

**UFRGS – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (Executora
Regional) – UNIUI / UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO
DO RIO GRANDE DO SUL (Coordenação Local)
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE EQUIPES GESTORAS DE SISTEMAS E
SERVIÇOS DE SAÚDE**

JOICE MARQUES

**A REFORMA ADMINISTRATIVA E A GESTÃO DO SUS: uma discussão
com gestores e trabalhadores do município de Ibirubá, RS**

UFRGS
Escola de Administração
BIBLIOTECA
R. Washington Luiz, 275
Fone: (51) 3316.3808 - Fax: (51) 3316.3891
CEP 90010-460 - Porto Alegre - RS - Brasil

Ijuí, 2004

GS 2004/111
Sys: 4 32932

**UFRGS – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (Executora
Regional) – UNIJUI / UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO
DO RIO GRANDE DO SUL (Coordenação Local)
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE EQUIPES GESTORAS DE SISTEMAS E
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Joice Marques

**A REFORMA ADMINISTRATIVA E A GESTÃO DO SUS: uma discussão
com gestores e trabalhadores do município de Ibirubá, RS**

Monografia de conclusão do curso de Especialização de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, da UFRGS (Executora Regional) e UNIJUI (Coordenação Local), para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Liane Beatriz Righi

Ijuí, 2004

RESUMO

Este trabalho é um estudo na construção do Sistema Único de Saúde – SUS e tem seu enfoque no município, mais especificamente na reforma administrativa, trazendo o estudo para a realidade local, envolvendo seus atores sociais. O município de Ibirubá encontra-se em um movimento de mudanças onde busca o fortalecimento do setor público incluindo a saúde de forma a gerar impactos na melhoria das condições de saúde da população. No ano de 2002, na Prefeitura Municipal de Ibirubá foi feita uma reforma administrativa visando o equilíbrio financeiro, para fazer chegar mais perto da população os serviços prestados pela Prefeitura, e uma reestruturação das Secretarias Municipais para melhorar as condições de desenvolvimento dos planos de ações setoriais. Com isto a Secretaria Municipal da Saúde teve alteração de sua organização. A partir de uma abordagem qualitativa discute a reforma administrativa e suas expressões na gestão local do SUS (Sistema Único de Saúde) na Secretaria Municipal da Saúde de Ibirubá/RS. Foi realizado entrevistas com uma questão norteadora para executivos, gestores, funcionários e conselheiros. Também realizei uma pesquisa documental: Leis Municipais da Reforma Administrativa, Regulamentos, Atas de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão e Plano Municipal de Saúde. Em relação as modificações e/ou alterações apresentam-se ainda em processo de mudanças e avanços, pois o processo ainda é recente e segundo o grupo que participou da coordenação disseram que os frutos desse processo da reforma administrativa na saúde ainda colhidos, pois os melhores resultados viram a seguir com a integração da equipe e com o comprometimento da continuidade das ações, pois os funcionários são a partir de agora do quadro com plano de cargos carreira e salários e não os cargos em comissão como era antes de 2002. E que todos os entrevistados vêem que a reforma foi importante para o avanço do sistema, mas devemos avançar mais, principalmente na integração e qualificação dos recursos humanos, com um importante ator “o gestor municipal de saúde”.

SUMÁRIO

RESUMO	3
SUMÁRIO	4
1. INTRODUÇÃO	5
2. REVISÃO DE LITERATURA	8
2.1. O ESPAÇO LOCAL E OS PROCESSOS DE DESCENTRALIZAÇÃO	9
2.2. REFORMA ADMINISTRATIVA	13
3. MÉTODO DA PESQUISA	16
3.1. TIPO DE ESTUDO	16
3.1.2. Entrevistas	16
3.1.3. Pesquisa Documental.....	18
3.2. CAMPO DE ESTUDO	19
3.3. COLETA DE DADOS	21
3.4. ANÁLISE DOS DADOS	22
4. CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS	34

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho é um estudo da construção do Sistema Único de Saúde – SUS e tem seu enfoque no município, mais especificamente na reforma administrativa, trazendo o estudo para a realidade local, envolvendo seus atores sociais. Por estar em processo de mudanças, tanto no aspecto de gerenciamento e de pessoal, quanto às ações e devido à municipalização da saúde, será enfrentada uma nova fase em relação à operacionalização desses processos.

O interesse por este estudo decorre, inicialmente, do enfoque que vem sendo dado aos municípios, no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, através das Normas Operacionais Básicas- NOBs e Normas Operacionais de Assistência da Saúde- NOASSs..

O município de Ibirubá encontra-se em um momento de mudanças buscando o fortalecimento do setor público incluindo a saúde de forma a gerar impactos na melhoria das condições de saúde da população. No ano de 2002, através da reforma administrativa da Prefeitura Municipal de Ibirubá, a Secretaria Municipal da Saúde teve alteração de sua organização, clareando desta forma um caráter relacionado com as demais políticas públicas evidenciando seu campo concreto de atuação o que constata na lei 1748/00 de 27/12/00.

Um sério obstáculo à implantação do SUS é a não realização de reformas administrativas que readaptem a estrutura municipal de saúde, as suas novas funções. Sem a reforma da administração pública que desconcentre essas responsabilidades, certamente não será viável a melhoria da produtividade e da qualidade dos sistemas locais (Gastão, 1997).

As exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal – entre elas, o limite de 60% de comprometimento da receita em gastos com o funcionalismo - sacudiram os prefeitos. A alternativa foi investir em novas formas de administração. A reforma administrativa não pode ser apenas a embalagem requintada para o mero corte de despesas. Em Ibirubá no Alto Jacuí, o prefeito assumiu o mandato em 2001 com uma dívida de R\$ 7,9 milhões. A primeira aposta foi na redução da estrutura. No lugar dos temporários, colocou funcionários concursados. A economia atingiu os R\$ 2 bilhões. Ibirubá também optou por criar um instituto municipal de previdência (Fonte: Zero Hora 18/04/04).

A municipalização da saúde tem seu impacto sobre o poder local, tanto pelos antecedentes da história político-administrativa quanto pelo modelo privatizante da reforma do estado.

Hoje, é quase consensual entre os gestores a demanda por uma maior autonomia administrativa na alocação de recursos humanos, na contratação de pessoal e na captação e utilização de recursos financeiros. Ao olhar para o SUS, verificam-se diferentes formas de admissão. A reforma administrativa põe fim às idéias defendidas na década de 1980. Surge com ela proposta de alterações na política de recursos humanos, como estágio probatório (estabilidade) de 3 anos. Com a reforma administrativa realizada pela prefeitura, a Secretaria Municipal de Saúde de Ibirubá está com seu quadro de funcionários concursados (na sua maioria) e equipe multidisciplinar.

Exigir os conhecimentos das tendências construídas no passado, os desafios do presente e o desenho do futuro. Temos que ter visão do sujeito - individual e/ou do coletivo, do Estado de bem-estar ou de uma sociedade de bem-estar. O futuro poderá, ter cenários distintos depende da mobilização dos sujeitos “nós”. O futuro terá como cenário o município tendo como base às problemáticas locais, desenvolvimento de redes, com referência geográfica, e as mesmas preocupações comuns, temos muito forte hoje a “comunicação” informações via livros, televisão, rádio, internet.

Visando o equilíbrio financeiro, foi realizada uma reforma administrativa, para fazer chegar mais perto da população os serviços prestados pela Prefeitura, e uma reestruturação das Secretarias Municipais para melhorar as condições de desenvolvimento dos planos de ações setoriais. A reforma administrativa e financeira foi aprovada na Câmara Municipal de Ibirubá, contendo todos os projetos de lei do lote de medidas a serem adotadas, inclusive a criação de um plano previdenciário.

O sistema único de saúde, proposta oriunda nos anos 70 do Movimento pela Reforma Sanitária, é resultante de uma luta em prol do princípio de que a defesa da saúde é a defesa da própria vida.

Na 1ª Conferência Municipal de Saúde realizada em 2000, em todos os grupos de trabalho, a proposta que apareceu foi a que a secretaria deveria ter uma equipe multidisciplinar, contemplado com a reforma administrativa através da lei nº 003/2002 e do concurso público.

