332)

A 1ª Coordenadoria Regional de Saúde é uma das 19 coordenadorias regionais de saúde do RS. É composta por 24 municípios localizados na região metropolitana, próximo à cidade de Porto Alegre, e representa em torno de 30% a população do RS. A 1ª Coordenadoria Regional de Saúde é a mais populosa de todas as regionais de saúde do Estado. Sua população atingiu no ano de 2004 três milhões, quinhentos e cinquenta e nove mil, quinhentos e sete habitantes (IBGE, 2004). Nestes municípios a municipalização da saúde já ocorreu (segundo a NOAS/SUS/01/01), o que outorgou responsabilidade e autonomia de gestão quanto à realização de ações básicas em saúde, bem como para a gestão dos recursos financeiros (ASTEPLAN/SES/RS, 2004).

Esta pesquisa visa conhecer o perfil dos secretários municipais de saúde. A proposta é conhecer quem são os gestores de saúde e quais são os conhecimentos que possuem sobre o SUS frente às suas atribuições como gestores públicos de saúde, conhecer e compreender as principais dificuldades que enfrentam para promover a gestão de saúde municipal, e quais são suas necessidades de formação e capacitação. Este diagnóstico poderá subsidiar capacitações com o objetivo de fortalecer a gestão em saúde nos municípios.

Sendo o ator principal no cenário local o secretário municipal de saúde, responsável pela formulação e condução das políticas públicas de saúde, justifica-se a realização deste trabalho, tendo em vista que este poderá servir como um sinalizador das dificuldades enfrentadas na gestão de saúde dos municípios da região metropolitana. Outro aspecto relevante do presente estudo é a possibilidade deste subsidiar programas de formação de gestores no âmbito do Sistema Único de Saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Descrever e analisar o perfil dos gestores municipais de saúde dos 24 municípios da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde / Secretaria Estadual de Saúde - RS e a concepção que possuem sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, no ano de 2005.

4.2 Objetivos Específicos

- 1) Caracterizar o perfil sócio-demográfico e profissional dos secretários municipais;
- 2) Identificar e analisar a concepção dos gestores municipais sobre os princípios, diretrizes e normas que compõem o Sistema Único de Saúde – SUS;
- 3) Identificar e analisar a compreensão que os gestores têm acerca das suas atribuições como gestores locais de saúde;
- 4) Conhecer os problemas enfrentados pelos secretários de saúde na gestão das secretarias municipais de saúde;
- 5) Identificar as necessidades de formação e capacitação para secretários municipais de saúde.

5 METODOLOGIA DE TRABALHO

Trata-se de um estudo descritivo com corte transversal de caráter censitário, onde a unidade de análise serão os secretários municipais de saúde dos 24 municípios que compõe a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do RS, no ano de 2005. Espera-se atingir o maior número de gestores possível, pois apesar da pesquisa propor um censo e os secretários municipais de saúde dos 24 municípios serem convidados para participarem da pesquisa, ela está vinculada ao interesse individual de cada gestor.

Os municípios vinculados à 1ªCRS são: Araricá, Alvorada, Campo Bom, Cachoeirinha, Canoas, Dois Irmãos, Estância Velha, Esteio, Gravataí, Glorinha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Portão, Porto Alegre, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, Sapiranga, São Leopoldo, Sapucaia do Sul e Viamão.

Será utilizado um questionário auto aplicado (GIL, 1999), padronizado e pré-codificado, constituído de perguntas objetivas abertas e fechadas (apêndice), relacionadas aos objetivos propostos. As perguntas do questionário foram testadas previamente com profissionais da área da saúde que não estavam exercendo o cargo de secretários de saúde. O objetivo deste teste foi avaliar clareza, grau de dificuldade de cada pergunta e tempo necessário para o preenchimento do instrumento. Será realizada avaliação de cada pergunta do instrumento para verificar se ela atende aos objetivos propostos, se possui a capacidade de avaliar

determinado assunto ou se necessita de outras perguntas de caráter complementar para tal.

Será realizado estudo piloto na expectativa de testar os pressupostos de análise, forma, conteúdo e tempo necessário para o preenchimento do instrumento de pesquisa. Para tal, serão convidados 08 profissionais, que atuaram como gestores de saúde municipais em outros governos no RS.

Será solicitada a colaboração da Secretaria Estadual de Saúde, através da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde – SES/RS, com o apoio do Núcleo Regional de Saúde Coletiva – NURESC e da Escola de Saúde Pública – ESP/SES. Será enviado, por correio eletrônico, a todos os secretários dos 24 municípios pesquisados um convite formal convidando-os a participar da pesquisa em data a ser agendada conjuntamente com o delegado regional de saúde. A data agendada para a coleta de dados estará vinculada a alguma atividade, evento ou reunião de trabalho solicitada pela coordenadoria regional de saúde. Nesta data será realizada uma apresentação sintética do projeto de pesquisa, será solicitada a participação ativa dos secretários de saúde através do preenchimento do questionário. Pretende-se realizar a coleta de dados no mês de outubro. Esta atividade será acompanhada diretamente pela pesquisadora e ocorrerá nas dependências da 1ªCRS.

A codificação dos questionários será realizada pela pesquisadora. A digitação será realizada através da dupla entrada de dados com digitadores diferentes. Serão utilizados os programas Tabwin, Epi Info e SPSS.

Será realizada análise descritiva e quantitativa dos dados. Serão definidos níveis e dimensões de análise, além de critérios de análise para cada dimensão.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto será executado após sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Os preceitos éticos e legais serão respeitados pela aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual os participantes terão conhecimento do estudo, dos objetivos e será garantida a confidencialidade e seu anonimato.

Serão convidados todos os secretários municipais de saúde dos municípios vinculados à 1ª Coordenadoria Regional de Saúde para participarem da pesquisa. Será garantido a confidencialidade dos participantes na pesquisa.

6.1 Divulgação dos Resultados da Pesquisa

- Defesa da dissertação através da apresentação do artigo científico à banca examinadora, buscando o título de Mestre em Saúde Coletiva;
- Apresentação do artigo científico à 1ª Coordenadoria Regional de Saúde - Secretaria Estadual de Saúde – SES/RS e à Escola de Saúde Pública – ESP/RS.

7 CRONOGRAMA

[illegible]

8 ORÇAMENTO

DESPESAS	R\$
1. CUSTEIO	
1.1 MATERIAIS DE CONSUMO	500,00
2. SERVIÇOS DE TERCEIROS	
2.1 FOTOCÓPIAS/IMPRESSÕES/ENCADERNAÇÃO	800,00
2.2 DESPESAS COM TELEFONIA	300,00
2.3 DESPESAS COM TRANSPORTE	400,00
TOTAL	2.000,00

*Este orçamento será custeado pela pesquisadora.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec & Edições UVA, 2001.

A Saúde no Município: organização e gestão. **Revista da Administração Municipal – Municípios**. Rio de Janeiro: IBAM-Unicef, 1992.

ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. São Paulo: FAPESP/Revan, 2000.

ASTEPLAN/SES/RS, <http://www.saude.rs.gov.br> , acesso em 18/9/2005.

BARATA, L.R.B.; et al. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 3(1): 15-24 2004.

BARROS, E. **Série técnica projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**, v.4, Brasília: OMS/OPAS/Ministério da Saúde, 2003.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3): 401-412, 2002.

BRASIL. **Legislação do SUS/CONASS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários da Saúde, 2003.

BRASIL. **Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Para entender a Gestão do SUS/CONASS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários da Saúde, 2003.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, 26(2): 8-19, 1992.

FAVERET, A.C.S.C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Revista de Saúde Coletiva**, 8(2): 371-378, 2003.

FIGUEIREDO, Jorge Eduardo St. Aubyn de. Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no Estado do Rio de Janeiro. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 113 p.

FLEURY, S.; CARVALHO, A. I. ; MANOTAS, N. ; BLOCH, R.; NEVARES, S. Municipalização da saúde e poder local no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 195-208, 1997.

FLEURY, S. Políticas e democratização do Poder Local. In: VERGARA, Sylvia Constant ; CORREA, Vera Lúcia de Almeida (Org.). **Propostas para uma gestão Pública Municipal Efetiva**. 2 ed., FGV, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**, 5 ed., São Paulo: Atlas, 1999.

IBGE, [http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br), acesso em 06/06/2005.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de alma-ata e movimentos posteriores. **Latino-Americana Enfermagem**, maio-junho, 12(3): 447-448, 2004.

MONERAT, G.L.; SENNA, M.C.M.; SOUZA, R.G. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3): 509-521. 2002.

OSZALAK, Oscar; O'DONNELL, Guillermo. **Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación**. Buenos Aires: CLACSO, 1976.

RIBEIRO, M.I. Formação dos secretários municipais de saúde no Rio Grande do Sul. **Trabalho do curso de Especialização em Gestão em Saúde**. Porto Alegre: UFRGS, 2001.

