

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

GERSON LUIS SCHWAB

**GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA EM PEQUENOS MUNICÍPIOS PARANAENSES
COM BAIXO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL (IDH-M)**

CURITIBA

2010

GERSON LUIS SCHWAB

**GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA EM PEQUENOS MUNICÍPIOS PARANAENSES
COM BAIXO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL (IDH-M)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração Saúde Coletiva, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Beatriz Helena Sottile França

CURITIBA

2010

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

Schwab, Gerson Luis
S398g 2010 Gestão de saúde pública em pequenos municípios paranaenses com baixo índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) / Gerson Luis Schwab; orientador, Samuel Jorge Moysés; co-orientadora, Beatriz Helena Sottile França. – 2010.
98 f., il.; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2010

Inclui bibliografias

1. Saúde pública – Administração. 2. Desenvolvimento social.
3. Descentralização na administração. I. Moyses, Samuel Jorge. II. França, Beatriz Helena Sottile. III. Pontifícia Universidade Católica do. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. IV. Título.

CDD 20. ed. – 617.6



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

TERMO DE APROVAÇÃO

GERSON LUIS SCHWAB

**GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA EM PEQUENOS MUNICÍPIOS PARANAENSES
COM BAIXO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL (IDH-M)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do Título de Mestre em Odontologia, Área de Concentração em **Saúde Coletiva**.

Orientador(a):

Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

Prof. Dr. Christian Mendez Alcantara
Curso de Odontologia, UFPR

Profª Drª Beatriz Helena Sottile França
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

Curitiba, 25 de novembro de 2010.

Para Ruslan e Zoltan, razão
maior de tudo que faço.
Para Dalcy,
pelo incondicional apoio.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Beatriz Helena Sottile França, coorientadora deste trabalho. Na trajetória de minha “Comédia”, mais afortunado que Dante, tive musa e guia na mesma Beatriz, permitindo-me a luxuosa possibilidade de dispensar Virgílio.

Ao Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés, orientador desta pesquisa e mestre no mais estrito sentido epistemológico, com diversificados conhecimentos.

Ao Prof. Dr. Júlio César Bisinelli, pela ajuda na construção deste trabalho e na formação de uma grande amizade.

À Prof^a. Dr^a. Simone Tetu Moysés, pela brilhante coordenação do curso e valiosa colaboração na evolução desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Paulo Henrique Couto Souza, convidado interno, pelas pertinentes sugestões na ordenação e qualificação deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Christian Mendez Alcantara, convidado externo, pela colaboração e presença na defesa desta dissertação.

À Dr^a. Laís Moreira Amarante e ao Prof. Léo Kriger, pelo incentivo às minhas pretensões de mestrado, gentilmente me apresentando a esta escola.

Ao querido amigo, irmão e confidente José Carlos Krüger (*in memoriam*), pelo exemplo de ser humano em seu mais elevado grau.

À Prof^a. Dr^a. Evelise Labatut Portilho, pelas aulas de Processos Pedagógicos, instigando e acompanhando na busca do Conhecimento.

Ao Prof. Dr. Sérgio Aparecido Ignácio, pela colaboração no tratamento estatístico desta pesquisa e por conseguir fazer-me gostar (um pouco) de Bioestatística.

À Sr^a. Neide Reis Borges, secretária do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, pela presteza e carinho com que sempre nos atendeu.

À Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, nas pessoas de Gilberto Stremel, diretor da 21ª. Regional de Saúde, e de Vânia Marques Bessa Martins, diretora do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, pela confiança e apoio depositados.

Aos meus colegas da 21ª. Regional de Saúde e do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, que por diversas vezes me substituíram no desempenho de minhas funções, possibilitando minha presença neste mestrado.

Aos secretários municipais de saúde de Imbaú, Curiúva, Ortigueira, Reserva, Tibagi e Ventania, pela pronta colaboração ao participar desta pesquisa.

Aos alunos do curso Técnico em Saúde Bucal, espalhados por todo o Paraná, que mais me ensinaram do que aprenderam comigo, exercitando a Pedagogia da Problematização.

Aos parentes e amigos que me apoiaram nesta empreitada, atribuindo-me talento e capacidade muito além do merecido.

Às colegas Andreza, Sandra, Edeny e Allyne, pelo convívio que nos possibilitou desenvolver virtudes tão raras, entre elas a temperança e a alteridade.

A todos os nominados, e à legião de colaboradores que minha falha memória pode esquecer, mas a quem serei eternamente grato, o meu sincero muito obrigado.

A pesquisa de campo, por onde começa toda carreira etnológica, é mãe e ama de leite da dúvida, atitude filosófica por excelência. Essa “dúvida antropológica” não consiste apenas em saber que não se sabe nada, mas em expor resolutamente o que se acreditava saber e a própria ignorância, aos insultos e aos desmentidos que infligem a idéias e hábitos muito caros, àqueles que podem contradizê-los no mais alto grau. Ao contrário do que a aparência sugere, é por seu método mais estritamente filosófico que a etnologia se distingue da sociologia.

(Lévi-Strauss, 1975)

SUMÁRIO

1. RESUMO	10
2. ABSTRACT	11
3. INTRODUÇÃO	12
REFERÊNCIAS.....	14
4. ARTIGO 1	15
RESUMO.....	15
ABSTRACT.....	15
4.1 INTRODUÇÃO.....	16
4.2 MÉTODO.....	19
4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
4.3.1 Breve Histórico de Gestão.....	21
4.3.2 Modernas Teorias de Gestão.....	24
4.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	28
5. ARTIGO 2	38
RESUMO.....	38
ABSTRACT.....	39
5.1 INTRODUÇÃO.....	39
5.2 MÉTODO.....	43
5.3 RESULTADOS.....	48
5.3.1 Resultados Qualitativos.....	48
5.3.2 Resultados Quantitativos.....	51
5.4 DISCUSSÃO.....	54
5.5 CONCLUSÕES.....	56
REFERÊNCIAS.....	58
6. CONCLUSÕES	64
APÊNDICES	66
ANEXO	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS = Agente Comunitário de Saúde

APS = Atenção Primária em Saúde

CEP = Comitê de Ética em Pesquisa

CMS = Conselho Municipal de Saúde

CIB = Comissão Intergestores Bipartite

CIT = Comissão Intergestores Tripartite

CONASEMS = Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde

CONASS = Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

DOI = Digital Object Identifier

ESF = Estratégia Saúde da Família (antigo Programa Saúde da Família)

G0000 a G0005 = Gestor 0000 a gestor 0005

GM = Gabinete do Ministro

HIPERDIA = Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

HumanizaSUS = Política Nacional de Humanização do SUS

IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH = Índice de Desenvolvimento Humano

IDH-M = Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IPARDES = Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

IPEA = Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

ISO = International Organization for Standardization

M0000 a M0005 = Município 0000 a município 0005

MS = Ministério da Saúde

NIHR = National Institute for Health Research

NOB = Norma Operacional Básica

ONU = Organização das Nações Unidas

PAS = Programação Anual de Saúde

PNUD = Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF = Programa Saúde da Família (atual Estratégia Saúde da Família)

PUCPR = Pontifícia Universidade Católica do Paraná

RAG = Relatório Anual de Gestão

RS = Regional de Saúde

SARGSUS = Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS

SIAB = Sistema de Informações da Atenção Básica

SIM = Sistema de Informações de Mortalidade

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS = Sistema Único de Saúde

T&D = Tecnologia e Desenvolvimento

TCGM = Termo de Compromisso de Gestão Municipal

TCLE = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USF = Unidade de Saúde da Família

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar o processo de gestão de saúde pública em pequenos municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), tendo em vista que grande número de municípios brasileiros possui estas características. Foi um estudo exploratório transversal com abordagem quali-quantitativa, tratando da gestão de saúde pública em seis pequenos municípios com baixo IDH-M, no estado do Paraná, Brasil, na abrangência da 21ª. Regional de Saúde. Inicialmente procedeu-se a uma revisão da literatura especializada em gestão, não apenas em saúde, pública ou privada. Foram pesquisadas as bases Medline, Oxford Journals e Scielo, com matérias publicadas entre 2001 e 2010. Diversas teorias sobre gestão foram descritas, bem como sua aplicação em saúde pública. A coleta de dados utilizou entrevistas semiestruturadas, onde os sujeitos da pesquisa foram os secretários municipais de saúde. Identificou-se o perfil do gestor e algumas facilidades e dificuldades encontradas na administração, por meio de sua autoavaliação. Buscou-se analisar a aplicação de recursos financeiros e a prestação de contas do gestor, com base no Relatório Anual de Gestão (RAG). Os principais resultados encontrados sugerem anseios de mudanças na gestão municipal de saúde. Os gestores ressentiam-se de capacitação específica para enfrentar a realidade brasileira de descentralização, com a municipalização da saúde, sendo unânimes em afirmar desejo de melhoria de atendimento aos usuários. A respeito da análise dos RAG estes eram apresentados de forma desestruturada e confusa, não contribuindo para o planejamento em saúde, o que seria uma das principais utilidades desta ferramenta de gestão. Caracterizaram-se como um mero instrumento de prestação de contas, no mais restrito sentido produtivista, ou seja, físico-contábil. Foi possível notar que não há relação entre o alcance de metas pactuadas com o montante de recursos financeiros aplicados na saúde, em cada um dos municípios analisados. Concluiu-se que as formas de gestão devem evoluir para decisões intersetoriais, com o controle social atuando de forma não apenas fiscalizadora, mas principalmente na elaboração do planejamento de ações em saúde. Isto possibilitaria maior resolutividade, num atendimento universal e equitativo à população, correspondendo a uma fase madura do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) em municípios de pequeno porte.

Palavras-chave: Gestão. IDH-M. Descentralização. Saúde Pública.

ABSTRACT

This is an exploratory cross-sectional study with a qualitative and quantitative approach. It refers specifically to public health management in six small municipalities with low HDI-M in the state of Paraná, Brazil, in the catchment's area of the 21st. Health District. The objective was to analyze the process of managing health in those cities and to identify facilities and difficulties encountered by the manager, his (her) profile and self-assessment; also, to analyze the application of financial resources and accountability for managers based on the Annual Management Report (AMR). There has been initial input with a systematic review of the specialized literature in management, not just in health, public or private. Databases searched were Medline, Oxford Journals and Scielo, with papers published between 2001 and 2010. Data collection was conducted by interviews, where the subjects were the municipal health managers. Several theories about management were found, with a possible application in Public Health. The main findings suggest an aspiration for changes in municipal management of health. Managers resented the lack of specific training to face the reality of decentralization and were unanimous in stating their desire to improve customer services. As for AMR, they were presented in an unstructured and confused manner, without helping health planning, what would be its main function. They were still a mere instrument of accountability, in the narrower productivity-driven sense. It was possible to demonstrate that there is no relationship between the achievements of goals agreed upon with the amount of financial resources invested in health in each municipality. It can be concluded that the forms of managerial decisions must evolve to interdisciplinary teams, with social control not only acting in a supervisory, but mainly in developing the planning of public health. This would allow higher resolution and a universal and equitable service to justify the final stage of the process of SUS decentralization.

Keywords: Management. HDI-M. Decentralization. Public Health.

1. INTRODUÇÃO

Gestão de saúde pública tem sido tema de amplo debate desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Este debate aumentou sensivelmente na fase de descentralização do SUS, iniciada na década de 1990 e implementada com a Norma Operacional Básica 96 (NOB-96). A partir desta fase os gestores locais de saúde depararam-se com atribuições inéditas, muitas vezes sem formação ou capacitação adequadas para administrar uma secretaria de saúde, em toda a complexidade que o novo sistema exigia. Essas dificuldades tornaram-se ainda mais severas em municípios de pequeno porte, com pouca ou nenhuma oferta de formação ou capacitação em gestão (VIEIRA-DA-SILVA, 2007; DeLEEuw, 2009; BENNETT, 2010).

Sendo o Brasil um país de dimensões continentais, com diferentes regiões e necessidades específicas, a distribuição de recursos financeiros não é feita de maneira uniforme. Há um princípio amplamente aceito na sociologia, segundo o qual a distribuição social dos investimentos públicos guarda relação estreita com a estrutura social, devendo distribuir recursos em maior volume onde são mais necessários. Grupos supostamente mais vulneráveis são contemplados com maiores recursos, com o intuito de reduzir desigualdades sociais entre a população (PELEGRINI, 2005).

Com o propósito de atender a estas diferenças regionais inicia-se a descentralização da saúde, assegurando maior autonomia municipal na gestão dos recursos. Isto gerou a ampliação da oferta na atenção primária e de serviços de alta e média complexidade, sem que houvesse relação entre a descentralização e a melhoria do desempenho do Sistema. Os principais problemas encontrados localizavam-se na gestão do sistema e nas práticas assistenciais, revelando que essas áreas são críticas para futuras intervenções, principalmente no que diz respeito à institucionalização do planejamento e da avaliação, bem como em relação aos projetos intersetoriais (VIEIRA-DA-SILVA, 2007).

As práticas assistenciais baseadas em velhos conceitos de saúde e doença, onde havia a visão positiva de uma, em detrimento da visão negativa de outra, teriam que ser revistas. Da mesma forma, os novos gestores necessitavam de formação e capacitação gerencial para adaptarem-se às novas imposições de

gerenciamento, não apenas de recursos financeiros, agora em maior volume, mas também para a administração de recursos físicos e humanos, oriundos do antigo sistema e com convicções diferentes do que agora era proposto (BATTAGLIO JR., 2009; KEBEDE, 2010; WHITAKER, 2010).

Os resultados desta pesquisa foram apresentados em dois artigos. O primeiro artigo originou-se de uma revisão de literatura especializada em gestão, em seus mais diversos aspectos e períodos da História. Procedeu-se a leitura e análise de diversas formas de gestão que pudessem ser incorporadas, no todo ou em parte, à gestão de saúde pública.

O segundo artigo descreveu as formas de gestão de saúde pública nos municípios da amostra. Identificou o perfil do gestor e algumas facilidades e dificuldades encontradas no exercício de sua função. Também analisou Relatórios Anuais de Gestão referentes ao ano de 2008, em relação à estrutura e elaboração dessas ferramentas de gestão. Analisou ainda a percepção dos gestores sobre sua atuação.

REFERÊNCIAS

BATTAGLIO JUNIOR, R. Paul; CONDREY, Stephen E. Reforming Public Management: Analyzing the Impact of Public Service Reform on Organizational and Managerial Trust. **J Public Adm Res Theory**. 2009, v19, n4, p689-707. Doi:10.1093/jopart/mun030 disponível em <http://www.allbusiness.com/labor-employment/human-resources-personnel/13191910-1.html> acesso em 06-12-2009.

BENNETT, Leo; SLAVIN, Lee. Continuous Quality Improvement: What Every Healthcare Manager Needs to Know, in **Public Health Management & Policy**, 2010. Disponível em http://www.cwru.edu/med/epidbio/mphp439/MPH_Manage acesso em 21-04-2009.

DE LEEUW, Evelyne. Have the health services reoriented at all? **Health Promot Int**. 2009, v24, n1, p105-107. Doi 10.1093/heapro/dap015 disponível em <http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/2/105.extract> acesso em 08-08-2010.

KEBEDE, Sosena et al. Educating leaders in hospital management: a new model in Sub-Saharan Africa. **Int J Qual Health Care**. 2010, v22, n1, p39-43. Doi:10.1093/intqhc/mzp051 disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19951963> acesso em 05-04-2010.

PELEGRINI, Maria Letícia Marchry de; CASTRO Janice Dorneles de; DRACHLER, Maria de Lourdes. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. 2005, v10, n2, p275-286. Doi: 10.1590/S1413-81232005000200002 disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a02v10n2.pdf> acesso em 23-06-2009.

VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007, v. 23, n. 2, p355-370. Doi:10.1590/S1413-81232006000300020 disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/12.pdf> acesso em 02-05-2009.

WHITAKER, Paula et al. Do academic competencies relate to 'real life' public health practice? A report from two exploratory workshops. **Eur J Public Health**. 2010, v20, n1, p:8-9. Doi:10.1093/eurpub/ckp157 disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19822566> acesso em 08-02-2010.

4. ARTIGO 1

GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Public health management

Artigo submetido ao periódico Revista Panamericana de Salud Pública

RESUMO

Gestão de saúde pública é uma atividade que engloba conhecimentos comuns de gerenciamento e administração de infra-estrutura. Deve também gerenciar o conjunto de práticas para a condução do processo de trabalho, visando o alcance de resultados em instituições de saúde. Diversos problemas vêm acontecendo neste setor por conta de práticas inadequadas na administração de recursos (humanos, físicos e financeiros) e de serviços. Utilizando-se de revisão de literatura especializada este artigo teve o objetivo de discorrer sobre a evolução da gestão em alguns períodos da História. Pretendeu ainda fornecer informações sobre práticas gerenciais alternativas, que podem ser incorporadas à saúde pública, visando a uma melhor resolutividade dos serviços e satisfação dos usuários.

Palavras-chave: Gestão. Saúde pública. Administração.

ABSTRACT

Public health management is an activity that includes common knowledge for administration and management in health institutions. Several problems have been happening in this sector on account of archaic practices in the management of resources (human, physical and financial) and services. Using systematic review of specialized literature, this article aimed to discuss the evolution of management in different periods of History. It also intended to provide information on alternative management practices that can be incorporated into public health, aiming at a better resolution of service and customer satisfaction.

Key-words: Management. Public health. Administration.

4.1 INTRODUÇÃO

Gestão aparece de forma recorrente nos mais diversos veículos de comunicação, ora explicitando a polissemia conceitual neste campo, ora dissociando e distorcendo completamente o significado do termo: Gestão de Pessoas, Gestão do Conhecimento, Gestão do Capital Humano e, especificamente para este estudo, Gestão de Saúde (1-5). Estes termos parecem ser redundantes, e têm muito em comum, sendo fácil confundi-los. Partindo de sua etimologia, gestão significa: “Gerir. Administrar, dirigir, regular. Do latim gerire, por gerere, (séc. XIX)” (6). Como sinônimos para Gestão, há os seguintes registros: administração, direção, gerência, gestão, governo, manejo, maneio, regência. Gestão é um “agir” inspirado por uma maneira particular de mentalizar o mundo (7).

Já uma forma bastante comum de pensar a gestão no passado, ou seja, a “supervisão” no sentido centralizador de fiscalização parece ser prática obsoleta. As administrações precisam de pessoas que agreguem valores ao que elas fazem, não de capatazes que “tomem conta”. Gestão é estratégia e inovação. É entender as motivações íntimas e o foco de atenção de quem é o destinatário dos serviços. Gestão é resultado, não apenas esforço. Em resumo, já que gestão é o ato de gerir/administrar, o conceito de gestão de saúde não poderia ser outro senão administrar, dar direção, acompanhar, delegar, instruir as pessoas que fazem parte de um setor de saúde. Isto inclui a identificação e o mapeamento dos ativos intelectuais ligados à organização; a geração de novos conhecimentos, para oferecer benefícios na prestação de serviços; tornar acessíveis grandes quantidades de informações geradas, compartilhando as melhores práticas e tecnologias, as denominadas ferramentas para gestão (8).

A descentralização da saúde, uma das etapas da implementação do SUS, assegurou maior autonomia municipal na gestão de recursos, principalmente dos financeiros. Para que houvesse melhor qualificação do Sistema e dos serviços ofertados à população, os novos gestores municipais de saúde defrontaram-se com atribuições inéditas, sem que houvesse uma capacitação específica dirigida aos mesmos, principalmente em municípios de pequeno porte. Na fase de descentralização era necessário que esses gestores se apropriassem de princípios

básicos de gestão participativa, de mobilização e reconhecimento da importância do controle social, algo com que a maioria não estava habituada (9-12).

Porém, com maior ou menor capacidade de gestão, não é possível outorgar a responsabilidade constitucional do gestor municipal a outros: gestão de saúde em nível local é atribuição da Secretaria Municipal de Saúde e seu titular sempre será o responsável pelo cumprimento das leis. Falar de gestão do SUS é falar das responsabilidades na gestão, indelegáveis a formas alternativas de modelos gerenciais (13-16). Há uma grande diferença entre “Estar Gestor” - compromisso assumido de forma pontual (o que era bastante comum na fase pré-municipalização), do “Ser Gestor”, que exige compartilhar uma política pública nacional com sensibilidade política, capacidade técnica e sustentabilidade institucional (17).

Ao assumir o Ministério da Saúde, em março de 2007, José Gomes Temporão já propunha um choque de gestão, para tornar o SUS “mais sustentável e eficiente”. Nessa ocasião ressaltou a importância da Emenda 29 (que fixa os percentuais mínimos a serem investidos anualmente em saúde pela União, estados e municípios) e também que se ultrapassasse a esfera assistencial, para aproximar-se mais do movimento social que deu origem ao SUS, a Reforma Sanitária Brasileira. Assim, tendo em vista que a Reforma foi um movimento social com diversos setores da sociedade agindo num consenso específico para a melhoria do atendimento em Saúde Pública, também a gestão de saúde deveria envolver segmentos diversos da sociedade para um gerenciamento com melhoria de qualidade (18).

Já foi observado (19) que o Brasil gasta três vezes mais que a China na área de Saúde, mas tem indicadores semelhantes de mortalidade infantil e expectativa de vida, segundo nota do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Porém, mais importante que saber quanto cada setor aloca em Saúde, é saber quão eficientemente esses recursos são empregados. É fundamental definir a origem e o emprego dos recursos financeiros para sua melhor aplicação, com maior participação dos usuários. Além disso, rever práticas de alto custo, que podem ser reduzidas ou eliminadas por meio de ações de planejamento e promoção de saúde (20-24). Modernas tecnologias e procedimentos sofisticados, às vezes

desnecessários, são exigidos pela maioria dos usuários, que os entende como prioritários na busca de melhores resultados. Isto tem um profundo impacto no orçamento da saúde, principalmente em municípios de menor porte, cabendo ao gestor local direcionar as melhores práticas, baseado na relação custo-benefício (25).

Desenvolver novos modelos de gestão em um sistema de saúde, ou implementar efetivamente os já existentes, requer:

i. A institucionalização do processo de planejamento.

ii. A adoção de normas e protocolos.

iii. O desenvolvimento da flexibilidade e inteligência organizacional com a constituição de espaços colegiados de gestão e adoção do sistema de petição e prestação de contas.

iv. Regulação do sistema, do acesso e da oferta de serviços e seus resultados.

v. Acompanhamento e avaliação permanente por meio de metas e indicadores.

vi. Desenvolver mecanismos de comunicação interna e externa e processos de motivação de equipes e usuários (17, 26).

Em 2006 o Ministério da Saúde criou o Pacto pela Saúde, composto pelo Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (Portarias GM/MS nº 399 e nº 699). Houve uma adesão maciça dos municípios e dos três componentes o Pacto de Gestão é o que tem encontrado maiores dificuldades em sua operacionalização. Frente à realidade que se impõe com as novas atribuições dos secretários municipais de saúde este estudo objetivou discorrer sobre algumas formas de gestão, bem como sua evolução no contexto histórico, na tentativa de apoiar e/ou orientar as administrações municipais de saúde, especialmente em pequenos municípios, adaptando criticamente formas de gestão internacionalmente reconhecidas à realidade local da Saúde (27-32).