Nesta trajetória da reforma acompanhei o processo, pois também participei do concurso público tendo tido experiência como era a secretaria da saúde antes e como está agora e ao mesmo tempo busco através da fala dos atores envolvidos (profissionais, gestores, controle social), avaliar qual foi o impacto da reforma administrativa no processo de consolidação do SUS local.

Entendo que o processo de consolidação do SUS em Ibirubá, pós reforma administrativa, demanda do município esforços sociais, políticos entre outros, vinculados direta ou indiretamente à área da saúde e principalmente aqueles responsáveis pela produção e distribuição de bens e serviços de saúde à população – os gestores e profissionais – que são representantes no âmbito local da SMS.

É nesse entendimento que direciono meu olhar ao município de Ibirubá, ao considerar que este se encontra inserido no processo de consolidação do SUS desde 98 quando se habilitou a NOB/96 e também com a lei 003/02 que deu início a reforma administrativa mudando o quadro da SMS.

Busco neste trabalho responder a seguinte questão: Qual a influência da reforma administrativa ocorrida em 2002 na Prefeitura Municipal de Ibirubá/RS, sobre a organização local do SUS?

Neste sentido o presente trabalho tem como objetivo: Avaliar o impacto/ influência da reforma administrativa da Prefeitura Municipal de Ibirubá/RS na organização local do setor saúde.

Tomando também como referência esses entendimentos, delinheiro os seguintes objetivos específicos: Relatar as etapas da reforma administrativa; Mostrar o impacto da Reforma sobre o trabalho (na saúde); Estimular a troca de experiências e informações; Contribuir para a gestão do SUS no âmbito local.

A partir de uma abordagem qualitativa discute a reforma administrativa e suas expressões na gestão local do SUS (Sistema Único de Saúde) na Secretaria Municipal da Saúde de Ibirubá/RS. Realizei entrevistas com uma questão norteadora para executivos, gestores, funcionários e conselheiros. Também realizei uma pesquisa documental: Leis Municipais da Reforma Administrativa, Regulamentos, Atas de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão e Plano Municipal de Saúde.

Em relação às modificações e/ou alterações apresentam-se ainda em processo de mudanças e avanços, pois o processo ainda é recente e segundo o grupo que participou da coordenação disseram que os frutos desse processo da reforma administrativa na saúde ainda colhidos, pois os melhores resultados viram a seguir com a integração da equipe e com o comprometimento da continuidade das ações, pois os funcionários são a partir de agora do quadro com plano de cargos carreira e salários. E que todos os entrevistados vêem que a reforma foi importante para o avanço do sistema, mas devemos avançar mais, principalmente na integração e qualificação dos recursos humanos, com um importante ator “o gestor municipal de saúde”.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Este trabalho tem o propósito de analisar criticamente um processo de Reforma Administrativa ocorrido na Prefeitura do Município de Ibirubá/RS, após 2002.

Em alguns municípios houve importantes avanços através de iniciativas da gestão municipal, que injetou recursos próprios e foi além das diretrizes estaduais e federais. Em outros, as implementações de programas e experiências assistenciais são formuladas exclusivamente no nível federal e são incorporadas pela gestão municipal, apenas como uma forma de injetar recursos externos, principalmente federais, no município.

O processo de produção de saúde envolve grande contingente de recursos humanos, equipamentos, recursos financeiros. Cada sistema de saúde local é único, uma vez que é o resultado da sua própria história e da história da saúde, nela compreendida suas ideologias, seus atores e seus governos.

O município deve se habilitar em alguma forma de gestão, com atribuições tanto para ele como para cada esfera de governo, juntamente com a transferência de recursos para o seu adequado funcionamento. Acredito que o município tem competência e responsabilidade para prestar assistência, tendo uma gestão efetiva e um controle social, como estratégia para construir um sistema de acordo com as necessidades da população.

Na década de 1990, as mudanças nas conjunturas político-econômica nacional e internacional têm tido repercussões importantes na política de saúde onde começam a surgir novas propostas e experiências no setor. A multiplicação dessas experiências se acentua em um contexto em que emerge a discussão acerca da Reforma Administrativa, incluindo a prestação de serviços de saúde, a busca de uma relação entre qualidade e custo dos serviços colocados à disposição do público, autonomia no que diz respeito à gestão de recursos humanos, materiais e financeiros e ênfase na qualidade e na produtividade do serviço público.

A trajetória percorrida pelo SUS ainda está na fase de construção, e devemos preparar o município para sua efetiva consolidação com resolutividade, integralidade, controle social e garantia dos recursos financeiros necessários para a melhora da qualidade de vida de seus munícipes.

2.1. O ESPAÇO LOCAL E OS PROCESSOS DE DESCENTRALIZAÇÃO

Construir o futuro a partir do município, conforme matéria editada no dia 18/04/04 em Zero Hora que traz como título que o interior fornece exemplos de gestão. Principalmente a partir da Constituição Federal de 1988, o Brasil vem vivendo um significativo processo de descentralização político-administrativa. Com a sua promulgação introduziu-se o Sistema Único de Saúde – SUS, com comando único em cada esfera de governo, descentralizado em rede regionalizada e hierarquizada e sob o controle social, no seu artigo 198.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com 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.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (CONASEMS,2001).

Com esse novo modelo assistencial, aparecem as Leis orgânicas da saúde (LOS) n° 8080, de 19 de setembro de 1990 e n° 8142, de 28 de dezembro de 1990 que dispõem respectivamente sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências e sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências.

Destaca-se da Constituição Federal/88 o artigo 18 que traz a competência da direção municipal do Sistema Único de Saúde. O art. 18 traz que: A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição (...) (MICOCZKI,2002).

De acordo com Gastão(1997) a descentralização recomendava um conjunto de responsabilidades, de recursos financeiros e de poder para o município, sendo este território¹ de execução e formulação de políticas. Ampliaram as responsabilidades sanitárias, distribuíram encargos do poder central para os municípios. Também deixa claro o compromisso dos governos federal e estadual com a descentralização. O município² é local de

1.Território: 1. área de um país, estado, cidade, vila. 2. área de Jurisdição. 3. área que não constituindo estado, era administrada pelo governo federal (minidicionário Luft).

1. Município: 1. Unidade administrativa do estado governada por um prefeito e uma câmara de vereadores. 2. O território respectivo (minidicionário Luft).

gestão do SUS, implementação e produção de programas, de criação e de manutenção dos desenhos organizacionais. Isto é espaço de organização³.

Mario Testa (1992: 113) diz que:

“Uma organização é, considerada de forma instantânea, uma cristalização da história, um momento da mesma que recolhe, nessa forma concreta, todo um desenvolvimento relacionado a outras determinações sociais, culturais, políticas e econômicas”.

Segundo Righi(2001) entender a organização como resultado de determinações permite, para Testa, localizá-la, no postulado de coerência, como determinada pela história, ao mesmo tempo, que determinante do método e do propósito de governo, condicionada por eles.

Historicamente órgãos nacionais e estaduais concentravam parcela importante das unidades públicas de saúde. Até 87 a função de compra de serviços privados esteve a cargo do INAMPS. Hoje o controle e a supervisão dos contratos e convênios do SUS com o setor privado não foram delegados aos municípios. Para Gastão (1997) “não há, na prática, sistema único se o poder local não tem competência legal e técnica para integrar a rede hospitalar ao mercado”.

Gastão (1997) diz que o principal fator limitante do avanço da descentralização é a dependência financeira do poder local dos governos dos estados e da união, já que vem se constatando que os recursos próprios dos municípios são insuficientes, mesmo para custeio do conjunto de serviços que lhes cabe executar. A descentralização tem buscado interlocução com os Secretários e Conselho Municipal de Saúde. Com a descentralização e a municipalização da saúde, cada município, conhecedor de seus problemas, agirá de acordo com as suas necessidades.

A lei nº 8142 de 28 de dezembro de 90 que criou os conselhos de saúde e as conferências de saúde. A representatividade dentro dos conselhos é paritária, isto é, igual número de membros entre usuários e os demais segmentos, destacamos os artigos:

Art. 2º IV – cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Art. 3º - Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lê, serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.(CONASEMS,2001).