RIGHI, L.B. Município: território de produção de novas formas de gestão e atenção à saúde – considerações sobre a aposta e suas implicações a partir de um processo de formação de gestores. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, 24:9-27, 2001.

SANTOS, M.A.B. ; GERCHMANN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3): 795-806. 2004.

SILVA, A. R. O Controle e Avaliação em Saúde – Enfrentando Desafios na Gestão do SUS. [Mestrado] Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002. 89 p.

SOUZA, A. A.C.L. O perfil dos Secretários Municipais de Saúde em Minas Gerais e a Organização dos Programas e Projetos Municipais. **Revista Mineira de Saúde Pública**, n.01, ano 01, Janeiro a Junho, 2002.

SOUZA, C. Políticas Públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, Salvador, n.39:11-24, jul. /dez. 2003.

TANAKA, O. Y. et all. Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 26(3): 185-194. 1992.

TANAKA, O.Y. et all. Formação de gestores locais de saúde: processos para identificar estratégias de atuação. **Revista de Saúde Pública**, 33(3):219-229, 1999.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, 30(2): 5-43, mar./abr., 1996.

VILAR, R.L.A. **O estudo sobre o perfil dos gestores municipais de saúde do estado do Rio Grande do Sul**. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – Centro de Ciências da Saúde – Universidade do Rio Grande do Norte (trabalho realizado para a Estação de Trabalho NESC/UFRN, componente da Rede Observatório de Recursos Humanos). Pesquisa na web: [http www.observatorio.nesc.ufrn.br](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br) acesso em 19/10/2004.

APÊNDICE

PESQUISA: SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E O SUS NO RS	Nºquest: — — —
<i>ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES COLETADAS SERÃO CONFIDENCIAIS.</i> Dúvidas contatar Vívian Schild (pesquisadora): viki.sle@terra.com.br ou (51) 3589 3747res. ou (51) 8445 3747. NA SUA OPINIÃO QUAIS SÃO AS FUNÇÕES DO(A) SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL DE SAÚDE?	

ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES COLETADAS SERÃO CONFIDENCIAIS. 1-QUANTOS ANOS COMPLETOS O Sr.(a) TEM? ____ anos 2-INDIQUE O SEU SEXO: () 0-Masculino () 1-Feminino 3-INDIQUE SEU GRAU DE ESCOLARIDADE? <i>Marque com "X" sua situação escolar atual.</i> () 0- Ensino Fundamental (1º grau) incompleto () 1- Ensino Fundamental (1º grau) completo () 2- Ensino Médio (2º grau) incompleto () 3- Ensino Médio (2º grau) completo () 4- Curso técnico completo. Qual?_____ () 5- Superior incompleto. Qual curso?_____ () 6-Superior completo. Qual o curso?_____ () 7-Especialização em Saúde Pública . Ano de conclusão:____ _ 8-Pós-graduação incompleta: () a) Mestrado em:_____ Data de início: _____ () b) Doutorado em:_____ Data de início: _____ () c) Pós-doutorado em:_____ Data de início: _____ 9-Pós-graduação completa: () a) Mestrado em:_____ Data conclusão:_____ () b) Doutorado em:_____ Data conclusão:_____ () c) Pós-doutorado em:_____ Data conclusão:_____	Não preencher esta coluna: Idade____ Sexo____ Escol ____ Qual _____ _____ _____
---	---

4-INFORME A SUA PROFISSÃO: <i>Marque com “X” uma única opção.</i> () 1-Administrador () 2-Advogado () 3-Assistente Social () 4-Auxiliar de Administração () 5-Auxiliar/Técnico de Enfermagem () 6-Auxiliar/Técnico de Odontologia () 7-Contador () 8-Economista () 9-Enfermeiro () 10-Engenheiro () 11-Fisioterapeuta () 12-Farmacêutico () 13-Médico () 14-Médico-veterinário () 15-Odontólogo () 16-Psicólogo () 17-Sociólogo () 18-Técnico de Contabilidade () 19-Técnico de Laboratório () 20-Outra profissão de nível superior. Especifique: _____ () 21-Outra profissão de nível médio. Especifique: _____ () 22-Outra. Especifique: _____	Não preencher esta coluna: Prof ____
5-QUAL A SUA RENDA MENSAL? <i>Marque com “X” uma única opção.</i> () 0-Até R\$2.000,00 () 1-De R\$2.100,00 a R\$3.000,00 () 2-De R\$3.100,00 a R\$4.000,00 () 3-De R\$4.100,00 a R\$5.000,00 () 4-Acima de R\$5.000,00	Renda ____
6-INFORME SOBRE CURSOS DE APRIMORAMENTO QUE REALIZOU NA ÁREA DA SAÚDE: <i>Marque com “X” quantas opções forem necessárias.</i> () 0-Realizou/realizando curso de aperfeiçoamento/atualização (menos de 360hs) () 1-Realizou/realizando especialização/residência (igual ou superior a 360hs). () 2-Realizou/realizando mestrado () 3-Realizou/realizando doutorado. () 4-Está realizando cursos de aprimoramento na área da saúde. () 5-Não estou realizando cursos de aprimoramento na área da saúde.	Cap _____ G _____

7-NOS ULTIMOS DOIS ANOS O Sr. (a) PARTICIPOU DE ALGUM CURSO DE CAPACITAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE? () 0-Não () 1-Sim	Não preencher esta coluna: Curso_____
8-QUAIS OS MOTIVOS QUE DETERMINARAM O CONVITE PARA O CARGO DE SECRETÁRIO DE SAÚDE. <i>Marque com “X” quantas opções forem necessárias.</i> () 0-Pessoa de confiança do prefeito () 1-Dedicação () 2-Devido a ter exercido mandato de prefeito () 3-Experiência anterior como secretário de saúde () 4-Atuação profissional na área da saúde () 5-Indicação política () 6-Bom relacionamento com a comunidade () 7-Honestidade () 8-Outro. Qual?_____	Mot ____ _____ _____ _____ _____ _____
9-INDIQUE SEU VÍNCULO EMPREGATÍCIO <i>Marque com “X” uma única opção.</i> () 0-Funcionário público estatutário () 1-Funcionário público CLT. () 2-Cargo em comissão () 3-Outro. Especifique: _____	VincE ____
10-O Sr (a) RESIDE NO MUNICÍPIO ONDE É SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE? () 0- Não () 1- Sim. Há quantos (anos completos)? ____ anos	Res ____
11-HÁ QUANTO TEMPO O Sr. (a) EXERCE O CARGO DE SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE NESTA GESTÃO? ____ anos ____ meses (responda em anos e/ou meses)	Hátemp ____

12-O Sr. (a) JA FOI SECRETARIO(A) DE SAUDE EM OUTRAS GESTÕES? () 0-Não, é a primeira vez. () 1-Sim. Por quanto tempo o Sr.(a) foi secretário de saúde? _____ (responda em anos e/ou meses)	Não preencher esta coluna: Foi Secr ____ Temp ____
13-ALÉM DE SER SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE, O Sr. (a) ACUMULA MAIS ALGUMA FUNÇÃO? () 0- Não (em caso negativo pule para a questão nº15) () 1- Sim	Acum ____
14-QUAL A SUA OUTRA FUNÇÃO ACUMULADA COM A DE SECRETÁRIO (A) MUNICIPAL DE SAÚDE? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Professor(a) () 1-Outra secretaria municipal. Qual?_____ () 2-Outra função. Qual?_____	Outr funç____
15-O SR.(A) É FILIADO(A) A PARTIDO POLÍTICO? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0- Não (em caso negativo pule para a questão nº16). () 1- Sim. Qual?_____ (nome por extenso e sigla)	PPol_____ _____
16-HÁ QUANTO TEMPO? _____ (responda em anos e/ou meses)	Hátemp____ _____ _____

20-ATRAVES DA SUA EXPERIENCIA QUAIS SERIAM AS COMPETÊNCIAS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:	Não preencher esta coluna:
<i>Marque com "X" quantas opções forem necessárias.</i>	
☐ 0-Analisar e aprovar a prestação de contas da Secretaria de Saúde.	CompCS
☐ 1-Analisar e aprovar os planos de aplicação dos recursos da Vigilância em Saúde.	
☐ 2-Propor ações a serem desenvolvidas pela Secretaria de Saúde.	
☐ 3-Executar o Plano Municipal de Saúde.	
☐ 4-Fiscalizar as ações da Secretaria de Saúde.	
☐ 5-Proceder à revisão periódica dos planos de saúde municipais.	
☐ 6-Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.	
21- NA SUA TRAGETÓRIA DE GESTÃO, O QUE O Sr. (a) CONSIDERA COMO A PRINCIPAL FORMA DE PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO SUS?	PartC ____
<i>Marque com "X" uma única opção.</i>	
☐ 0-Câmara de vereadores	
☐ 1-Conselho municipal de saúde	
☐ 2-Associação comercial/industrial	
☐ 3-Não há participação	
☐ 4-Outra. Qual? _____	
22-O Sr. (a) CONSIDERA O SETOR PRIVADO (HOSPITAIS, CLÍNICAS PARTICULARES E COOPERATIVAS MÉDICAS) FAZ PARTE DO SUS?	Priv ____
☐ 0-Não	
☐ 1-Sim	
☐ 99-Ignorado	