4.2 MÉTODO

Esta pesquisa foi desenvolvida por meio de revisão de literatura especializada em gestão, não apenas na área de saúde. Procedeu-se à leitura e análise de textos sobre gestão, independentemente de relacionarem-se a empresas públicas ou privadas, ou referirem-se a gestão de pessoas, de conhecimento ou de recursos os mais variados. A coleta de dados foi realizada nas bases Medline, Oxford Journals e Scielo, utilizando-se como palavra de busca “gestão, and” no período de publicação compreendido entre 2001 e 2010. Foram captadas 645 publicações, compondo um banco de dados conforme o esquema da Fig. 1, baseado em trabalho sobre evidências da integração de intervenções em sistemas de saúde (26).

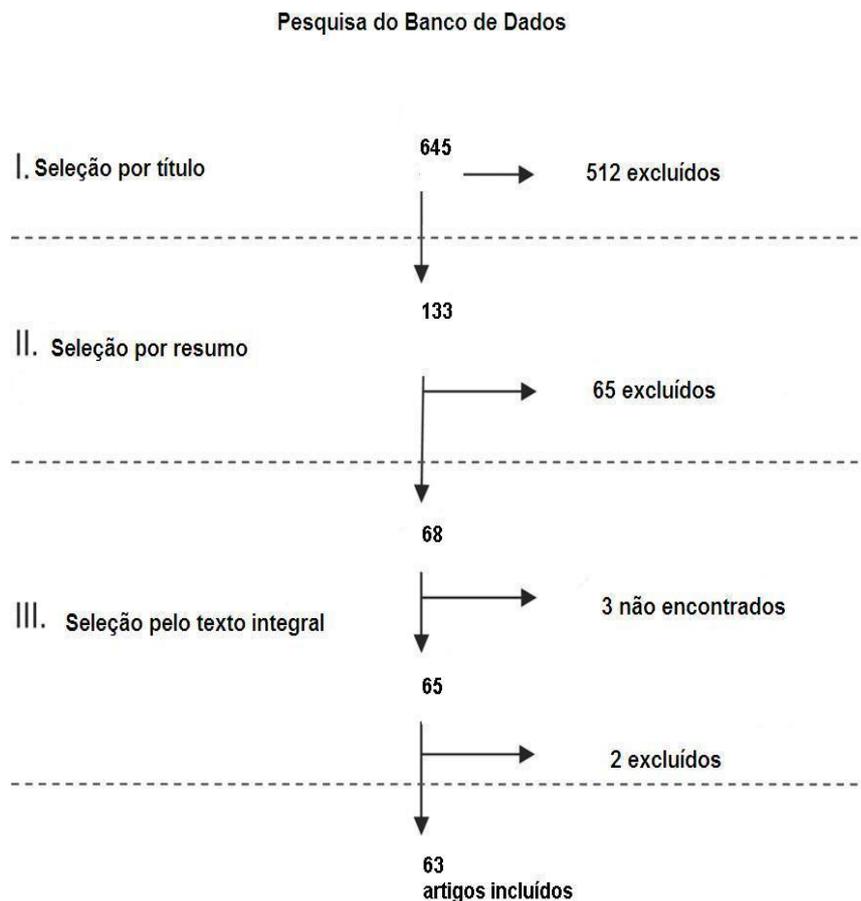


Figura 1 – Composição do banco de dados.

A partir desses 645 estudos primários estabeleceram-se quatro palavras-chave (gestão, saúde pública, promoção de saúde, participação social), sendo que as duas últimas foram incluídas pelo impacto direto que apresentam em gestão de

saúde. Utilizando-se da análise de conteúdo, por meio de análise temática (33), procedeu-se à organização do material. A pré-análise iniciou-se por leitura flutuante dos títulos, sendo excluídas 512 publicações que não apresentassem correlação com as palavras-chave mencionadas, constituindo-se um corpus de 133 estudos. Em seguida foram construídas categorias de análise idênticas às palavras-chave; em função disto, pela leitura dos resumos, foram excluídos outros 65. Dos 68 estudos restantes, durante a fase de exploração do material, procedeu-se à busca dos textos integrais, sendo que 3 não foram localizados. Dos 65 que permaneceram, foram lidos os textos integrais, transformando recortes de texto em unidades de registro, sendo descartados mais dois, por não apresentarem consistência com os objetivos do estudo. Finalmente procedeu-se ao tratamento e interpretação dos dados obtidos dos 63 estudos primários que permaneceram. Na fase final de redação foram consultadas outras obras que apresentaram coerência com os objetivos estabelecidos, e pela possibilidade de aprofundamento da pesquisa.

4.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 63 textos selecionados foram organizados de acordo com as categorias de análise, na ordem em que aparecem em REFERÊNCIAS, conforme mostra a Fig. 2.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	ESTUDOS SELECIONADOS
Gestão	2, 4, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 28, 35, 36, 40, 44, 46, 47, 49, 50, 51, 53, 60, 64, 65
Saúde Pública	1, 3, 8, 11, 20, 21, 25, 26, 27, 29, 32, 37, 38, 43, 45, 48, 52, 54, 59, 66, 71, 74, 75
Promoção de Saúde	23, 24, 30, 55, 56, 68, 69, 70, 72, 73
Participação Social	10, 30, 31, 58, 61, 62, 63, 67

Figura 2 – Relação dos artigos com as categorias de análise.

Inicialmente foram selecionados alguns conceitos de autores clássicos, para contextualizarem as diversas correntes de gestão no decorrer da História. A evolução das práticas de gestão deve muito a estes autores; baseado neste

pressuposto será apresentado um breve histórico de algumas filosofias que agregaram valor para modernas práticas de gestão, inclusive em saúde.

4.3.1 Breve Histórico de Gestão

Essencialmente, gestão implica em fazer as coisas acontecerem. Desde tempos remotos grandes projetos, como a construção de cidades e palácios, envolveram necessariamente o planejamento, a organização e o controle, que ainda são os elementos-chave da gestão moderna. Na antiguidade a gestão de recursos humanos foi uma área com práticas muito diferentes. Gestores utilizavam o trabalho escravo, servindo-se de ameaças e violência física como forma de “motivar” os trabalhadores. Confúcio foi um dos primeiros líderes antigos a mudar um pouco este cenário. Em 500 a.C. sugeriu aos governantes que fossem humanos, benevolentes e justos para que, dessa forma, fossem também mais eficazes. O respeito e a admiração consequentes levariam os trabalhadores a produzirem mais (8).

Na era medieval criaram-se as primeiras associações de empresários. Estas associações eram compostas tipicamente por mestres artesãos, que eram proprietários e gerentes dos seus estabelecimentos comerciais, empregando trabalhadores, jornaleiros e aprendizes. As associações comerciais controlavam rigorosamente os diversos ofícios, decidindo quem trabalhava, onde e quantos seriam contratados para exercer o seu ofício. A formação profissional era regulada pelas associações e funcionava através de um sistema de aprendizagem, isto é, o aprendiz desenvolvia as suas competências para a função, trabalhando sob a orientação de um mestre, em um sistema semelhante aos modernos estagiários (34).

A gestão tinha uma dimensão social e moral, sendo o seu principal objetivo a satisfação das necessidades da sociedade. Os códigos de conduta eram impostos pela Igreja. Os artesãos tinham segurança no emprego, mas não tinham qualquer mobilidade (progressão) social. Com a expansão do comércio para o Oriente apareceu uma nova classe de proprietários, com mais acesso a informações sobre clientes, fontes de matérias-primas e outras informações críticas que os artesãos

individuais não tinham. Mudanças importantes surgiram, vindas de sociedades externas, com grande impacto na gestão das empresas (8, 34).

As fábricas que empregavam muitos trabalhadores começaram a surgir no século XVIII, com longas jornadas de trabalho. Por influência do economista escocês Adam Smith (1723-1790), considerado o pai da moderna economia, foram introduzidos conceitos de divisão e simplificação do trabalho, como forma de aumentar a produtividade dos trabalhadores. Estes mesmos conceitos se revelam válidos para a gestão de saúde, na formação de equipes e simplificação de procedimentos. Robert Owen (1771-1858), precursor do movimento cooperativista, usava o reconhecimento visível do bom desempenho individual como uma ferramenta para motivar tanto os melhores como os piores trabalhadores (34, 35). Em gestão de saúde é essencial a motivação dos trabalhadores, o que remete à noção de reconhecimento e mérito. Um exemplo é a implantação de um consistente plano de cargos, carreiras e salários. Charles Babbage (1791-1871) desenvolveu os primeiros equipamentos para medir a produtividade dos trabalhadores, permitindo assim o pagamento de bônus com base em resultados individuais; alguns gestores já concedem incentivos em função de metas cumpridas, além do clássico adicional de salário aos trabalhadores que atuam em regime diferenciado, como turno noturno ou aos sábados (8, 32, 36). Os conceitos da "gestão científica" também começaram a aparecer durante este período, baseados na observação e registro de tudo o que se relacionasse com a produtividade do trabalho. A tomada de decisões deveria ser feita com base em informações específicas e compreendendo as relações de causa e efeito, o que tem uma correlação direta com planejamento e gestão em saúde (37).

Frederick Taylor (1856-1915) afinou o conceito, desenvolvendo estudos de tempo e movimento para identificar "a melhor forma" para a realização de tarefas específicas. Taylor também desenvolveu os conceitos de planejamento, organização e controle, propondo a adoção de métodos cartesianos na administração de empresas, sugerindo que conduziram a resultados melhores que a simples pressão sobre os trabalhadores. Suas idéias deram origem a uma filosofia de gestão conhecida por Taylorismo, focando a eficiência e eficácia operacional na administração industrial, com divisão do trabalho. Essa filosofia foi aplicada indistintamente a todos os trabalhadores, independentemente da área de atuação.

Como contraponto, no início do século XX, mais atenção foi dada ao aspecto humano da produtividade. Sugeria-se que um bom ambiente de trabalho seria mais favorável à produtividade do que a mera formação dos trabalhadores na execução das tarefas (34). A forma mais eficiente possível seria mais factível que apenas por meio de rotinas mecânicas e desumanas. A emblemática figura de Carlitos, no filme “Tempos Modernos”, exemplificava a mecanização do trabalhador.

Melhores ferramentas, melhores condições de trabalho e uma visão "sócio-psicológica" foram introduzidas na gestão das empresas públicas e privadas. Se hoje o SUS prega a humanização no atendimento ao paciente (HumanizaSUS), este conceito deve ser estendido também à relação gestor-servidor e ao ambiente de trabalho (38).

Enquanto Elton Mayo (1880-1949) inovava com a prática de pausas para descanso, que levava a uma dramática melhora no moral e a uma redução da rotatividade dos trabalhadores, Mary Parker Follet (1868-1933) introduzia o conceito de pensamento de grupo e comportamento de grupo. Segundo ela, a principal responsabilidade dos gestores seria coordenar e facilitar os esforços do grupo. Este pensamento deve estar presente em uma equipe de saúde, onde os servidores que a compõem podem revezar-se nas pausas para descanso, dentro de um sistema solidário de pensamento de grupo. Henri Fayol (1841-1925), fundador da Teoria Clássica da Administração, definiu a gestão como um processo constituído por: previsão, planejamento, organização, comando, controle e coordenação. Este processo foi transposto para a gestão de saúde pública, como critérios fundamentais para a programação de ações de saúde. O pensamento da gestão começava a assemelhar-se ao dos nossos tempos. As práticas modernas da gestão podem ser descritas como a forma de lidar com os cenários dos negócios, da tecnologia e da sociedade em constante mudança. A consciência social das práticas de gestão aumentou, enquanto gestores de todo o mundo são hoje pouco tolerantes com más práticas (34).

4.3.2 Modernas Teorias de Gestão

Com o advento da globalização matérias-primas e componentes são muitas vezes oriundos do outro lado do planeta e os produtos acabados são distribuídos globalmente. Por vezes, a própria produção é deslocada para destinos mais baratos (39). A logística e o gerenciamento da cadeia de suprimentos controlam material, informações e finanças, dentro do processo que vai do fornecedor ao consumidor, visando reduzir estoques. Em gestão de Saúde Pública esbarra-se nos entraves de licitação, mas compras programadas em função da demanda de determinados insumos podem agilizar o processo. Fundamental é que o insumo esteja disponível quando necessário, garantindo a continuidade da prestação de serviços (40).

Contemporaneamente muitas inovações gerenciais buscam dar conta de um mundo em constante mudança. De acordo com Liker (41), o aumento da concorrência fomentou práticas como a *produção enxuta*, que é uma filosofia de gestão focada na redução dos sete tipos de desperdícios (superprodução, tempo de espera, transporte, excesso de processamento, inventário, movimento e defeitos). Entre estas atividades e recursos, os que não geram valor para o cliente (usuário) devem ser eliminados, o que propicia uma dramática melhora na qualidade de atendimento e redução de custos. Dentro da produção enxuta existe o conceito de produção *just-in-time*, que reduz significativamente os custos de produção. Este conceito de só comprar no tempo certo (ou seja, quando for realmente necessário) e ao melhor preço (42), é de fundamental importância na gestão de saúde pública, para evitar estoques de material desnecessário ou produtos descartados em virtude de prazos de validade vencidos.

Outro conceito inovador é o de *gestão holística*, onde a empresa não é mais vista como um conjunto de departamentos, mas um sistema aberto em contínua interação; esta é uma abordagem que se aplica com benefícios à saúde pública, visando a intersetorialidade.

A *gestão participativa* valoriza a capacidade de tomada de decisões dos trabalhadores (no caso, os membros de uma equipe de saúde), para o melhor desempenho da organização (43). Havendo participação da equipe nas tomadas de decisões existe uma maior motivação de trabalho em grupo, bem como compartilhamento das responsabilidades.

Organizações em constante aprendizagem, onde os erros são corrigidos por meio da alteração das normas que o causaram. A empresa tem capacidade de aprender, renovar e inovar continuamente, o que nos remete à educação permanente em saúde e à monitoria e avaliação (44, 45). Esta avaliação deve ser rotineira e não só de serviços, mas também dos servidores que os executam, utilizando como unidade fundamental o grupo e nunca o indivíduo.

A busca de *melhores práticas (benchmarking)* é o método sistemático de procurar os melhores processos, as idéias inovadoras e os procedimentos de operação mais eficazes que conduzam a um desempenho superior. Em saúde pública isto é de grande utilidade na inserção de profissionais recém- egressos da academia. Estes novos profissionais se deparam com o choque da realidade ao não conseguirem integrar o conhecimento obtido com a prática cotidiana (46).

Por fim, a *teoria estruturalista de gestão*, que considera o meio ambiente onde se desenvolve a empresa tão ou mais importante que o ambiente interno (34). Este é um princípio que dá suporte aos requisitos de vinculação dos profissionais de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, que devem conhecer o cenário e as circunstâncias em que acontecem as ações de saúde.

Quanto destas teorias pode ser aplicado em Saúde Pública?

A Gestão em Saúde Pública pode apropriar-se de diversos conceitos da gestão contemporânea, adaptando-os à complexidade de um sistema de saúde, principalmente no que se refere à gerência e motivação de pessoas. O gestor local, na fase de descentralização da saúde, trabalha com equipes formadas por diferentes servidores, alguns deles provenientes de antigos sistemas. Cabe a ele (gestor) descobrir e aproveitar talentos e competências individuais, para maior integração da equipe e melhores resultados (47-52). Investir em modernas tecnologias e adotar concepções organizacionais com ênfase na formação e gestão de recursos humanos, com o objetivo de atender aos requisitos do processo de trabalho (53). Deve ainda apropriar-se de novos conceitos de saúde e de determinantes sociais, que têm impacto direto na qualidade de vida e no resultado de ações de saúde (54-56).

A mobilização popular e a participação social devem ser consideradas em qualquer tipo de gestão participativa, não apenas no controle das ações de saúde, mas principalmente na tomada de decisões conjuntas, envolvendo setores distintos da sociedade, com conhecimentos diversos (57-63). Ações decididas em conjunto produzem maior credibilidade do sistema junto à população alvo, bem como têm impacto direto no nível de satisfação da equipe de saúde (64-67).

Com o aumento da expectativa de vida e também das doenças crônico-degenerativas, o gestor de saúde local deve atuar para produzir mudanças de comportamento que estimulem ações de promoção de saúde e medicina baseada em evidências (68-71). Outra questão de especial interesse para a gestão de saúde pública é o alto consumo de medicamentos, muitos deles por automedicação, inclusive com amplo acesso via internet. Em comparação com 2002, em 2007 o Brasil gastou 3,2 vezes mais em medicamentos (aproximadamente R\$ 4,5 bilhões). Canadá e Reino Unido apresentam situações semelhantes, sendo que neste último o gasto com medicamentos da atenção primária aumentou 10% entre 2001 e 2002, provocando uma crise de financiamento no setor (72, 73). Como ferramentas de suporte à gestão de saúde despontam o planejamento estratégico e participativo, bem como a avaliação por resultados, não só das ações de saúde, mas dos próprios profissionais e serviços envolvidos nessas ações, visando um constante aprimoramento (26, 74, 75).

4.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que muito das teorias de gestão pode ser incorporado à gestão de saúde pública. As mudanças devem ser implantadas, independentemente de políticas partidárias ou de Governo. A principal dificuldade encontrada está na antiga burocracia, formada sob conceitos que foram úteis em tempos de Estado debilitado ou em formação, permanecendo estagnada com o passar dos anos. Se hoje é dever do Estado o provimento de saúde, ou, indiretamente, financiar este provimento, os atores encarregados de gerenciar estes recursos e serviços devem atualizar suas práticas, partindo para uma administração gerencial e participativa. Inovações em gestão, mesmo que sejam do setor privado, devem ser consideradas. Sua

implantação ou não dependerá de um consenso entre as equipes administrativas, técnicas e de usuários. Se a gestão pública de saúde não visa ao lucro, mas a satisfação do interesse público, qualquer atitude tomada isoladamente estará fadada ao insucesso ou, no mínimo, à insatisfação popular. Com o avanço das conquistas sociais e os movimentos de participação popular, cada vez mais os cidadãos exigem do Estado mais do que este pode dar. Desta forma, não resta alternativa a não ser envolver esses mesmos cidadãos nas decisões das Políticas de Saúde, tornando-os copartícipes de qualquer processo, inclusive na responsabilização compartilhada dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Freire GHdeA. Construção participativa de instrumento de política pública para gestão e acesso à informação. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte, 2008;13(3). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362008000300013&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S1413-99362008000300013 acessos em 10-10-2010.

2. Novato-Silva JW. Informação na gestão pública da saúde sob uma ótica antropológica: do global ao local no Estado de Minas Gerais. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte, 2008;13(3). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362008000300019&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S1413-99362008000300019 acessos em 10-10- 2010.

3. Oliveira Ojde, Pinheiro CRMS. Implantação de sistemas de gestão ambiental ISO 14001: uma contribuição da área de gestão de pessoas. **Gest. Prod.**, São Carlos, 2010;17(1). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2010000100005&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0104-530X2010000100005 doi: 10.1590/S0104-530X2010000100005 acesso em 11-10-2010.

4. Pestana MC, Pires MdeSGP, Funaro VMBdeO, Utuyama AS, Pacheco FdeM, Guimarães TBN. Desafios da sociedade do conhecimento e gestão de pessoas em sistemas de informação. **Ci. Inf.**, Brasília, 2003;32(2). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652003000200009&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0100-19652003000200009 acessos em 10-10- 2010.

5. Zanelli JC. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, 2002;7(n. spe). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000300009&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S1413-294X2002000300009 acessos em 10-10-2010.

6. Cunha AGda. **Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa**. 2ª edição. Ed. Nova Fronteira. Rio de Janeiro, 2001.

7. Abbagnano N. **Dicionário de Filosofia**. 4ª. edição, Ed. Martins Fontes, São Paulo, 2003.

8. Santos RAPdos. **Ensaio para a padronização de conceitos na área de Gestão Humana**. Portal da Administração, 2006, disponível em <http://www.administradores.com.br> acesso em 28-08-2009.

9. Ashwell HES, Barclay L. A retrospective analysis of a community-based health program in Papua New Guinea. **Health Promot. Int.** 2009;24(1):140-148. Disponível em <http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/crossref-forward-links/24/2/140> doi:10.1093/heapro/dap009 acesso em 23-09-2010.
10. LaPiere RT. Attitudes vs Actions. **Int J Epidemiol.** 2010;39(1):7-11. Disponível em <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=intjepid;39/1/7> doi:10.1093/ije/dyp398 acesso em 12-09-2010.
11. Ricciardi W. Challenges for a European Public Health Association. **Eur J Public Health.** 2010;20(1):2. Disponível em <http://eurpub.oxfordjournals.org> doi:10.1093/eurpub/ckp219 acesso em 24-08-2010.
12. Vasconcelos IFGouveia de, Mascarenhas AO, Vasconcelos FCde. Gestão do paradoxo "passado versus futuro": uma visão transformacional da gestão de pessoas. **RAE electron.** 2006;5(1). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482006000100004&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S1676-56482006000100004 acessos em 10-10-2010.
13. Alcântara CM. **O modelo gerencial: organizações públicas não-estatais e o princípio da eficiência: uma visão jurídica e administrativa.** Belo Horizonte: Fórum. 2009, 195 p.
14. Heckert CR, Silva MTda. Qualidade de serviços nas organizações do terceiro setor. **Prod.** 2008 18(2). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132008000200009&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0103-65132008000200009 acessos em 09-10-2010.
15. Sampaio JdosR, Tavares KdeC. Estrutura e programas de T&D: o caso das empresas públicas e sociedades de economia mista do Estado de Minas Gerais. **Rev. adm. contemp.** Curitiba, 2001;5(1). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-6552001000100008&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S1415-6552001000100008 acessos em 10-10-2010.
16. Sano H, Abrucio FL. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Rev. adm. empres.,** São Paulo, 2008 48(3). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000300007&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0034-75902008000300007 acessos em 12-10-2010.

17. BRASIL, CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde**. Brasília, 2009.
18. Temporão JG. Mobilização para a saúde pública. **Revista Rede Câncer**, no. 2. Rio de Janeiro, INCA, 2007. Disponível em http://www.inca.gov.br/70anos/revista/revista_rede_cancer_2.pdf acesso em 28-04-2009.
19. Barata G. Acesso à informação e gestão de saúde. **Revista ComCiência**, v 5, n 107. São Paulo: SBPC, 2009. Disponível em <http://comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=33&id=390> acesso em 28-04-2009.
20. Almeida AGde, Borba JA, Flores LCdaS. A utilização das informações de custos na gestão da saúde pública: um estudo preliminar em secretarias municipais de saúde do estado de Santa Catarina. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, 2009;43(3). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000300004&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0034-76122009000300004 acessos em 12-10- 2010.
21. Campino ACC. Alternativas de financiamento de la atención médica en América Latina y el Caribe. **Rev. Saúde Pública**. 1995;29(3):234-242. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000300012&lng=pt doi: 10.1590/S0034-89101995000300012 acesso em 22-09-2010.
22. Ciconelli RM, Soárez Pcde, Padovan JL. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. **Revista RAS**, São Paulo, 2005;7(27).
23. Milman MHSA, Leme CBM, Borelli DT, Kater FR, Baccili ECDC, Rocha RCM. Pé diabético: avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no conjunto hospitalar de Sorocaba. **Arq Bras Endocrinol Metab**. 2001;45(5):447-451. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000500007&lng=pt doi: 10.1590/S0004-27302001000500007 acesso em 03-10-2010.
24. Sichieri R, Nascimento Sdo, Coutinho W. The burden of hospitalization due to overweight and obesity in Brazil. **Cad. Saúde Pública**. 2007;23(7):1721-1727. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700025&lng=pt doi: 10.1590/S0102-311X2007000700025 acesso em 03-10-2010.