3. Organização: 1. ação ou efeito de organizar(-se). 2. arranjo; disposição para funcionar. 3. estruturação; constituição. 4. Instituição pública ou particular. (minidicionário Luft).

Voltando a descentralização em janeiro de 1991 foi editada através de portaria pelo Ministério da Saúde a NOB – Norma Operacional Básica, que define objetivos e diretrizes para o processo de descentralização⁴.

Em agosto de 1992, realizou-se a 9ª Conferência Nacional de Saúde tendo como tema: “Municipalização é o Caminho”. Consta em seu relatório final que a municipalização não pode significar apenas a transferência de unidades e serviços para os municípios. Essa transferência deve ser acompanhada dos recursos correspondentes que permitam seu adequado funcionamento. A municipalização ultrapassa, o simples repasse direto de recursos, implicando na gestão efetiva e no controle social, sendo esta estratégia fundamental para impulsionar a descentralização.

A NOB – Norma Operacional Básica, editada em 93 nasce de um movimento político para que efetivasse a descentralização. Abre as portas para a efetiva implantação do SUS e desencadeia o processo de municipalização com a habilitação dos municípios nas três condições de gestão: incipiente, parcial e semi-plena.

Em janeiro de 1994 é apresentado o Programa de Interiorização do Sistema de Saúde – PISUS, adotando a linguagem do Banco Mundial até com certo excesso. Nos seus documentos, as palavras mínimas e essenciais, são utilizadas de modo alternado (MICOCZKI, 2002). Esse programa não chegou a ser implantado – com exceção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em seguida foi lançado o PSF – Programa de Saúde da Família com propósito de colaborar na organização do SUS e municipalização da saúde (MICOCZKI, 2002).

Em 1995 é exposta a necessidade de reformar o aparelho do Estado, sendo que essa discussão vem desde 1993. Essa reforma tem como objetivo entre outros proporcionar novas formas de intervenção na economia e na área social.

Em 1996 é editada a NOB-96 baseada na norma NOB-93. É produto de um trabalho integrado entre os Ministérios de Saúde, CONASS e CONASEMS, e tem aprovação do Conselho Nacional de Saúde. A NOB 96 avança na conceituação da gestão pela responsabilização sanitária, pois define as funções de gerentes e gestores, ampliando para a importância da vinculação da população ao sistema de saúde, desenvolvendo assim ações para

4.Descentralizar: 1. separar do centro, descentralizar. 2. tornar autônomo ou relativamente autônomo – descentralização: substantivo feminino (minidicionário Luft).

a construção de um novo modelo. Altera as condições de gestão do sistema de saúde nos municípios para duas condições: a Gestão Plena de Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Houve uma imediata habilitação dos municípios a alguma gestão da NOB-96.

Em setembro de 96 ocorreu a 10ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. De 16 a 19 de dezembro de 2000 ocorreu a 11ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”.

No início de 2001 é editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS. Esta é organizada em torno da regionalização das ações e serviços de saúde, com aprovação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde (MICOCZKI, 2002).

Também vêm se desenvolvendo debates em torno da Regulamentação dos planos e seguros de saúde. Em 2000 é criada Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Em 2002 é editada a NOAS 01/02, definindo as condições de Gestão Municipal em “Gestão Plena de Atenção Básica” e “Gestão Plena do Sistema Municipal”. Traz conceitos de Região de Saúde, módulo assistencial, município sede do módulo, município pólo e unidade territorial. Também traz a agenda, o Plano Diretor de Regionalização, Plano diretor de Investimentos, Programação Pactuada Integrada. Introduce transformações das relações entre Estado e Município constituindo um aspecto central da atual política de saúde.

A Constituição Brasileira diz que: “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”. Mas existem as desigualdades sociais no Brasil, e as diversidades de realidades, tornando difícil sua aplicação, nesta área de saúde (pacotes prontos).

Segundo o pesquisador Hudson Pacífico da Silva da UNICAMP, o processo de descentralização da saúde nos últimos doze anos tem apresentado resultados positivos, mas devido à heterogeneidade dos Estados e Municípios, muitos não apresentam condições financeiras e humanas para assumir todos os compromissos desse processo.

Para a pesquisadora Silvia Gerschenan/Fiocruz, o sistema de saúde melhorou, fundamentalmente, porque permanece o ideal incorporado à constituição de 88 de um sistema público único, universal, com níveis de atenção integrados e descentralizados em estados e municípios. Alguns programas colocados em prática com a descentralização já apresentam resultados positivos. A meu ver, o mais significativo deles é o Programa de Saúde da Família (PSF) e teve seu início ligado ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Com a implantação do PSF espera-se uma melhora nos indicadores de saúde, como redução da

mortalidade infantil, melhora no atendimento pré-natal, maior número de atendimentos, diminuição do número de internações.

Houve boas iniciativas, como a transferência automática de recursos aos municípios através do PAB e agora PABA, para pagamento por serviços prestados, a implementação de programas de estratégia de saúde familiar PSF/PACS, e a regulamentação dos planos de seguros privados de saúde, quando da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2000. A expansão do número de medicamentos genéricos, a distribuição gratuita de medicamentos básicos para a população carente e o fortalecimento do programa governamental, como por exemplo, de combate a AIDS, que colocou o Brasil como referência Mundial. No caso dos municípios, de maneira geral, houve maior adequação à definição constitucional.

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 de saúde. Todos os serviços de saúde recebem e incorporam influências locais, regionais e universais.

No movimento norte americano os denominados centros ou postos de saúde ou ainda unidades básicas, são o núcleo do modelo assistencial dos sistemas locais de saúde pública que teorizou sobre a questão gerencial, discutindo a “territorialidade” da vinculação de clientela-alvo a cada distrito e da unificação dos serviços.

A participação do cidadão na gestão – controle social (Conselho Municipal de Saúde) e a descentralização, isto é municipalização, são mecanismos da legalidade na gestão em saúde do SUS. A descentralização requer maior autonomia da esfera municipal e cooperação da União e dos Estados para com os gestores municipais.

2.2. REFORMA ADMINISTRATIVA

Por reforma entende-se como um processo de mudanças. No setor saúde tem sido utilizada para designar as iniciativas no modelo organizacional da atenção desde os anos 70 – 80 e a nova agenda da década de 90. Essas reformas ocorrem em todos os países, inclusive no Brasil. É verificável a competição entre os governos por políticas bem-sucedidas.

Cada reforma é ou foi impulsionada por um momento macroeconômico, que busca mudanças na gestão pública e no financiamento do setor. As características do desenho, os

mecanismos organizacionais geram uma demanda, uma oferta, um orçamento com impacto, provocando mudanças na percepção e necessidade das autoridades e do usuário.

Para esta análise, através das informações coletadas, verificarei até que ponto a Reforma em Ibirubá avançou, onde retrocedeu e onde permaneceu estática. Partindo do objetivo central, analisaremos a estrutura administrativa adotada para a prefeitura de Ibirubá procurando identificar seus pontos fortes e pontos fracos, tendo sempre em vista o processo e o contexto histórico em que se deu esta Reforma.

Nos municípios, o ajuste fiscal é fundamentalmente um acerto de contas no fluxo de despesas, principalmente de pessoal e previdência. Essas despesas crescem como uma bola de neve e são uma grave ameaça ao que existe de mais saudável no setor público brasileiro, as administrações municipais, cujos objetivos são resgatar a capacidade de investimentos com recursos próprios, para a execução de obras e projetos de interesse da população, e viabilizar a manutenção do emprego e do pagamento em dia dos servidores públicos municipais. O pagamento de pessoal (funcionalismo e fornecedores) está em dia, e são de conhecimento público os investimentos realizados pela Prefeitura nos diversos setores da infra-estrutura urbana e social. A atual sistemática é nova tanto para as finanças públicas quanto para o funcionário público.

Garantir uma prefeitura realizadora de obras e serviços é uma obrigação perante o cidadão-contribuinte, e também garantia para a manutenção do trabalho do servidor público. Na medida em que o município assume novas responsabilidades, surgem as possibilidades de desenvolvimento profissional do servidor.

Criar as condições para o desenvolvimento da cidade é o caminho para um setor público respeitado e reconhecido por sua população.

A organização da Prefeitura é tradicionalmente setorializada e piramidal. Essas características dificultam o reconhecimento do cidadão como sujeito, que tem necessidades e expectativas, determinadas pelas condições sócio-econômicas e territoriais em que vive.

Leis que regem a reforma administrativa municipal

- Lei Complementar nº 004/2002 de 14 de agosto de 2002. Revoga o art. 203 da lei municipal nº 1748/00 e altera o art. 22 da lei complementar nº003/2002.
- Lei Complementar nº 003/2002 de 28 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a implantação do plano de carreira, estabelece o quadro de Cargos, Subsídios e Funções Públicas do Município e da outras providências.

- Lei Complementar nº 007/2002 de 23 de dezembro de 2002. Define o enquadramento dos servidores estatutários, concursados anteriormente à edição da lei complementar nº 003/02 de 28/01/02; relaciona cargos em extinção e revoga o art. 89 e parágrafo único da lei municipal nº 27/12/00.
- Lei Complementar nº 009/2003 de 22 de janeiro de 2003. Institui o estatuto dos servidores Públicos do município
- Lei Complementar nº 010/2003 de 14 de novembro de 2003. Altera disposições da lei complementar nº 003/02 que institui o plano de carreira
- Lei Complementar nº 011/2003, de 14 de novembro de 2003. Altera disposições da lei complementar nº 009/03 que institui o Estatuto dos Servidores Públicos
- Lei Complementar nº 013/2003, de 18 de dezembro de 2003. Altera disposições da lei complementar nº 005/02 que institui o plano de carreira
- Lei Complementar nº 016/2004, de 20 de abril de 2004. Dá nova redação ao Inciso III, do Artigo 136, da Lei Complementar nº 009/2003 (Institui o Estatuto dos servidores Públicos do Município de Ibirubá-RS), no Capítulo que versa sobre o Custeio do Plano de Seguridade Social dos Servidores.
- Lei Complementar nº 017/2004, de 28 de abril de 2004. Dá nova redação ao Artigo 6º, da Lei Complementar nº 009/2003 (Institui o Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Ibirubá-RS), no Capítulo que versa sobre o Provimento dos Cargos.
- Lei Municipal nº 1769/01, de 07 de maio de 2001. Dispõe sobre o Instituto Municipal de Previdência e Assistência do Servidor Público de Ibirubá-RS (IMPASI), e dá outras providências.
- Lei Municipal nº 1907/03, de 22 de janeiro de 2003. Dispõe sobre o Programa de Valorização do Servidor Público e criação da Comissão Permanente de Capacitação, Controle e Avaliação de Desempenho e Qualidade do Servidor e do Serviço Público Municipal (COMPAQ), estabelece procedimentos e critérios de preparação, controle e avaliação de desempenho, processos disciplinares e dá outras providências.

3. MÉTODO DA PESQUISA

3.1. TIPO DE ESTUDO

Busco neste trabalho, analisar o impacto da Reforma Administrativa na gestão local do SUS (Sistema Único de Saúde) na Secretaria Municipal da Saúde de Ibirubá/RS, faço a opção pelo método de abordagem qualitativa, pois entendo que esta metodologia permite analisar o objeto no contexto em que está inserido.

Apropriar-me do objeto em estudo, na compreensão da totalidade das relações e neste sentido as mudanças no setor saúde e da reforma administrativa acontecida em *Ibirubá*.

O período estabelecido para o estudo, é marcado em Ibirubá, pela atual gestão (2001/2004), dois gestores municipais e pela reforma administrativa. Esta reforma, tomada de referência para o estudo aconteceu em 2002.

Ibirubá, localiza-se na região do Alto Jacuí, pertencente a 9ª CRS – Cruz Alta (sendo este o 2º maior município da regional), e à macrorregião missioneira. Tem uma população de 18633 habitantes (IBGE/2000). Fica a 298 KM da capital e 50 km da sede da Coordenadoria.

A metodologia qualitativa adequasse a “aprofundar a complexidade dos fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente” (Minayo, Sanches, 1993, p.247).

Foi escolhido um estudo de pesquisa qualitativa com entrevistas com uma questão norteadora para executivos, gestores, funcionários e conselheiros.

3.1.2. Entrevistas

Foram realizadas entrevistas em três situações. Na decisão dos sujeitos entrevistados considerei o exposto em Minayo (1993) a partir de Jonh Dean: a autora cita um agrupamento de atores por suas características e indica a importância de identificar sujeitos colocados em lugares diferentes: novos, descontentes, antigos(Righi,2002).

Mesmo sem assumir todas as considerações a respeito da questão, defini:

- Grupo 1: sujeitos que participaram da construção da proposta: pessoas ligadas ao grupo de coordenação;
- Grupo 2: sujeitos que se mostravam descontentes com o processo;
- Grupo 3: sujeitos que participaram do processo desde o início, mas não ligados ao grupo de coordenação;
- Grupo 4: sujeitos novos, que entraram no processo em andamento.

Esta opção me levou a seleção, para entrevista, dos seguintes sujeitos:

- Enfermeiro coordenador de uma Unidade Básica de Saúde e Responsabilidade Técnica. Não acompanhou o início do processo, sendo contratado no período pós reforma administrativa;
- Farmacêutica que coordena a Assistência Farmacêutica Básica, sendo contratado no período pós reforma administrativa;
- Médicos antigos que coordenam as Unidades Básicas (Central e PAM) na parte médica;
- Secretários da saúde (dois), do período de 2000 à 2004, antes durante e após a reforma administrativa;
- Presidentes do conselho municipal de saúde (três) do período de 2000 à 2004 ;
- Profissionais das Unidades Básicas, novos e antigos, nível médio;
- Prefeito Municipal dessa gestão que realizou a reforma administrativa;
- Secretário Geral da Administração que participou do processo.

As entrevistas foram realizadas entre 01 e 31 de julho de 2004, nos locais de trabalho de cada entrevistado e na secretaria de saúde.

De acordo com Triviños (1995, p. 146) apud Righi (2002), a entrevista semi-estruturada é:

[...] em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Neste caso, as perguntas são resultado:

[...] não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno social que interessa, não sendo menos importante seus contatos, inclusive realizados na escolha das pessoas que serão entrevistadas... (Triviños, 1995, p. 146, apud Righi, 2002).

Para análise das entrevistas procurei realizar dois movimentos: o de compreender melhor o texto produzido por cada sujeito entrevistado e o de entender melhor o fato, a situação.

A partir da identificação de temas, partes do texto das entrevistas foram agrupadas, mantendo-se, contudo, a identificação de seus autores. Os temas relacionam-se tanto com as categorias exploradas e que delinham o problema de pesquisa, seu aprofundamento na demarcação teórica, como a questões relacionadas aos achados em documentos ou da observação, como de algumas questões novas¹(Righi,2002).

Cada grupo de entrevistados foi escolhido por suas características e o lugar que estavam colocados, uma vez que, enquanto pesquisadora, estava interessada nas informações (opinião, ação, intenção,...) de grupos de sujeitos envolvidos, mas nem sempre representativos da mesma. Na realidade, a minha preocupação era entrevistar aquelas pessoas que, segundo o meu entender, influenciam a dinâmica do meu objeto de pesquisa. Faço a opção por esses atores por considerar que estes, de acordo com a minha vivência no processo da reforma administrativa, realizado nos serviços de saúde de Ibirubá, são responsáveis pelo desenvolvimento desse processo.

Estabeleci anteriormente os critérios que definissem quais atores fariam parte deste estudo. Contudo, procurei diversificar as categorias entrevistadas para não ocorrer o risco de haver apenas um olhar sobre o objeto em estudo.

Com relação ao aspecto quantitativo dos entrevistados, estabeleci o número de entrevistas como mínimas necessárias para a investigação e o pouquíssimo tempo que tinha para a realização da pesquisa.

Contatei, assim com os sujeitos expondo, inicialmente, a intenção de realizar a pesquisa. Após a acolhida, solicitei o agendamento de encontros, nos seus espaços formais de trabalho, para que pudesse obter as informações consideradas relevantes para o momento da pesquisa. Faço a observação de que alguns entrevistados me atenderam prontamente, no primeiro contato.