24-QUAL O CRITÉRIO OU PROCEDIMENTO MAIS UTILIZADO NO SEU MUNICÍPIO PARA O ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES NA SAÚDE? <i>Marque com “X” uma única opção.</i> () 0-Demanda espontânea. () 1-Solicitações de políticos locais. () 2-Parecer do corpo técnico. () 3-Propostas do Conselho Municipal de Saúde. () 4-Sugestões de outras esferas de governo. () 5-Outro. Qual? _____	Não preencher esta coluna: Critp ____
25-QUAL É A PRINCIPAL FONTE DE APOIO (COOPERAÇÃO TÉCNICA) PARA O PLANEJAMENTO E A GESTÃO DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO? <i>Marque com “X” uma única opção.</i> () 0-Governo Estadual-SES através da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde () 1-Universidade () 2-Assedisa () 3-Famurs () 4-Consultoria externa (empresa contratada para este fim). () 5-Apoio de gestores de saúde de outros municípios. () 6-Conselho Estadual de Saúde () 7-Governo Federal – Ministério da Saúde	Prifonte _____
26-NO SEU MUNICÍPIO QUEM ESTÁ ELABORANDO O PLANO PLURIANUAL DE SAÚDE? <i>Marque com “X” uma única opção.</i> () 0-O prefeito. () 1-O vice-prefeito. () 2-O secretário de saúde. () 3-A equipe técnica da secretaria de saúde. () 4-A equipe técnica da secretaria com o conselho municipal de saúde. () 5-A equipe política. () 6-Universidade () 7-Consultoria contratada () 8-Outra. Qual? _____	Plan ____

27-INDIQUE O GRAU DE DIFICULDADE PARA ADMINISTRAR A SUA SECRETARIA DE SAÚDE HOJE:					Não preencher esta coluna:
	<u><i>Grau de dificuldade</i></u>				
	Nenhum	Alto	Médio	Baixo	
0-Pouco conhecimento do gestor de saúde sobre as normativas (leis, diretrizes) do SUS.	()	()	()	()	Conh____
1-Estrutura física deficiente (prédios, postos, hospital).	()	()	()	()	Estr____
2-Desorganização da secretaria de saúde	()	()	()	()	Des____
3-Pouco conhecimento dos funcionários da secretaria de saúde sobre as normativas(leis, diretrizes) do SUS.	()	()	()	()	Com____
4-Falta de autonomia	()	()	()	()	F aut____
5-Interferência político-partidária	()	()	()	()	IntP____
6-Quadro reduzido de pessoal	()	()	()	()	Qpes ____
7-Insuficiência de recursos financeiros	()	()	()	()	D\$____
8-Articulação política entre os diversos atores do governo municipal	()	()	()	()	ArtPol____
9-Baixos salários	()	()	()	()	\$sal ____
10-Inexistência de política intersetorial municipal	()	()	()	()	Polset____
11-Negociações com o Conselho Municipal de Saúde	()	()	()	()	NCMS____
12- Pressão do legislativo	()	()	()	()	RLeg____
13-Modelo de saúde “engessado, resistente às mudanças”.	()	()	()	()	Pres____
14-Outros. Quais?					
15-_____	()	()	()	()	Q1____
16-_____	()	()	()	()	Q2____
17-_____	()	()	()	()	Q3____

VAMOS FALAR SOBRE ATENÇÃO BÁSICA: • <i>É um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.</i> • <i>Deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância da população.</i> • <i>É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde.</i>	Não preencher esta coluna:
28-A GESTÃO DE ATENÇÃO BÁSICA É COMPETÊNCIA DE QUAL (IS) ESFERA (S) DE GOVERNO? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Ministério da Saúde () 1-Estado () 2-Município () 3-Estado e Município () 4-Ministério da Saúde, Estado e Município	G Atb ____
29-QUAL SERIA A MELHOR ALTERNATIVA PARA OFERTAR ATENÇÃO BÁSICA AO SEU MUNICÍPIO? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Postos de saúde com médicos clínicos e centro de especialidades () 1-Postos de saúde com especialistas () 2-Postos de saúde com o Programa de Saúde da Família () 3-Postos de saúde com o Programa de Saúde da Família e centro de especialidades () 4-Postos de saúde com médicos clínicos e com o Programa de Agentes comunitários de Saúde - PACs () 5-Outro. Qual? _____	MelhorA ____
30-QUAL É A HABILITAÇÃO DO SEU MUNICÍPIO? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Gestão Plena de Saúde () 1-Gestão de Atenção Básica de Saúde () 2-Outra. Qual? _____	Hab ____

31-QUAIS SAO AS AÇÕES/SERVIÇOS QUE COMPOE O PISO DE ATENÇÃO BÁSICA: <i>Marque com “X” quantas opções forem necessárias.</i> () 0-Consultas em pediatria () 1-Consultas em neurologia () 2-Consultas em ginecologia/obstetrícia () 3-Consultas em oncologia(câncer) () 4-Consultas em clínica médica (clínico geral) () 5-Consultas em cirurgia geral. () 6-Não sei/não lembro	Não preencher esta coluna: AçBas _____ _____ _____ _____
32-HÁ OBRIGATORIEDADE EM FAZER A PACTUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA? <i>Marque com “X” uma única opção.</i> () 0-Não () 1-Não, mas meu município pactuou esse ano. () 2-Sim. () 3-Sim, mas se eu estivesse em gestão plena não precisaria.	Pacto ____
33-QUEM É RESPONSÁVEL PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE NO SEU MUNICÍPIO? <i>Marque com “X” uma única opção.</i> () 0-Secretário da Administração () 1-Secretário da Fazenda () 2-Secretário de Saúde () 3-Prefeito () 4- Não sei/não lembro	Fms ____
34-O Sr. (A) PARTICIPOU DA REUNIÃO DE PACTUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM A 1ªCOORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE(ESTADO) NESTE ANO? <i>Marque com “X” uma única opção.</i> () 0-Não () 1-Sim	ParPacto ____

38-NO SEU MUNICIPIO A EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO DA SAUDE É FEITA PELO (A): <i>Marque com “X” uma única opção.</i> () 0- Conselho Municipal de saúde () 1- Secretaria da Fazenda () 2- Gabinete do prefeito () 3- Fundo Municipal de Saúde () 4- Outro. Qual? _____ () 5- Não sei/não lembro	Não preencher esta coluna: ExeOrç ____
VAMOS FALAR SOBRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE:	
39-SELECIONE ABAIXO AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. <i>Marque com “X” quantas opções forem necessárias.</i> () 0-Verificar pressão arterial () 1-Analisar amostras de água e alimentos () 2-Realizar coleta de pré-câncer () 3-Vacinar crianças, adultos e idosos () 4-Notificar doenças () 5-Analisar dados de mortalidade e nascimento () 6-Verificar/medir a glicose(diabetes)	AçVS _____ _____ _____ _____ _____ _____
40-O Sr.(A) FIRMOU COMPROMISSO COM O ESTADO QUANTO AO CUMPRIMENTO DE METAS DE VACINAÇÃO? <i>Marque com “X” uma única opção.</i> () 0-Não () 1-Sim () 2-Não sei/não lembro	Mvac ____
41-MARQUE UMA AÇÃO DA EQUIPE DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL. <i>Marque com “X” uma única opção.</i> () 0-Realizar a coleta de lixo hospitalar. () 1-Realizar ações de combate e eliminação de criadouros do mosquito aedes aegypti(transmissor da dengue). () 2-Vacinar crianças, adultos e idosos. () 3-Notificar doenças relacionadas ao trabalho	AçVA ____

II - RELATÓRIO DE CAMPO

1 - INTRODUÇÃO

A vivência das dificuldades existentes na gestão em saúde, nos processos de negociação entre as esferas de governo e nas instâncias colegiadas do SUS (Sistema Único de Saúde), resultante de minha experiência acumulada como gerente de serviços de saúde municipais e enquanto delegada regional de saúde da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde - Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, instigaram-me a propor este projeto de pesquisa. A proposição do estudo se deu como forma de contribuição para o aprimoramento do sistema e, especialmente, para pensar alternativas em práticas de educação permanente para os trabalhadores do SUS. A escolha e delimitação de uma região a ser investigada ocorreram pelo conhecimento local já adquirido e devido às dificuldades financeiras na realização de pesquisa sem fontes de financiamento.

A 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (1ªCRS) localiza-se na região metropolitana e tem sua sede em Porto Alegre na Avenida Borges de Medeiros, nº 536 – 1º e 2º andar sendo composta por 24 municípios. Os municípios são: Araricá, Alvorada, Campo Bom, Cachoeirinha, Canoas, Dois Irmãos, Estância Velha, Esteio, Gravataí, Glorinha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Portão, Porto Alegre, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, Sapiranga, São Leopoldo, Sapucaia do Sul e Viamão (Figuras 1 e 2).

Segundo os critérios populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a região pesquisada possui 12 municípios de pequeno porte com população até 50.000 habitantes (50%), 3 municípios de médio porte com população de mais de 50.000 a 100.000 habitantes (12,5%), 8 municípios de grande porte, com população de mais de 100.000 a 900.000 habitantes (33,3%) e uma metrópole, a capital

do estado, com população acima de 900.000 habitantes (4,16%)¹⁹. Nestes municípios a saúde foi municipalizada segundo a NOB/SUS 01/1996 e NOAS/SUS 01/2001, o que outorgou responsabilidade e autonomia de gestão quanto à realização de ações básicas em saúde, bem como para a gestão dos recursos financeiros¹.

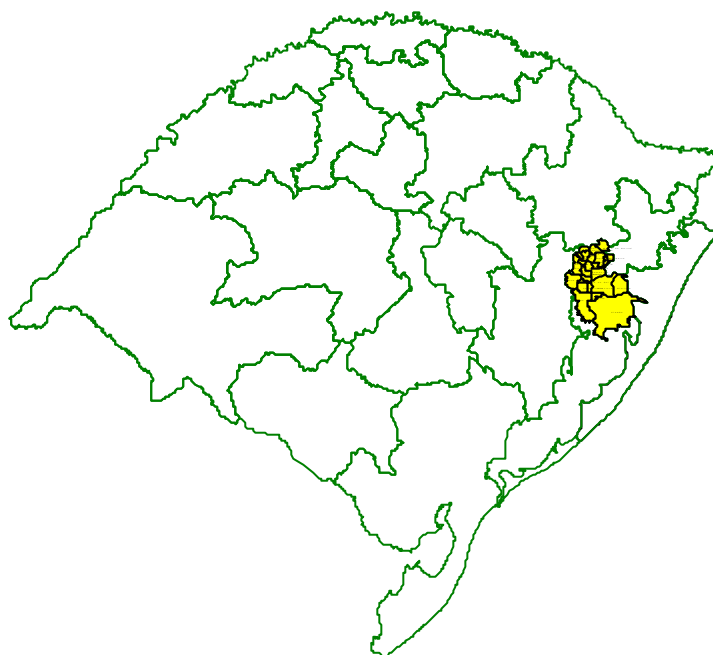


Figura 1

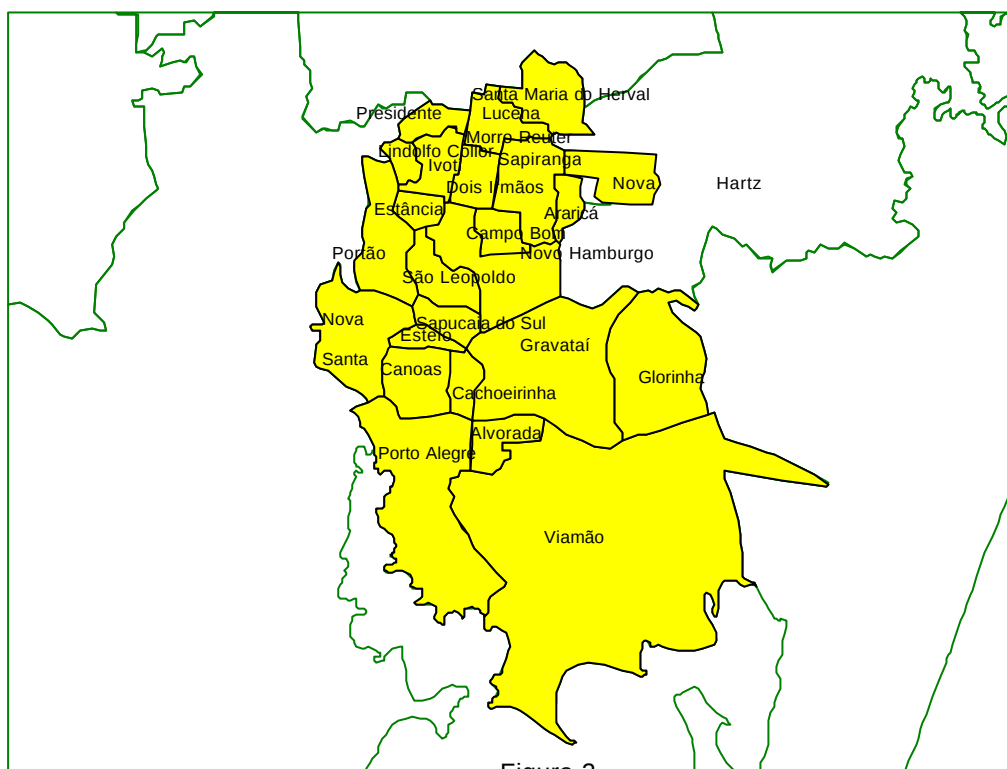


Figura 2

O objetivo desta pesquisa foi caracterizar e conhecer quem são os Secretários Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA), atores fundamentais no processo de consolidação do sistema de saúde, explorando as dificuldades de gestão e buscando compreender suas necessidades de capacitação e de educação permanente. É um estudo exploratório de caráter censitário com a pretensão de realizar uma primeira aproximação do objeto e gerar pressupostos ou novas questões de investigação acerca da gestão do SUS³.

Miranda (2005)³ afirma que os resultados de estudos exploratórios

“[...]embora não permitam inferências indutivas, fornecem evidências e subsídios para questionamentos sobre a qualidade na gestão pública em diversos âmbitos do SUS e devem influenciar o desenho da estratégia de apoio ao processo descentralizado de gestão. Eles permitem uma reflexão teórica sobre o tema da gestão e, a partir daí, a constituição de uma práxis que tende a superar os comportamentos regrados, requerendo mais criatividade dos atores institucionais”.

O delineamento da pesquisa foi construído visando avançar no conhecimento sobre a gestão em saúde na principal região do Estado do RS a partir de um dos sujeitos fundamentais no processo de consolidação do SUS – os Secretários Municipais. O projeto resultou da ousadia de buscar escrever sobre estes atores de relevo, suas dificuldades de gestão e até desvelar um pouco dos meandros de poder que envolve a gestão local e as, muitas vezes, intrincadas relações entre as esferas de governo, tema ainda pouco abordado e discutido dentro do campo de Saúde Coletiva.

O presente artigo apresenta resultados parciais da pesquisa, de caráter descritivo, sobre a caracterização demográfica, socioeconômica e profissional dos gestores municipais de saúde, não abordando integralmente o tema, mas fazendo uma espécie de introdução para o segundo artigo a ser elaborado futuramente que enfoca e aprofunda uma das questões pesquisadas: a articulação e a mobilidade política na gestão do SUS, onde a falta de autonomia e os jogos de poder vinculados às questões financeiras e de caráter político parecem definir os rumos da gestão dos sistemas de saúde. Devido à riqueza dos resultados da pesquisa e destes terem suscitado várias outras questões, fez-se necessário neste primeiro momento, oferecer uma visão geral dos resultados do estudo. Posteriormente serão realizados outros detalhamentos sobre os demais resultados e sua análise e discussão.

Os aspectos econômicos foram considerados relevantes para esta discussão e por isto acrescentamos ao estudo a caracterização econômica. Foram investigadas as variáveis idade, sexo, escolaridade, renda, formação básica, pós-graduação, capacitação em gestão de serviços de saúde, local de residência, tempo de residência, experiência prévia como gestor de saúde local, tempo de experiência, vínculo empregatício e acumulação de atividades profissionais. Também foram estudadas algumas dimensões referentes às dificuldades na gestão: recursos humanos, condições de trabalho, financiamento e relações de poder nos municípios.

2 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Estabeleceu-se como primeiro critério para a revisão bibliográfica a busca de estudos realizados com Secretários Municipais de Saúde no território nacional. Para a construção do referencial teórico utilizouse como estratégia a procura de estudos utilizando-se os seguintes descritores: “perfil de secretários de saúde”, “perfil de gestores de saúde”, “secretário de saúde” e “gestor de saúde”, sem delimitação de tempo, através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas bases: LILACS, MEDLINE, MEDCARIBE, REPIDISCA, PAHO E WHOLIS, e na SCIELO nas áreas de ciências da saúde, humanas e sociais aplicadas, porém sem sucesso. Ampliamos o rol de palavras-chave e direcionamos a busca para os descritores: “formação”, “perfil”, “capacitação”, “saúde pública”, “descentralização da atenção básica”, “descentralização dos serviços de saúde”, “municipalização”, “financiamento”, “políticas públicas”, “política de saúde”, “normas operacionais básicas”, “formulação de políticas de saúde”, “gestão pública”, “município”, “governo local”, política social”, “sistema de saúde” e “Sistema Único de Saúde” na BVS e Scielo com ênfase nas ciências sociais e políticas, localizando

apenas quatro estudos sobre perfil e formação dos secretários municipais de saúde (SOUZA, 2002; RIBEIRO, 2003; VILAR, 2001 e FLEURY et al, 1997) entre vários outros estudos correlacionados com o tema de pesquisa, porém não específicos. Foram também realizadas buscas a estudos ainda não publicados referentes a teses e dissertações de mestrado no *site* do Ministério da Saúde e outros *sites* de busca e nas bibliotecas da Unisinos, Administração da UFRGS e Escola de Saúde Pública (SES/RS) e em outras bases eletrônicas de publicações. As referências dos artigos identificados como pertinentes à pesquisa foram verificadas com o objetivo de localizar outros estudos relevantes. Ao longo da pesquisa localizamos estudos recentes de VILAR, 2005 e LUNA, 2006. Foram solicitadas algumas informações adicionais ao autor (SOUZA, 2002) e, em alguns casos, determinada informação foi obtida através de cálculos adicionais feitos com os dados publicados nos próprios estudos selecionados. A revisão de literatura foi realizada concomitantemente às demais etapas da pesquisa na expectativa de localizarmos e agregarmos qualificado e atualizado referencial bibliográfico. A revisão mostrou que poucos pesquisadores têm trabalhado com esta temática, o que reforça mais uma vez, a importância da realização deste estudo.