25. Zucchi P, DelNero C, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, 2000;9(12). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902000000100010&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0104-12902000000100010 acessos em 10-10-2010.
26. ATUN, Rifat et al. A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. **Health Policy Plan.** 2010;25(1):1-14 disponível em <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=heapol;25/1/1> doi:10.1093/heapol/czp053 acesso em 29-08-2010.
27. AUSTRALIA, Environmental Health Unit Queensland Health, GPO Box 48, BRISBANE Q 4001 **Public Health Management and Local Government Corporate Planning.** March 2007, disponível em http://www.cwru.edu/med/epidbio/mphp439/MPH_Manage.htm acesso em 29-08-10.
28. Brandão HP, Zimmer MV, Pereira CG, Marques F, Costa HV, Carbone PP et al. Gestão de desempenho por competências: integrando a gestão por competências, o balanced scorecard e a avaliação 360 graus. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, 2008;42(5). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000500004&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0034-76122008000500004 acessos em 11-10-2010.
29. Gray S, Leung GM. Evidence for public health practice. **J Public Health.** 2009;31(1):461 disponível em <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=jphm;31/4/461> doi:10.1093/pubmed/fdp acesso em 29-08-2010.
30. Halbert CH, Kumanyika S, Browman M, Bellamy SL, Briggs V, Brown S et al. Participation rates and representativeness of African Americans recruited to a health promotion program. **Health Educ Res.** 2010;25(1):6-13. Disponível em <http://her.oxfordjournals.org/content/25/1/6.short> doi:10.1093/her/cyp057 acesso em 30-08-2010.
31. Johansson PM, Eriksson LS, Sadigh S, Rehnberg C and Tillgren PE. Participation, resource mobilization and financial incentives in community-based health promotion: an economic evaluation perspective from Sweden. **Health Promot Int.** 2009;24(1):177-184. Disponível em <http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=heapro;24/2/177> doi: 10.1093/heapro/dap008 acesso em 29-08-2010.

32. Trad LAB, Esperidião MA. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface** (Botucatu). 2009;13(sup1):557-570. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500008&lng=pt doi: 10.1590/S1414-32832009000500008 acesso em 09-10-2010.
33. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
34. PORTAL GESTÃO, **Uma história da gestão**, disponível em <http://www.portal-gestao.com> acesso em 23-07-2009.
35. Homem ID, Oltramari AP, Bessi VG. A gestão de pessoas e seus mecanismos de sedução em um processo de aquisição. **Rev. adm. contemp.** Curitiba, 2009;13(2). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552009000200004&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S1415-65552009000200004 acessos em 11-10-2010.
36. Oliveira PMde, Limongi-Franca AC. Avaliação da gestão de programas de qualidade de vida no trabalho. **RAE electron**. São Paulo, 2005/4(1). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482005000100005&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S1676-56482005000100005 acessos em 10-10-2010.
37. Nascimento VBdo. Interdependência e autonomia na gestão pública da saúde. **Lua Nova**, São Paulo, 2001;52. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452001000100003&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0102-64452001000100003 acessos em 12-10-2010.
38. Rios IC. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. **Saude soc.** São Paulo, 2008;17(4). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000400015&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0104-12902008000400015 acessos em 12-10-2010.
39. Gomes CFS, Ribeiro PCC. **Gestão da cadeia de suprimentos integrada à tecnologia de informação**. Pioneira Thomson Learning, São Paulo, 2004.
40. Klippel M, Antunes-Júnior JAV, Vaccaro GLR. Matriz de posicionamento estratégico de materiais: conceito, método e estudo de caso. **Gest. Prod.** São Carlos, 2007;14(1). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

[530X2007000100015&lng=pt&nrm=iso](#) doi: 10.1590/S0104-530X2007000100015 acessos em 10-10-2010.

41. Liker JK. **O modelo Toyota – 14 princípios de gestão do maior fabricante do mundo**. Artmed Editora, São Paulo, 2004.
42. Mendes CN. Just in time, **Folha de São Paulo**, 17-12-2009.
43. Medeiros ACde, Pereira QLC, Siqueira HCHde, Cecagno D, Moraes CL. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev. bras. enferm.** 2010;63(1):38-42. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100007&lng=pt doi: 10.1590/S0034-71672010000100007 acesso em 03-10-2010.
44. Bassani DTL, Nikitiuk S, Quelhas O. A empresa como sede do conhecimento. **Prod.** São Paulo, 2003;13(2). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132003000200005&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0103-65132003000200005 acessos em 11-10-2010.
45. Mendonça FdeF, Nunes EdeFPdeA, Garanhani ML, González AD. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. **Ciênc. saúde coletiva.** 2010 ;15(5):2593-2602. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500033&lng=pt doi: 10.1590/S1413-81232010000500033 acesso em 26-09-2010.
46. Mattosinho MMS, Coelho MS, Meirelles BHS, Souza SdaSde, Argenta CE. Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos profissionais recém-formados em enfermagem. **Acta paul. enferm.** 2010;23(4):466-471. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400004&lng=pt doi: 10.1590/S0103-21002010000400004 acesso em 02-10-2010.
47. Albuquerque LGde, Leite NP, Silva LMTda. Estimulando o debate sobre a gestão estratégica de pessoas. **Rev. adm. empres.** São Paulo, 2009;49(4). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902009000400011&lng=pt&nrm=iso> doi: 10.1590/S0034-75902009000400011 acessos em 10-10-2010.

48. ENGLAND - **The South East Public Health Knowledge Management Strategy**, South East Public Health Group, Produced by COI for the Department of health, April 2005, disponível em www.dh.gov.uk/publications acesso em 02-09-2010.
49. Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito de competência. **Rev. adm. contemp.** Curitiba, 2001;5(n. spe). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552001000500010&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S1415-65552001000500010 acessos em 10-10-2010.
50. Jensen JL, Sum PE, Flynn DT. Political orientations and behavior of public employees: a cross-national comparison. **J Public Adm Res Theory.** 2009;19(1):709-730. Disponível em <http://jpart.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=jpart;19/4/709> doi:10.1093/jpart/mun031 acesso em 29-08-2010.
51. Kim S. Testing the structure of public service motivation in Korea: a research note. **J Public Adm Res Theory.** 2009;19(1):839-851. Disponível em <http://jpart.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=jpart;19/4/839> doi:10.1093/jpart/mup019 acesso em 29-09-2010.
52. SCOTLAND. **The public health etc. act 2008. Designation of competent persons regulations.** Public health and substance misuse division, The Scottish Governement, disponível em http://www.legislation.gov.uk/asp/2008/5/pdfs/asp_20080005_en.pdf acesso em 02-09-2010.
53. Mello MLBCde, Amâncio-Filho A. A gestão de recursos humanos em uma instituição pública brasileira de ciência e tecnologia em saúde: o caso Fiocruz. **Rev. Adm. Pública.** Rio de Janeiro, 2010;44(3). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122010000300004&lng=pt&nrm=iso doi:10.1590/S0034-76122010000300004 acessos em 11-10-2010.
54. Braithwait J, Westbrook JI. What makes the health system tick? **Int J Qual Health Care.** 2010;22(1)1-2. Disponível em <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=intqhc;22/1/1> doi:10.1093/intqhc/mzp055 acesso em 06-09-2010.
55. Haddad LG, Owies A, Mansour A. Wellness appraisal among adolescents in Jordan: a model from a developing country: a cross-sectional questionnaire survey. **Health Promot Int.** 2009;24(2):13-139. Disponível em <http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=heapro;24/2/130> doi:10.1093/heapro/dap013 acesso em 22-08-2010.

56. Shepherd J, Shepherd I, Newcombe RG, Farrington D. Impact of antisocial lifestyle on health: chronic disability and death by middle age. **J Public Health.** 2009;31(4):506-511. Disponível em <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=jphm;31/4/506> doi:10.1093/pubmed/fdp054 acesso em 05-09-2010.
57. Barzilai K. Organizational Theory, 2008. Disponível em <http://www.cwru.edu/med/epidbio/mphp439/MPH> acesso em 18-08-2010.
58. Coelho VSP, Ferraz A, Fanti F, Ribeiro M. Mobilização e participação: um jogo de soma zero? Um estudo sobre as dinâmicas de conselhos de saúde da cidade de São Paulo. **Novos estud. – CEBRAP.** São Paulo, 2010;1(86). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002010000100007&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0101-33002010000100007 acessos em 10-10-2010.
59. Costa AM, Lionco T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saude soc.** São Paulo, 2006;15(2). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200006&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0104-12902006000200006 acessos em 10-10-2010.
60. Godelier E. History, a useful “science” for management? From polemics to controversies. **Enterprise Soc.** 2009;10(4):791-807. Disponível em es.oxfordjournals.org doi:10.1093/es/khp031 acesso em 24-08-2010.
61. Guaraná J, Fleury S. Gestão participativa como instrumento de inclusão democrática: o caso dos Comitês Gestores de Bairro do Programa Nova Baixada. **Rev. adm. empres.** São Paulo, 2008;48(3). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000300009&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0034-75902008000300009 acessos em 11-10-2010.
62. Heywood M. South Africa's treatment action campaign: combining law and social mobilization to realize the right to health. **J Human Rights Practice.** Disponível em <http://jhrp.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=jhuman;1/1/14> doi:10.1093/jhuman/hun006 acesso em 29-08-2010.
63. Oliveira Mlde, Almeida ESde. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saude soc.** São Paulo, 2009;18(1). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100014&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0104-12902009000100014 acessos em 10-10-2010.

64. Böckerman P, Laukkanen E. What makes you work while you are sick? Evidence from a survey of workers. **Eur J Public Health**. 2009;20(1):43-46. Disponível em <http://eurpub.oxfordjournals.org> doi:10.1093/eurpub/ckp076 acesso em 24-08-2010.
65. Mascarenhas AO, Vasconcelos FCde, Vasconcelos IFGde. Impactos da tecnologia na gestão de pessoas: um estudo de caso. **Rev. adm. contemp.** Curitiba, 2005;9(1). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552005000100007&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S1415-65552005000100007 acessos em 10-10-2010.
66. McKee M, Coker RM. Trust, terrorism and public health. **J Public Health**. 2009;31(1):462-465. Disponível em <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=jphm;31/4/462> doi:10.1093/pubmed/fdp091 acesso em 24-08-2010.
67. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**. Rio de Janeiro, 2004;14(1). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100005&lng=pt&nrm=iso doi: 10.1590/S0103-73312004000100005 acessos em 10-10-2010.
68. Hamar P, Biddle S, Soós I, Takács B, Huszár A. The prevalence of sedentary behaviours and physical activity in Hungarian youth. **Eur J Public Health**. 2010;20(1):85-90. Disponível em <http://eurpub.oxfordjournals.org> doi:10.1093/eurpub/ckp100 acesso em 24-08-2010.
69. Esteban Y Peña M, Jiménez Garcia R, Díaz Olalla JM, Villasevil Llanos E, Gil de Miguel A, Fernández Cordero X. Impact of the most frequent chronic health conditions on the quality of life among people aged >15 years in Madrid. **Eur J Public Health**. 2010;20(1):78-84. Disponível em <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/20/1/78.short> doi:10.1093/eurpub/ckp098 acesso em 29-08-2010.
70. Puig-Ribera A, Eves FF. Promoting stair climbing in Barcelona: similarities and differences with interventions in English-speaking populations. **Eur J Public Health**. 2009;20(1):100-102. Disponível em <http://eurpub.oxfordjournals.org> doi:10.1093/eurpub/ckp059 acesso em 12-09-2010.
71. Shuval K, Linn S, Brezis M, Shadmi E, Green ML, Reis S. Association between primary care physicians' evidence-based medicine knowledge and quality of care. **Int J Quality Health Care**. 2010;22(1):16-32. Disponível em

<http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=intqhc;22/1/16>
doi:10.1093/intqhc/mzp054 acesso em 24-08-2010.

72. Glover-Thomas N, Fanning J. Medicalisation: the role of e-pharmacies in iatrogenic harm. **Medical Law Review**. 2010;10(4):791-807. Disponível em <http://medlaw.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=medlaw;18/1/28>
doi:10.1093/medlaw/fwp026 acesso em 24-08-2010.
73. Vieira FS. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Rev. Saúde Pública**. 2009;43(4):674-681. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400014&lng=pt doi: 10.1590/S0034-89102009005000041 acesso em 10-10-2010.
74. Durand AM. Quality improvement and the hierarchy of needs in low resource settings: perspective of a district health officer. **Int J Qual Health Care**. 2010;22(1):70-72. Disponível em <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=intqhc;22/1/70>
doi:10.1093/intqhc/mzp053 acesso em 24-08-2010.
75. Milne R, Law C. The NIHR public health research programme: developing evidence for public health decision-makers. **J Public Health**. 2009;31(1):589-592. Disponível em <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/cgi/citmgr?gca=jphm;31/4/589>
doi:10.1093/pubmed/fdp095 acesso em 29-08-2010.

5. ARTIGO 2

GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA EM PEQUENOS MUNICÍPIOS PARANAENSES COM BAIXO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL (IDH-M)

Public health management in small municipalities with low municipal human development index (HDI-M)

Artigo submetido ao periódico Government Information Quarterly

RESUMO

Este é um estudo exploratório transversal com abordagem quali-quantitativa, tratando da gestão de saúde pública em seis pequenos municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), no estado do Paraná, Brasil, na abrangência da 21ª. Regional de Saúde. Teve como objetivo analisar o processo de gestão de saúde em municípios com tais características, tendo em vista que grande número de municípios brasileiros são de pequeno porte populacional e baixo IDH-M em relação à média nacional. Identificou-se o perfil do gestor e algumas facilidades e dificuldades encontradas no exercício da gestão, por meio de sua autoavaliação. Buscou-se analisar a aplicação de recursos financeiros e a prestação de contas do gestor, com base no Relatório Anual de Gestão (RAG). A coleta de dados utilizou entrevistas semiestruturadas, onde os sujeitos da pesquisa foram os secretários municipais de saúde. Os principais resultados encontrados indicavam anseios de mudanças na gestão municipal de saúde. Os gestores ressentiam-se de capacitação específica para enfrentar a realidade brasileira de descentralização, após a municipalização da saúde, sendo unânimes em afirmar desejo de melhoria de atendimento aos usuários. A respeito da análise dos RAG estes eram apresentados de forma desestruturada e confusa, não contribuindo para o planejamento em saúde, o que seria uma das principais utilidades desta ferramenta de gestão. Caracterizaram-se como um mero instrumento de prestação de contas, no mais restrito sentido produtivista, ou seja, físico-contábil. Foi possível notar que não há relação entre o alcance de ações de saúde com o montante de recursos financeiros aplicados na saúde, em cada um dos municípios analisados. Pode-se concluir que as formas de gestão devem evoluir para decisões intersetoriais, com o controle social atuando de forma não apenas fiscalizadora, mas principalmente na elaboração do planejamento de ações em saúde. Isto possibilitaria maior resolutividade, num atendimento universal e equitativo à população, correspondendo a uma fase madura do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) em municípios de pequeno porte.

Palavras-chave: Gestão de saúde pública. IDH-M. Descentralização.

ABSTRACT

This is an exploratory cross-sectional study with a qualitative and quantitative approach. It refers specifically to public health management in six small municipalities with low HDI-M in the state of Paraná, Brazil, in the catchment's area of the 21st. Health District. The objective was to analyze the process of managing health in those cities and to identify facilities and difficulties encountered by the manager, his (her) profile and self-assessment; also, to analyze the application of financial resources and accountability for managers based on the Annual Management Report (AMR). Data collection was conducted by interviews, where the subjects were the municipal health managers. The main findings suggest an aspiration for changes in municipal management of health. Managers resented the lack of specific training to face the reality of decentralization and were unanimous in stating their desire to improve customer services. As for AMR, they were presented in an unstructured and confused manner, without helping health planning, what would be its main function. They were still a mere instrument of accountability, in the narrower productivity-driven sense. It was possible to demonstrate that there is no relationship between the achievements of goals agreed upon with the amount of financial resources invested in health in each municipality. It can be concluded that the forms of managerial decisions must evolve to interdisciplinary teams, with social control not only acting in a supervisory, but mainly in developing the planning of public health. This would allow higher resolution and a universal and equitable service to justify the final stage of the process of SUS decentralization.

Keywords: Public Health Management. HDI-M. Decentralization.

5.1 INTRODUÇÃO

O financiamento, o planejamento e a gestão de políticas públicas de saúde têm sido foco de pesquisas em todo o mundo. Em diversos países, o provimento de ações e serviços de saúde tornou-se uma atribuição (e dever) do Estado, passando a ser entendidos como direito universal, estendido a todos como atributo de cidadania (1, 2). Esta abordagem social e igualitária da saúde é vista, muitas vezes, como a persistência de um mito: o da possibilidade humana da prevenção ou controle das doenças e da promoção da saúde, em escala populacional ampla, com acesso universal custeado pelo Estado (3, 4). Nesta linha, a organização de serviços com os então denominados “médicos públicos”, pagos pelo Estado para cuidar dos pobres, remonta aos apelos humanitários do juramento de Hipócrates (5, 6).

No Brasil, do ponto de vista jurídico, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988, com a criação do SUS (7). Sua implementação num país de dimensões continentais, com diferentes regiões e necessidades específicas, gerou desigualdades, inclusive na distribuição de recursos financeiros, que não é feita de maneira uniforme (8). Grupos e segmentos de um território, supostamente mais vulneráveis, são vistos sob um enfoque diferenciado, baseado em um princípio amplamente aceito na sociologia: de que a distribuição social dos investimentos públicos guarda relação estreita com a estrutura social corporificada no espaço. Isto justificaria a diretriz da equidade, eventualmente recorrendo-se à focalização na distribuição dos recursos, ocorrendo em maior volume onde são mais necessários, visando reduzir desigualdades sociais entre a população (9).

Desigualdades sócio-espaciais refletem-se em iniquidades, e de forma mais direta na saúde coletiva (10-12). Nos últimos anos extensos estudos internacionais sobre este tema revelam não haver correspondência, em termos de tradução do conhecimento científico produzido, para dar suporte à construção de modelos gerenciais nos serviços, que pudessem corrigir essas desigualdades (13-15). Isto, em muitos casos, pode ser atribuído não só às diferentes abordagens de pesquisa, sem conexão direta com a realidade dos serviços, mas também devido aos constrangimentos observados nos serviços, por parte de profissionais, em relação à busca de evidências para a tomada de decisões em saúde. Forma-se então um contraditório processo de mão dupla: de um lado, pesquisas desconectadas da realidade local e do outro, serviços relutantes em aceitar evidências já produzidas (16).

Com o propósito de atender às diferenças regionais, e com a consolidação do SUS na década de 1990, iniciou-se a descentralização da saúde, que foi implementada com a Norma Operacional Básica 96 (NOB-96), assegurando maior autonomia municipal na gestão dos recursos (17). Isto impôs mudanças, principalmente a partir das ações de gestores locais. O conceito proposto de mudança introduziu a noção de que a história é feita pelos sujeitos em seu contexto de vida e procurou demonstrar uma (possível) autonomia política do setor saúde, sendo necessário que esta mudança materializasse o discurso (3, 18). Se por um lado o processo de descentralização contemplou a busca por melhoria na qualidade

de atendimento, com a realidade local sobrepondo-se à nacional, dando maior autonomia ao município, por outro responsabilizava diretamente a figura do gestor local pelo gerenciamento de todo o sistema de saúde municipal. Isto gerou, em alguns casos, uma corrida pela ampliação da oferta na atenção primária e de serviços de alta e média complexidade, sem que houvesse relação entre a descentralização e a melhoria de desempenho do Sistema. Esta ausência de melhoria de desempenho na gestão de saúde local, frente à descentralização de um sistema de saúde, foi verificada também em outros países (19, 20).

Embora a descentralização da saúde tenha avançado como meta prevista pelo regimento do SUS, a gestão nos municípios ainda era praticada com grandes dificuldades. Com o propósito de fortalecer esta área, e após ampla consulta aos níveis estaduais e municipais, o Ministério da Saúde criou, pelas portarias GM/MS nº 399 e nº 699, de fevereiro e março de 2006, o Pacto Pela Saúde. Este pacto é composto, na verdade, por três componentes: o Pacto Pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (21).

O Pacto Pela Saúde é um acordo assumido entre os gestores municipais, estaduais, do Distrito Federal e o ministro da saúde. Tem por objetivo estabelecer novas estratégias na gestão, no planejamento e no financiamento do sistema, de forma a avançar na consolidação do SUS. Instituiu-se também o Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), com objetivos, metas e indicadores explicitando as responsabilidades sanitárias do município, do estado, do Distrito Federal e da União, sendo revisto anualmente. O TCGM deve ser construído em sintonia com o Plano de Saúde, que é elaborado quadrienalmente pelos três níveis de gestão e aprovado pelo Conselho de Saúde da respectiva esfera, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O Plano contém as metas e objetivos do Pacto Pela Vida, que definem as prioridades dos três gestores para o período e os indicadores de monitoramento que integram os diversos momentos de pactuação existentes. A sua assinatura é a declaração dos compromissos assumidos por parte de cada gestor perante os outros e perante a população sob sua responsabilidade (21).

Como instrumento de monitoramento e avaliação do TCGM foi criado o Relatório Anual de Gestão (RAG), previsto na Lei Orgânica da Saúde nº 8142, artigo

4, e definido pela portaria GM/MS nº 548, de 2001. Este relatório deve ser elaborado com base no TCGM e na Programação Anual de Saúde (PAS). O RAG destina-se a sistematizar e divulgar informações sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores às instâncias formais do SUS, ao Legislativo, ao Ministério Público e à sociedade como um todo. Este instrumento deve possibilitar o acompanhamento da conformidade de aplicação de recursos à programação aprovada. O RAG deve oferecer, ainda, subsídios para a avaliação corretiva e propositiva, permitindo a elaboração aperfeiçoada dos Planos de Saúde subsequentes (21).

Para que se elabore um Plano de Saúde que atenda às especificidades da realidade local, diversos índices e indicadores costumam ser utilizados, entre eles o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Este índice será utilizado como um dos critérios para compor a amostra intencional desta pesquisa. O IDH foi desenvolvido em 1990 e é utilizado para avaliar a riqueza de um país, baseado na renda, educação e longevidade da população. Seus criadores foram o indiano Amartya Sen, vencedor do Prêmio Nobel de Economia em 1998, e o paquistanês Mahbub ul Haq (22). Ambos, influenciados pela ética de Aristóteles e os conceitos de Marx, elaboraram uma concepção da existência e do florescimento humano, e a partir daí propuseram a forma atual de desenvolvimento do IDH. Dentro dessa perspectiva da ética do desenvolvimento definem qualidade de vida a partir de dois conceitos: capacidade, que representa as possíveis combinações de potencialidades e situações que uma pessoa está apta a ser ou fazer; e funcionalidade, que representa partes do estado de uma pessoa – as várias coisas que ela faz ou é. Para Sen e ul Haq qualidade de vida pode ser avaliada em termos de capacitação para alcançar funcionalidades elementares (alimentar-se, ter abrigo, saúde) e as que envolvem autorrespeito e integração social (tomar parte na vida da comunidade). A capacitação dependerá de muitos fatores e condições, inclusive da personalidade do indivíduo, mas principalmente de acordos sociais. Com este enfoque, os autores privilegiam a análise política e social das privações, valorizando as oportunidades reais que as pessoas têm a seu favor (23). O IDH exerce um importante papel persuasor e é reconhecido com respeito pelos formadores de opinião pública e responsáveis pela formulação de Políticas Públicas. O desenvolvimento humano é colocado como objetivo final do índice, onde os componentes renda, educação e longevidade são apenas variáveis, mas que têm uma estreita relação com a saúde

(22). Segundo o PNUD (Relatório 2009), o Brasil encontra-se na 75ª posição, com um IDH de 0,813; entre os sul-americanos, é ultrapassado pelo Chile (44ª), Argentina (49ª), Uruguai (50ª) e Venezuela (58ª).

No Brasil, Governo e instituições usam o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), desenvolvido pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) em parceria com o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) e a Fundação João Pinheiro, do Governo de Minas Gerais. Entre os estados brasileiros o Paraná ocupa a 6ª posição, com um índice de 0,820, de acordo com o relatório PNUD-2005.

Em municípios menores, com baixo IDH-M e reconhecidamente com poucos recursos para promover a educação permanente de suas equipes, incluindo a capacitação de gestores, há dificuldades na administração das secretarias de saúde, bem como na adequação ao processo de municipalização. Considerando que mais de 76% dos municípios brasileiros têm até 25.000 habitantes, segundo a Estimativa de População de 2009 (23), e que entre os municípios mais pobres os problemas de gestão são semelhantes (24), o presente estudo foi desenvolvido em pequenos municípios com baixo IDH-M, no interior do estado do Paraná. Teve o objetivo de: a) conhecer o perfil dos gestores municipais, com base em informações de gênero, idade, formação profissional e capacitação em gestão; b) analisar formas de gestão de saúde pública dos municípios selecionados; c) identificar facilidades e dificuldades no exercício da gestão, bem como a autopercepção do gestor sobre sua atuação; d) analisar a aplicação de recursos financeiros e a prestação de contas do gestor com base no Relatório Anual de Gestão (RAG).

5.2 MÉTODO

Este foi um estudo exploratório transversal, de abordagem quali-quantitativa, do tipo casos múltiplos. Foi desenvolvido nos municípios da 21ª Regional de Saúde (21ª RS), que é formada por sete municípios, na região central do estado do Paraná (Figura 1), (Apêndice A). Uma amostra intencional foi definida a partir da utilização dos seguintes critérios de inclusão: IDH-M semelhantes; gestão plena em Atenção Primária à Saúde (APS); existência de uma ou mais equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF); características sócio-demográficas equivalentes, tais como urbanização e população abaixo de 25.000 habitantes, com significativa parcela em

área rural. Por estes critérios, seis municípios compuseram a amostra final, sendo que estão entre os trinta municípios paranaenses com menor desenvolvimento,



Fig. 1 – Mapa da 21ª Regional de Saúde (Fonte: SESAPR, 2010)

medido pelo IDH-M. O município sede da 21ª RS foi excluído por apresentar uma população maior, praticamente sem residentes em área rural e IDH-M muito superior aos demais (26, 27).

A pesquisa foi conduzida em duas etapas:

1ª) Utilizando abordagem qualitativa, teve como objetivo analisar o perfil dos gestores municipais e sua autoavaliação. A coleta de dados nesta etapa foi feita por

meio de entrevistas abertas e semiestruturadas com os secretários municipais de saúde dos municípios selecionados, previamente informados por um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). As entrevistas foram conduzidas sobre quatro eixos temáticos: a) relações entre instâncias governamentais; b) inovações gerenciais; c) papel do Conselho Municipal de Saúde (CMS); d) implantação/implementação de programas (Apêndice B). Esta orientação por eixos foi estabelecida a partir de livre adaptação de um estudo sobre cidades do Rio de Janeiro (28). As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas (Apêndice D), respeitando-se, *ipsis litteris*, o discurso original; na sequência, foram analisadas sob o enfoque da hermenêutica-dialética.

Hermenêutica consiste na interpretação e explicação de um pensamento, a busca da compreensão do sentido que acontece na comunicação entre seres humanos. Já a Dialética é um método de diálogo que não busca interpretar, mas sim refletir sobre a realidade. Num processo contínuo de contraposições e contradições, vai da afirmação (tese) à negação (antítese), gerando uma nova afirmação com elementos das duas anteriores (síntese), que se transforma numa nova tese, reiniciando o interminável processo da busca do conhecimento. A escolha deste método justificou-se por levar o intérprete a buscar entender o discurso como resultado de um processo social e de conhecimento, fruto de múltiplas determinações, mas com significado específico. Enquanto a hermenêutica adentra no tempo do discurso e através da compreensão procura atingir o seu sentido, a crítica dialética se dirige contra seu tempo. Ela enfatiza a diferença, a ruptura do sentido, ao passo que a hermenêutica destaca a mediação e unidade de sentido, destacando que a compreensão só acontece pelo estranhamento (29).

Assim, para o processo de análise e interpretação, foi estabelecida a seguinte arquitetura teórica, com base em conceitos e categorias exploradas na literatura e passíveis de serem encontradas nas realidades pesquisadas: baixo nível de qualidade de vida e desigualdades sócio-espaciais, formação profissional de gestores, capacitação em gestão, organização da Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família, disponibilidade de recursos, formas de gestão e descentralização. Estabelecido este campo das determinações fundamentais, partiu-se para o encontro com os fatos empíricos, relatados pelos entrevistados ou inferidos pelo oculto de seus discursos. Foram ainda coletadas informações sobre

idade, gênero, formação profissional e capacitação em gestão dos sujeitos da pesquisa. As entrevistas com os gestores foram realizadas em seus locais de trabalho, durante o mês de janeiro de 2010, com taxa de resposta de 100% dos gestores convidados. Optou-se por entrevistar os gestores em seu local de trabalho pela possibilidade do caráter observacional, pois existem fenômenos que não podem ser registrados por meio de perguntas, mas devem ser observados em sua plena realidade – os “imponderáveis da vida real”. O caráter de um ato em nada se expressa melhor do que na maneira como é desempenhado. Se a ação acontece em todo o seu vigor ou se é executada apenas por respeito às normas, a observação e registro dos dados esclarecem imediatamente a vitalidade do ato (30).

2ª) Utilizando uma abordagem quantitativa, esta etapa foi conduzida com base em dados obtidos dos RAG referentes ao ano de 2008 dos municípios selecionados. Estes relatórios são documentos de livre e pública consulta, apresentados aos Conselhos Municipais de Saúde e às Regionais de Saúde, onde permanecem arquivados. Por meio destes dados, foram estudadas 11 variáveis:

- 1) Número de consultas médicas;
- 2) Ações de promoção à saúde;
- 3) Número de pacientes na Unidade de Saúde da Família I (USF I);
- 4) Número de procedimentos na USF I;
- 5) Número de pacientes na USF II;
- 6) Número de procedimentos na USF II;
- 7) Receita própria do município;
- 8) Receita da Vigilância em Saúde;
- 9) Total da receita;
- 10) Despesas;
- 11) Saldo.

Esta segunda etapa da pesquisa teve a finalidade de identificar o volume dos recursos financeiros disponíveis para cada município e a forma como os mesmos eram aplicados, bem como analisar a elaboração e a estrutura dos relatórios. Ainda no esforço de analisar o impacto das ações de saúde, foram ordenados alguns indicadores do Pacto pela Saúde, um dos referenciais para a elaboração do RAG, gerando 16 variáveis com duplo resultado (metas pactuadas e metas alcançadas), relacionadas a:

- 1 – Exames citopatológicos cérvico-vaginais;
- 2 – Óbitos infantis;
- 3 – Taxas de cesáreas;
- 4 – Controle de tuberculose;
- 5 – Controle de hanseníase;
- 6 – Ações em atividade física;
- 7 – Cobertura da Estratégia Saúde da Família;
- 8 - Internações por acidente vascular cerebral (AVC);
- 9 - Internação por diabetes mellitus;
- 10 - Média de consultas médicas em especialidades básicas;
- 11 - Proporção de nascidos vivos com 4 ou mais consultas no pré-natal;
- 12 - Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas no pré-natal;
- 13 – Percentual de crianças menores de 5 anos com baixo peso para a idade;
- 14 – Cobertura da primeira consulta odontológica programada;
- 15 – Média anual escovação dental supervisionada;
- 16 – Índice de contratualização de unidades conveniadas.

O conjunto dos dois blocos de variáveis apresentou uma distribuição que possibilitou a aplicação de um teste de associação de Spearman, com o propósito

de verificar a correlação entre a despesa *per capita* em saúde e o total de metas alcançadas por município. Com base nas metas do Pacto pela Saúde, propostas e alcançadas, foram então criados 32 gráficos para as 16 variáveis, permitindo comparar o comportamento entre a pactuação (teórica) e o resultado alcançado (empírico) no conjunto da amostra (Apêndice E).

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) aprovou o estudo sob nº 0003400/09 em 14-10-2009 (Anexo A).

5.3 RESULTADOS

Com base nos objetivos traçados e métodos descritos anteriormente, a apresentação de resultados será feita em dois blocos sequenciais: resultados qualitativos e resultados quantitativos.

5.3.1 Resultados Qualitativos

Primeiramente, o trabalho de campo permitiu cotejar algumas das categorias teóricas propostas introdutoriamente. Observa-se que a falta de capacitação específica em gestão é uma grande lacuna encontrada no perfil dos gestores pesquisados. Por exemplo, na fala transcrita abaixo, evidencia-se tal questão, inclusive fazendo referência a novas iniciativas nacionais para a qualificação da gestão no SUS (31):

*“[...] vamos supor, por exemplo, a parte de capacitação; eles (o Ministério da Saúde) não passam. Foi feito “teste” de capacitação [...] agora, com esta capacitação, porque sem a capacitação não sai nada.”
(G-02)*

A ênfase revela a premência da necessidade! A análise de conteúdo das falas revela aspectos semelhantes, embora implícitos, sob a aparente diversidade de contextos, sinalizando núcleos de sentido comum no discurso dos gestores. Permanecem formas empíricas de gestão, como resquício ainda de antigos sistemas de saúde anteriormente vigentes no Brasil. Isto é mais bem percebido na organização subjacente do discurso, no sistema de relações conceituais e nas regras de

encadeamento, embora o vocabulário, a semântica e o tema do discurso tentem incorporar avanços do SUS. Assim, o mesmo gestor que declara:

“[...] eu não sou um centralizador [...]”, (G-04)

logo adiante assim se refere ao Conselho Municipal de Saúde:

*“[...] eu tive problemas com o **meu** Conselho, eu espero que o **meu** Conselho seja um Conselho tranquilo.” (G-04) (grifos do autor)*

Quanto à formação profissional, aparentemente a formação acadêmica em saúde não seria imprescindível. O ímpeto com que um gestor interrompe o pesquisador para falar do tempo em que atua na área:

“[...] ah, bem pouquinho! Mais de vinte anos [...]”(G-04),

parece sinalizar que a falta de formação específica seria compensada com a experiência adquirida.

A “autonomia” financeira e administrativa ainda está atrelada à figura do prefeito:

“[...] então já foi conversado com o prefeito prá gente gerenciar juntos (o Fundo Municipal de Saúde).”(G-02)

Descentralização foi uma categoria teórica das mais conflitantes, pois os sujeitos ainda confundem a descentralização do sistema com delegação de funções entre seus auxiliares:

“[...] destaco a descentralização de serviços, (ahn), treinamento de funcionários, autonomia financeira e administrativa. Eu não sou um centralizador, sou um cobrador de resultados.”(G-04)

Formas de gestão são resumidas em um enunciado “mágico”: gestão democrática. Esta seria a grande saída para adaptar-se à fase de descentralização do SUS. Os gestores falam em administração participativa com delegação de funções e já se observa a incorporação do termo “gestor” quando o secretário municipal de saúde fala de si. Porém, em campo, são observadas atitudes ainda centralizadoras e autoritárias, conflitando com o discurso democrático.

*“Olha, nestes dois anos meus como gestor, tivemos algumas atitudes que eu diria foram de grande valia, tanto para **mim** quanto para qualquer outro gestor...”(G-00)*

*“[...] você (o ACS) é os meus olhos perante essas famílias. **Eu** só saberei tomar **minhas** decisões [...]”(G-00)*

*“A gente tá procurando **disciplinar** a população [...]”(G-01)*

*“A gente tem **dificuldade em conseguir interagir**.”(G-03)*

*“**Eu acho** muito importante a gestão democrática.”(G-05)*

(grifos do autor)

Em contrapartida, durante algumas entrevistas, foi possível perceber a acessibilidade do gestor para a população. Aconteciam constantes interrupções para atender ACS, coordenadores de serviços e mesmo chamadas telefônicas de usuários. Implicitamente alguns gestores demonstravam dar prioridade ao atendimento de servidores e usuários, embora de uma forma um tanto caótica.

A polêmica questão de recursos financeiros surgiu na pesquisa de campo com outros significados. Para os gestores, os recursos são sempre insuficientes. Pobreza do município ainda é o grande alibi para justificar deficiências no atendimento, associada à extensão territorial de alguns municípios, com áreas de difícil acesso. “Pobreza” aqui entendida em toda sua polissemia, não apenas gravada no inconsciente simbólico para caracterizar insuficiências materiais:

“[...] pois a nossa população é bastante carente de tudo, de instrução.”(G-01)

“[...] eles fazem os repasses e cobram[...]”(G-04)

“[...] procuramos trabalhar com a equipe até para ver se eles começam a melhorar o IDH.”(G-00)

Quanto ao perfil, 66% dos gestores eram do gênero masculino. 50% do total estavam com idade entre 30 e 40 anos, 33% entre 40 e 50 anos e 17% acima de 50 anos. 33% tinham formação em curso técnico, 17% curso superior na área de saúde, 33% curso superior na área de ensino e 17% cursaram até o ensino médio. 34% deles declararam possuir capacitação em gestão. Embora todos fossem contratados em regime de dedicação exclusiva, não eram servidores de carreira.

5.3.2 Resultados Quantitativos

Tratando agora da segunda etapa da pesquisa, de natureza quantitativa, alguns resultados serão apresentados a seguir.

Tendo em vista que os RAG apresentaram-se incompletos, com omissão de diversos dados e sem uma padronização, isto impossibilitou a análise mais detalhada dos recursos financeiros. Desta forma foi possível apenas uma distribuição de frequência das variáveis para analisar a elaboração desses relatórios. Das 11 variáveis escolhidas entre os componentes dos RAG a análise de frequência dos dados preenchidos mostrou apenas um município com 100% dos dados, três com 30 a 70%, um com 20 a 30% e um com 10 a 20%.

No cruzamento de dados das 16 variáveis escolhidas por meio de indicadores do Pacto pela Saúde surgiram diversas correlações intrigantes. Por exemplo, no cruzamento das variáveis entre si, a Cobertura da Primeira Consulta Odontológica Programada mostrou uma intrigante correlação com o Percentual de Crianças Menores de 5 Anos com Baixo Peso para a Idade. Porém, de fundamental importância para os objetivos da pesquisa, foi o cruzamento entre a Despesa *per capita* em Saúde com o Número de Metas Alcançadas, de todos os municípios da amostra. Isto resultou num $r = 0,76$ e um $p = 0,08$, demonstrando não haver correlação significativa (ao nível de 0,05) entre o montante financeiro aplicado em saúde e o alcance das metas pactuadas nos municípios.

Os gráficos das 16 variáveis alternativas (Apêndice E) possibilitaram comparar a proposta pactuada e o alcance das metas entre todos os municípios. No total dos gráficos surgiram 9 desvios, sendo 5 deles extremos. Como exemplo, a Figura 11 do Apêndice D mostra o indicador Média Anual de Consultas Médicas nas Especialidades Básicas, com uma pactuação mediana de 1,8 consultas ao ano/habitante, um mínimo de 1,5 e desvio de 2,7; já na meta alcançada a mediana passa a 2,0, com desvios de 1,0 e 2,7, sendo que o desvio superior não se refere ao mesmo município da pactuação.

Já a Figura 5 do mesmo Apêndice mostra o indicador Proporção de Cura de Casos Novos de Hanseníase Diagnosticados nos Anos das Coortes, com uma pactuação mediana de 85% de cura, um desvio de 68% e um desvio extremo de 100%. Nos resultados a mediana sobe para 98%, com um mínimo de 85% e um

máximo de 100%. Lembrando que a meta proposta pelo Ministério da Saúde para o ano de 2008 foi de 88%, aumentando gradativamente para alcançar 90% em 2011, é surpreendente que os municípios pactuassem metas abaixo do proposto pelo MS e alcançassem resultados acima do proposto. Se levarmos em consideração que a coorte para casos paucibacilares é de um ano e para casos multibacilares é de 2 anos, anteriores ao ano de pactuação, o resultante toma proporções ainda mais intrigantes.

5.4 DISCUSSÃO

A hermenêutica ensina que a investigação social empírica toma equivocadamente o epifenômeno, ou seja, a transformação que o mundo opera em nós, como se fosse a realidade mesmo. Desta forma é mais importante investir na reflexão fundamental da situação, mas sem separar-se da práxis (29). Em uma pesquisa onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é também parte dessa observação. Mesmo sendo escrupulosamente neutro, ao final da investigação não é nunca ele, e nem o pesquisado, que encontra. O máximo que pode pretender pela aplicação de si sobre o outro é distinguir fatos de funcionamento geral, que são universais e têm mais realidade (32). Sob este aspecto, seria inútil fazer perguntas abstratas, em termos sociológicos ou muito abrangentes. Melhor seria deixar ocorrerem casos reais com os sujeitos da pesquisa para, por meio de uma observação participativa, procurar a percepção dos significados do “não dito” (30). Enfim, analisar a ação que se apresenta, e jamais o sujeito que a executa, no contexto que as circunstâncias permitem.

A carência de capacitação específica em gestão de saúde relatada pelos sujeitos comprova a dificuldade encontrada pelo gestor local diante das novas atribuições. Isto se torna mais complexo em localidades menores, com pouca oferta de cursos de formação ou capacitação (33, 34). Diversos gestores demonstram interesse em participar de cursos, mas nem sempre têm acesso a eles, e quando têm, são cursos pontuais, com reduzida carga horária. Problemas de gestão em saúde em pequenas localidades parecem ser semelhantes, no Brasil e no mundo (19, 20, 25). Os novos secretários ressentiam-se da falta de capacitação gerencial ao administrar um sistema de saúde em toda sua complexidade. Além disso, surgiram novas competências, alheias à formação e capacitação do gestor,

problema este encontrado em diversos países (33-35). Pela perspectiva da ética do desenvolvimento, enunciada pelos criadores do IDH, a capacitação (não em gestão, mas do ser humano) dependerá de muitos fatores e condições, inclusive da personalidade do indivíduo e principalmente de acordos sociais. Há que se privilegiar a análise política das privações, valorizando as oportunidades reais que as pessoas têm a seu favor, sempre pensando na integração social (23)

Inquiridos sobre inovações de gestão que apresentaram melhores resultados as mais citadas foram descentralização e coordenações específicas para cada programa ou estratégia. Eram gestores falando no mesmo tom progressista, o que poderia passar uma “ilusão de transparência”, ou seja, o perigo de pensar que o real se mostrasse nitidamente ao observador (32, 36). Numa comunicação representacional, dando importância ao conteúdo lexical do discurso, percebe-se que quando falam em descentralização referem-se à delegação de funções, principalmente aos “coordenadores específicos”, nem sempre habilitados para a função. Um estudo realizado em pequenos municípios (25) revelou que a descentralização sozinha não explicava o estágio de organização do sistema municipal de saúde e que características do governo revelaram-se importantes para a reorganização das práticas. Os principais problemas encontrados localizavam-se na gestão do sistema e nas práticas assistenciais. Apontavam que estas áreas eram críticas para futuras intervenções, principalmente no que diz respeito a institucionalização do planejamento e avaliação, bem como em relação aos projetos intersetoriais. As práticas assistenciais baseadas apenas em conceitos de saúde e doença, onde havia a visão positiva de uma, em detrimento da visão negativa de outra, teriam que ser revistas.

Formas de gestão são resumidas em gestão “democrática”, com critérios não muito claros de descentralização e pouca ou nenhuma participação social (37). Os gestores afirmam que os recursos financeiros são insuficientes, e provavelmente sejam mesmo. Porém é surpreendente o fato de que o M-0000, que aplicou R\$ 52,45 em saúde *per capita* ao ano alcançou 3 das 16 metas propostas, enquanto o M-0002, que aplicou R\$ 52,35 alcançou 8 metas. Da mesma forma o M-0001 e o M-0004 aplicaram R\$ 327,75 e R\$ 246,50 *per capita* ao ano, respectivamente, embora o primeiro tenha alcançado 10 metas e o outro 7. Aqui uma pergunta se impõe: se estes recursos fossem gerenciados de forma mais participativa, num processo de

intersetorialidade, baseado em planejamento, monitoria e avaliação, não poderiam apresentar melhores resultados? (38, 39).

É possível deduzir que a utilização do RAG acabou se tornando mero cumprimento de determinação legal, dentro da lógica financeira e realizada de forma fragmentada, deixando escapar o momento de reunir equipe técnica e usuários para realizarem ampla discussão das ações programadas e executadas. Nestas circunstâncias os cidadãos deixam passar a oportunidade de exercer um controle social atuante, para participar de novas programações de saúde (40).

Muitas vezes a avaliação no campo das políticas públicas é associada à auditoria ou ao controle externo de determinado programa. No âmbito local, principalmente em pequenos municípios, a gestão de saúde está diretamente relacionada à quantidade e qualidade dos serviços ofertados aos cidadãos, o que se reflete nos indicadores de saúde, principalmente na Atenção Primária. O número de desvios e inconsistências entre as metas propostas e alcançadas é relativamente alto para ser considerado apenas como variabilidade dos elementos da amostra analisada. É possível que existam erros de digitação ou de interpretação dos indicadores no momento da pactuação. Isto justificaria um estudo mais aprofundado das planilhas do Pacto Pela Saúde.

5.5 CONCLUSÕES

Ao final desta pesquisa conclui-se que o perfil do gestor municipal de saúde foi preponderantemente masculino, com 34% de participação feminina. A maioria deles (83%) não tinha formação acadêmica em saúde e apenas 34% diziam-se capacitados em gestão. Eram servidores em período integral, porém ainda escolhidos sem concurso público.

As formas de gestão de saúde pública apontaram para uma “gestão democrática”, embora permaneçam alguns atos centralizadores. A tríade planejamento-gestão-avaliação em saúde encontrava-se num processo muito incipiente, com grande carência de informações consistentes e sistematicamente utilizadas.

Em sua autopercepção todos os gestores declararam-se satisfeitos com sua atuação, porém afirmando que pode ser melhorada. Entre as facilidades

encontradas no exercício da gestão relataram o apoio irrestrito do prefeito, a colaboração de algumas equipes de saúde já consolidadas por servidores de carreira e o bom relacionamento com as instâncias superiores, principalmente a estadual. Entre as dificuldades relacionaram a pobreza dos municípios, alta rotatividade de profissionais e o relacionamento com o Conselho Municipal de Saúde, que ainda exercia um papel mais fiscalizador que parceiro nas decisões e responsabilidades em saúde.

Os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) eram elaborados sem uma sequência lógica, com omissão de diversos dados fundamentais, e sem servirem de suporte para planejamento. Comprovou-se que recursos financeiros, mesmo quando eram insuficientes, não guardavam relação com o desfecho de metas alcançadas no Pacto Pela Saúde. Levando-se em consideração o estágio atual da descentralização do SUS e as dificuldades que os gestores locais ainda encontram, outros estudos devem ser realizados para aprofundar a investigação e tentar auxiliar na resolução dos problemas de gestão em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Braubach M, Martuzzi M, Raccioppi F, Krzyzanovski M. On the way to Parma: understanding and addressing the influence that social inequities have on environmental health. **Eur J Public Health.** 2010;20(1):12-13. Doi:10.1093/eurpub/ckp215 disponível em <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/20/1/12.short> acesso em 07-02-2010.
2. Rosen D. The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care. **Int J Qual Health Care.** 2010;22(1):73-74. Doi:10.1093/intqhc/mzp056 disponível em <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/22/1/73.extract> acesso em 21-02-2010.
3. Arouca ASdaS. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2003. 272 p.
4. Ricciardi W. Challenges for a European Public Health Association. **Eur J Public Health.** 2010;20(1):2. Doi:10.1093/eurpub/ckp219 disponível em <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/20/1/2.short> acesso em 05-09-2010.
5. Kapparis K. Asklepios, medicine, and the politics of healing in fifth-century Greece: between craft and cult. **J Hist Med Allied Sci.** 2009;64(1):552-554. Doi:10.1093/jhmas/jrp015 disponível em <http://jhmas.oxfordjournals.org/content/64/4/552.extract> acesso em 12-10-2009.
6. Tountas Y. The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine **Health Promot Int.** 2009;24(1):185-192. Doi:10.1093/heapro/dap006 disponível em <http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/2/185.short?rss=1> acesso em 14-06-2009.
7. BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm e acessado em 07-02-2010.
8. Pelegrini MLMde, Castro JDde, Drachler MdeL. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc.**

saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2005;10(2)275-286. Doi: 10.1590/S1413-81232005000200002 disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a02v10n2.pdf> acesso em 23-06-2009.

9. Rawls J. **A theory of justice**. Oxford: Oxford University Press. 1999. 560 p. Disponível em http://books.google.com.br/books?id=kvpby7HtAe0C&printsec=frontcover&dq=a+the+ory+of+justice&source=bl&ots=tgfsxaE7e1&sig=5N6XD0RAgSVBysIMZFdUy5gTq9s&hl=pt-BR&ei=sDiuTMuAHYG78g8t8dS4BA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ed=0CD0Q6AEwBA#v=onepage&q&f=false acessado em 02-10-2010.

10. Martuzzi M, Mitis F, Forastiere F. Inequalities, inequities, environmental justice in waste management and health. **Eur J Public Health**. 2010;20(1):21-26. Doi:10.1093/eurpub/ckp216 disponível em <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/20/1/21.abstract> acesso em 24-07-2010.

11. Morris JN, Deeming C, Wilkinson P, Dangour AD. Action towards healthy living - for all. **IJE**. 2010;39(1):266-273. Doi:10.1093/ije/dyp403 disponível em <http://ije.oxfordjournals.org/content/39/1/266.extract> acesso em 05-09-2010.

12. Raphael D. Escaping from the *Phantom Zone*: social determinants of health, public health units and public policy in Canada. **Health Promot Int**. 2009;24(1):193-198. Doi:10.1093/heapro/dap005 disponível em <http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/2/193.short> acesso em 10-05-2009.

13. Robeson P, Dobbins M, DeCorby K, Tirilis D. Facilitating access to pre-processed research evidence in public health. **BMC Public Health**. 2010;10(1):95. Doi:10.1186/1471-2458-10-95 disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/95> acessado em 02-10-2010.

14. Carden F. **Knowledge to policy: making the most of development research**. Ottawa, ON: SAGE Publications; International Development Research Center, 2009. 224 p. Disponível em http://www.idrc.ca/en/ev-135779-201-1-DO_TOPIC.html acessado em 03-10-2010.

15. Stein E, Tommasi M, Spiller PT, Scartascini C. Policy making in Latin America: how politics shape policies. Harvard University. Interamerican Development Bank; David Rockefeller Center for Latinamerican Studies, 2008. 500 p. Disponível em http://www.iadb.org/research/pub_desc.cfm?pub_id=B-626 acesso em 04-10-2010.

16. Najar A, Campos MR. Desigualdades sociais e gestão em saúde: metodologia de seleção de áreas urbanas visando à diminuição das desigualdades socioespaciais em regiões metropolitanas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. 2003;8(3):.Doi:10.1590/S1413-81232003000200012 disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200012 acesso em 02-05-2009.
17. BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS**, disponível em <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf> acessado em 15-08-2009.
18. Bagley P; Lin V. The development and pilot testing of a rapid assessment tool to improve local public health system capacity in Australia. **BMC Public Health**. 2009;9(1):413. Doi:10.1186/1471-2458-9-413 disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19912663> acesso em 10-01-2009.
19. Bennett L; Slavin L. Continuous Quality Improvement: What Every Healthcare Manager Needs to Know, in **Public Health Management & Policy**, 2010. Disponível em http://www.cwru.edu/med/epidbio/mphp439/MPH_Manage acesso em 21-04-2009.
20. De Leeuw E. Have the health services reoriented at all? **Health Promot Int**. 2009;24(1):105-107. Doi 10.1093/heapro/dap015 disponível em <http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/2/105.extract> acesso em 08-08-2010.
21. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Dialogando sobre o pacto pela saúde**. Brasília, 2007.
22. Kayano J, Caldas Edel. Indicadores para o diálogo. **Rev GT Indicadores**. 2002,8(1):1-11. Disponível em <http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper47.pdf> acesso em 22-03-2009.
23. Westphal MF. O movimento cidadesmunicípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciênc saúde coletiva**. 2000,5(1):39-51. Doi:10.1590S1413-81232000000100005 disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100005&lng=pt.

24. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/> acesso em 08-09-2009.

25. Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SCL, Silva GAPda, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2007;23(2):355-370. Doi:10.1590/S1413-81232006000300020 disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/12.pdf> acesso em 02-05-2009.

26. IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, disponível em http://www.ipardes.gov.br/pdf/indices/idh_estados.pdf acesso em 22-04-2009.

27. PNUD-ONU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Boletim IDH**, disponível em http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=3324&lay=pde acessado em 15-09-2009.

28. Gerschman S. Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 1990. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2001;6(2):417-444. Doi: 10.1590/S1413-81232001000200011 disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200011&script=sci_arttext acesso em 17-04-2009.

29. Minayo MCdeS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª. edição, Hucitec-Abrasco, SP-RJ, 2000. 269 p.

30. Malinowski B. **Os argonautas do Pacífico ocidental**. 1ª. Edição, Ed. Abril, São Paulo, 1976. 436 p.

31. CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Curso nacional de qualificação dos gestores do SUS**. Brasília, 2008. Disponível em <http://www.conass.org.br/> acessado em 03-10-2010.

32. Lévi-Strauss C. **Aula inaugural**, in Desvendando máscaras sociais, org. Alba Zaluar Guimarães. 2ª. Edição, Editora Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1980. 263 p.

33. Battaglio Junior RP; Condrey SE. Reforming Public Management: Analyzing the Impact of Public Service Reform on Organizational and Managerial Trust. **J Public Adm Res Theory**. 2009;19(4):689-707. Doi:10.1093/jopart/mun030 disponível em <http://www.allbusiness.com/labor-employment/human-resources-personnel/13191910-1.html> acesso em 06-12-2009.

34. Kebede S et al. Educating leaders in hospital management: a new model in Sub-Saharan Africa. **Int J Qual Health Care**. 2010;22(1):39-43. Doi:10.1093/intqhc/mzp051 disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19951963> acesso em 05-04-2010.

35. Whitaker P, Pegorie M, Read D, Birt CA, Foldspang A. Do academic competencies relate to 'real life' public health practice? A report from two exploratory workshops. **Eur J Public Health**. 2010;20(1):8-9. Doi:10.1093/eurpub/ckp157 disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19822566> acesso em 08-02-2010.

36. Montagner MÂ. Trajetórias e biografias: notas para uma análise bourdieusiana. **Sociologias**. Porto Alegre, 2007;17(1):240-264. Doi: 10.1590/S1517-45222007000100010 disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222007000100010&lng=pt&nrm=iso acesso em 08-10-2010.

37. Bispo Júnior JP; Sampaio JJC. Participação social em saúde em áreas rurais do nordeste do Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2008;23(6):403-409. Doi: 10.1590/S1020-49892008000600005 disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000600005 acesso em 07-07-2010.

38. Barata G. Acesso à informação e gestão de saúde. **Rev ComCiência**. São Paulo: SBPC. 2009;5(107). Disponível em <http://comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=33&id=390> acesso em 02-05-2009.

39. Ciconelli RM, Soárez PCde, Padovan JL. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. **Rev Adm Saúde**, São Paulo.2005;7(27):57-64. Disponível em http://www.cqh.org.br/files/RAS27_indicadores.pdf acesso em 11-06-2009.

40. Cunha JCdeB, Santos Rdos, Sakae TM. Relatório de gestão: instrumento de avaliação e planejamento dos sistemas de saúde? **Arq Catarinenses de Medicina**, Florianópolis. 2006;35(2):68-71. Disponível em <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/371.pdf> acesso em 13-06-2009.

6. CONCLUSÕES

Gestão de saúde pública é um tema complexo e abrangente que não pode esgotar-se nesta pesquisa.

Diversas filosofias e correntes de gestão foram descritas, com um vasto conteúdo que pode ser aplicado em saúde pública. Uma secretaria municipal de saúde é uma organização que, embora não vise ao lucro, tem o compromisso de oferecer os melhores serviços aos usuários, observando uma relação de custo-benefício positiva. Há ainda um relativo atraso organizativo na máquina burocrática do serviço de saúde pública. Em diversos países, inclusive no Brasil, burocracia é sinônimo de multiplicação e acúmulo de papéis, impedindo soluções práticas e eficientes; um sistema em que funcionários se apegam a regulamentos e rotinas, causando ineficiência à organização. Algo completamente diferente da proposta *weberiana* de burocracia – um sistema que organiza a cooperação de um grande número de indivíduos, cada qual detendo uma função especializada, ou seja, uma organização eficiente por excelência. Práticas obsoletas impedem uma agilidade maior nos processos de saúde, sejam promocionais, preventivos ou curativos. Se considerarmos a Declaração de Alma-Ata de 1978, com a meta de saúde para todos no ano 2000, a Atenção Primária em Saúde tem se mostrado falha em diversos contextos, produzindo contingentes cada vez maiores para a Média e Alta Complexidade e a um altíssimo custo.

Evidenciou-se, com este estudo, a lacuna que existe na capacitação dos gestores, embora todos demonstrassem interesse na capacitação, até mesmo pela boa vontade com que participaram desta pesquisa. O Ministério da Saúde, percebendo isto em nível nacional, iniciou um amplo programa de capacitação aos novos gestores, que não chegou a consolidar-se nos municípios da amostra. Surgiram dificuldades as mais variadas, desde falta de instrutores até disponibilidade de tempo por parte dos gestores. Todos concordam em participar, mas diversos imprevistos os impedem. O sistema modular em que estes cursos são realizados também oferece dificuldade, pois dificilmente um gestor comparecerá a todos os módulos.

As formas de gestão de saúde ainda estão atreladas a conceitos de antigos sistemas, com diversos servidores capacitados no modelo tradicional e resistentes em aderir às inovações e mudanças propostas pelo SUS. É muito ouvido o discurso: “eu sempre fiz assim e sempre deu certo”. Mudanças causam angústia, e no serviço público isto é ainda mais observado. Os gestores declaram que não são centralizadores, que trabalham em regime de gestão democrática, porém continuam exercendo sua função de forma um tanto arbitrária, com pouca participação das equipes, e ainda menos dos usuários.

Constatou-se ausência quase total de planejamento em saúde, que quando existe, é realizado de maneira artificial, apenas para cumprir um calendário proposto pelos níveis superiores. A pactuação de metas segue um padrão semelhante, com

pouco entendimento dos cálculos utilizados nos indicadores de saúde, sendo que alguns são realmente complexos. Na maioria das vezes apenas um técnico é o responsável por desenvolver as metas propostas, sem que haja reunião da equipe para estabelecer prioridades e sem que haja um substituto em sua ausência.

Quanto ao perfil dos gestores começou a surgir uma grande participação de profissionais fora da área da saúde, que em alguns casos não compromete a gestão. Equipes bem treinadas e sincronizadas com o secretário de saúde conseguem resultados tão bons como aquelas onde o gestor tem formação acadêmica em saúde.

Recursos financeiros sempre são insuficientes, embora a maioria dos municípios já esteja investindo mais do que propõe a Emenda Constitucional 29. Porém, independentemente do volume dos recursos, existe a possibilidade de melhor rendimento destes recursos, se houver uma programação de despesas baseada em planejamento em saúde.

O Relatório Anual de Gestão foi proposto pelo Ministério da Saúde como uma poderosa ferramenta de gestão, principalmente para avaliação e reprogramação. Infelizmente os técnicos não se apropriaram, ainda, de todo o potencial que ele oferece. Há esperanças de que com o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS), criado em 2008, com capacitações técnicas nos anos subsequentes, haja um melhor aproveitamento desse relatório.

A participação social, que poderia ser a alavanca para modificar este *status quo*, ainda é exercida de forma incipiente, com pouco interesse por parte dos usuários. Os Conselhos Municipais de Saúde, onde existem, quase sempre são compostos pelas mesmas pessoas, que se alternam em diversas gestões, exercendo uma função meramente fiscalizadora, com pouco poder de decisão.

Por fim, cabe aos profissionais da saúde, aqui incluído o gestor municipal, esclarecer a população sobre ações de promoção à saúde, que têm custo reduzido e produzem transformação de valores. Estimular a participação popular, não apenas no controle de ações de saúde. Incentivar uma mobilização dos usuários, para que se possa avançar na construção da cidadania responsável, condição básica para o desenvolvimento de uma coletividade. Após mais de vinte anos de implantação do SUS é urgente extrapolar a teorização; já não basta gerenciar expectativas, mas sim partir para a administração concreta e melhoria da realidade local.

APÊNDICE A

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DOS MUNICÍPIOS DA 21ª RS

MUNICÍPIO	ÁREA (km ²)	POPULA- ÇÃO	POPULAÇÃO RURAL	IDH-M	POSIÇÃO IDH-M
CURIÚVA	571,402	12.918	45,50%	0,675	382º
IMBAÚ	329,050	9.474	42,13%	0,646	396º
ORTIGUEIRA	2.399,844	23.525	66,81%	0,620	399º
RESERVA	1.569,863	23.955	59,94%	0,646	395º
T. BORBA	1.508,384	61.115	4,70%	0,767	97º
TIBAGI	2.926,238	18.471	44,23%	0,685	371º
VENTANIA	746,564	7.914	32,29%	0,665	390º

Fonte: PNUD, 2009; IPARDES, 2009

APÊNDICE B

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM OS GESTORES

Gênero:

Formação profissional:

Idade:

Capacitação em gestão:

1. RELAÇÕES ENTRE INSTÂNCIAS GOVERNAMENTAIS

Em seu município, como é o relacionamento entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a esfera estadual e federal?

2. INOVAÇÕES GERENCIAIS

Ao longo do seu desempenho na SMS, quais inovações no campo da gestão trouxeram melhores resultados?

3. O PAPEL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Como você avalia a atuação do CMS em sua gestão?

4. IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS

Entre os programas (estratégias) pactuados, quais têm melhor desempenho em seu município?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____, *,nacionalidade*
_____, *,idade* _____, *,estado civil* _____, *,profissão*
_____, *,endereço* _____, *,RG*

_____, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado **“Gestão de saúde pública em pequenos municípios com baixo IDH-M (índice de desenvolvimento humano municipal)”**, cujos objetivos são: analisar as diferentes formas de gestão em saúde pública em pequenos municípios; traçar o perfil dos gestores, baseado em seus dados pessoais (gênero, idade, formação profissional e capacitação em gestão); levantar as dificuldades/facilidades encontradas pelos gestores; analisar relatórios de gestão em relação à sua estrutura e recursos financeiros; avaliar a percepção dos gestores sobre sua atuação. Este estudo justifica-se pelas dificuldades que os secretários municipais de saúde encontram em pequenos municípios, principalmente onde existe um baixo IDH-M (índice de desenvolvimento humano municipal).

A minha colaboração ao referido estudo será no sentido de participar de uma entrevista sobre gestão de serviços de saúde, e fornecer informações para que este estudo possa ter caráter de aplicação em nossa região. Estou ciente de que a entrevista será gravada em áudio e depois transcrita.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como acesso aos resultados e conclusões, e sua aplicação em meu município, se assim o desejar.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e se, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Gerson Luis Schwab, Beatriz Helena Sottile França e Samuel Jorge Moysés, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) e com eles poderei manter contato pelos telefones (42) 3273-1626, (41) 9987-6921 e (41) 91850028.

É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Assim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo, devo ligar para o CEP PUC-PR (41) 3271-2292 ou mandar um email para nep@pucpr.br.

Curitiba, de janeiro de 2010.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Gerson Luis Schwab

Beatriz Helena Sottile França

Samuel Jorge Moysés

APÊNDICE D
TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS

G0000

- ...Só me confirma alguns dados; a sua formação profissional:
- Técnico em gestão pública.
- E a idade:
- 39 anos.
- ok.
- Com a capacitação em gestão pública.
- Sim.
- Então vamos ao primeiro tópico; como é o relacionamento entre a Secretaria Municipal de Saúde e as esferas estadual e federal?
- Olha, o relacionamento entre a secretaria municipal, a esfera estadual, através da regional de saúde (a secretaria de estado da saúde) é muito bom, é ótimo e na esfera federal também posso dizer que até o momento não tenho encontrado dificuldades nenhuma com o Ministério da Saúde.
- Algo que pudesse ser melhorado? Em qualquer nível?
- É, o que pode ser melhorado já está sendo melhorado. É, a... é a... forma de comunicação ou quanto mais transparente e rápida e diminuir um pouco a burocracia seria ótimo e daria grandes resultados para a administração.
- No seu desempenho, que inovações trouxeram melhores resultados?
- Olha, dentro da secretaria de saúde, nestes dois anos meus como gestor, é, tivemos algumas atitudes assim que eu diria que foi de grande valia prá mim como, posso dizer, para qualquer gestor que esteja atuando na área. É, houve assim uma descentralização, diria até dentro do poder executivo, com a criação do Fundo Municipal de Saúde, é, tendo o gestor realmente um trabalho de gestor e não um trabalho político dentro da secretaria. Na administração, eu diria que a descentralização, por exemplo, você ter ali o seu coordenador capacitado dentro do Programa Saúde da Família, você ter o seu coordenador capacitado dentro do Centro de Vigilância em Saúde, no setor de Transportes, Epidemiologia, é... foi algo assim que eu implantei dentro da secretaria e os resultados apareceram e foram muito bons.
- É... só uma questão: o Fundo Municipal de Saúde, ele é gerenciado por quem?

- Pelo gestor municipal de saúde.

- Com amplos poderes? Sobre recursos?

- Com amplos poderes. É..., no momento, prá você ter uma idéia, é..., já desde o início eu participei do PPA da saúde, dentro do projeto até 2012, fui eu que montei é..., é... o orçamento da saúde pro ano seguinte, no caso 2009, fiz agora prá 2010, é...o gerenciamento no sentido de empenhos, de assinatura de cheques, de assinatura de contratos, tudo feito pelo gestor, de acordo com o Conselho Municipal de Saúde.

- Como você avalia a atuação do Conselho Municipal de Saúde?

- Quando eu comecei a trabalhar na saúde eu diria que o conselho tinha assim uma certa dificuldade, é..., de trabalho entre o gestor e o conselho é..., estudando, hããã..., o que ocorria até o momento, eu percebi assim que a pouca atuação, como a pouca participação do conselho, que gerava isto. O gestor ia prá apresentação tudo muito, muitas vezes até bonito, em datashow e tudo e algo que dava uma impressão assim pro conselho de montado e empacotado e aprovevem que foi isso que eu fiz. Eu deixei de convocar o conselho e passei sim a convidá-lo a participar das reuniões do conselho e desde então todos os convênios e contratos e contratação que a gente faz dentro da secretaria, é..., são previamente é..., discutidos e existe assim uma participação dentro de todos os passos de um convênio em que o conselho participa comigo. Dessa forma hoje eu não tenho mais nenhuma dificuldade em fazer a minha prestação de contas, porque quando o conselho vê lá uma "rúbrica" orçamentária de uma determinada despesa, ele já participou da formação e da implantação deste convênio; ele já é sabedor do dinheiro que, é..., está sendo gasto e qual resultado, qual o benefício que este dinheiro está trazendo para a população na saúde.

- E "prá" encerrar, entre os programas ou estratégias pactuados, quais você acha que "teve" melhor desempenho em seu município?

- É, todas as estratégias que foram pactuadas, é..., são de suma importância pro bom desempenho, é..., de uma secretaria e para um gestor ter ali uma, uns parâmetros a ser seguidos e trabalhar. Mas eu diria que, é..., de todas as estratégias implantadas nos últimos anos a Estratégia da Saúde da Família é algo que veio para ficar. Hoje eu não vejo como um gestor continuar oferecendo um trabalho à comunidade sem ter o apoio da Equipe do Programa Saúde da Família. Eu sempre digo, é..., eu sempre falo nas minhas falas, eu considero hoje, por exemplo, o ACS, os olhos do gestor distribuídos no município. Eu, alguns minutos atrás, conversando com um ACS, eu disse isso a ele. Ele disse que na região dele tem mais de cem famílias. Eu falei, pois é, você é meus olhos perante estas famílias. Eu só saberei tomar as minhas decisões com relação a esta localidade mediante as informações que você trouxe para mim. Então hoje o "Programa" Saúde da Família que até o momento muitas vezes ainda trabalhamos com a medicina curativa, é..., o meu

trabalho está sendo no sentido de mudar isso aí. Ao invés da medicina curativa começarmos a promover a saúde; não curar o paciente, mas fazer trabalhos para evitar que ele fique doente.

- Algo mais a acrescentar, fique à vontade para o que quiser falar.

- Então, eu agradeço a você, Gerson, por ter me procurado, estar aqui junto, pra gente trocar ideias, conversar um pouco sobre a saúde. Estarei sempre à disposição sua, de qualquer outra pessoa que esteja aí trabalhando neste projeto, e espero ter contribuído de alguma forma para o trabalho que estão realizando.

- Contribuiu com certeza. Muito obrigado. Obrigado mesmo!

G0001

- Então, começando, só me confirma teus dados. A sua formação é...
- Técnico em agropecuária. Posso preencher a lápis?
- Pode! A idade? (pausa). 39, né? Tem algum curso de capacitação de gestão, alguma coisa em qualquer área, não precisa ser só na saúde.
- Gestão em agropecuária.
- Ah, perfeito.
- (inaudível)
- Então, vamos lá. Como é o relacionamento entre a Secretaria Municipal de Saúde e as esferas estadual e federal, vamos dizer, a Regional de Saúde e o Ministério da Saúde?
- São ótimas, são boas mesmo.
- Tem conseguido o que precisa, tem um canal de comunicação adequado?
- Temos um canal de comunicação, temos, enfim..., não tem deixado nada a desejar. Dá prá dizer que o entendimento é perfeito.
- ok. É..., há quanto tempo você está na secretaria de saúde?
- Eu tô há um ano e dois dias.
- Então, nesse tempo, quais inovações que você (no campo da gestão), que você acha que trouxeram melhor resultado. Alguma coisa que você tivesse modificado aqui.
- É, a gente, a gente tá procurando disciplinar a nossa população aqui, quanto a, a, não..., é..., racionalizando o uso da estrutura médica daqui, é..., procurando consultar a mesma pessoa com o mesmo médico, até quando o médico encaminha para o TFD e enfim, entrando em campo junto com o saúde da família, e depois disso fazendo uso correto dos medicamentos, nunca fazer uso da automedicação, né..., que é, que era uma constante aqui em nosso município, a automedicação, que é aquele caso de você, de repente, curar uma dor de dente e arrumar uma dor no fígado. Então, a gente tem procurado trabalhar no sentido de disciplinar a população, visto que a nossa população é bastante carente de tudo, de instrução, né..., não só carência financeira, né. Então, a gente tem procurado trabalhar com a equipe até para ver se eles começam a melhorar o índice do IDH.
- Como você avalia a atuação do Conselho Municipal de Saúde?
- A atuação deles..., eles são bastante atuantes, eles cobram bastante. Eles, eu aplico aí o que eles sugerirem também. Entre a secretaria de saúde e o Conselho

Municipal de Saúde existe uma gestão democrática, né. Eles nos auxiliam no dia a dia. Eles encontram um problema lá na vila, eles vêm, informam o agente comunitário e informam a gente, ou trazem prá reunião do conselho. Então existe assim um equilíbrio perfeito entre o conselho e a secretaria municipal.

- E entre os programas ou estratégias pactuados no município, quais você acha que tiveram melhor desempenho? Por que sempre um desponta mais que outro, né, uma área da saúde aparece mais. Qual você acha que teve melhor resultado?

- A gente tem trabalhado pesado em Vigilância Sanitária, por que a gente quer fazer uma saúde preventiva, né. Eu não quero aqui o Posto de Saúde um centro de doença, né. Mas, então, a gente tem a Vigilância Sanitária, depois a gente tem o Hiperdia, né, a gente tem é... alguns programas que estavam parados na época que a gente assumiu aqui. Então a gente colocou eles em andamento e já tá começando a colher frutos, ainda que pequenos, aqueles frutos mirradinhos, meio sem granar, mas já são frutos, né?, que estão vindo dali. Então, também fazendo parte do trabalho de conscientização da população. Este é o trabalho!

- Alguma coisa que você queira complementar, ou queira..., fique à vontade para expressar com toda a liberdade. a palavra é tua.

- A gente, quando vai começando a trabalhar com saúde pública, a gente cada vez mais vai se apaixonando pelo SUS. E..., eu vejo que o SUS é um excelente programa de saúde, tem servido de modelo pro mundo, é, e cabe a nós, o povo..., brasileiros que somos, né, é..., o SUS é um patrimônio brasileiro, então a gente incentivar cada vez mais as ações do SUS e fazer uso racionalizado da saúde pública, porque às vezes, certo?, de repente a gente mesmo não vem a fazer, né. Então fazer com que nós mesmos, como população, não seja tão imediatista, mas faça, é..., enfim, fazer com que o povo brasileiro, num geral, a começar pelos menores municípios até os maiores, seja ele um suporte do SUS. Então, em relação à saúde pública, que e a área que to atuando hoje, eu queria deixar isso bem explícito, bem claro!

- Muito obrigado.

- Tá certo?

- Bom.

- Que ótimo!

G0002

- Só me confirme os dados, né, se está correto a data de nascimento é 18-04-76?
- Isso...
- Farmacêutico?
- Farmacêutico.
- Tem capacitação em gestão, algum curso, alguma coisa assim?
- Não, não tenho.
- Enquanto farmacêutico, você gerenciou a farmácia, alguma coisa?
- Isso, eu tomava conta da farmácia do Posto de Saúde, da farmácia do Hospital Municipal e das farmácias dos bairros também.
- Então você tem uma boa visão de gestão, com certeza.
- De início, no teu município, como é o relacionamento da Secretaria Municipal de Saúde e as esferas estaduais, no caso a Regional, e a federal, o Ministério?
- No Ministério praticamente eu nunca tive acesso, mas com a Regional é muito boa. A gente trabalha bem, a gente tem uma parceria bem boa com eles.
- Alguma queixa, alguma coisa que você achasse que pudesse melhorar, alguma coisa assim?
- Não.
- Se você se ressentir deste contato com o Ministério da Saúde?
- Teria que ter um contato maior, por que é o que nós não temos. Eles só passam o que tem que ser feito, mas não...vamos supor, por exemplo, a parte de capacitação, como a gente tem que fazer, eles não passam!
- Ahan...
- Então a gente tem uma dificuldade em conseguir interagir. Agora, com a Regional é diferente. O que a gente precisa, a gente está vindo aqui, tá sempre ligando, tem contato, é tranquilo. A relação nossa é muito boa.
- E nestes sete meses que você está lá, quais inovações no campo da gestão que você acha que trouxeram melhores resultados, se é que houve alguma inovação, se você modificou alguma coisa quando assumiu?
- Não, não foi modificado por que já tinha um plano de trabalho que era traçado pelo secretário anterior. Agora nós estamos montando um plano de ação, um plano de trabalho para modificar várias coisas a a partir deste começo de ano..

- Algumas delas, você nos poderia antecipar?

- Então (pausa), a gente (pausa) tá vendo os meus Postos de Saúde, já há muito tempo que não são reformados. Precisa até fazer reformas, a gente, prá poder ampliar o atendimento. (Pausa) Por que o atendimento, na realidade, nos bairros, é até pequeno, mas os postos não dão o suporte que seria preciso. A gente tá tentando reformar o Posto de Saúde da cidade, as equipes do PSF da cidade não tavam trabalhando do jeito que eu queria, só as dos bairros que funcionavam certinho como é prá ser feito o PSF. Então agora foi contratado mais médicos prá poder a gente conseguir dar,...dar,...conta e fazer o PSF da maneira que, no meu ponto de vista, eu acho o correto que deve ser feito.

- Na questão de gerenciamento de recursos financeiros, você tem autonomia oi isso depende do prefeito?

- Então, isso aí, é o seguinte. A nossa cidade é uma delas ainda que não tinha ainda o Fundo Municipal de Saúde, então está sendo aberto agora. Por que a Câmara tava em recesso, já está tudo pronto a papelada, para eles poderem autorizar certinho, por que eles tem que mexer em toda a papelada...

- Sim...

- ...que nós não tínhamos, mas aí já foi conversado com o prefeito prá gente gerenciar juntos.

- E como você avalia a atuação do Conselho Municipal de Saúde em seu município?

- Olha, a atuação do Conselho, por que eu participei também durante algum tempo do Conselho, era muito fraco, por que (ahan, ahan), o Conselho não tinha uma visão do que o Conselho tem que fazer. Então teve um “teste” de capacitação ano passado, se não me engano foi em novembro, foi feito (tosse) “teste” de capacitação, então todo mundo tá por dentro, do como pode ser feito, como deve ser cobrado; eles não sabiam que a gente tem que apresentar todo mês os dados, os valores, o que é feito e o que não é, então agora acho que vai melhorar (tosse). Agora com essa capacitação, por que sem a capacitação não sai nada, não, é o caso que você tem o Conselho mas não é atuante, o Conselho faz uma reunião lá, discute alguma coisinha que não tem nada a ver, mas agora creio eu que a gente vai dar um andamento melhor.

- E você, como gestor, tem participado das reuniões do Conselho?

- Eu participo de todas.

- E entre os programas ou estratégias pactuadas no teu município, quais que você acha que têm melhor desempenho, qual que sobressai, qual que você acha que está caminhando bem?

- O que caminha bem mesmo é o PSF, que é um dos principais, que a gente tem que fazer funcionar, por que se não der a atenção básica...
- É a porta de entrada!
- É a porta de entrada, é tudo. Por isso que eu quero mudar na cidade, por que não era feito da maneira correta, então, nos bairros era, nossa!, era uma beleza, na cidade deixa a desejar. Então agora a gente vai mudar isso prá cidade funcionar também como é prá ser feito.
- Para encerrar, alguma coisa mais que você quisesse dizer, alguma opinião, alguma sugestão, alguma crítica, fique totalmente à vontade.
- Sugestão minha é “teste” prá capacitação, que tem muita coisa que a gente não consegue fazer por que acaba que...
- Capacitação em que esfera que você diz, em gestão mesmo?
- ...em gestão mesmo!
- Eu acho que quando você assumiu ainda você não participou daquele de Tibagi, né? Houve uma capacitação em Tibagi. Você não estava ainda, ainda era outro secretário.
- Então tem muita coisa que eu ainda tenho dificuldade, por quê? E a sorte é que eu tenho um bom relacionamento com o Edson, que era o secretário anterior. Então a gente sempre tá conversando...
- E tem uma equipe muito boa também ali, o pessoal mais antigo...
- Tem, e ali a gente tá bem, por que faz tempo que eu trabalho lá, então conheço todos, a gente tem um companheirismo bem grande.
- Isso é verdade.
- É a vantagem, por que senão seria muito difícil.
- Mas vocês conseguem. Muito obrigado!
- De nada. Qualquer coisa que precisar da gente estamos à disposição.
- Nós também!

G0003

- Então, você só me confirme os teus dados. Nome?
- ...
- Idade?
- 45.
- Formação profissional?
- Pedagoga.
- Tem alguma capacitação em gestão?
- Não.
- Como são as suas relações no seu município da Secretaria Municipal de Saúde com as esferas estadual, a Regional de Saúde, e a esfera federal, no caso o Ministério da Saúde?
- Com a Regional, né, a gente tem um relacionamento bem, bem amplo, bem, bem juntinho. Agora com a esfera federal já é mais complicadinho, a gente já não tem tanta...
- Não tem tanto acesso?
- Tanto acesso.
- Com a Regional está tudo funcionando bem?

Graças a Deus.

- Durante o seu desempenho na Secretaria Municipal, quais inovações, no campo da gestão, v acha que trouxeram melhor resultado? Se você fez alguma inovação, se você modificou alguma coisa na estrutura que encontrou quando chegou lá.
- Praticamente quase tudo, nós inovamos com a gestão nova. Tava tudo meio debilitado, tava tudo meio...
- E nessas inovações, o que você acha que apresentou melhor resultado?
- O PSF. Foi a Estratégia Saúde da Família.
- Como você avalia a atuação do Conselho Municipal de Saúde?
- O Conselho, às vezes, ele é meio... (longa pausa) contrário à secretaria. Mas a gente tem, eu principalmente, gosto de trabalhar junto com o Conselho. Eu quero que o Conselho venha a trabalhar junto comigo, para que a gente possa desempenhar um trabalho melhor. Ele é meio arredo a isso, ele ainda não é... Eu

estava com um presidente que ele não era muito disponível para nós. O nosso trabalho estava se tornando bastante difícil.

- E nestes teus 5 anos de gestão, você acha que melhorou a tua relação como Conselho?

- 50%.

- Já é...

- É, já é alguma coisa, mas eu queria q tivesse, né, pelo menos uns 90%.

- E entre os programas ou estratégias pactuados, quais que têm melhor desempenho em teu município? Você falou já do PSF, algum outro que você pudesse citar?

- Bom, a Bucal entra junto na Estratégia?

- Bom, vocês têm Saúde Bucal fora do PSF também.

- Temos, sim, a nossa Saúde Bucal lá funciona muito bem, temos falhas, né, como todos têm, mas ela funciona bem. Cinco dentistas, né, temos 4 no PSF e um do, do...

- Alguma coisa mais que você quisesse acrescentar, que você ache que tem relevância, fique à vontade para se pronunciar no que você quiser.

- Acho que é no decorrer da..., vai ter outras, fora essa?

- Ainda não sabemos, essa é a primeira fase, né, mas eu acredito que não. Essa coleta de dados vai ficar na coisa mais básica mesmo.

- Mas eu estou à disposição, né, para quando o doutor precisar.

- Obrigado.

G0004

(em off, instruindo a secretária):

- (Faz o seguinte: eu vou começar a fazer um trabalho com o Gerson aqui, não me passe ligação. Se alguém ligar fale que estou com a Regional de Saúde, anote o nome de quem for e eu já retorno a ligação. Tá bom?).
- Muito bem. Então vamos começar pela idade.
- Então, já está? Que surpresa que você me fez. Eu tenho..., minha idade é 49 anos, completei agora em outubro passado.
- Capacitação em gestão?
- Eu tenho uma capacitação em gestão que foi feita em Londrina, e outra agora que foi desenvolvida em Tibagi, recentemente. Não, tenho outras também, se eu for mostrar meu curriculum hoje, de cursos na Secretaria de Saúde, e de congressos, eu tenho aí uma infinidade, são 23, 24 anos aí, só mexendo com isso aí.
- E a tua formação profissional?
- A minha formação profissional eu tenho o segundo grau, só, completo.
- Agora seria interessante você citar quantos anos você trabalha... (interrompido)
- Ah, bem pouquinho. Eu comecei minha, minha carreira como secretário municipal de saúde em 1986, na Prefeitura Municipal de Cândido de Abreu, onde fui secretário por 10 anos. E daí, na sequência, fui secretário de saúde mais 4 anos em Tibagi. Na sequência, fui secretário de saúde mais 4 anos em Cândido de Abreu, e agora eu já sou, estou aqui na secretaria de saúde de Reserva desde o primeiro mandato, mais 4 anos, e já estamos aí no segundo mandato, e quero ver, se tudo correr bem, termino esse mandato e aí me aposentar (risos), que já estou me aposentando.
- No teu município, como que é o relacionamento entre a secretaria municipal e as esferas estadual e federal?
- Eu, a esfera estadual é tranquila. Eu tenho um bom relacionamento com a Regional de Saúde, um bom relacionamento com a Secretaria de Estado da Saúde. O relacionamento nosso com a esfera federal não atingiu, a gente não tem tido muita necessidade de chegar até eles, mesmo por que eles repassam recursos, cobram alguma coisa, e têm cobrado também através da Secretaria de Estado e da Regional, então assim não posso dizer que tenha relacionamento nem ruim nem bom. Eu tenho um relacionamento como qualquer município tem que ter. Sim, eu tenho os projetos, que a gente acaba fazendo, alguns projetos que a gente acaba fazendo via site do Ministério da Saúde, e é esse o relacionamento mais próximo que a gente tem. Agora, com a esfera estadual é mais, é mais, (pausa), não, este é

tranquilo, digamos assim. Eu tenho mais necessidade de estar com a esfera estadual que com a federal.

- E no seu desempenho na secretaria, que inovações no campo da gestão trouxeram melhores resultados?

- Ah, várias. Destaco dentre elas a descentralização de serviços, ahn, o treinamento de funcionários. O pessoal até tinha um treinamento, mas não era uma coisa consistente, alguma coisa que a cada passo tem que estar inovando. Autonomia financeira e administrativa. Hoje, a, a, eu sou o gestor do Fundo Municipal de Saúde, tenho autonomia, meu relacionamento com o prefeito, nessa parte, é extremamente bom, nunca tivemos desavenças, nunca ele chegou prá mim não faça isso, deixe de fazer aquilo. Resultado: hoje sim, graças ao sistema que a gente montou, a equipe que a gente formou, a maneira como a gente toca a secretaria, eu diria, hoje que eu tenho carta branca com o prefeito, para estar resolvendo todos os serviços, as situações, e tenho autonomia mesmo para estar definindo o que é prioridade dentro da secretaria, o que eu posso fazer, o que eu não posso, né, e assim tantas outras coisas que a gente mudou. A gente mudou o sistema no próprio atendimento odontológico, criou algumas situações novas que hoje vêm dando resultado, que, é, a gente tá com um trabalho diferenciado nas escolas, né, pegando mais assim é, a prioridade hoje é a criança. A gente atende adultos também, mas a prioridade é a criança. Então, a gente tem uma equipe que está indo pras escolas, na época escolar, que vai fazer este trabalho com técnicos, com odontólogos e tudo o mais. Então, tem uma série de situações que só trouxeram melhoria na nossa gestão, na saúde.

- E quanto ao Conselho Municipal de Saúde, como você avalia a atuação deles?

- O meu problema com o..., eu, no ano passado, em 2009, eu tive problemas com o meu Conselho, eu tive problemas com o pessoal do Conselho, eu tive assim várias e várias reuniões marcadas que não deu quorum, o pessoal não compareceu. Este ano agora nós estamos iniciando, hoje é dia 13, 14, é 15 de janeiro, e nós estamos aí iniciando e a gente espera que a gente dê uma reformulada no Conselho. Então, esperamos que o Conselho este ano seja um Conselho extremamente atuante em relação a, muito mais atuante que em relação ao ano passado. Eu vejo assim que o Conselho é o alicerce dentro da secretaria. O Conselho, além do seu papel de órgão fiscalizador, é uma, é uma instância que ajuda nas decisões da secretaria. Eu diria assim, com um Conselho bem organizado e atuante, você não tem aquela responsabilidade toda, sua, da secretaria nas costas, entendeu? Você passa para o Conselho, o Conselho te ajuda, o Conselho te orienta, o Conselho é, ele tem assim o melhor perfil de dizer prá você o que a comunidade precisa. Mesmo por que o Conselho é formado por pessoas da comunidade. Então eu espero que o meu Conselho este ano seja um Conselho é, tranquilo, até por que a secretaria, sem um Conselho atuante, ela deixa a desejar.

- E entre os programas ou estratégias pactuados, quais tiveram melhor desempenho em seu município?

- Eu destaco aí sem dúvida nenhuma o Programa Saúde da Família, na parte médica e também na parte bucal. Sem dúvida nenhuma, é, eu conheço a implantação do programa, mesmo por que eu já tenho aí 23 anos, aí, praticamente, só como secretário de saúde, só como gestor de vários municípios. E eu vejo assim um avanço significativo, um avanço muito grande, é, é, nessa área de Saúde da Família, tanto médica como bucal. Também como eu vejo municípios que não conseguiram, é, alcançar, não conseguiram acompanhar, em função até mesmo da, da forma de gestão dos municípios. Eu já fui da diretoria do Secretários Municipais de Saúde do Paraná, já participei, né, do COSEMS, já fui membro da diretoria. A gente teve acesso a muitos municípios do Paraná e a gente vê que existem muitos gestores, ainda, que coloca toda a sua secretaria debaixo do braço, não descentraliza, não, não dá autonomia a seus secretários, embora tenha pessoas extremamente competentes prá tocar a secretaria, não dão autonomia. Assim como eu vejo, já vi, muitos gestores que colocam em cargo, é, é, cargos importantíssimos como é uma secretaria de saúde, coloca agentes políticos extremamente despreparados, é cabos, assim, cabos eleitorais que são aquelas pessoas que ajudaram na eleição, ele pega assim, não sabe o que fazer, então vai tocar a secretaria de saúde. Eu vejo diferente, eu vejo que toda secretaria do município tem que ser assim. Eu to aqui defendendo a sardinha que é a saúde. Eu vejo assim. Tem que existir um burocrata dentro da secretaria de saúde, um cara que manje de todos os programas, um cara que manje de todos os índices, que saiba o que é uma Vigilância Epidemiológica, que saiba o que é uma Saúde Bucal, que saiba o que é um Saúde da Família. E que cobre resultados, que saiba que vá atrás destes números. Eu vejo assim hoje. A minha equipe hoje é assim, eu vou atrás dos números. Eu quero saber o que que tá acontecendo, quantas crianças foram vacinadas, eu quero saber se o objetivo foi atingido, eu quero saber como está meu índice de tuberculose, como é que está o combate à hanseníase, eu quero saber tudo, a dengue, quantas visitas os meus agentes estão fazendo, como é que estão os hipertensos, eu sou uma pessoa assim. Eu não sou um centralizador, eu sou um cobrador de resultados. Essa é a minha função como secretário, e é isso que eu faço. Talvez esteja aí, talvez, uma situação diferenciada, onde eu descentralizo o serviço, dou autonomia, mas eu cobro. então, voltando à pergunta, eu vejo assim. Ahn, hoje, sem dúvida nenhuma, o PSF, tanto bucal como a parte médica foi, nestes últimos anos, o diferencial para a saúde pública, é, aqui em Reserva. Em todos os municípios por onde passei, no Paraná, no Brasil, a gente vê isso aí. Os números apontam isso prá gente. Quer dizer, estamos engatinhando ainda, tem muito prá fazer, tem muita coisa que melhorar. A gente sabe disso.

- OK. Alguma coisa mais que você queira declarar, fique à vontade...

- Não, como dizia a história, né Gerson, é um prazer a gente poder colaborar prá,... com essa pesquisa, por que eu tenho certeza que conversando como gestor, como

nós somos, eu acredito assim que a gente, vocês têm um papel..., eu vejo assim, vocês têm um papel de ajudar os municípios a estarem tecnicamente desenvolvendo certo as coisas, que até então a gente, eu sempre falo assim, tô me aposentando na área mas eu não sei tudo. Dia a dia tô aprendendo coisa diferente, tô vendo situação diferente, então essa pesquisa, por exemplo, tenho certeza que vai nortear muitas coisas, que vai nos trazer benefícios. Não tenha dúvidas, num futuro muito próximo vai estar trazendo subsídios para nós, pros municípios, prá gente estar melhorando cada dia mais a saúde pública, no município, no Paraná e no Brasil.

- Essa é a intenção principal. Obrigado.

G0005

- Tua formação profissional?
- Sou formada em Licenciatura em Educação Física.
- Idade?
- 51.
- Você tem alguma capacitação em gestão, não necessariamente e, saúde, gestão, administração de qualquer forma?
- Sim, tenho em gestão escolar, por que eu fui diretora durante anos em colégio estadual, e a gente fez vários cursos de gestão.
- Aqui na tua secretaria, como que é o relacionamento entre vocês e a esfera estadual e federal?
- Com a esfera estadual, excelente relacionamento. Qualquer coisa que a gente precisa, tem facilidade no contato, muitas orientações, a gente tem bastante acesso. A federal, até pela distância, já é um pouco mais difícil, mas alguma vez que eu precisei, inclusive indo prá Brasília, fui muito bem atendida, bem orientada, quando a gente precisa de algum programa, que a gente solicita, tem aquela burocracia que, é, é, que demora bastante, mas eu acho que a gente tem tido um excelente relacionamento.
- Há quanto tempo você está na secretaria?
- Desde setembro de 2007.
- Quase 3 anos. E neste tempo, quais inovações que você acha que trouxeram melhor resultado? Quais mudanças que você tenha inserido na administração da secretaria?
- Eu acho que a principal foi, é, completar um organograma que já existia na secretaria, com funções de coordenação, de gerência, de tudo, e que ele estava praticamente em aberto. Então foi completo. Esse quadro, foi colocado cada um em seu lugar, então cada um tem sua responsabilidade, uma função, respondem as coordenações a uma gerência, as gerências respondem à secretária, ficou mais fácil trabalhar. Eu sempre acreditei numa gestão bem democrática, então a gente trabalha todo mundo junto, troca bastante ideia, mas cada um tendo uma responsabilidade. Ficou mais fácil de gerir, né, principalmente a secretaria de saúde, que tem tanto trabalho num município tão grande. Essa foi a principal.
- E quanto ao Conselho Municipal de Saúde, como você avalia a atuação dele?

- O Conselho Municipal de Saúde agora começou um novo este ano, mas ele é um Conselho bem participativo, bastante crítico, tem vários segmentos, é, político e demais segmentos da sociedade também. Então a gente tá percebendo que é um Conselho, esse, principalmente, tá sendo bastante crítico, participativo, ele tá cobrando muita coisa, pedindo muita coisa, mas também procurando auxiliar bastante a secretaria de saúde.

- E entre os programas ou estratégias pactuados, quais você acha que têm melhor desempenho aqui em Tibagi?

- Pelo menos o que a gente procura que tenha melhor desempenho são as equipes de Saúde da Família, né, que trouxe uma melhora muito grande na questão da saúde do município. Por ser um município grande, tinha dificuldade de acesso de médico, de serviços de saúde, no interior principalmente, e desde a implantação do programa vem melhorando cada vez mais. A gente vem tentando, hummm, ampliar o atendimento, ampliar as equipes, prá ter uma cobertura total nós precisamos de mais duas equipes no município, prá ter 100% de cobertura, mas a gente já tá trabalhando prá que isso aconteça.

- Algo mais que você queira acrescentar, que possa ser útil a esta pesquisa?

- Não, no momento não lembro, mas é aquilo que eu falei, que eu acho muito importante, é, na questão de qualquer gestão, é a gestão democrática. Que você saiba escutar, saiba ouvir, participe com todas as pessoas que têm função de coordenação, principalmente, importante para a secretaria, escutar os funcionários, saber o que tá acontecendo e ouvir, ouvir bastante. Acho eu isso é muito importante.

- OK, muito obrigado.

APÊNDICE E

Figura 1 – Gráficos das metas pactuadas e alcançadas para o indicador Razão de Exames Citopatológicos Cérvico-Vaginais na Faixa Etária de 25 a 49 Anos.

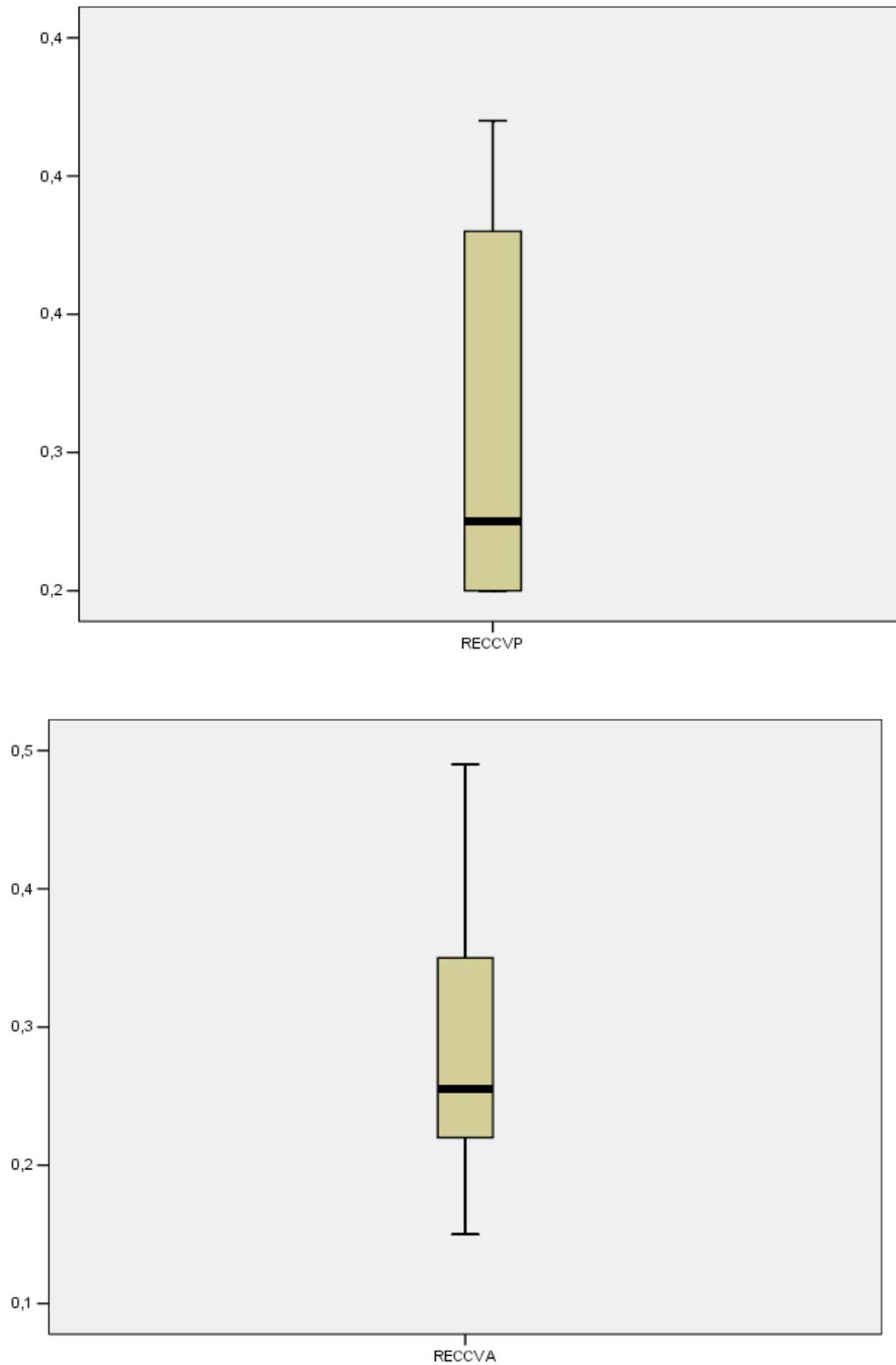


Figura 2 – Gráficos das metas pactuadas e alcançadas para o indicador Proporção de Investigação de Óbitos Infantis.

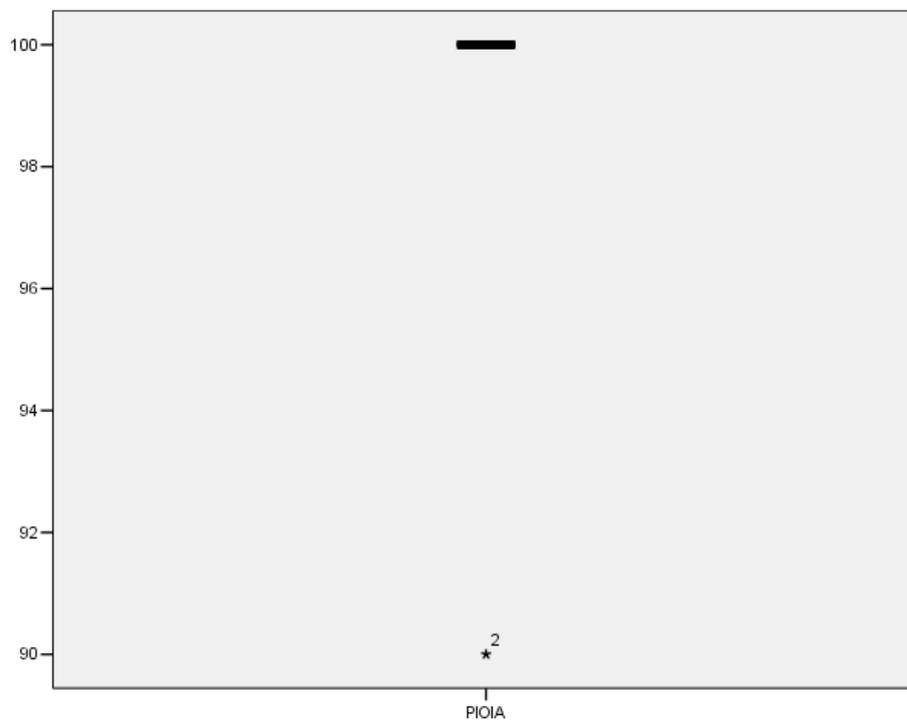
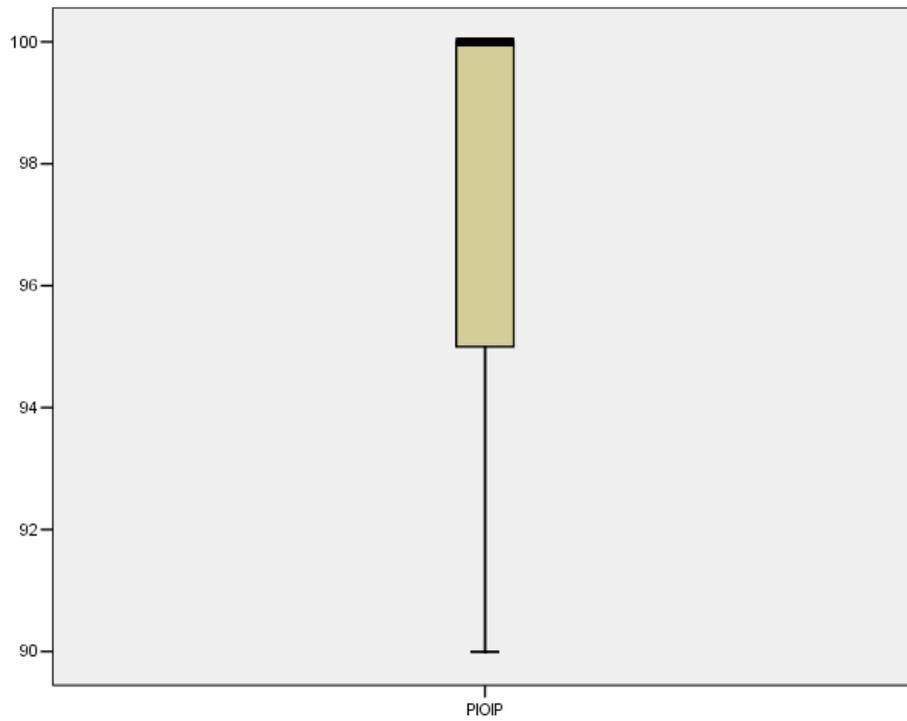


Figura 3 – Gráficos da metas pactuadas e alcançadas para o indicador Taxas de Cesáreas.

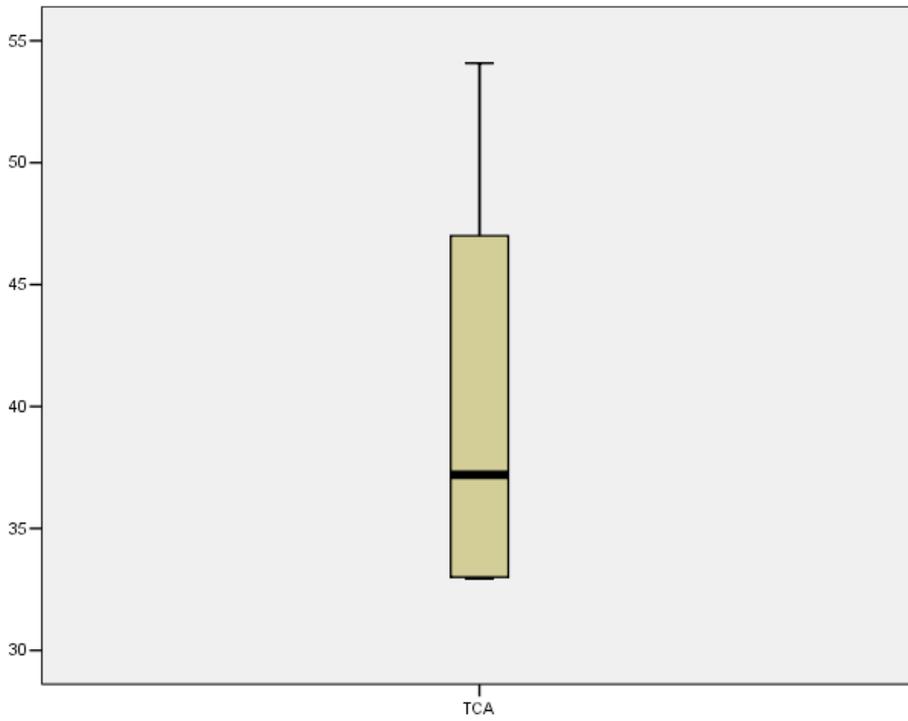
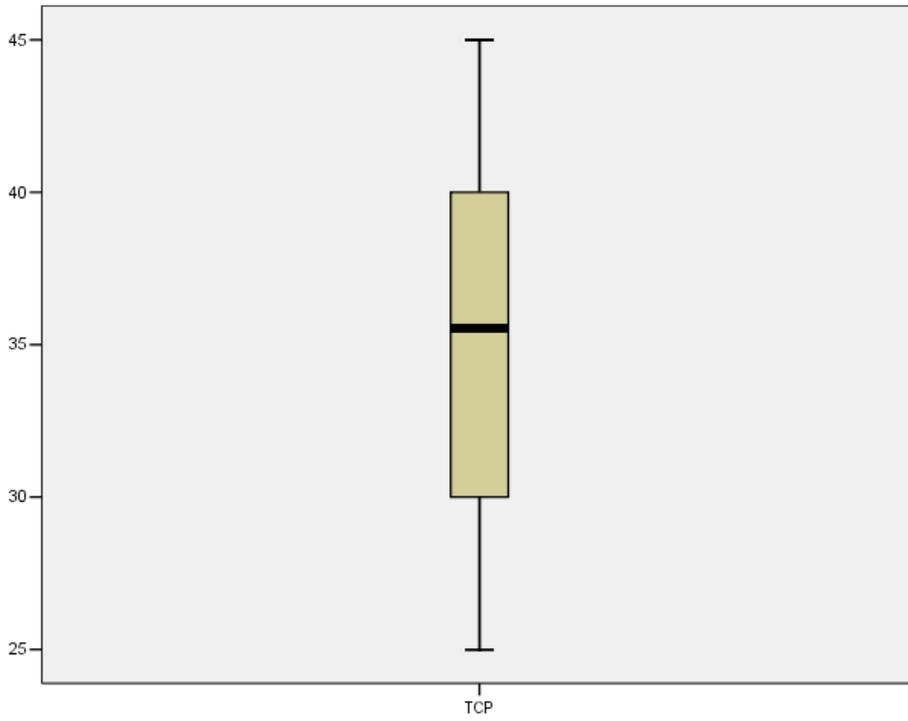


Figura 4 – Gráficos das metas pactuadas e alcançadas para o indicador Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera.

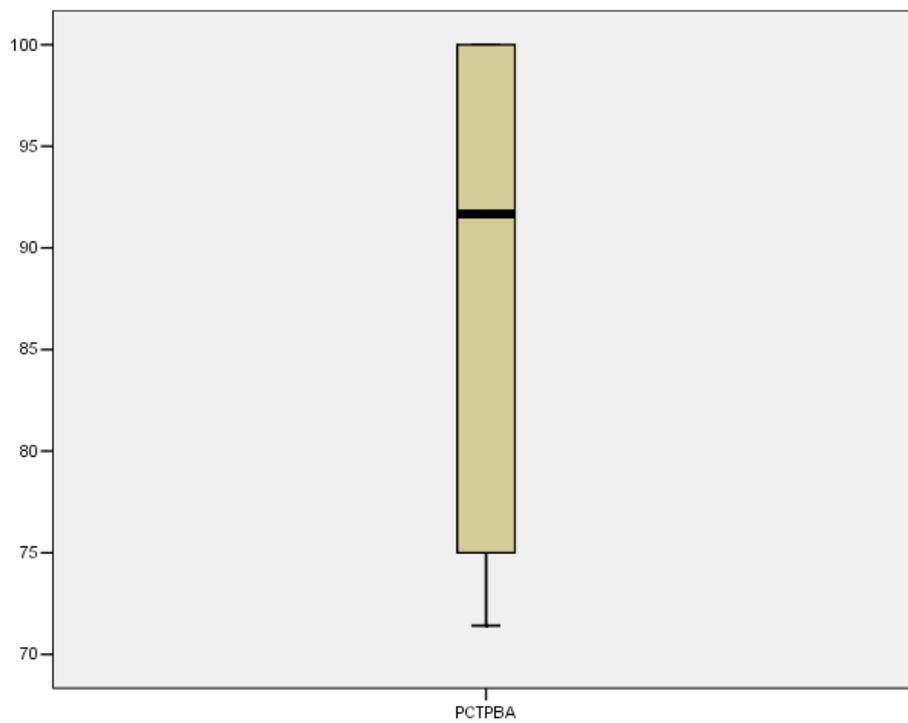
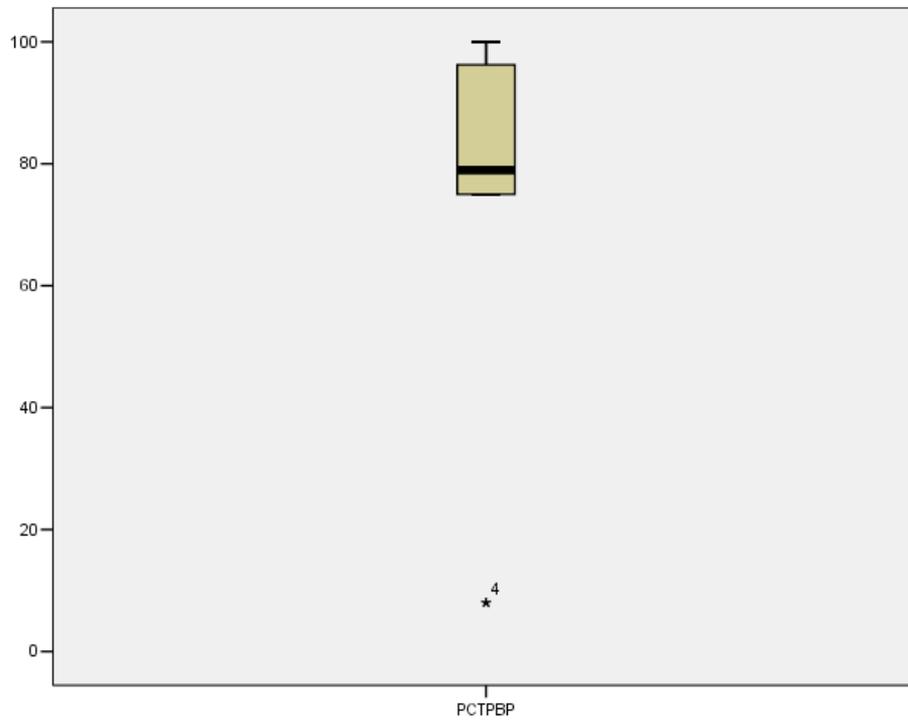


Figura 5 – Gráficos das metas pactuadas e alcançadas para o indicador Proporção de Cura de Novos Casos de Hanseníase Diagnosticados nos Anos das Coortes.

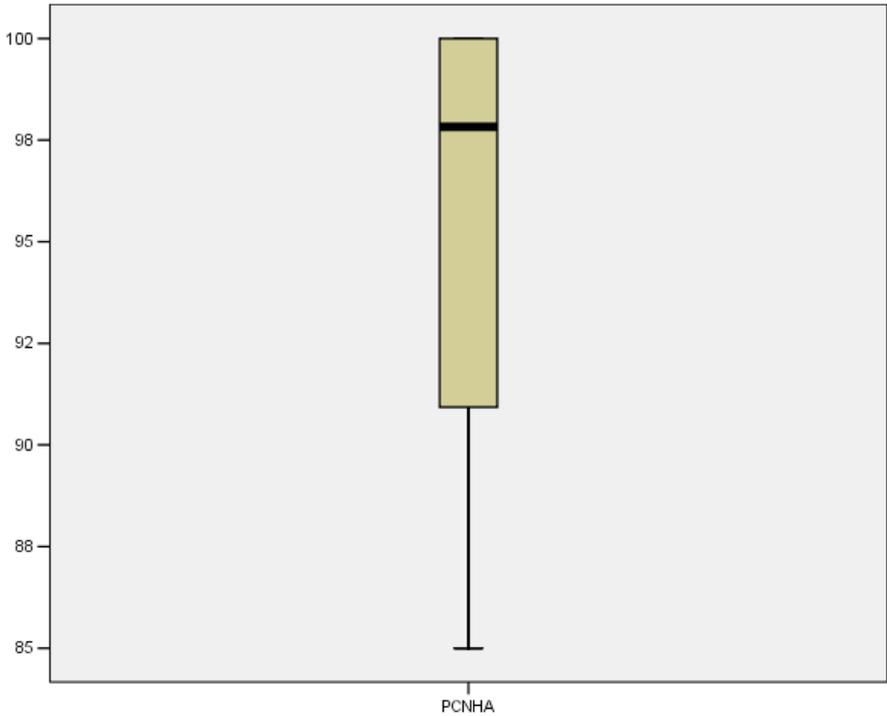
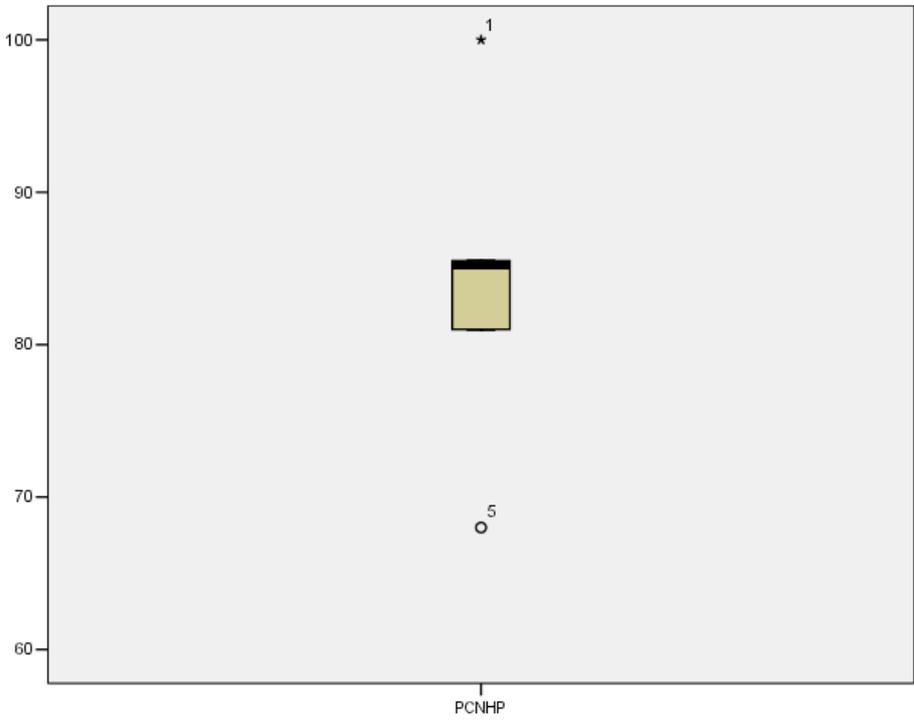


Figura 6 – Gráficos das metas pactuadas e alcançadas para o indicador Proporção de Unidades de Saúde que Desenvolvem Ações no Campo de Atividade Física.

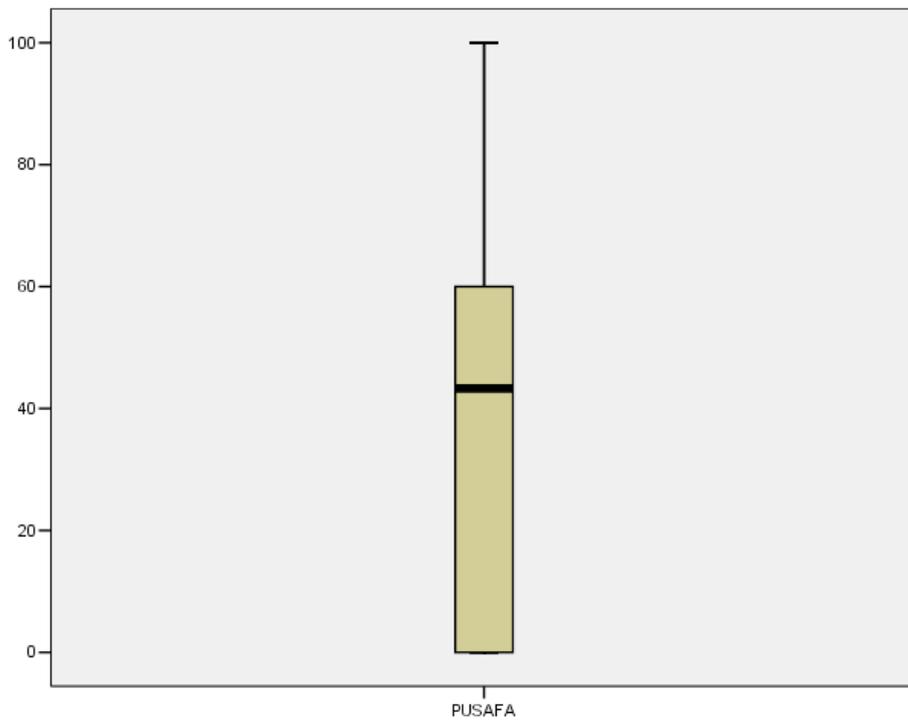
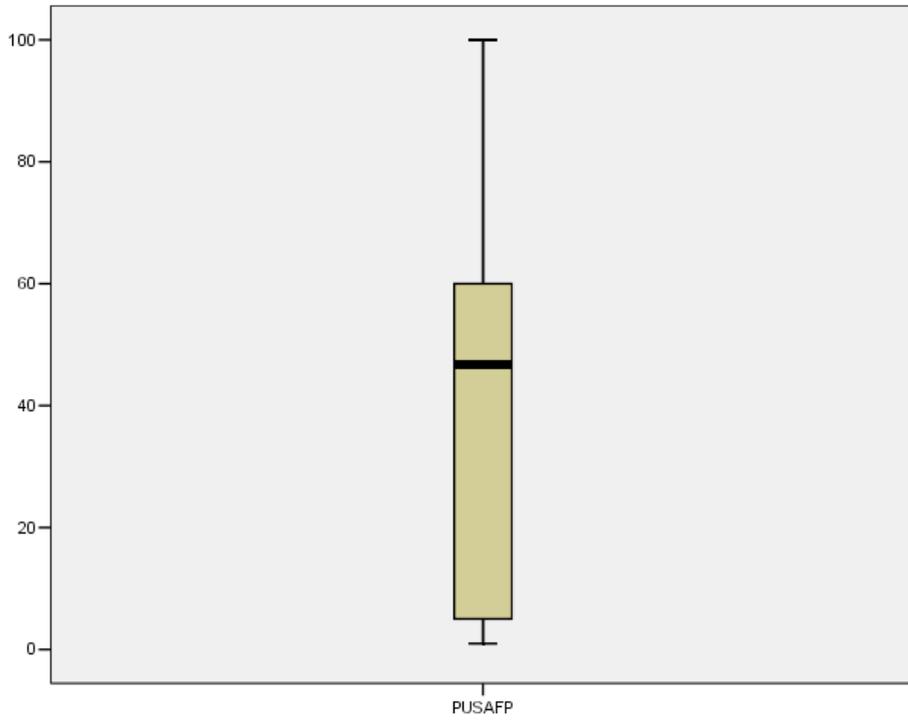


Figura 7 – Gráficos das metas pactuadas e alcançadas para o indicador Proporção da População Cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.

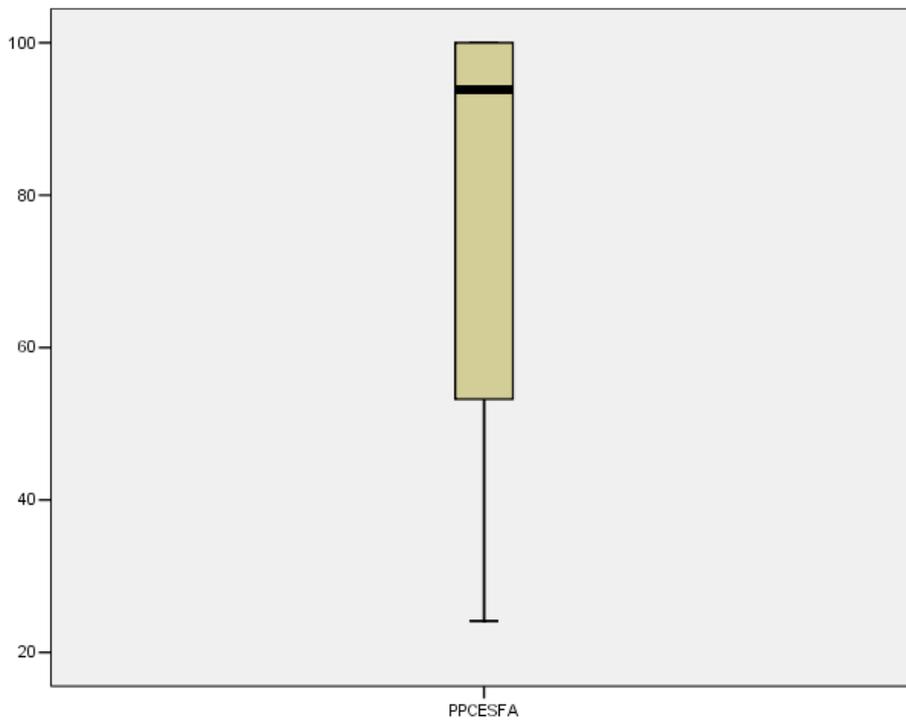
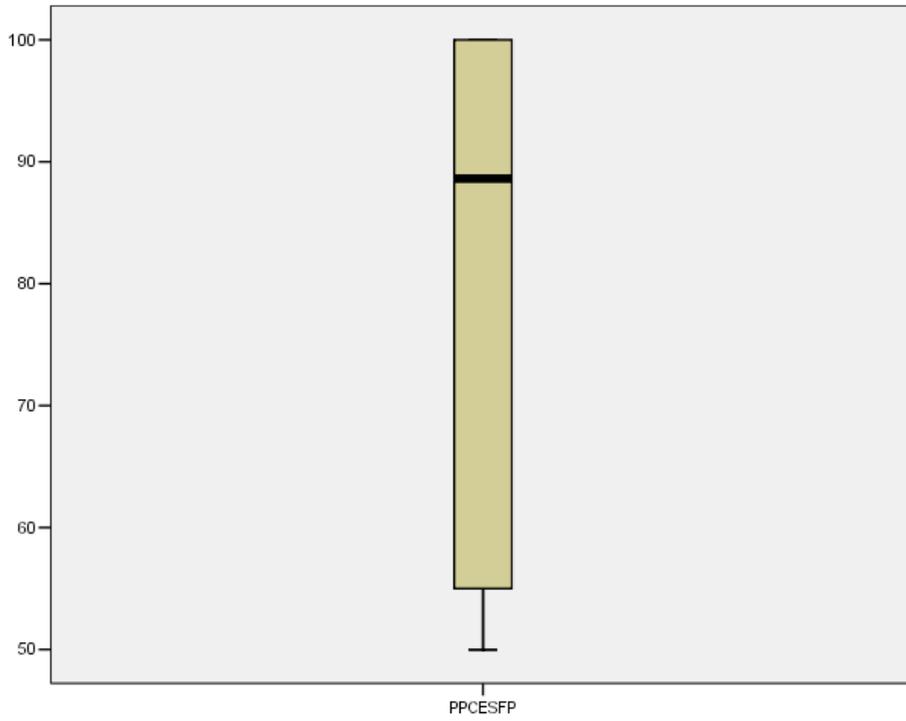


Figura 8 – Gráficos das metas pactuadas e alcançadas para o indicador Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática.

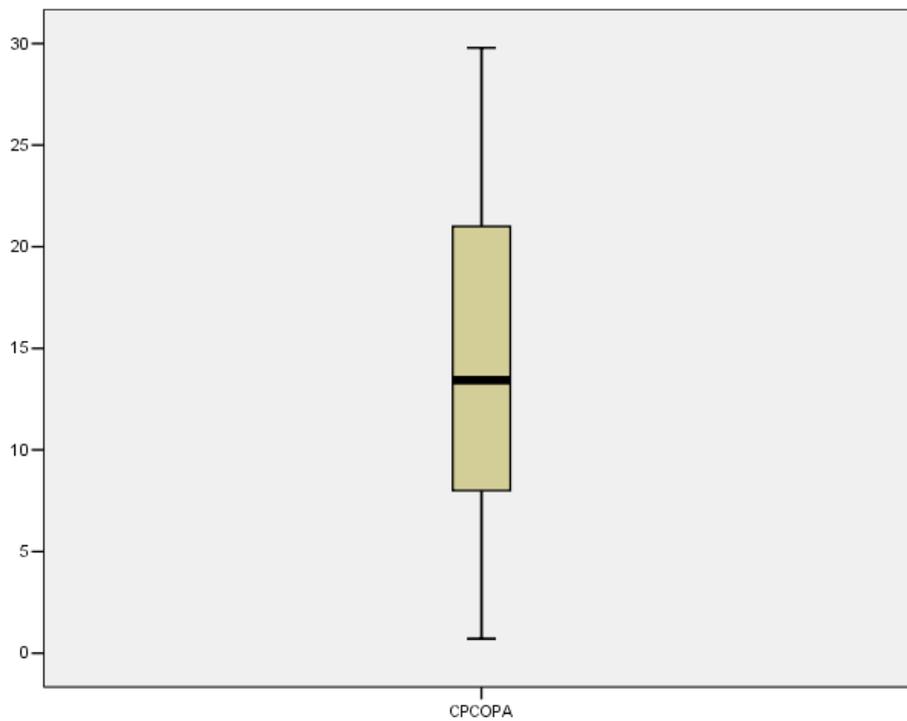
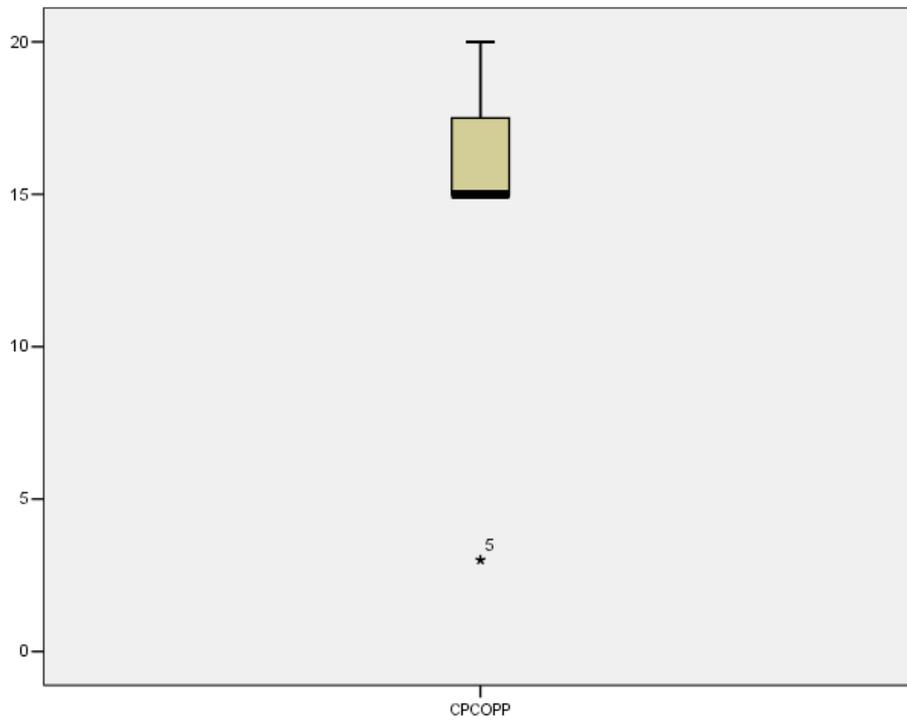


Figura 9 – Gráficos das metas pactuadas e alcançadas para o indicador Taxa de Internações por Acidente Vascular Cerebral.

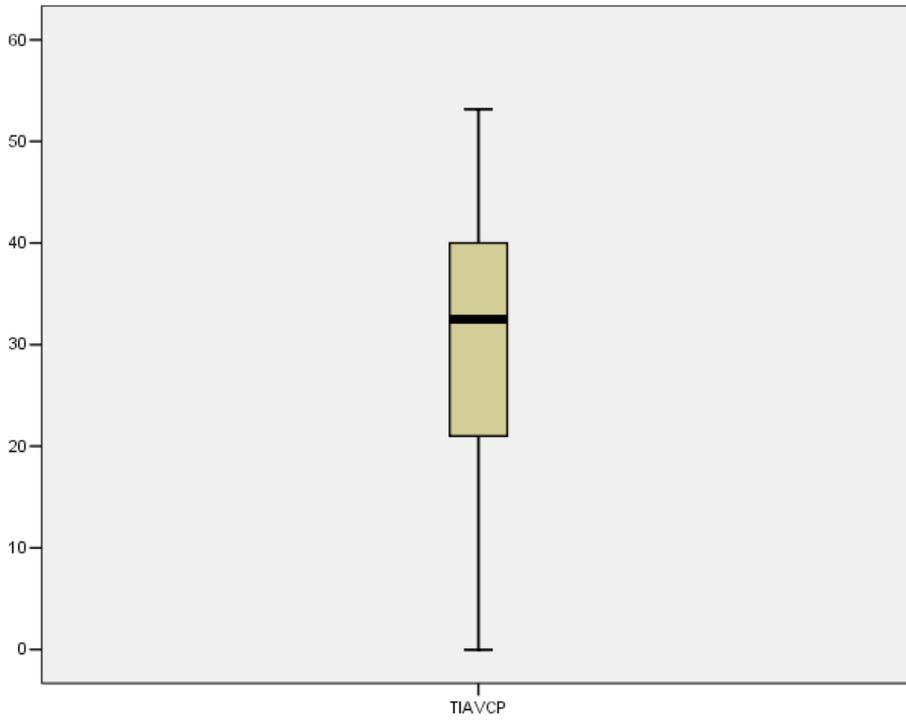


Figura 10 – Gráficos da metas pactuadas e alcançadas para o indicador Taxa de Internações por Diabetes Mellitus e suas Complicações na População de 30 Anos e Mais.

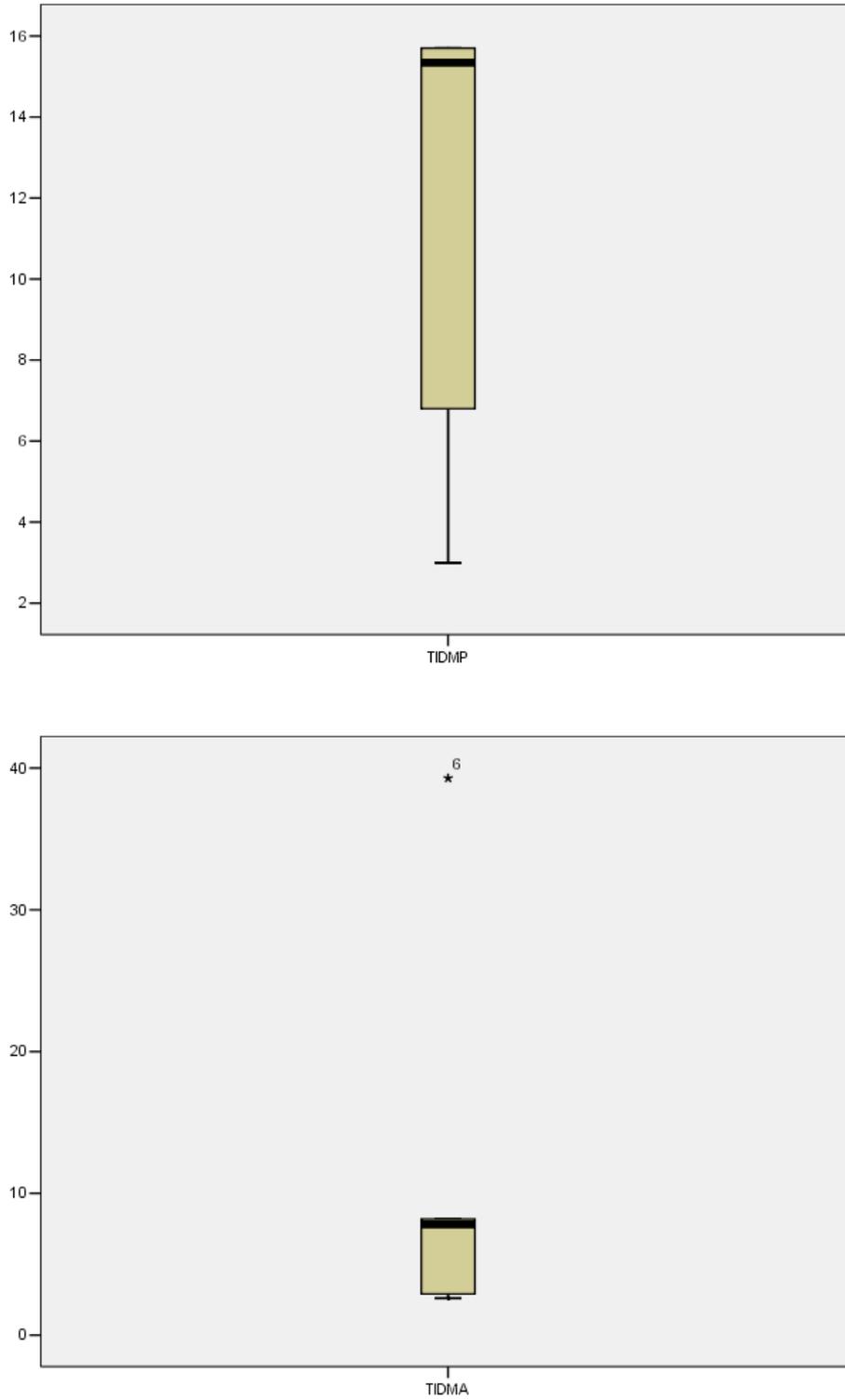


Figura 11 – Gráficos das metas pactuadas e alcançadas para o indicador Média Anual de Consultas Médicas por Habitante nas Especialidades Básicas.

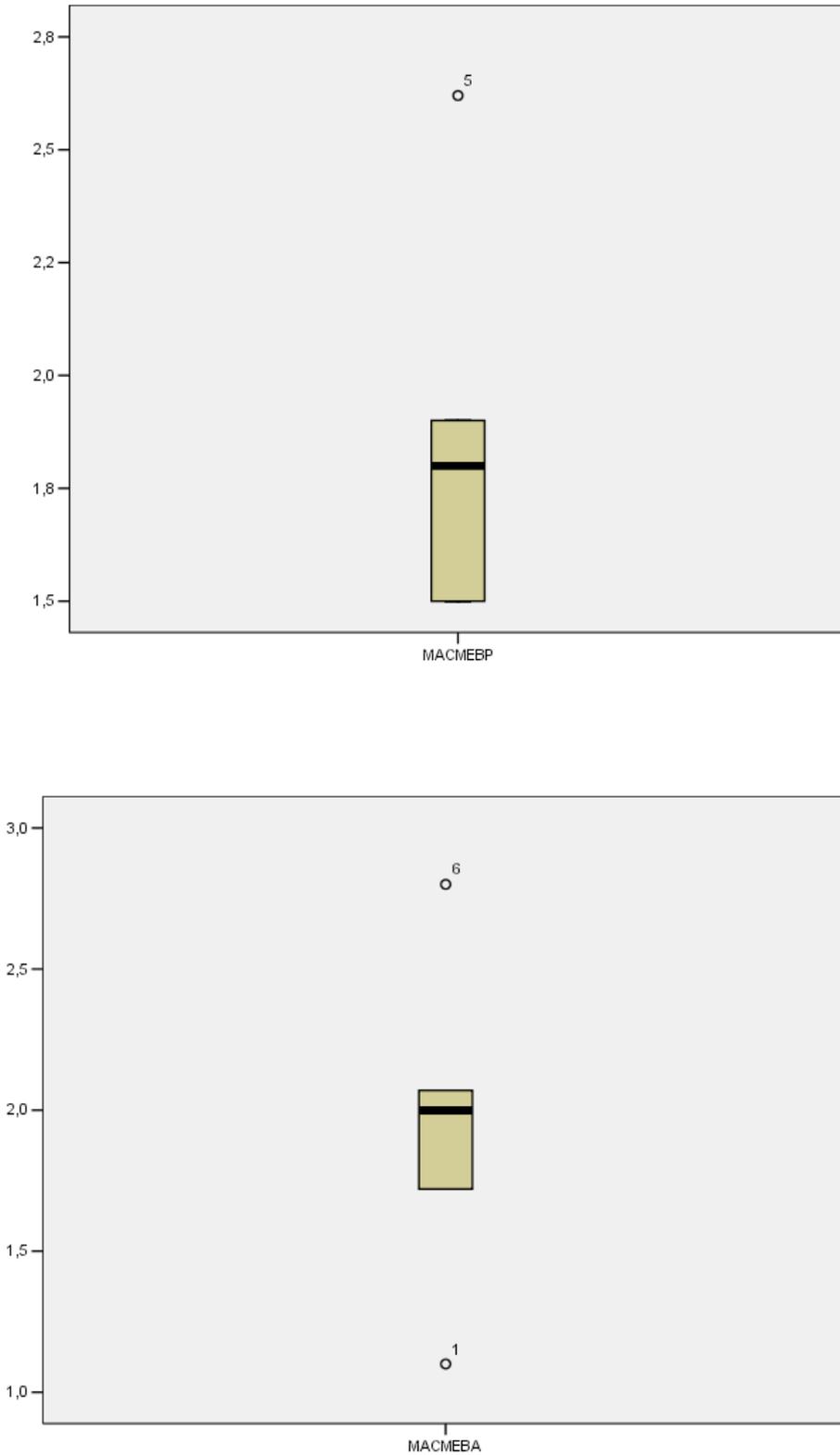


Figura 12 – