

Sys: 397048
65 2003/004

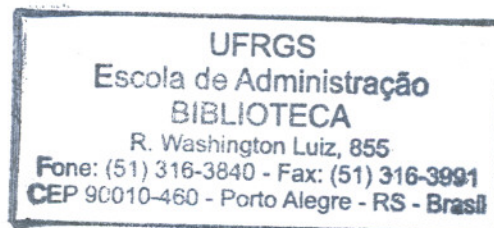
UFRGS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Programa de Pós-Graduação em Administração



Formação dos Secretários Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul

Versão Preliminar



MARCIA INÊS RIBEIRO

Orientadora: Liane Beatriz Righi

Porto Alegre, RS, setembro de 2001

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
1.1. Definição do problema	05
2. REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1. A Gestão do SUS no contexto da descentralização	10
3. OBJETIVOS	18
3.1. Geral	18
3.2. Específico	18
4. METODOLOGIA	19
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS	24
5.1. Características dos gestores quanto ao gênero e sua distribuição no território	24
5.2. Grau de instrução	27
5.3. Realização de cursos de formação na área da saúde	29
5.4. Quanto ao vínculo partidário	31
5.5. Quanto ao vínculo profissional	32
5.6. Quanto a experiência profissional no exercício do cargo e/ou funções públicas	33

5.7. Quanto aos motivos que determinaram o convite para exercer o cargo	33
5.8. Temas priorizados para a capacitação de gestores municipais de saúde	34
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

1. INTRODUÇÃO

O processo de descentralização da gestão dos serviços públicos de saúde, como uma das diretrizes da Constituição Federal de 1988, passa para cada esfera de governo novas atribuições e responsabilidades. Esta situação impõe a necessidade de conhecer, no nível municipal, quais as características dos gestores de saúde no Estado do Rio Grande do Sul. Além disso, verificar qual a experiência dos mesmos no exercício de cargo e/ou funções públicas, bem como, aspectos que estes gestores julgam que foram levados em conta na sua indicação para o cargo de secretário de saúde.

Por esta razão, buscou-se através do presente pesquisa conhecer a realidade que envolve a formação dos atuais gestores (2001-2004) municipais de saúde do nosso Estado. A partir deste instrumento pretende-se ter um perfil dos gestores que hoje estão no comando das políticas públicas de saúde no âmbito municipal.

Assim, elaborou-se uma revisão bibliográfica contida neste trabalho trazendo como tema a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da descentralização. Desta forma, procurou-se conhecer como se deu este processo e o papel dos dirigentes municipais na gestão do SUS. Já no tocante a metodologia utilizada para a realização da pesquisa, procedeu-se a aplicação de questionários aos gestores municipais de saúde durante

um evento específico realizado pela Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (Famurs). Após a coleta das informações contidas nos questionários foi possível estabelecer as categorias de análise a partir das unidades de registro e de contexto e, com isso, atingir os objetivos do estudo. Constatam ainda deste estudo as considerações finais e as referências bibliográficas.

Este trabalho faz parte do Curso de Especialização de Gestão em Saúde realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) no período de maio de 2000 a setembro de 2001. O curso tem como objetivo instrumentalizar os profissionais da área de saúde para a gestão dos serviços de saúde.

1.1 Definição do problema

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a proposta de descentralização dos seus serviços e ações ainda não se consolidou plenamente. Ao contrário, enfrenta dificuldades. Estas situações acontecem em razão não apenas da resistência de setores menos comprometidos com a sua efetivação do que ficou instituído na Constituição Federal de 1988. Mesmo a legislação (principalmente, as leis 8.080/90 e 8.142/90) que regulamentou os dispositivos constitucionais não conseguiu contemplar inteiramente o que eles propunham. De qualquer forma, criou-se ao longo de mais de uma década um conjunto de leis que exige dos administradores e gestores públicos, cada vez mais, qualificação e capacidade para o exercício do cargo.

A Lei Orgânica da Saúde, 8.080/90 institui quanto as responsabilidades dos gestores públicos:

“Art. 18 – À direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I – planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir a execução dos serviços públicos de saúde;

II – participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III – participar da execução controle e avaliação das ações referente às condições e ambientes de trabalho;

IV – executar serviços;

a) de vigilância empidemiológica;

b) de alimentação e nutrição;

c) de saneamento básico; e

d) de saúde do trabalhador.

V – dar execução, âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI – colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII – formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII – gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX – colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X – observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI – controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII – normalizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no âmbito de sua atuação.

O grau de competências atribuídas aos municípios na área da saúde, a partir de 1988, cresceu substancialmente. Por esta razão é a cada vez mais importante para o exercício da função pública na área da saúde o domínio e o conhecimento da legislação específica como de outras leis pertinentes ao exercício de qualquer cargo ou função pública (Lei da Responsabilidade Fiscal, Lei das Licitações, etc.).

Na escolha dos gestores municipais de saúde um dos requisitos que parece ser relevante é a habilidade política e a capacidade de liderança dos indicados. Outro fator importante ao exercício de qualquer cargo na maioria das instâncias, sejam elas públicas ou privadas, é a capacidade e competência gerencial e administrativa do seu ocupante. A soma desses requisitos e/ou habilidades tem-se com elementos necessários ao sucesso no exercício de qualquer cargo, no caso, público.

Outra questão que se coloca é a responsabilidade do gestor público pelo correto exercício das suas funções que devem ter por princípio a eficácia, eficiência, transparência e o zelo na aplicação correta dos escassos recursos públicos para a saúde. Além disso, deve-se

considerar o compromisso e ampliação dos canais de participação da comunidade preconizado pela Constituição mediante a garantia e respeito a autonomia dos Conselhos constituídos com ampla e paritária representação de todos os setores sociais.

A que se observar que o papel do gestor municipal não é apenas o de gerir uma rede de serviços, mas implementar e desenvolver um novo modelo assistencial em base políticas, gerenciais e técnicas. Assim pode-se dizer que, no nível político, o gestor municipal deve:

- *atuar de forma articulada com a sociedade visando sempre garantir a mais ampla participação e legitimidade desse processo;*
- *atuar de forma articulada com outros setores públicos municipais: educação, transporte, obras, saneamento, meio-ambiente, etc;*
- *atuar de forma articulada junto aos órgãos estaduais e federais para o desenvolvimento de programas e projetos a serem realizados no âmbito do município;*
- *atuar de forma articulada com outros municípios visando realizar ações conjuntas para atender a problemas conjunturais micro-regionais.*

(A Saúde no Município: Organização e Gestão, IBAM-Unicef, 1992, p.29)

No que determina a legislação, cabe ao gestor as funções de planejamento, organização, direção, controle e avaliação do sistema. Sobre este aspecto é imprescindível à política municipal de saúde e à consolidação do Sistema Único de Saúde que o gestor esteja ao par das informações sobre o conjunto de leis, normas e regulamentos que constituem o arcabouço jurídico do SUS em cada esfera de governo; sobre as políticas e diretrizes; sobre os

órgãos de administração central; a cerca da rede física das Unidades de Saúde, dos recursos humanos, materiais e técnicos existentes e, dos mecanismos de participação popular.

Com o encerramento do recente processo eleitoral de 2000 (as eleições municipais) e o início de um novo período administrativo municipal (2001-2004) quando assumiram os novos prefeitos e, com eles, os ocupantes das diversas secretarias a questão é: *qual a formação dos secretários municipais de saúde?*

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A GESTÃO DO SUS NO CONTEXTO DA DESCENTRALIZAÇÃO

O processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro ganhou na década de 80 um impulso definitivo quando surgiram profundas transformações determinadas pela evolução político-institucional do país e garantida pela Constituição de 1988 onde foram consolidadas garantias democráticas e sociais. Os primeiros cinco anos estiveram centrados na consolidação dos processos institucionais e na expansão da cobertura assistencial enquanto que no segundo quinquênio as políticas de saúde inauguraram movimentos de descentralização político-administrativa, com reorganização jurídico-institucional e universalização do direito de acesso aos serviços de saúde.

Esta nova situação é apontada por Bloch e Balassiano:

“Além disso, a separação cada vez maior entre sociedade informal e formal e o surgimento de novos atores excluídos, com a implementação de novas tecnologias, exigem métodos para a abordagem da luta de classes e experiências de gestão públicas inovadoras. Isto requer uma concepção

de reforma do Estado que incorpore estes sujeitos sociais e suas demandas e onde a relação entre Estado-Sociedade não se dê mais de forma centralizada, mas descentralizada e em termos de co-gestão”
(Bloch, Renata Arruda e Balassiano, Moisés, 1999, apud Genro,96)

A que se ver, no entanto, que o sistema de saúde no Brasil surgiu de forma incipiente na Primeira República (1889-1930) subordinado a lógica do modelo das campanhas sanitárias e, por isso, centralizadora. Este modelo foi organizado para limpar áreas urbanas de graves epidemias então existentes, concentrando decisões e adotando um estilo repressivo de intervenção favorecendo o surgimento e a consolidação de uma estrutura administrativa centralista, tecnoburocrática e corporativista.

A ideologia campanhista vigora por mais de 70 anos no Brasil sendo o traço central da formação de planejadores e gestores dos serviços públicos de saúde tendo como principais expressões a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (ESESP) e a Superintendência de Campanha de Saúde Pública (SUCAM), também presentes nas secretarias estaduais de saúde. Assim, na primeira metade do Século XX, observamos: centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública e; clientelismo, populismo e paternalismo, do lado das instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica. Todos, centralizados na prática liberal e no surgimento de instituições de cunho caritativo e filantrópico destinados aos pobres e indigentes e posterior aparecimento de hospitais públicos implantados pelos governos estaduais e do Distrito Federal além de alguns municípios.

Durante o período desenvolvimentista (1946-1964) caracterizado por uma tendência descentralizante no relacionamento da União com os níveis subnacionais de governo permitindo, de um lado, uma das poucas experiências significativas de exercício de democracia e, por outro lado, não trazendo alterações profundas na natureza do sistema de saúde. Há uma rápida expansão da medicina previdenciária, permitindo o crescimento das redes públicas estaduais e municipais, voltadas ao atendimento de pronto-socorro e da população marginalizada ao sistema previdenciário. Ocorre ainda no final do período o debate sobre o papel do Estado na implantação de um efetivo sistema de saúde através da III Conferência Nacional de Saúde (1963) propondo a municipalização da assistência à saúde no Brasil.