3 – PRESSUPOSTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

O projeto de pesquisa objetivou descrever e analisar o perfil dos gestores municipais de saúde. Analisando detalhadamente os conceitos de perfil e caracterização definiu-se caracterizar quem são os secretários de saúde ao invés de descrever um perfil, visto que perfil refere-se ao contorno do rosto de uma pessoa vista de lado, o aspecto ou a representação gráfica dum objeto que é visto só de um lado, ou seja: a descrição de uma pessoa em traços mais ou menos rápidos, suscitando uma

idéia de superficialidade e padronização. Em contrapartida, caracterizar significa evidenciar, assinalar o caráter de algo ou alguém, distinguindo-o entre outros, ou seja: descrever com propriedade, assinalando seus caracteres².

As necessidades de formação e capacitação de secretários municipais de saúde foram construídas a partir de parâmetros relacionados a dificuldades de gestão dos sistemas de saúde percebidas por secretários de saúde em outros estudos. Para avaliar o grau de dificuldade na gestão do sistema de saúde municipal optou-se pela utilização de uma escala, definindo-se os parâmetros: nenhum, baixo, médio e alto.

3.1 – CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

A construção inicial das perguntas do questionário se deu pela experiência prática de trabalho e pela análise de questionários e pesquisas com secretários de saúde (revisão da literatura), valorizando as responsabilidades do gestor de saúde e as suas dificuldades na gestão do sistema de saúde local. Este processo permitiu analisar várias e diferentes formas de construção de perguntas, suas vantagens e desvantagens, na expectativa de escolher a forma que mais se adequava a cada caso. As perguntas foram ordenadas por assuntos (temas) e analisadas individualmente na expectativa de testar qual a informação que seria pesquisada e se esta informação atendia os objetivos propostos. O questionário foi construído por muitas mãos, profissionais de saúde amigos que colaboraram com o projeto, sugerindo, observando possíveis respostas, questionando, contribuindo em cada pergunta. Para o aperfeiçoamento do instrumento, as questões foram testadas previamente, de forma voluntária, por profissionais de saúde da 1ª e 12ª CRS, experientes na assessoria à gestão municipal e que não estavam exercendo o cargo de secretários de saúde no

momento da pesquisa, visando avaliar a clareza e o grau de dificuldade de cada pergunta e também na expectativa de testar forma, conteúdo, pressupostos e técnicas de análise, além do tempo necessário para o preenchimento do instrumento de pesquisa. O questionário de pesquisa utilizado está apresentado no Apêndice 1.

3.2 – ESTUDO PILOTO

A aplicação do estudo piloto teve início logo após o projeto de pesquisa ter sido submetido à avaliação da banca de qualificação em 11 de outubro de 2005.

O projeto de pesquisa previa a realização do estudo piloto com oito profissionais que atuaram como gestores municipais de saúde em outros governos no RS. O estudo piloto foi realizado com sete profissionais devido ao esgotamento das sugestões ao instrumento de pesquisa a partir da quarta entrevista. As visitas foram agendadas por contato telefônico em local indicado por cada profissional, e foi realizado pela pesquisadora no período de 27 de outubro a 4 de novembro de 2005. Como resultado do estudo piloto foram realizados pequenos ajustes em nove questões buscando maior clareza nos enunciados de determinadas perguntas, uso de linguagem simples e o agrupamento de algumas questões.

3.3 – COLETA DE DADOS

A primeira ação a ser desenvolvida foi à sensibilização do Delegado Regional de Saúde da 1ª CRS explicando a importância da participação dos secretários de saúde na pesquisa, via ofício e visita agendada pela pesquisadora. O projeto de pesquisa foi apresentado e proposta a colaboração da 1ª CRS. Concomitantemente foi solicitada

listagem de dados dos secretários municipais de saúde (nome completo, telefones de contato, endereços das secretarias municipais e endereços eletrônicos).

A proposta inicial seria realizar a coleta de dados em um evento ou reunião de trabalho solicitada pelo delegado regional de saúde da 1ª Coordenadoria. A efetivação desta proposta não foi possível, apesar de acordos prévios. Foi combinado um momento na reunião da Comissão Intergestores Bipartite Regional para falar brevemente sobre a pesquisa na Comissão Intergestores Bipartite Regional da 1ªCRS (CIB-Regional da 1ªCRS), realizada no dia 10 de novembro no município de Viamão.

Foram realizadas duas tentativas através de convites por meio eletrônico para os secretários participarem da pesquisa em datas pré-agendadas no campus da universidade, com resposta positiva de apenas três secretários devido às agendas de cada gestor. Assim, a maioria dos secretários foi visitada em seu município através de agendamento de visita previamente feita por contato telefônico. A coleta de dados (visita aos secretários) ocorreu no período de 18 de novembro de 2005 a 23 de fevereiro para visitar 23 gestores, e foi realizada por uma das pesquisadoras (VLBS). A última visita ocorreu em 28 de março de 2006 e foi realizada por um colaborador enfermeiro da secretaria de saúde de determinado município devido ao secretário de saúde não estar disponível no momento da visita agendada previamente em cinco oportunidades. Utilizou-se um *chek-list* para acompanhar o andamento desta etapa de pesquisa além do sistema de urna lacrada para a guarda dos questionários. A urna só foi aberta após o preenchimento do 24º questionário.

3.4 – ENTRADA E LIMPEZA DOS DADOS

A codificação das respostas foi realizada pela pesquisadora. Foram criadas codificações para as respostas das perguntas abertas após o preenchimento dos questionários. Esta codificação ficou registrada para posterior análise e conferência. O questionário foi digitado no programa EPI Info 6.0, com as devidas limitações para os valores válidos nas respostas (Chek) a fim de evitar erros de digitação. A entrada de dados foi realizada independentemente por dois digitadores diferentes. A limpeza dos dados consistiu no cruzamento das duas entradas de dados, verificando-se a sua consistência. Os dados com diferença foram corrigidos a partir dos questionários. Após esta etapa o banco de dados foi exportado para o SPSS 13.0.

3.5 – ANÁLISE DOS DADOS

A análise iniciou com a contagem da frequência simples de todas as variáveis a serem investigadas. As variáveis foram agrupadas conforme as opções de respostas através da distribuição das frequências (Tabelas 1 e 2). Em alguns casos foram realizados determinados cruzamentos de dados para aprofundar análises iniciais. Para a análise das dificuldades na gestão de saúde referidas pelos gestores utilizou-se a frequência de 23 respondentes, pois um dos secretários deixou a maioria das respostas em branco. Optou-se por dicotomizar as respostas definindo-se o critério nenhum associado ao grau de dificuldade baixo em oposição a grau médio e alto de dificuldade, conforme resultados apresentados na Tabela 3.

Tabela 1

Variáveis para a caracterização demográfica e social dos Secretários Municipais de Saúde da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde - Região Metropolitana de Porto Alegre - RS, 2006.		
	n	%
Idade		
20 a 29 anos	01	4,2
30 a 50 anos	17	70,8
51 a 80 anos	06	25,0
Sexo		
Masculino	15	62,5
Feminino	09	37,5
Escolaridade		
Superior	16	66,7
Superior incompleto	04	16,7
Formação na área da saúde (nível superior completo)		
Medicina	05	31,2
Odontologia	03	18,7
Enfermagem	02	12,5
Serviço Social	01	6,2
Formação em outras áreas (nível superior completo)		
Administração de Empresas	02	12,5
Direito	01	6,2
Outras	02	12,5
Pós-graduação		
Saúde Pública	02	12,5
Administração de Empresas	01	6,2
Pediatria	01	6,2
Medicina do Trabalho	01	6,2
Doutorado em Cirurgia	01	6,2
Capacitação em Gestão de serviços de Saúde (mínimo 40hs nos últimos 2 anos)		
Sim	11	45,8
Não	13	54,2

Tabela 2

Variáveis para a caracterização profissional e socioeconômica dos Secretários Municipais de Saúde da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde - Região Metropolitana de Porto Alegre – RS, 2006.		
	n	%
Experiência prévia		
Primeira gestão	15	62,5
Experiência anterior	09	37,5
Tempo de experiência prévia		
< de 1 ano	01	11,1
< de 2 anos	02	22,2
De 2 a 3 anos	03	33,3
< de 4 anos	01	11,1
+ de 4 anos	02	22,2
Vínculo empregatício		
Cargo em Comissão	14	58,3
Funcionário público	09	41,7
Acúmulo de outra atividade profissional		
Sim	13	54,2
Não	11	45,8
Qual?		
Prof. Liberal área da saúde	08	61,5
Prof. Liberal outras áreas	02	15,4
Prof. Nível médio	01	7,7
Secretaria partido político	01	7,7
Vice-prefeito	01	7,7
Residência no município onde exerce o cargo		
Sim	21	87,2
Não	03	12,5
Tempo de residência onde exerce o cargo		
Mais de 10 anos	19	79,2
Menos de 10 anos	01	4,8
Renda mensal		
Acima de R\$5.000,00	10	41,7
R\$3.100,00 a R\$5.000,00	06	25,0
Até R\$3.000,00	08	33,3

Tabela 3

Dificuldades na gestão das Secretarias Municipais de Saúde no RS, Região Metropolitana de Porto Alegre, 2006.

	Grau de dificuldade							
	Alto		Médio		Baixo		Nenhum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Recursos humanos								
Limitado conhecimento do gestor sobre normativas*	01	4,3	13	56,5	05	21,3	04	17,4
Limitado conhecimento dos funcionários** sobre normativas*	03	13,0	07	30,4	10	43,5	03	13,0
Questões de pessoal	04	17,4	12	52,2	02	8,7	05	21,7
Profissionais de saúde- resistência à mudanças	03	13,0	07	30,4	09	39,1	04	17,4
Condições de trabalho								
Estrutura física deficiente	03	13,0	12	52,2	06	26,1	02	8,7
Organização do serviço								
Falta de organização da SMS**	01	4,3	04	17,4	12	52,2	05	21,7
Financiamento								
Disponibilidade de recursos financeiros	06	26,1	12	52,2	03	13,0	03	13,0
Valor dos salários municipais	05	21,7	09	39,1	07	30,4	02	8,7
Relações de poder								
Autonomia de gestão	-		07	30,4	09	39,1	07	30,4
Política intersetorial municipal	01	4,3	09	39,1	09	39,1	04	17,4
Capacidade pessoal de articulação política com diversos atores do governo municipal	-		04	17,4	12	52,2	07	30,4
Interferência político partidária	-		04	17,4	10	43,5	09	39,1
Relações com o Conselho Municipal de Saúde	-		01	4,3	08	34,8	14	60,9
Relações com o Legislativo	01	4,3	03	13,0	12	52,2	07	30,4

4 - QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa não utilizou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devido ao fato do estudo não envolver grupos vulneráveis, tampouco métodos que possam afetar os sujeitos de pesquisa conforme avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa desta Universidade. Foi solicitado pelo Comitê de Ética acrescentar no cabeçalho do questionário o compromisso dos pesquisadores com relação a confidencialidade da identidade dos respondentes, bem como dados de acesso aos pesquisadores para eventual esclarecimento de dúvidas e/ou sugestões, bem como dos resultados de pesquisa.

Devido às práticas de trabalho comumente utilizadas pelos gestores nos pactos e acordos do SUS, e o fato de que os entrevistados não ficariam com nenhum documento formal com informações sobre a pesquisa/pesquisadores e sua participação na pesquisa, foi solicitado ao Comitê de Ética autorização para utilizar um Termo de Compromisso que apresentasse a pesquisa de forma resumida assegurando o respeito aos aspectos éticos atinentes à pesquisa em duas vias, assinados pelos entrevistados e pesquisadora no momento da coleta de dados (Apêndice 2). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unisinos, Resolução nº 043/2005 (10/11/2005), tendo sido respeitados os preceitos éticos e legais referentes à realização de pesquisa envolvendo seres humanos Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 1996. Ressalta-se não haver qualquer conflito de interesse quanto ao tema de pesquisa.

5 – CRONOGRAMA

ANO		2004		2005					2006											
Atividade	Mês	N	D	Jan a Ago	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1.Revisão da literatura																				
2.Apresentação do projeto																				
3.Envio ao Comitê de Ética - CEP																				
4.Qualificação do projeto																				
5.Teste piloto																				
6.Coleta de dados																				
7.Montagem/limpeza do banco de dados																				
8.Análise dos resultados																				
9.Elaboração do relatório																				
9.Elaboração do artigo																				
10.Defesa da dissertação																				

6 – ORÇAMENTO

Os custos para o desenvolvimento da pesquisa envolveram a utilização de materiais e outros conforme discriminação a seguir. Este orçamento foi custeado pela pesquisadora.

DESPESAS	R\$
1. MATERIAL PERMANENTE	
1.1 LIVROS, ARTIGOS	500,00
TOTAL DE MATERIAL PERMANENTE	500,00
2. MATERIAL DE CONSUMO	
2.1 CARTUCHOS P/ IMPRESSORA	220,00
2.2 CDs	9,00
2.3 FOLHAS A4	38,40
TOTAL DE MATERIAL DE CONSUMO	267,40
3. SERVIÇOS DE TERCEIROS	
3.1 FOTOCÓPIAS/IMPRESSÕES/ENCADERNAÇÃO	300,00
3.2 CRIAÇÃO DO BANCO DE DADOS E DUPLA DIGITAÇÃO, VALIDATE, EXPORTAÇÃO DOS BANCOS DE DADOS (PILOTO E PRINCIPAL) DO EPI INFO PARA O SPSS	200,00
3.3 FORMATAÇÃO/CORREÇÃO	350,00
3.4 DESPESAS COM TELEFONIA	450,00
3.4 DESPESAS COM TRANSPORTE (TELEFONIA)	650,00
TOTAL SERVIÇOS DE TERCEIROS	1.950,00
TOTAL	2.717,40

REFERÊNCIAS:

- 1 - ASTEPLAN/SES/RS, <http://www.saude.rs.gov.br> , acesso em 18/9/2005.
- 2 - AURÉLIO, Dicionário Século XXI. Disponível em www.uol.com.br/aurelio/ acesso em 20/11/2005.
- 3 - BRASIL. Gestores do SUS, olhares e vivências, 2005. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/sus.html acesso em 22/09/2005.
- 4 - BRASIL. **Legislação do SUS/CONASS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários da Saúde, 2003.
- 5 - GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**, 5 ed., São Paulo: Atlas, 1999.
- 6 - IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em www.ibge.gov.br acesso em 06/06/2005.

APÊNDICES

APÊNDICE 1
QUESTIONÁRIO

PESQUISA: SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E O SUS NO RS	Nºquest: — — —
<i>ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES COLETADAS SERÃO CONFIDENCIAIS.</i> Dúvidas contatar Vívian Schild (pesquisadora): wiki.sle@terra.com.br ou (51) 3589 3747res. ou (51) 8445 3747. NA SUA OPINIÃO QUAIS SÃO AS FUNÇÕES DO(A) SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL DE SAÚDE?	

ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES COLETADAS SERÃO CONFIDENCIAIS.		Não preencher esta coluna:
1-QUANTOS ANOS COMPLETOS O Sr.(a) TEM? ____ anos		Idade ____
2-INDIQUE O SEU SEXO: () 0-Masculino () 1-Feminino		Sexo ____
3-INDIQUE SEU MAIOR GRAU DE ESCOLARIDADE? <i>Marque com "X" sua situação escolar atual.</i>		
() 0- Ensino Fundamental (1º grau) incompleto		
() 1- Ensino Fundamental (1º grau) completo		Escol ____
() 2- Ensino Médio (2º grau) incompleto		
() 3- Ensino Médio (2º grau) completo		Qual _____
() 4- Curso técnico completo. Qual? _____		_____
() 5- Superior incompleto. Qual curso? _____		
() 6-Superior completo. Qual o curso? _____		
() 7-Especialização em Saúde Pública. Ano de conclusão: ____ _		
8-Pós-graduação incompleta:		
() a) Mestrado em: _____ Ano: _____		
() b) Doutorado em: _____ Ano: _____		
() c) Pós-doutorado em: _____ Ano: _____		
9-Pós-graduação completa:		
() a) Mestrado em: _____ Ano: _____		
() b) Doutorado em: _____ Ano: _____		
() c) Pós-doutorado em: _____ Ano: _____		

4-INFORME A SUA PROFISSÃO: <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 1-Administrador () 2-Advogado () 3-Assistente Social () 4-Auxiliar de Administração () 5-Auxiliar/Técnico de Enfermagem () 6-Auxiliar/Técnico de Odontologia () 7-Contador () 8-Economista () 9-Enfermeiro () 10-Engenheiro () 11-Fisioterapeuta () 12-Farmacêutico () 13-Médico () 14-Médico-veterinário () 15-Odontólogo () 16-Psicólogo () 17-Sociólogo () 18-Técnico de Contabilidade () 19-Técnico de Laboratório () 20-Outra profissão de nível superior. Especifique: _____ () 21-Outra profissão de nível médio. Especifique: _____ () 22-Outra. Especifique: _____	Não preencher esta coluna: Prof ____
5-QUAL A SUA RENDA MENSAL? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Até R\$2.000,00 () 1-De R\$2.100,00 a R\$3.000,00 () 2-De R\$3.100,00 a R\$4.000,00 () 3-De R\$4.100,00 a R\$5.000,00 () 4-Acima de R\$5.000,00	Renda ____
6-NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS O Sr. (a) PARTICIPOU DE ALGUM CURSO DE CAPACITAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE COM CARGA HORÁRIA MÍNIMA DE 40HS? () 0-Não () 1-Sim	Cap _____ G

7-QUAIS OS MOTIVOS QUE DETERMINARAM O CONVITE PARA O CARGO DE SECRETÁRIO DE SAÚDE. <i>Marque com "X" quantas opções forem necessárias.</i> () 0-Pessoa de confiança do prefeito () 1-Dedicação () 2-Devido a ter exercido cargo representativo () 3-Experiência anterior como secretário de saúde () 4-Atuação profissional na área da saúde () 5-Indicação política do partido do governo () 6-Bom relacionamento com a comunidade () 7-Honestidade () 8-Outro. Qual? _____	Não preencher esta coluna: Mot _____ _____ _____ _____ _____ _____
8-INDIQUE SEU VÍNCULO EMPREGATÍCIO <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Funcionário público estatutário () 1-Funcionário público CLT. () 2-Cargo em comissão () 3-Outro. Especifique: _____	VincE _____
9-O Sr (a) RESIDE NO MUNICÍPIO ONDE É SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE? () 0- Não () 1- Sim. Há quantos (anos completos)? ____ anos	Res _____
10-HÁ QUANTO TEMPO O Sr. (a) EXERCE O CARGO DE SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE NESTA GESTÃO? ____ anos ____ meses (responda em anos e/ou meses)	Hátemp _____
11-O Sr. (a) JÁ FOI SECRETÁRIO(A) DE SAÚDE EM OUTRAS GESTÕES? () 0-Não, é a primeira vez. () 1-Sim. Por quanto tempo o Sr.(a) foi secretário de saúde? _____ (responda em anos e/ou meses)	Foi Secr _____ Temp _____

12-ALÉM DE SER SECRETÁRIO (A) DE SAÚDE, O Sr. (a) ACUMULA MAIS ALGUMA FUNÇÃO PÚBLICA OU OUTRA ATIVIDADE PROFISSIONAL? () 0- Não (em caso negativo pule para a questão nº14) () 1- Sim 13-QUAL A SUA OUTRA FUNÇÃO ACUMULADA COM A DE SECRETÁRIO (A) MUNICIPAL DE SAÚDE? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Médico(a) () 1-Professor(a) () 2-Outra secretaria municipal. Qual? _____ () 3-Outra função. Qual? _____ 14-O SR.(A) É FILIADO(A) A PARTIDO POLÍTICO? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0- Não (em caso negativo pule para a questão nº16). () 1- Sim. Qual? _____ (nome por extenso e sigla) 15-HÁ QUANTO TEMPO? _____ (responda em anos e/ou meses) 16-QUAL A POPULAÇÃO APROXIMADA DO SEU MUNICÍPIO? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0- Até 5.000 habitantes () 1-De 5.001 até 10.000 habitantes () 2-De 10.001 até 20.000 habitantes () 3-De 20.001 até 50.000 habitantes () 4-De 50.001 até 100.000 habitantes () 5-De 100.001 até 500.000 habitantes () 6-Mais de 500.000 habitantes	Não preencher esta coluna: Acum _____ Outr func_____ PPol_____ — — Hátemp_____ Pop _____
---	---

AGORA VAMOS ABORDAR QUESTÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS “TODAS AS PESSOAS, SEM DISCRIMINAÇÃO, TEM DIREITO A IGUALDADE DE ACESSO, CHEGADA E INGRESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS E GRATUITOS”. 17-O SUS ESTÁ EMBASADO EM PRINCÍPIOS E DIRETRIZES. NO SEU ENTENDIMENTO A FRASE ACIMA ESTÁ RELACIONADA A QUAL PRINCÍPIO DO SUS? <i>Marque com “X” uma única opção.</i> () 0-Universalidade () 1-Integralidade () 2-Eqüidade () 3-Resolutividade () 4-Participação da comunidade 18-NA SUA VISÃO, A COMPETÊNCIA DE FINANCIAR O SUS É RESPONSABILIDADE DE QUAL (IS) ESFERA (S) DE GOVERNO? <i>Marque com “X” uma única opção.</i> () 0- Município () 1- Governo Federal () 2- Governo Federal e Estado () 3- Governo Federal, Estado e Município 19-ATRAVÉS DA SUA EXPERIÊNCIA QUAIS SERIAM AS COMPETÊNCIAS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: <i>Marque com “X” quantas opções forem necessárias.</i> () 0-Analisar e aprovar a prestação de contas da Secretaria de Saúde. () 1-Analisar e aprovar os planos de aplicação dos recursos da Vigilância em Saúde. () 2-Propor ações a serem desenvolvidas pela Secretaria de Saúde. () 3-Executar o Plano Municipal de Saúde. () 4-Fiscalizar as ações da Secretaria de Saúde. () 5-Proceder à revisão periódica dos planos de saúde municipais. () 6-Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.	Não preencher esta coluna: Princ ____ CSUS ____ CompCS _____ _____ _____ _____ _____
--	--

20- NA SUA TRAJETÓRIA DE GESTÃO, O QUE O Sr. (a) CONSIDERA COMO A PRINCIPAL FORMA DE PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO SUS? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Câmara de vereadores () 1-Conselho municipal de saúde () 2-Associação comercial/industrial () 3-Não há participação () 4-Outra.Qual? _____ 21-O Sr. (a) CONSIDERA O SETOR PRIVADO (HOSPITAIS, CLÍNICAS PARTICULARES E COOPERATIVAS MÉDICAS) FAZ PARTE DO SUS? () 0-Não () 1-Sim () 99-Ignorado A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE REGIONAL É O FÓRUM DE NEGOCIAÇÃO E DELIBERAÇÃO ENTRE A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, (ATRAVÉS DA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE), E AS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. 22-O Sr.(a) PARTICIPA MENSALMENTE DAS REUNIÕES DA CIB-REGIONAL (COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DA 1ªCRS)? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Não () 1-Não, envio representante. () 2-Não, nunca fui convidado. () 3-Sim () 4-Sim, quando possível. 23-QUAL O CRITÉRIO OU PROCEDIMENTO MAIS UTILIZADO NO SEU MUNICÍPIO PARA O ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES NA SAÚDE? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Demanda espontânea. () 1-Solicitações de políticos locais. () 2-Parecer do corpo técnico. () 3-Propostas do Conselho Municipal de Saúde. () 4-Sugestões de outras esferas de governo. () 5-Outro. Qual? _____	Não preencher esta coluna: PartC ____ Priv ____ Cib ____ Critp ____
---	---

24-QUAL O GRAU DE APOIO (COOPERAÇÃO TÉCNICA) PARA O PLANEJAMENTO E A GESTÃO DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO?	Não preencher esta coluna:
Alto Médio Baixo Não utilizei	Prifonte
1-Governo Estadual – SES/1ªCRS	1__
2-Universidade	2__
3-Assedisa	3__
4-Famurs	4__
5-Consultoria externa(empresa contratada para este fim).	5__
6-Apoio de gestores de saúde de outros municípios.	6__
7-Conselho Estadual de Saúde	7__
8-Governo Federal-Ministério da Saúde	8__
25-NO SEU MUNICÍPIO QUEM ESTÁ ELABORANDO O PLANO PLURIANUAL DE SAÚDE?	Plan ____
<i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-O prefeito. () 1-O vice-prefeito. () 2-O secretário de saúde. () 3-A equipe técnica da secretaria de saúde. () 4-A equipe técnica da secretaria com o conselho municipal de saúde. () 5-A equipe política. () 6-Universidade () 7-Consultoria contratada () 8-Outra.Qual? _____	

26-INDIQUE O GRAU DE DIFICULDADE PARA ADMINISTRAR A SUA SECRETARIA DE SAÚDE HOJE EM RELAÇÃO A:					Não preencher esta coluna:
	<u><i>Grau de dificuldade</i></u>				
	Nenhuma	Baixa	Média	Alta	
0-Pouco conhecimento do gestor de saúde sobre as normativas (leis, diretrizes) do SUS.	()	()	()	()	Conh____
1-Estrutura física deficiente (prédios, postos, hospital).	()	()	()	()	Estr_____
2-Desorganização da secretaria de saúde.	()	()	()	()	Des_____
3-Pouco conhecimento dos funcionários da secretaria de saúde sobre as normativas(leis, diretrizes) do SUS.	()	()	()	()	Com_____
4-Falta de autonomia	()	()	()	()	F aut_____
5-Interferência político-partidária	()	()	()	()	IntP_____
6-Questões de pessoal	()	()	()	()	Qpes_____
7-Disponibilidade de recursos financeiros	()	()	()	()	D\$_____
8-Capacidade de articulação política entre os diversos atores do governo municipal	()	()	()	()	ArtPol_____
9-Valor dos salários	()	()	()	()	\$sal_____
10-Política intersetorial municipal	()	()	()	()	Polset_____
11-Relações com o Conselho Municipal de Saúde	()	()	()	()	NCMS_____
12- Relações com o legislativo	()	()	()	()	RLeg_____
13-Profissionais de saúde resistentes às mudanças".	()	()	()	()	Pres_____
14-Outros. Quais?					Q1_____
15-_____	()	()	()	()	Q2_____
16-_____	()	()	()	()	Q3_____
17-_____	()	()	()	()	Não

30-QUAIS SÃO AS AÇÕES/SERVIÇOS QUE COMPÕE O PISO DE ATENÇÃO BÁSICA: <i>Marque com "X" quantas opções forem necessárias.</i> () 0-Consultas em pediatria () 1-Consultas em neurologia () 2-Consultas em ginecologia/obstetrícia () 3-Consultas em oncologia(câncer) () 4-Consultas em clínica médica (clínico geral) () 5-Consultas em cirurgia geral. () 6-Não sei/não lembro	preencher esta coluna: AçBas _____ _____ _____ _____ _____
31-HÁ OBRIGATORIEDADE EM FAZER A PACTUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Não () 1-Não, mas meu município pactuou esse ano. () 2-Sim. () 3-Sim, mas se eu estivesse em gestão plena não precisaria. () 4-Não sei/não lembro	Pacto _____ Fms _____
32-QUEM É RESPONSÁVEL PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE NO SEU MUNICÍPIO? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Secretário da Administração () 1-Secretário da Fazenda () 2-Secretário de Saúde () 3-Prefeito () 4- Não sei/não lembro	
33-O Sr. (A) PARTICIPOU DA REUNIÃO DE PACTUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM A 1ªCOORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE(ESTADO) NESTE ANO? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Não () 1-Sim	ParPacto _____ Não

34-UM MUNICÍPIO HABILITADO NA GESTÃO PLENA DE SAÚDE PODE RECUSAR-SE A ATENDER A SUA POPULAÇÃO REFERENCIADA? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Não () 1-Sim. Explique: _____ () 2-Não saberia responder, pois meu município está na gestão de Atenção Básica	preencher esta coluna: Plena ____
ANALISE A SEGUINTE SITUAÇÃO: UM MUNICÍPIO COM POPULAÇÃO ATÉ 10.000 HABITANTES, QUE NÃO ESTÁ CONSEGUINDO OFERTAR MAMOGRAFIAS PELO SUS (NÃO HÁ ESTE SERVIÇO NO MUNICÍPIO, OU NÃO HÁ INTERESSE DOS SERVIÇOS EXISTENTES EM CREDENCIAR-SE AO SUS).	
35-QUAL SERIA A MELHOR ALTERNATIVA PARA GARANTIR ESTE SERVIÇO? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Comprar um mamógrafo para o município. () 1-Comprar mamografias nos serviços privados (valores acima da tabela SUS). () 2-Realizar consórcio de saúde entre os municípios vizinhos. () 3-Outro. Qual? _____	Gar ____
36-COMO O Sr.(a) RESOLVERIA SE HOUVESSE FALTA DE CONSULTAS EM NEUROLOGIA NO SEU MUNICÍPIO? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Compraria uma camioneta (van) e enviaria os pacientes para um grande centro (por exemplo Porto Alegre). () 1-Contrataria o serviço pelo SUS (credenciamento). () 2-Conseguiria abatimento (desconto) no setor privado. () 3-A prefeitura pagaria a maior parte da consulta e o paciente o restante. () 4-Negociaria referência para outro serviço. () 5-Outro. Qual? _____	FaltaC ____

37-NO SEU MUNICÍPIO A EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO DA SAÚDE É FEITA PELO (A): <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0- Conselho Municipal de saúde () 1- Secretaria da Fazenda () 2- Gabinete do prefeito () 3- Fundo Municipal de Saúde () 4- Outro. Qual? _____ () 5- Não sei/não lembro	Não preencher esta coluna: ExeOrç ____
VAMOS FALAR SOBRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE:	
38-SELECIONE ABAIXO AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. <i>Marque com "X" quantas opções forem necessárias.</i> () 0-Verificar pressão arterial () 1-Analisar amostras de água e alimentos () 2-Realizar coleta de pré-câncer () 3-Vacinar crianças, adultos e idosos () 4-Notificar doenças () 5-Analisar dados de mortalidade e nascimento () 6-Verificar/medir a glicose(diabetes)	AçVS _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
39-O Sr.(A) FIRMOU COMPROMISSO COM O ESTADO QUANTO AO CUMPRIMENTO DE METAS DE VACINAÇÃO? <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Não () 1-Sim () 2-Não sei/não lembro	Mvac ____
40-MARQUE UMA AÇÃO DA EQUIPE DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL. <i>Marque com "X" uma única opção.</i> () 0-Realizar a coleta de lixo hospitalar. () 1-Realizar ações de combate e eliminação de criadouros do mosquito aedes aegypti(transmissor da dengue). () 2-Vacinar crianças, adultos e idosos. () 3-Notificar doenças relacionadas ao trabalho	AçVA ____

41-INDIQUE O GRAU DE APOIO DA 1ªCRS e ASSEDISA FRENTE AS NECESSIDADES DA SUA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.									Não preencher esta coluna: Grau de apoio 1ªCRS/ Assedisa
A) 1ªCRS				B) ASSEDISA					
Alto	Médio	Baixo	Não utilizei	Alto	Médio	Baixo	Não utilizei		
1-Implantar/acompanhar programas de saúde	()	()	()	()	()	()	()	()	1a____ 1b____
2-Credenciamento de prestadores de serviço ao SUS	()	()	()	()	()	()	()	()	2a____ 2b____
3-Faturamento	()	()	()	()	()	()	()	()	3a____ 3b____
4-AIH	()	()	()	()	()	()	()	()	4a____ 4b____
5-APACs	()	()	()	()	()	()	()	()	5a____ 5b____
6-Cartão SUS	()	()	()	()	()	()	()	()	6a____ 6b____
7-Relatório de Gestão	()	()	()	()	()	()	()	()	7a____ 7b____
8-SIM/SINASC	()	()	()	()	()	()	()	()	8a____ 8b____
9-Vig. Sanitária	()	()	()	()	()	()	()	()	9a____ 9b____
10-Vig. Epidemiológica	()	()	()	()	()	()	()	()	10a____ 10b____
11-Vig. Ambiental	()	()	()	()	()	()	()	()	11a____ 11b____
12-Vig. Saúde do Trabalhador	()	()	()	()	()	()	()	()	12a____ 12b____
13-Programas de Assistência Comunitária	()	()	()	()	()	()	()	()	13a____ 13b____

APÊNDICE 2
TERMO DE COMPROMISSO

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Pesquisa: Secretários Municipais de Saúde e o SUS no RS

A presente pesquisa visa conhecer os secretários municipais de saúde dos 24 municípios vinculados à 1ª Coordenadoria Regional de Saúde / Secretaria Estadual de Saúde - RS. Quem são e quais são os conhecimentos que possuem sobre o SUS frente às suas atribuições como gestores públicos de saúde. Conhecer e compreender as principais dificuldades que enfrentam para promover a gestão de saúde municipal. Os benefícios serão identificar dificuldades na gestão municipal e suas necessidades de formação e capacitação.

A pesquisa Secretários Municipais de Saúde e o SUS no RS foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unisinos (CEP/Unisinos) através da resolução nº 043/2005 de 10/11/05, e está sendo realizada por Vivian Lídia Bennemann Schild (mestranda em saúde coletiva) e pela Profª Drª Janice Dorneles de Castro (orientadora).

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa emitindo seu parecer a respeito das questões solicitadas através de um questionário padronizado.

TERMO DE COMPROMISSO

Pelo presente Termo de Compromisso, concordo em participar da pesquisa e declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente Projeto de Pesquisa.

Fui igualmente informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;
- Da segurança da confidencialidade da minha identidade.
- Da eventual necessidade de esclarecimento de dúvidas e/ou sugestões via contato com a pesquisadora Vivian L. B. Schild através dos telefones (51) 8445 3747 e (51) 589 3747 ou por e mail: viki.sle@terra.com.br .

O presente termo será emitido em duas vias, uma para o sujeito da pesquisa e outra para as pesquisadoras.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2005.

Vivian Lídia Bennemann Schild
Pesquisadora

Secretário Municipal de Saúde
de _____