3.1.3. Pesquisa Documental

A pesquisa documental foi realizada em documentos como as Leis Municipais da Reforma Administrativa, Regulamentos, Atas de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão, Plano Municipal de Saúde e Relatório Final da 1ª Conferência Municipal de Saúde de 2000.

¹ A este respeito ver capítulo 4, que trata da fase de análise ou tratamento do material. (especialmente a conclusão do capítulo mencionado) em MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde 2. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1993.

Faço uma observação que não cito aqui as leis que são específicas da área do magistério.

3.2. CAMPO DE ESTUDO

Delimito, como campo de estudo, a secretaria municipal de saúde de Ibirubá/RS, entendendo que é necessário contextualizá-la no município em que está inserida. Apresento inicialmente algumas referências sobre o município e a secretaria municipal da saúde.

O município de Ibirubá e a Secretaria Municipal de Saúde

Em 15 de novembro era criado o Município pela Lei Estadual 2.528. Em 28 de fevereiro de 1955, foi instalado o município de Ibirubá, que em Tupi-Guarani significa Pitangueira do Mato. Atualmente está com 18.633 habitantes (IBGE 2000), pertence a 9ª CRS (Coordenadoria Regional de Saúde)- Cruz Alta. A economia do município é principalmente agrícola, com destaque para bacia leiteira, indústria e comércio. Em 25 de março de 1998 se habilitou na NOB/96 e em 08/08/03 habilitou-se na gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, conforme a NOAS/02.

Ibirubá possui um sistema de saúde, composto por 07 postos de Saúde, sendo 02 em zona rural, 01 hospital privado credenciado pelo SUS com total de 92 leitos.

A implantação do SUS municipal ocorrida no ano de 1998 foi respaldada pela infraestrutura existente na Secretaria Municipal da Saúde, criada em 27 de março de 1991 pela Lei nº 1002/91. As rotinas daí decorrentes foram sendo adaptadas com o objetivo de agilizar e qualificar a gestão do SUS municipal, criando-se uma estrutura organizacional abrangendo a Prefeitura Municipal, com as ações da saúde sob responsabilidade da Secretaria da Saúde e com a criação do Fundo Municipal da Saúde em 08 de maio de 1991 pela Lei nº 1004/91, mediante unidade orçamentária própria no orçamento público municipal, coadjuvada pelo Conselho Municipal da Saúde criado em 08 de maio de 1991 pela Lei nº 1005/91, cuja organização se fundamenta pela Assembléia de seus membros. Cabe a este Conselho a responsabilidade de fiscalização e avaliação das ações de saúde (Plano Municipal de Saúde/2003).

Com a municipalização em 1998, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, com agentes em serviço na área urbana e na área rural. Atualmente conta com 23 ACS (Agente Comunitário de Saúde).

A Secretaria Municipal de Saúde tem como atribuições básicas proporcionar a comunidade uma ligação com o Executivo Municipal na área de Saúde, principalmente às pessoas menos assistidas, assim, procurando realizar um trabalho mais efetivo quanto à resolução dos problemas locais, tanto na área de Vigilância quanto na área de mediador com órgãos Estaduais e Federais, para a realização de programas implantados e ações em saúde desenvolvidas (Plano Municipal de Saúde/2003).

Com a reforma administrativa realizada pela Prefeitura Municipal, a Secretaria Municipal da Saúde está com seu quadro de funcionários concursados e equipe multidisciplinar. Conta com 03 cargos em comissão (incluindo o secretário).

Criado em 08 de maio de 1991, sob Lei nº 1.004/91 existe o Fundo Municipal de Saúde, mas cada programa exige uma conta e rubrica própria gerenciada pela contabilidade geral da prefeitura em conjunto com a secretaria.

A secretaria procura atender ao cumprimento da sua parte com a gestão municipal do SUS através de ações preventivas e curativas. As principais atividades da Secretaria são: atendimentos básicos, médicos e odontológicos ambulatoriais, atendimentos de enfermagem, encaminhamento de exames laboratoriais e radiológicos, encaminhamento de consultas especializadas através de convênios, exames de alta complexidade através de encaminhamento para clínica conveniada em nosso município ou fora dele quando necessário, encaminhamento de pacientes para hospitais com alta complexidade quando necessário.

O município se habilitou na NOB/96 na gestão plena da atenção básica em 25/03/98. E em 08/08/2002 se habilitou na NOAS/02, na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

A secretaria atua em consonância com o Conselho Municipal da Saúde, principalmente através da Secretaria Técnica, referente a assuntos e questões que merecem uma orientação ou parecer de seus componentes, bem como submetendo para apreciação e aprovação dos gastos em saúde em obediência às normas vigentes. Também participa do Conselho Municipal da Assistência Social, do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, COMUSAN (Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional) e Conselho Municipal de Transito.

Possui Fundo Municipal de Saúde e as contas com rubricas próprias têm sua conta especial e são administrados pela Secretaria da Fazenda juntamente com a Secretaria da Saúde:

*Fonte Municipal conta corrente na Caixa Econômica Federal/ASPS, agência de Ibirubá/RS

*Fonte Estadual conta corrente no Banco do Estado do Rio Grande do Sul, agência de Ibirubá/RS.

*Fonte Federal conta corrente no Banco do Brasil, agência de Ibirubá/RS

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE foi criado pela lei municipal nº 1005 de 08.05.1991 alterado pela Lei nº 1430 de 17.01.1997 e pela lei nº 1802 de 16.10.2001.

Composto por 30 membros, sendo 15 de Prestadores de Serviços, Profissionais de Saúde e Governo e 15 de Entidades Representativas dos Usuários.

O Conselho é coordenado por um Núcleo de Coordenação composto pelo Presidente, Vice-Presidente, 1º Secretário e 2º Secretário. Tem se reunido mensalmente ou quinzenalmente e extraordinariamente quando necessário. Dentro do conselho temos a SETEC (Secretaria Técnica), Comissão de Fiscalização e Denúncia, Comissão de Saúde do Trabalhador

3.3 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados utilizei as técnicas de observação e entrevistas. Também utilizei os documentos como relatórios de gestão, plano municipal de saúde e as leis da reforma administrativa.

A observação é uma técnica de coleta de dados que utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade, não consistindo apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar (Lakatos, Marconi, 1992)

Neste estudo, utilizei a entrevista semi-estruturada, técnica esta que, segundo Trivinões (1995), enriquece a investigação ao valorizar a presença do investigador e ao oferecer perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessária.

Para nortear a entrevista, elaborei uma questão norteadora que foi utilizada como um instrumento “facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação” (Minayo, 1994, p 99), atentando para servir de orientação, sem cercear a fala dos entrevistados.

Desta forma, a questão norteadora permitiu ao entrevistado evidenciar as suas concepções, os seus juízos e as suas relações com o objeto.

Formulei a seguinte questão: Como você vê a Secretaria Municipal da Saúde, a partir da Reforma Administrativa que ocorreu em 2002. Durante a entrevista poderei perguntar em que melhorou e em que piorou. Poderá haver questões temáticas.

Fiz a entrevista e gravei-a em fita cassete com a prévia autorização deles. Não fixei, a princípio, o tempo para cada entrevista: contudo, procurei observar a recomendação de TRIVINOS (1995) com relação à sua duração. De acordo com este autor, uma entrevista que se prolongue muito além de trinta minutos se torna repetitiva e se empobrece consideravelmente.

Em média, as entrevistas tiveram duração de 15 a 25 minutos, sendo realizadas, no espaço físico onde funciona o setor administrativo da Secretaria Municipal de Saúde, na Prefeitura Municipal por opção minha com a concordância dos entrevistados.

Atenta às unidades temáticas já delineadas como importantes para o estudo, quando percebia que o entrevistado fazia digressões, busquei redirecionar a entrevista através de questionamentos pertinentes aos temas.

Após o final de cada uma, agradei os entrevistados e os conteúdos transcritos foram agrupados e depois foi feita uma primeira leitura. Posteriormente realizei o agrupamento dos atores por grupos de sujeitos que participaram da construção da proposta: pessoas ligadas ao grupo de coordenação; sujeitos que se mostravam descontentes com o processo; sujeitos que participaram do processo desde o início, mas não ligados ao grupo de coordenação; sujeitos novos, que entraram no processo em andamento.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados da pesquisa, utilizei o método de Análise do Conteúdo, buscando compreender a fala dos entrevistados num nível mais aprofundado “aquele que ultrapassa o significado manifesto”, (MINAYO, 1994 p. 203) como também “o desvendar das ideologias que podem existir nos dispositivos legais, princípios, diretrizes que, a simples vista, não se apresentam com a devida clareza” (TRIVIÑOS, 1995, p.160).

Após, procurei, através da fala dos entrevistados, dos documentos selecionados para o estudo e da observação, analisar as influências da reforma administrativa realizada na Prefeitura Municipal de Ibirubá, na Secretaria Municipal de Saúde de Ibirubá com os diversos fatores que determinam suas características, dentre eles o contexto administrativo e político do município de Ibirubá.

Tomando como referência MINAYO (1994) e TRIVIÑOS (1995), sistematizei a análise dos dados nas seguintes etapas:

1 Ordenação dos Dados

No primeiro momento, busquei a Ordenação dos Dados, através da transcrição do conjunto das entrevistas e da releitura do material transcrito.

De posse deste material, organizei os dados da pesquisa em dois grupos: os coletados nas entrevistas e os retirados dos documentos selecionados para o estudo.

2 Classificação dos Dados

Inicialmente foi feita, uma leitura das entrevistas, a fim de buscar um contato com o material; tendo como referência o objetivo e o pressuposto teórico do estudo, foram recortadas das falas dos entrevistados as unidades de registro, que foram conformando os núcleos de sentido.

Levando em consideração a questão norteadora deste estudo, realizei uma análise deste material, descartando os núcleos de sentidos que não tinham relação com o objeto em estudo.

Para qualificar esta discussão, busco construir alguns entendimentos sobre o processo a partir da percepção dos sujeitos envolvidos. Neste capítulo tratarei da análise e interpretação das respostas obtidas na pesquisa de campo. A questão de cada entrevistado foi analisada e depois foram agrupadas conforme os grupos que foram citados na metodologia.

Da análise das representações dos sujeitos da pesquisa, quando questionados de como viam a secretaria municipal da saúde, a partir da reforma administrativa todos foram unânimes de colocar que houve melhora na área da saúde na construção do sistema de saúde local.

Outro aspecto a considerar é que houve um movimento de prefeitos para se adequar a legislação vigente, principalmente devido a lei de responsabilidade fiscal, como podemos constatar em matéria publicada pelo jornal Zero Hora onde o interior dá exemplos de modelo de gestão. No Brasil principalmente nos dias de hoje o município tem a função de gestão política da saúde, devendo ver que modelo de atenção e de gestão é melhor.

3.4.1. Grupo 1: sujeitos que participaram da construção da proposta: pessoas ligadas ao grupo de coordenação:

Deste grupo no entendimento dos sujeitos deve-se considerar que a reforma administrativa era uma questão necessária para se adequar à legislação vigente, e para trabalhar com as leis principalmente a da responsabilidade fiscal.

A fala do entrevistado abaixo reflete as informações citadas anteriormente:

“... na área pública temos a exigência das leis como a de responsabilidade fiscal, emendas parlamentares (...) tivemos que fazer uma avaliação da situação que

tínhamos (...) para trabalharmos de acordo com a legislação e com as necessidades (...)” (sujeito do grupo 1).

“...temos que nos adequar as novas exigências das leis(...), fazer algo para que a “casa” fique em ordem(...)(sujeito do grupo 1).

Portanto, é neste cenário que o governo municipal cria a reforma administrativa. Nessa avaliação realizada pelos coordenadores do processo conforme o entrevistado anterior era preciso uma equipe multidisciplinar na área da saúde. A secretaria da saúde era formada por cargos sem vinculação e sem funções preestabelecidas, os cargos eram de confiança, escolhidos por afinidades políticas, o que prejudicava a continuidade dos trabalhos.

“... a partir de 2002 houve uma mudança importante na estrutura da secretaria(...)com a demissão dos cargos em comissão e admissão dos concursados para os cargos técnicos(...) os profissionais aprovados em concurso tem estabilidade e vai haver continuidade no trabalho e nos projetos desenvolvidos, possibilitando que o município invista em treinamento(...)”(sujeito do grupo 1).

Outra questão destacada foi a necessidade de melhora da estrutura física que hoje possui o sistema local de saúde, pois tornou-se insuficiente. A saúde municipalizou em 1998, mas o quadro de recursos humanos aumentou depois do concurso público em 2002, estamos em prédios cedidos (união e estado) onde não temos como realizar reforma ou ampliação. Isso fica claro na fala dos entrevista dos a seguir:

“...a estrutura física (...) é restrita e insuficiente(...) há dispersão das ações desenvolvidas (...)”(sujeito do grupo 1).

“...a estrutura física do PAM é inadequada e não pode ser mexida pois não é de propriedade do município (...), com agravante do Posto Central que fica separado, que é um posto importante com várias ações e também não pode ser mexido pois não é de propriedade do município (...)”(sujeito do grupo 1).

Penso, ainda, que da mesma forma que o modelo de saúde preconizado pelo SUS traz uma preocupação particular com a humanização do atendimento à saúde, defendendo que “o paciente deve sentir-se respeitado, apoiado, ajudado, informado, protegido e estimulado pelo serviço” (CAMPOS, 1989, p.60), a mesma lógica deve permear as relações entre as instituições de saúde e os que participam da construção do seu cotidiano – os profissionais de saúde.

Ao olhar com atenção para o período entre 2001/2004, o que percebo é que houve no município de Ibirubá, um marco histórico com a reforma administrativa que foi a qualificação de recursos humanos. Também verificamos na primeira conferência a proposta que esteve sempre presente nas discussões foi a da equipe multidisciplinar (relatório final da 1ª Conferência Municipal de Saúde em 2000).

É importante ressaltar que a equipe da saúde era formada apenas por uma enfermeira, seis técnicos de enfermagem, seis funcionários cedidos do estado sem qualificação (nível elementar), um fiscal sanitário, dois motoristas, um auxiliar administrativo, e dois assessores, todos com cargo em comissão (CC) e treze agentes comunitários de saúde. Atualmente após a reforma administrativa com o concurso temos duas enfermeiras, uma nutricionista, uma psicóloga, um veterinário, uma farmacêutica, quatro assistentes administrativos, quatro motoristas, um vigilante sanitário, dez técnicos de enfermagem, todos concursados e também possibilitou a ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde para vinte e três Agentes Comunitários de saúde.

Notou-se do grupo de coordenação que o ponto forte apontado por todos foi a melhoria do quadro funcional da secretaria, o que verificamos nos seguintes depoimentos:

“... um ponto importante foi a organização funcional da saúde com equipe multidisciplinar, qualificada para atender melhor a população, através do oferecimento de mais ações e orientações principalmente preventiva(...)” (sujeito do grupo 1).

“...admissão de concursados para cargos técnicos dará continuidade aos programas (...) (...) e vai haver continuidade no trabalho dos projetos desenvolvidos, possibilitando que o município invista mais no treinamento e capacitação (...) independente do prefeito ou grupo político que assuma (...)” (sujeito do grupo 1).

Outro ponto que alguns entrevistados salientaram foi o avanço no item de recursos materiais. Isso foi sentido devido a ampliação de ações e serviços dos profissionais, o que vejamos nas seguintes falas:

“...o transporte, isto a frota de veículos que era de dois, hoje conta com cinco, para atender a demanda da população e dos funcionários, pois temos viagens e trabalhos com grupos nas comunidades, visitas domiciliares entre outros(...)” (sujeito do grupo 3).

“...foram adquiridos veículos, computadores, para solucionar a falta desses itens para o desenvolvimento da atividades na saúde(...)” (sujeito do grupo 1).

3.4.2. Grupo 2: sujeitos que se mostravam descontentes com o processo;

Não se observou nenhum dos entrevistados totalmente descontente com o processo da reforma administrativa, alguns colocaram que temos ainda algumas dificuldades e pontos a serem melhorados e/ou trabalhados. Vejamos nas falas a seguir que há uma preocupação com aqueles funcionários concursados que não correspondem com o desempenho das atividades, isso se constata nas seguintes falas:

“... alguns funcionários concursados precisam se conscientizar que são funcionários públicos(...), com alguns precisamos conversar, para que assumam esse

papel importante de funcionário público(...), que isso será por muito tempo, vamos trabalhar por muitos anos (...)"(sujeito do grupo 1).