Esta discussão acabou, no entanto, submergindo com o golpe militar de 1964. O debate é interrompido e a proposta não é efetivada. No final da década de 70 quando a ditadura militar já dava sinais de fadiga e os movimentos populares e sindicais começaram a emergir, veio também à tona a discussão de um novo modelo de assistência à saúde no país.

O processo foi lento e somente veio a adquirir uma dimensão maior a partir da convocação da Assembléia Nacional Constituinte e da promulgação da Constituição em 1988. Apesar de toda esta situação o país não ficou durante a ditadura sem um sistema de saúde. Ao contrário, o regime autoritário dinamizou um sistema baseado no seu projeto político.

Durante a primeira fase do regime militar houve uma grande reorientação da administração estatal, inclusive, no setor da saúde que também foi afetada pelo denominado “milagre brasileiro”. Dessa reorientação originaram-se mudanças baseadas no modelo de cuidados médicos individuais como padrão de saúde com crescimento da produção

quantitativa de atos médicos e conseqüente construção (financiada pelos setor público) de grande número de hospitais, laboratórios clínicos e serviços privados. Como conseqüência a grande aceleração do crescimento do número de leitos para internação, particularmente a partir da metade da década de 60. Este modelo acaba construindo o denominado “complexo medico-industrial” impulsionado com recursos públicos e de financiamento de investimentos físicos através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social e de garantia de custeio do funcionamento dos setores privados produtores de serviços de saúde e de equipamentos e insumos.

“A lógica do regime impõe a quase completa destruição da autonomia dos governos subnacionais induzindo o fenômeno da “desmunicipalização” dos serviços públicos, tanto na área da saúde quanto nos demais setores como habitação, transporte, saneamento básico, etc... Também os estados passam a funcionar como agentes meramente complementares do poder central, sem nenhuma capacidade de iniciativa”. (Noronha, José Carvalho e Levcohit, Eduardo, 1994)

Quando o regime militar entra em decadência já a partir da vitória parlamentar da oposição em 1974 cria-se um novo quadro institucional onde os discursos e a efetivação das políticas sociais ganham expressão concreta, incluindo um projeto de reforma da saúde de cunho modernizante. A partir da década de 80 as políticas públicas adquirem características que influenciam as transformações na área da saúde como a incorporação de segmentos populacionais à previdência social e ao sistema médico-hospitalar. Ascende ao cenário político-institucional uma tendência universalizante traduzida pela redução das barreiras

burocráticas de acesso aos serviços de saúde e crescimento da oferta de serviços e da instalação de unidades assistenciais.

Neste contexto de ampla mobilização e discussão em torno das questões sociais, o tema referente ao modelo de saúde ganha força embora enfrente a resistência dos setores liberalizantes defensores da “economia de mercado”, inclusive, no que diz respeito à saúde. Mesmo assim o debate avança e algumas conquistas são consolidadas na Assembléia Nacional Constituinte que resulta na Constituição de 1988.

A Constituição Federal de 1988 e a Constituição do Estado do Rio Grande do Sul e toda a legislação delas decorrente no que tange ao reordenamento da área da saúde no país – Leis, Decretos Federais, Estaduais, Portarias Ministerais e Estaduais, Resoluções, etc. - , tiveram como objetivo buscar a consolidação do princípio fundamental proposto pela Carta Magna:

“Art. 196 – A saúde é um direito de todo e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. (CF/1988)

O mesmo texto constitucional preconiza a implantação de um “sistema único” que será constituído pelas ações e serviços de saúde que integram um rede regionalizada e hierarquizada (Art. 198. CF/1988). Este sistema único, determina o texto, obedecerá 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.” (Art. 196. CF/1988)

Na linha deste princípio, no qual o texto legal tem a intenção de deslocar o poder do centro para a periferia – estados e municípios – nas questões pertinentes à saúde e, ainda, definir que o atendimento dever ser unguído pelo caráter da integralidade com “prioridade para as atividades preventivas”, ou seja, há a iniciativa de fundamentar todas as ações partido do princípio da promoção da saúde e não apenas da prevenção da doença ou, do seu tratamento. Neste viés, para que se consolide tal procedimento a Constituição estabelece como diretriz básica a participação direta do cidadão nas decisões e ações de políticas de saúde pública no âmbito municipal, estadual e federal. Sobre este último aspecto Vianna observa:

“...O que deve caracterizar a descentralização no sistema de saúde não é só o fato da tomada de decisão situar-se junto ao local onde os serviços são prestados e a existência de maior possibilidade de efetivo controle social sobre esses serviços. É, sobretudo, a autonomia das instâncias subnacionais, para exercitar sua principal competência: organizar o respectivo subsistema, de acordo com as peculiaridades locais, respeitados os demais postulados constitucionais (universalidade, acesso igualitário, regionalização, hierarquização da rede, direção única, atendimento integral, prioridade para as atividades preventivas e participação da comunidade)”. (Vianna, 1992, p.35-36)

Observa-se, por esta ordem, que, o Sistema Único de Saúde embora exista e funcione de fato, ainda não se consolidou de maneira efetiva conforme o proposto pelo texto constitucional. É inegável, no entanto, que transferiu-se a partir deles, uma gama considerável de responsabilidades para as demais esferas federativas, principalmente, para os municípios. As dificuldades estão na resistência do governo central em atender integralmente ao dispositivo constitucional e, também, no parco conhecimento de que os gestores, principalmente, no âmbito municipal dispõe para intervir eficazmente neste processo. As leis reguladoras tem antes reforçado a disposição de transferir antes deveres e poucos direitos (leia-se aqui recursos e a capacidade de atuar conforme regram e políticas próprias no que tange a questão da saúde no âmbito municipal) aos municípios.

A pretensa descentralização que vinha de encontro ao próprio pacto federativo através do qual estados e municípios tem autonomia de poder e decisão, no Brasil é “interpretado” de forma diversa do que em outras nações democráticas do mundo. Aqui se confere a expectativa de autonomia que, ao final, ganha caráter ficcional onde o pacto federativo que deu origem ao país não se legitima em razão das características centralizadoras que são históricas.

Assim, quando ensaia-se um gesto no sentido do respeito ao pacto federativo, ou seja, do respeito a autonomia das unidades que o compõe engendra-se uma série de artifícios legais para manter o *status quo* vigente. Diante disso, tanto mais importante é que o gestor municipal tenha “conteúdo” capaz de fazer frente a estas ações afim de que possa desenvolver uma efetiva política de saúde que resulte em maior e melhor qualidade de vida da sua população. Não for isso, exercerá seu cargo como mero cumpridor de tarefas emandas do poder central mediante um cem-números de planos campanhistas travestidos de programas e

projetos que pasteurizam as ações em saúde como se um país como o nosso fosse uniformemente idêntico.

Embora se verifique o discurso vigente de que o processo descentralizador e municipalizador das ações governamentais é irreversível e, se observe que ele acontece de forma não apenas lenta como também deturpada, não há como negar que traz um elemento novo para aqueles elevados ao cargo de gestores municipais: em se tratando da saúde – uma área delicada e essencial – é imprescindível que tenha, em boa escala, requisitos que o qualifiquem e capacitem para não apenas interpretar a legislação, como agir e atuar junto à comunidade na definição coletiva, participativa e fiscalizadora das ações em saúde.

3. Objetivos

3.1. Geral

- Conhecer aspectos do processo de formação dos secretários municipais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul na gestão 2001/2004

3.2. Específicos

- Verificar se os secretários municipais de saúde no exercício de funções e/ou cargos públicos;
- Conhecer as características valorizadas na escolha dos secretários municipais de saúde;
- Proporcionar subsídios para a programação de cursos de capacitação dos atuais gestores municipais de saúde.

4. Metodologia

Com a finalidade de conhecer a formação dos secretários municipais de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, foi elaborado um questionário contendo perguntas abertas, fechadas e abertas e fechadas. Questionário é aqui entendido como uma entrevista estruturada, que tem como funções descrever as características e medir determinadas variáveis de um grupo social, permitindo observa-las em um indivíduo ou grupo.

De acordo com Gil (1999, p.128)

“pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc”.

O estudo apresenta uma análise com características de pesquisa qualitativa e quantitativa. Para Goldim em se tratando de avaliação quantitativa é possível realiza-la de maneira diversa quanto às abordagens matemáticas. Diz:

“A avaliação quantitativa dos dados pode ser realizada por diferentes abordagens matemáticas, sendo que a mais utilizada é a que se baseia nos métodos estatísticos, ou seja, um conjunto de instrumentos utilizados para organizar e extrair informações do dados existentes com o objetivo de permitir a tomada de decisões em presença da incerteza”.
(Goldim, 2001, p.119)

Enquanto que a entrevista qualitativa, para o mesmo autor, “é essencialmente descritiva e tem como perspectiva principal a visão do processo”. “Sua característica principal é a importância dada ao ambiente e o papel desempenhado pelo pesquisador” (Goldim, 2001, p.133).

Na interpretação de Minayo, a questão é de natureza no que se refere a diferença entre qualitativo-quantitativo ao se trabalhar com pesquisa.

“A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto àqueles que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região visível, ecológica e concreta, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações médias e estatísticas. Porém o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõe, ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (Minayo, 1999, p.21)

O questionário utilizado pode ser designado como auto-aplicado (Gil, 1999). Para a aplicação do instrumento de pesquisa importante foi a colaboração da Federação das Associações de Municípios do Estado do Rio Grande do Sul – Famurs. Os questionários foram aplicados durante o transcurso de seminário estadual destinado aos dirigentes municipais de saúde tendo como tema o Programa Nacional de DST/AIDS que ocorreu de 8 a 10 de fevereiro de 2001.

Com o apoio da organização do evento, os questionários foram anexados às pastas que eram entregues aos participantes no ato da inscrição. Durante o seminário, nos intervalos, a coordenação informou aos participantes o conteúdo das pastas e referiu a pesquisa solicitando a colaboração. Foi solicitado que o preenchimento observa-se todos os campos do questionário.

Ao todo foram disponibilizados 497 questionários dentro da expectativa de que o evento contasse com a participação maciça de dirigentes de todos os municípios do estado, uma vez que este é o número total de municípios. As pastas contendo os questionários eram entregues a quem se identificasse como gestor municipal de saúde. Do total previsto foram retirados 170 questionários. Do total de questionários retirados obteve-se o retorno de 97 respondidos.

Como critério de utilização do instrumento de pesquisa levou-se em consideração o preenchimento dos campos das questões propostas. Durante a tabulação verificou-se que um município apresentou mais de um questionário respondido não sendo possível identificar quem era o titular e, outros cinco não responderam a questão 12: quais os motivos que o levaram a aceitar e exercer o cargo de secretário municipal de saúde? Os questionários que não tinham esta resposta foram eliminados por considerar-se que poderiam estar sendo

respondidos, não pelo secretário mas por um seu representante presente no curso. Estas incorreções levaram a eliminação de sete questionários. No total, restaram 90 questionários efetivamente preenchidos e respondidos por gestores municipais e que foram utilizados no trabalho.

A partir da leitura dos questionários adotou-se como categorias de análise as características dos gestores quanto ao gênero e sua distribuição no território, grau de instrução, vínculo partidário, vínculo profissional, experiência no exercício de cargo ou funções públicas e motivos que determinaram o convite para exercer o cargo e sugestões de temas que devem ser priorizados na capacitação de gestores municipais de saúde. Algumas categorias foram analisadas conforme características distintas como, por exemplo, o fato que relaciona porte do município com o grau de instrução e vínculo partidário dos secretários de saúde.

Gomes assegura a cerca das categorias de análise:

“Podemos optar por vários tipos de unidades de registro para analisarmos o conteúdo de uma mensagem. Essas unidades se referem aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto da mensagem. Podemos utilizar a palavra como uma unidade, trabalhando com todas as palavras de um texto ou com apenas algumas que são destacadas de acordo com a finalidade do estudo. A frase ou a oração também são outros exemplos de unidades de registro. Outra unidade é o tema que se refere a uma unidade maior em torno da qual tiramos uma conclusão

[...] Ainda podem ser unidades de registro o personagem de uma narrativa, o acontecimento relatado e o documento (livro, artigo, filme, etc.). Estas unidades podem ser combinadas dependendo da natureza do estudo. "Além das unidades de registro devemos definir as unidades de contexto situando uma referência mais ampla. Em outras palavras, devemos precisar o contexto do qual faz parte a mensagem." (Gomes, 2000, p.75)

Partindo deste pressuposto optou-se na escolha de análise dos conteúdos através de dois tipos de unidades: unidades de registro, coletadas a partir das respostas dos questionários e as unidades de contexto elaboradas a partir das distinções observadas durante as fases de análise dos conteúdos, que seguiram-se da pré-análise, fase de exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1. Características dos gestores quanto ao gênero e sua distribuição no território

Esta categoria permite observar os gestores quanto ao gênero e também a sua distribuição entre os municípios gaúchos. Com isso pretende-se verificar a prevalência de gênero e sua relação com a dimensão dos municípios onde são gestores. Com este objetivo utilizou-se da classificação de Klering (1997) acerca do porte dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul. Desta forma foi possível conhecer melhor a representação da amostra por porte populacional onde os secretários municipais estão inseridos.

Klering classifica os municípios em

- | | |
|------------------------|-------------------------------------|
| ⇒ Muito pequeno porte | até três habitantes; |
| ⇒ Porte pequeno | entre 3001 e 10.000 habitantes; |
| ⇒ Porte médio inferior | entre 10.001 e 25.000 habitantes; |
| ⇒ Porte médio superior | entre 25.001 e 100.000 habitantes e |
| ⇒ Porte grande | acima de 100.000 habitantes; |

De acordo com os resultados do Censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) editados este ano e já considerando 497 municípios, a classificação proposta por Klering ficaria assim configurada conforme o porte:

Porte do Município	Nº de Municípios	Proporção
Muito pequeno porte	127	25,55%
Porte pequeno	213	42,85%
Porte médio inferior	88	17,70%
Porte médio superior	54	10,86%
Porte grande	15	3,03%
Total	497	100%

Tabela 1

Dos 90 gestores municipais que responderam ao questionário, 49 (54,44%) são do gênero feminino e 41 (45,55%) do gênero masculino. Do total de questionários respondidos observa-se que a maioria se refere a gestores de municípios de pequeno porte, no equivalente a 54,45%. O que, em princípio, retrata a realidade da distribuição geo-política dos municípios no Estado do Rio Grande do Sul.

Quando analisamos o perfil dos gestores de saúde em relação ao gênero, nota-se que aqueles pertencentes ao gênero feminino concentram-se mais nos municípios enquadrados nestas duas categorias, “porte pequeno” e “muito pequeno porte”. Dos 49 gestores do gênero feminino entrevistados, 35 atuam nestes municípios.

Em se tratando de gestores do gênero masculino, observa-se também que a maioria dos entrevistados (27) pertencem a municípios de “muito pequeno porte” ou de “porte pequeno”. Considerados, porém, os municípios de “porte médio superior”, dentre os gestores que responderam ao questionário, os homens aparecem em maior número (5 para 3). Como apenas um município classificado como de “porte grande” respondeu ao questionário (eles são 3,03% dos municípios gaúchos), neste verificou-se ser o gestor do gênero masculino.

A pesquisa permite também notar que, do total de entrevistados, o número de gestores do gênero masculino em cargos de gestor de saúde é maior em município de maior porte. Já nos municípios de menor porte prevalecem os do gênero feminino embora nestes seja considerável também o número dos gestores do gênero masculino. Esta situação pode ser observada na Tabela 2. São 46 os gestores do gênero feminino que responderam ao questionário que atuam em municípios com população inferior a 25 mil habitantes. Já do gênero masculino aparecem 35 que se disseram gestores de saúde nestes municípios.

Porte do Município	População	Feminino	Masculino	Total	%
Município Grande	Mais de 100 mil hab.	-	01	01	1,11
Porte Médio-superior	25.001 a 100 mil hab.	03	05	08	8,88
Porte Médio-inferior	10.001 a 25 mil hab.	11	01	12	13,33
Porte pequeno	3.001 a 10 mil hab	22	27	49	54,45
Muito pequeno porte	Até 3 mil hab.	13	07	20	22,23
Total		49	41	90	100%

Tabela nº 2

5.2. Quanto ao grau de instrução

O questionário permitiu analisar a escolarização dos participantes da pesquisa. Aqui percebeu-se que entre os gestores do gênero feminino, o grau de escolaridade é maior comparativamente aos do gênero masculino. As mulheres gestoras possuem formação escolar completa tanto em nível de ensino fundamental quanto médio. Isto é, na sua maioria, quando referem sua formação escolar seja em qualquer um destes níveis sempre os tem por concluídos.

Do total de gestores do gênero feminino apenas 4,08% revelaram ter apenas o 1º Grau completo. Nenhuma referiu ter o “1º Grau incompleto”. Este percentual entre os gestores do gênero masculino é inverso. Nenhum respondeu ter apenas o 1º Grau completo, mas 12,19% responderam que não o completaram.

Com relação à formação de 2º Grau (Ensino Médio) 12,19% dos gestores masculinos referiram não tê-lo concluído e 29,26% disseram ter concluído o 2º Grau. Entre os gestores femininos 22,44% disseram tê-lo concluído.

No tocante a formação de nível superior dos gestores municipais, do total de questionários respondidos, nota-se que aqueles pertencentes ao gênero feminino estão em maior número entre aqueles que o responderam possui-lo incompleto, completo ou já com pós-graduação. São 40% do total de gestores municipais de saúde entrevistados, enquanto que os homens representam 21%.

Considerando-se apenas os gestores do gênero feminino que responderam ao questionário nota-se que 57,14% referiram possuir algum curso superior completo. Entre os gestores masculinos este percentual é de 29,26%.

Entre aquelas gestoras que referiram ter curso superior completo, 13 (46,42%) são relacionadas à área da saúde, 10 (35,71%) a áreas da educação, 3 (10,71%) não relataram área de graduação e 2 (7,14%) disseram possuir graduação relacionada a área de ciências humanas. Dentre as gestoras vinculadas à área da saúde e afins, 5 são enfermeiras, 4 são médicas, 2 são farmacêuticas, uma é nutricionista e uma é odontóloga.

Nos gestores do gênero masculino que referiam possuir curso superior completo, 6 (50%) são da área da Saúde, 3 (25%) vieram da área da Educação, um (8,33%) relatou ser da área de Ciências Agrônomicas, um (8,33%) da área de Ciências Veterinárias, um (8,33%) formado em Administração de Empresas. Dentre os gestores que referiram ter formação de nível superior na área de saúde, todos referiram que são médicos.

Ao aferir o perfil de qualificação observou-se que os gestores do gênero feminino possuem perfil de qualificação superior diferenciado, mais elevado. Entre os deste gênero que responderam ao questionário 20,40% referiram ter pós-graduação. Nesta condição encontram-se 9,75% dos gestores do gênero masculino que responderam ao questionário.

Desta análise, dentre os gestores que responderam ao questionário observa-se que a indicação de mulheres para o exercício de cargo de gestor municipal de saúde tem como destaque o fato de que as secretárias possuem alguma formação ou experiência na área de saúde e, em seguida na área de educação.

Entre os gestores do sexo masculino que responderam ao questionário nota-se que a indicação quando recai sobre profissionais de nível superior o requisito evidenciado refere-se a área de saúde, porém, a categoria dos profissionais médicos.

Escolaridade	Feminino	Masculino	Total	Percentual
1º Grau Incompleto	-	05	05	5,55%
1º Grau Completo	02	-	02	2,22%
2º Grau Incompleto	-	05	05	5,55%
2º Grau Completo	11	12	23	25,55%
Superior Incompleto	08	07	15	16,66%
Superior Completo	18	08	26	28,88%
Pós-Graduação	10	04	14	15,55%
Total	49	41	90	100,00%

Tabela nº 3

Outro fator evidenciado na pesquisa registra que as mulheres ao referirem apenas 1º ou 2º Grau como nível de escolaridade revelam tê-los como completo. Entre os gestores do gênero masculino observa-se situação inversa. Quanto ao nível superior incompleto referido por alguns entrevistados, não foi possível identificar se estes não o haviam concluído e abandonado ou ainda estavam cursando-os.

5.3. Realização de cursos de formação na área da saúde

Através da pesquisa, procurou-se também conhecer se os gestores já haviam participado de algum tipo de curso de formação na área da saúde que auxiliasse e subsidiasse o desempenho das atribuições e funções inerentes aos cargos onde hoje estão situados.

Do total de gestores que responderam ao questionário 45 (50%) relataram não ter realizado nenhum curso de formação na área da saúde. Outros 40 (44%) gestores relataram já ter realizado algum tipo de curso neste sentido. Os demais, não responderam a esta questão.

Nota-se que os gestores que não realizaram nenhum curso relacionado à formação em saúde ou que não responderam a questão, dois desses tem formação acadêmica na área de saúde, sendo um do gênero feminino e um do gênero masculino e, ambos, médicos. Os outros 43 gestores que responderam não ter realizado nenhum curso específico em área relacionada a gestão em saúde possuem formação em outras áreas a nível acadêmico ou de nível médio e fundamental completo ou incompleto.

Dos gestores que já realizaram algum tipo de curso voltado à área de saúde, 12 (30%) responderam que este foi vinculado a capacitação para gestores ou gerenciamento em saúde. Entre estes, 8 (67%) são do gênero feminino e 4 (33%) do gênero masculino.

Relacionando-se ainda a realização de cursos de formação na área de saúde com a escolaridade, percebe-se que: dos oito gestores do gênero feminino, dois possuem 2º Grau completo; quatro tem formação superior na área da saúde e dois são da área de educação. Entre os gestores masculinos, um possui formação de nível superior na área de saúde, dois possuem 2º Grau completo e um 2º Grau incompleto.

Os outros gestores que referiram ter realizado curso de formação na área de saúde, revelaram terem sido nas seguintes áreas: técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem,

atendente de enfermagem, curso de controle de tabagismo, treinamento introdutório do PACS, seminários não especificados.

5.4. Quanto ao vínculo partidário

Considerando-se que há cada quatro anos ocorrem eleições municipais para a escolha de prefeitos e vereadores e que, os gestores das diversas secretarias que compõe o organograma administrativo do Poder Executivo pertencem a um quadro específico, denominado, Cargos em Comissão ou de Confiança (CCs), ou seja, o seu preenchimento é prerrogativa exclusiva do prefeito, buscou-se identificar qual o grau de comprometimento partidário (filiação) do gestor.

Do total de gestores que responderam ao questionário, 21 referiram não ter filiação partidária. Em relação àqueles do gênero feminino, 17 (34,69%) responderam não terem filiação a nenhum partido político.. Entre os homens, quatro (9,75%) responderam não serem filiados a partidos políticos.

Partido	Feminino	Masculino	Total	%
PPB	12	13	25	27,77%
PMDB	06	08	14	15,55%
PDT	05	06	11	12,22%
PT	03	03	06	6,66%
PTB	02	01	03	3,33%
PFL	01	02	03	3,33%

PSB	00	02	02	2,2%
PPS	01	00	01	1,1%
PDT/T	00	01	01	1,1%
PcdoB	00	01	01	1,1%
Sem Vínculo	17	04	21	23,33%
Não Respondeu	01	00	01	1,1%
Total	49	41	90	100,00%

Tabela nº 04

5.5. Quanto ao vínculo profissional

A pesquisa permitiu identificar a origem dos gestores municipais quanto ao seu vínculo profissional anterior em órgãos públicos municipal, estadual ou federal. Desta forma verificou-se que dentre o total de gestores que responderam ao questionário, 34 (38%) são servidores públicos municipais, 17 (19%) são servidores públicos estaduais e 2 (2,3%) são provenientes dos quadros do serviço público federal. Os restantes, 34 (38%) referiram não serem servidores públicos e dois (2,3%) não responderam a esta questão. Neste item observa-se que a maioria (58,88%) dos gestores que responderam ao questionário são servidores públicos de uma das esferas de governo.

Na análise das informações observa-se ainda que 54 (60%) dos entrevistados já exerceram algum cargo ou função na área de saúde, enquanto que 36 (40%) não exerceram nenhum cargo ou função nesta área.

Do total de gestores entrevistados, 36 (40%) referiram não ter exercido função ou cargo público na área da saúde e, 54 (60%) já exerceram algum cargo ou função nesta área.

5.7. Quanto aos motivos que determinaram o convite para exercer o cargo

Percebe-se nas respostas dos secretários municipais de saúde que os motivos são diversos. Por esta razão consolidou-se as respostas de acordo com as semelhanças e características.

Assim, 9 pessoas responderam que o motivo para serem convidadas para o cargo foi a experiência anterior como secretário de saúde no próprio município ou em outro município.

Relacionado ainda a experiência anterior, aparecem 24 gestores (26,66%) referindo que o motivo determinante do convite foi o fato da sua atuação profissional ser na área de saúde. Aqui, além de profissionais de saúde aparecem também profissionais de outras áreas, principalmente, educação que exerceram alguma função ou cargo anterior ligado a área da saúde que não o de gestor.

Outros 39 gestores (43,33%) relataram que o que teria determinado o convite foi “o bom relacionamento com a população”, associado a capacidade, determinação, dedicação, honestidade, responsabilidade, liderança, qualificação e disponibilidade. Percebe-se que os

gestores que referem “bom relacionamento com a população” possuem uma concepção ampliada em relação ao SUS, não especificando um ou outro grupo social.

Entre os entrevistados que responderam ao questionário cinco (5,55%) responderam que o fator determinante para o convite foi a indicação política. Outras 11 (12,22%) relacionaram o convite ao fato de serem “de confiança do prefeito”. Por fim, 2 (2,22%) relacionaram o convite para o cargo ao fato de já terem experiência como prefeitos em mandato anterior.

5.8. Temas priorizados para a capacitação de gestores municipais de saúde

A preocupação com conhecimento de toda a legislação e, enfim, do funcionamento do Sistema de Saúde em si aparece quando os secretários são perguntados sobre quais temas julgam importantes para a sua capacitação como gestores de saúde. A partir desta aferição, a maioria dos gestores que realizaram cursos específicos de capacitação na área de saúde tanto quanto os que não os realizaram, consideram que devem ser priorizados cursos em temas relacionados ao planejamento, controle e avaliação em saúde.

Assinalaram também a preocupação com as questões legais relacionadas ao controle social, a implantação do SUS, a elaboração de projetos, ao Fundo Municipal de Saúde, a elaboração de Planos Municipais de Saúde, ao Relatório de Gestão, a questão da Lei de Responsabilidade Fiscal no âmbito da saúde. Mais especificamente foram relacionados

temas referentes aos modelos tecnoassistenciais, técnicas de gestão, sistemas de informação e formação de conselheiros municipais de saúde.

Outros temas mais específicos como Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Assistência Farmacêutica Básica e programas especiais de saúde como o PSF (Programa de Saúde da Família) fazem parte das necessidades de maiores informações para os gestores. Especificamente, preocupa-os como pode se dar o processo de contratação de profissionais para as áreas exigidas e os custos que engendram tais ações.

Ainda em relação aos programas assistenciais de saúde surgem dúvidas relacionadas a sua implementação, organização e condução por parte do município. Neste tema alguns gestores referem que há necessidade das Coordenadorias Regionais de Saúde estarem “mais próximas dos municípios”. Aparecem ainda dúvidas sobre a regionalização, modelos de atenção e formação de recursos humanos.

Evidenciou-se, na questão da capacitação dos gestores, que o tema mais latente é o relativo a construção e elaboração de projetos na área de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho oportunizou conhecer, de uma forma geral, as características de formação dos secretários municipais de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Embora a participação dos gestores não tenha ultrapassado a 18% do total dos municípios do Estado (90 de 497), foi possível obter-se uma amostragem destes agentes políticos enquanto gestores das políticas de saúde nos seus municípios.

É oportuno assinalar que a pesquisa permite apenas conhecer o perfil dos gestores municipais de saúde, os municípios em que atuam e não pretende fazer qualquer inferência sobre a atuação ou o resultado da atuação destes gestores nas implementação da políticas e ações de saúde.

De acordo com Dussault (1989) “nada sugere que tipo de profissional é mais adequado para gerir uma organização de saúde. Pode ser um profissional da área de saúde ou de uma outra área. O necessário é que possua as capacidades, o conhecimento, as atitudes compatíveis com as exigências da gerência desse tipo de organização”.

Concluindo. A pesquisa realizada junto aos gestores municipais de saúde do Rio Grande do Sul permite perceber que há profissionais das mais diversas áreas atuando na gestão de Secretaria Municipais de Saúde. O resultado que se pode obter, desse perfil, para a gestão em saúde no âmbito do município e do próprio Sistema Único de Saúde talvez possa ser observado ao final dos mandatos atuais. É certo, no entanto, que a capacidade de entender o funcionamento da organização, o processo de produção de serviços de saúde, a

rede de relações da sua organização com o ambiente e as necessidades da comunidade são elementos importantes para se implementar políticas de saúde em um município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORDIN, Ronaldo et al. Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade. Porto Alegre:

Dacasa, 1996 (144 p.)

BLOCH, Renata Arruda e BALASSIANO, Moisés. A democratização da Gestão Pública: as

relações entre Gestor, Inovação e Porte Demográfico do Município. Texto apresentado

no ENANPAD/99 (11 p.)

CAMPOS, Wagner de Souza. Sobre a Reforma da Reforma: repensando o SUS. São Paulo:

Hucitec, 1994.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (org.). Inventando a Mudança na Saúde. São Paulo:

Hucitec, 1994.

CENSO 2000 – www.ibge.gov.br

GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5ª Edição. São Paulo: Atlas, 1999 (206 p.)

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa quantitativa. In: MINAYO, M. C. (org.)

Pesquisa Social. 16ª ed. São Paulo: Vozes, 2000 (p. 67-80)

- GOLDIM, José Roberto. Manual de inicial à Pesquisa em Saúde. 2ª ed. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2000 (180 p.)
- HEIMANN, Luiza S. et al. Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, Hucitec, 2000 (136 p.)
- NORONHA, José Carvalho; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS – SUDS – SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde. In. GUILMARAES, Renaldo; TAVARES, Ricardo (org). Saúde e Sociedade no Brasil. – Anos 80. Rio de Janeiro: Dumará, 1994 (p. 730109).
- MENDES, Eugênio V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996 (p. 259-300)
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997 (80 p.)
- PASCHE, Dário F.; RIGHI, Liane B. Sistema Único de Saúde: Legislação/Parte I. Ijuí: Editora Unijuí, 1995.
- _____. Sistema Único de Saúde: Legislação/Parte II. Ijuí: Editora Unijuí, 1995.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. Que controle social? – Os Conselhos de Saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000 (164 p.).
- RODRIGUES, Alcides Redondo. Orçamento Municipal: Questões Candentes. Rio de Janeiro: IBAM, 1999 (60 p.).