"... um ponto negativo é a dificuldade de demissão de funcionários concursados que não estão desempenhando bem sua função (...)"(sujeito do grupo1).

Também aparece na fala daqueles que entraram depois do processo da reforma que precisamos avançar agora com o trabalho da equipe e na equipe, veja nas falas a seguir:

"...melhorou bastante, tem muito o que melhorar, o pessoal que entrou novo precisa se enturmar(...)"(sujeito do grupo 3).

"... como a reforma é meio recente, fica um pouco de insegurança, às vezes por falta de informação de saber todo o processo(...)"(sujeito do grupo 4).

"... tem que definir com a chefia a função de cada um, pois para alguns falta qualificação e trabalho em grupo(...)"(sujeito do grupo 4).

"...falta um pouco de comunicação ainda de toda equipe, às vezes quando vê as coisa acontecem(...)"(sujeito do grupo 4).

O gestor municipal tem um papel muito importante na integração da equipe, para que todos efetivamente trabalhem visando atender bem as necessidades da população oferecendo serviços de qualidade e atendimento humanizado.

Outra questão que deve ser melhorada é a estrutura física das unidades de saúde, pois hoje não atendem a demanda. O que traz uma dispersão de atividades e de algumas áreas, o que se verifica na seguinte fala:

"...há uma dispersão na área de odontologia do município, devido a falta de espaço físico, pois não temos a resolutividade que precisamos(...)"(sujeito do grupo 1).

3.4.3. Grupo 3: sujeitos que participaram do processo desde o início, mas não ligados ao grupo de coordenação;

O grupo que acompanhou o processo e não fez parte da coordenação coloca que houve melhora na assistência a saúde, mas ainda podemos melhorar. Também houve uma significativa melhora na questão dos recursos humanos. Vejo isso nas citações a seguir:

"...melhorou bastante pelo que tenho conversado com a população, ampliou os grupos de saúde, tem também os grupos de reeducação alimentar entre outros(...)"(sujeito do grupo 4).

"...quadro funcional melhorou temos psicólogo, nutricionista, veterinário, mais enfermeira, entre outros (...)"(sujeito do grupo 3)".

"... cada área ganhou um profissional específico, para dar continuidade aos projetos com comprometimento(...)"(sujeito do grupo 3)".

“...as capacitações são para todos dentro da sua área de abrangência(...),para todos trabalharmos igual, sempre algum funcionário participará dos treinamentos(...)(sujeito do grupo 3)”.

Ao pensar no reordenamento do perfil dos profissionais de saúde que já estão integrados aos serviços, entendo que a política de capacitação da Secretaria Municipal de Saúde de Ibirubá, para os recursos humanos em saúde, poderá ter proposições similares às de TEIXEIRA, PAIM (1996), ou seja, uma conotação técnica, ética e política, tendo como eixo norteador o modelo assistencial preconizado pelo SUS.

“...é um processo de organização (...)o pessoal que entrou novo precisa se enturmar(...) pensar que isso aqui vai durar (...), diferente dos cargos em comissão, que sabiam quando iam sair (...)”(sujeito do grupo 3).

Em outro depoimento verifica-se uma integração dos recursos humanos, em relação ao controle social :

“...quadro funcional melhorou, isto é ampliou (...)a participação dos profissionais sempre foi efetiva nas reuniões do conselho (...)”(sujeito do grupo 3).

“... o conselho passou a conhecer melhor os profissionais de cada área, suas funções, seu trabalho dentro da secretaria, e seu atendimento para a população (...)”(sujeito do grupo 3).

3.4.4.Grupo 4: sujeitos novos, que entraram no processo em andamento.

Destaca-se na percepção dos sujeitos, principalmente os novos, a necessidade de que ainda há muito o que melhorar e pelas suas percepções do antes, sem fazer parte dele. Os depoimentos dos entrevistados a seguir, estão postos nesta direção:

“...não conhecia antes (...)é um trabalho a mais que será desenvolvido com a equipe multidisciplinar (...) (sujeito do grupo 4)”.

“...não conhecia antes (...) entrei depois com o concurso, e noto que era pouco pessoal que tinha(...) (sujeito do grupo 4)”.

“... entrei depois (...) ouvia que antes não era assim, tinha muito funcionário com cargo político o que dificultava o desenvolvimento dos projetos (...)”(sujeito do grupo 4).

De acordo com PAIM (1995), os instrumentos de trabalho utilizados nas práticas de saúde correspondem às formas materiais e não-materiais que auxiliam a apreensão e/ou transformação do objeto mediante o trabalho humano. Isso percebemos na fala dos seguintes entrevistados:

“...temos que trabalhar com a educação do povo (...) não sabe esperar (...) (sujeito do grupo 4)”.

“...não tinham controle(...) tive a impressão que cada um fazia como queria(...) agora estamos nos qualificando pessoalmente e em recursos materiais (...) (sujeito do grupo 4)”.

“... agora (...) os programas (...) são digitados por funcionários específicos (...) (sujeito do grupo 4)”.

“... os concursados são qualificados(...), mas falta capacitação para alguns, para trabalhar com a saúde pública(...) (sujeito do grupo 4)”.

“... o maior problema que encontramos na saúde é a não existência de dados(...) vai ter funcionários para isso(...) e esses funcionários sabem que não vão sair quando trocar o prefeito(...) (sujeito do grupo 1)”.

Outra questão destacada foi a necessidade de melhora da estrutura física que hoje possui o sistema local de saúde, pois tornou-se insuficiente. Não tem como realizar as reformas ou ampliação que se julga necessário. Isso fica claro na fala dos entrevistados a seguir:

“... falta espaço físico, principalmente no PAM, impedindo algumas ações, como melhor atendimento da farmacêutica na farmácia, (...) (sujeito do grupo 4).

“...não temos depósito, pois nossa compra hoje é em grande quantidade e diversidade, é mais que a exigência legal(...) agora com farmacêutica e informatização(...) (sujeito do grupo 1).

“... não tem como fazer algumas atividades por não ter espaço físico, temos que fazer em outro local, o que nem sempre é o ideal, (...) não temos espaço nem para fazer as reuniões(...) (sujeito do grupo 4).

“... falta adequar algumas coisas (...) não temos espaço físico(...) a vigilância sanitária não tem um depósito, nem espaço para suas atividades”(sujeito do grupo 4).

“...falta sala para as reuniões com os agentes comunitários de saúde, que hoje são 23(...) (sujeito do grupo 1).

Na área da saúde foram criados cargos que antes não faziam parte do quadro de recursos humanos, isso devido à análise feita antes de definir cargos nos diversos setores da prefeitura (Lei Complementar nº 003/2002 de 28 de janeiro de 2002). Dispõe sobre a implantação do plano de carreira, estabelece o quadro de Cargos, Subsídios e Funções Públicas do Município e da outras providências).

“... era pouco pessoal (...) para uma pessoa era muita coisa (...) (sujeito do grupo 4).

“...para aquela área tem o profissional específico(...) (sujeito do grupo 3).

“... funcionários da mesma função no mesmo padrão e procurando trabalhar igual(...) (sujeito do grupo 3).

Com a ampliação do profissional enfermeiro(a) podemos ampliar o número de Agentes Comunitários de Saúde. Anteriormente com uma enfermeira não era possível, pois esta tinha muitas atribuições e responsabilidades. O COREN (Conselho Regional de Enfermagem) solicitava uma Enfermeira para assumir a Responsabilidade Técnica e outra para assumir o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, pois ambos exigem cada um uma enfermeira com carga horária de 40 horas.

A Vigilância Sanitária esta atendendo a população, realizando atividades de vistoria, fiscalização, e atendendo aos programas da área, isso porque conta com profissionais concursados com uma carga horária de 40 h cada um, o que facilita o trabalho. Antes como era um CC, e o quadro era menor este tinha outras funções.

“...vigilância sanitária com profissionais permanentes(...)”(sujeito do grupo 1).

Ao concluir esta investigação, no entendimento de que a reforma administrativa se colocou como importante passo no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde no município, percebo as mudanças que vem sendo construídas no âmbito dessa instituição.

4. CONCLUSÃO

Inicialmente a primeira consideração que deve ser feita trata-se da proposta em questão, que este se encontra em fase de implementação e também avaliação, não por isso deixando de ser um excelente tema para o desenvolvimento de um trabalho de Conclusão. Pelo contrário foi um assunto que despertou muita curiosidade/interesse por parte de outras pessoas envolvidas ou não no processo e sem dúvida representou desde o início um grande desafio, tanto da minha parte quanto do meu orientador, pois nosso contato deu-se basicamente via e-mail.

Oferecer o serviço de saúde necessário não é mais a única reivindicação. O usuário tem que ser tratado com dignidade e respeito. Quanto a forma de gerenciar, as mudanças a serem instaladas deve priorizar uma participação efetiva dos profissionais e usuários dos serviços na definição dos processos de nível coletivo que garantem uma nova forma de atendimento.

O referencial teórico possibilitou-me rever o caminho legal que a reforma administrativa percorreu e também associá-la com a gestão local do Sistema Único de Saúde.

Em relação às modificações e/ou alterações apresentam-se ainda em processo de mudanças e avanços, pois o processo ainda é recente e segundo o grupo de coordenação os frutos serão colhidos mais tarde.

Em se tratando da percepção dos sujeitos envolvidos na organização os mesmos referem que é uma proposta que avançou o processo de construção do sistema local de saúde e que respeita a autonomia local dos municípios. Observei a questão dos recursos humanos como um ponto positivo que veio pós reforma administrativa em todos os grupos dos sujeitos entrevistados.

Devemos ver a organização do SUS a partir das necessidades do usuário com ênfase no trabalho de equipe e a projetos terapêuticos interdisciplinares. Precisamos a partir dessa situação atual ver a situação desejada: capacitação gerencial dos trabalhadores devido ao aumento dos recursos humanos.

Antes da reforma administrativa o quadro de funcionários era composto por cargos em comissão, isto é não tinha vínculo permanente, não tinha equipe multidisciplinar, e o número era reduzido. Hoje o quadro de funcionários aumentou e estes são concursados, com os

respectivos planos de carreira, cargos e salários, conforme a legislação. Também foi criado o Programa de Valorização do Servidor Público e a Comissão Permanente de Capacitação, Controle e Avaliação de Desempenho e Qualidade do Servidor e do Serviço Público Municipal (COMPAQ), que estabelece procedimentos e critérios de preparação, controle e avaliação de desempenho, e processos disciplinares.

Hoje é um desafio a formação de recursos humanos. Oficinas permanentes do gestor com a equipe voltadas ao planejamento é uma sugestão para o processo de organização funcional. Uma questão importante que hoje não está contemplada no plano dos cargos é a *dedicação exclusiva*, que já esta sendo pensada por alguns atores da coordenação.

Segundo os representantes da comunidade no controle social, o sistema de saúde local melhorou pós reforma principalmente no atendimento a população através da qualificação dos profissionais e da equipe multidisciplinar.

Não poderia, entretanto, eximir-me de colocar como sujeito e apresentar algumas propostas que não entendo como únicas e verdadeiras, mas para apontar caminhos:

Que a Secretaria Municipal de Saúde de Ibirubá promova processos de capacitação que permitam aos profissionais de saúde, enquanto sujeitos sociais e políticos, participarem do processo de construção desse modelo de atenção a saúde.

Que esse modelo de gestão de atenção à saúde contemple as reais necessidades da população e que estes sejam norteados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Que o planejamento dos programas e ações sejam definidos de acordo com o perfil epidemiológico e demográfico do município, e com as necessidades de saúde manifestadas pela população, num sistema de parceria entre usuários, profissionais de saúde e dirigentes.

A secretária Municipal de Saúde promova a parceria com o Controle Social, pois devemos ser parceiros na construção do nosso sistema local de saúde visando a melhor qualidade de vida da nossa população.

Finalmente, resta comentar que, dentro dos objetivos traçados na proposta de pesquisa todos foram atingidos. Visamos com a reforma administrativa realizada aumentar a qualidade da saúde pública a partir desse processo de qualificação da saúde e como um fator positivo ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CAMPOS.G.W.S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS.G.W.S.;MERHY, E.E.; NUNES,E.D. **Planejamento sem normas**. São Paulo. Hucitec, 1989.p.53-60.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – Publicações Técnicas nº 2 – Dezembro – 90.
- IBIRUBÁ. **Leis Municipais da Reforma Administrativa**, Ibirubá: Câmara Municipal, 2002.
- IBIRUBÁ, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2003-2004**. Ibirubá, 2003.
- IBIRUBÁ, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 1998**. Ibirubá, 1998.
- IBIRUBÁ, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Ibirubá, 2002.
- IBIRUBÁ, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Ibirubá, 2003.
- INTERIOR fornece exemplos de gestão. **Zero Hora**, Porto Alegre, 18 abril 2004, pg. 7 e 8.
- LAKATOS, E, M, MARCONI, M.A.. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1992.
- LUFT, Celso Pedro. **Minidicionário Luft**. 20. ed. São Paulo: Ática, 2001.
- MELO, Marisa Leal Correia. **As políticas de capacitação de Recursos humanos em saúde**: uma análise de um sistema local. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2001
- MENDES, E.V. (org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.
- MICOCZKY, Maria Ceci. **O Campo da Atenção à Saúde**, Após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social. Porto Alegre: Da Casa Editora, 2002.
- MINAYO. M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.
- MINAYO, M.C.S., SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul/set. 1993.

NORDSKOG, Alexandre Gomes. **Dissertação (resumo) Reforma Administrativa em Resende: Uma Análise Crítica do Processo de Reorganização Administrativa da Prefeitura Municipal (1988 – 1986).**

PAIM, J. S. Reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.) Distrito Sanitário. Rio de Janeiro. Hucitec/Abasco, 1995.

RELATÓRIO FINAL IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: **Municipalização e o caminho.** Brasília – DF, 16 de agosto de 1992.

REVISTA PARA DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE: **RS: O município na construção do SUS.** Rio de Janeiro: n° 24, dezembro 2001.

RIGHI, Liane Beatriz. **Poder Local e Inovação no SUS:** Estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul. Campinas: Unicamp, 2002. Tese, Universidade Estadual de Campinas, 2002.

RIVERA, Francisco Javier (org). **Planejamento e Programação: um enfoque estratégico.** São Paulo: ABRASCO, 1989.

TEIXEIRA, C.F., PAIM, J.S. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. **Divulgação em Saúde Para Debate**, n.12, p.19-33, jul. 1996.

TESTA, Mário, **Pensar em Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRIVINOS A N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo. Atlas, 1995.

Textos Selecionados - Professor Ronaldo Bordim:

TEIXEIRA, Carmem. **O Futuro da Prevenção.** 2001, cap. 6.

NEGRI, Borjas; Giovani, Geraldo Di (org). **Brasil: Radiografia da Saúde.** Campinas, UNICAMP, 2001, cap. 1.

BUSS, Paulo Marchiori; LABRA, Maria Eliana. **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças.** São Paulo / Rio de Janeiro: HUDITEC/FIOCRUZ, 1995.

ANEXOS

Anexo I**QUESTÃO DA PESQUISA**

Como você vê a Secretaria Municipal da Saúde, a partir da Reforma Administrativa que ocorreu em 2002. Durante a entrevista poderei perguntar em que melhorou e em que piorou. Poderá haver questões temáticas.

Anexo II**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Eu, _____, abaixo assinado(a), declaro que, tendo conhecimento da pesquisa a nível de pós - graduação que aborda a análise da influência da Reforma Administrativa na Gestão do SUS local, no município de Ibirubá, sob a responsabilidade da aluna do Curso de Especialização da UFRGS/UNIJUÍ, Joice Marques, também abaixo assinado, autorizo-a a integrar-me no conjunto da população estudada, desde que os dados por mim fornecidos sejam utilizados somente como contribuição para a construção do conhecimento científico e me seja assegurado anonimato, conforme previsto pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

Ibirubá, 01 de julho de 2004

.....
Assinatura do(a) informante

.....
Aluna Joice Marques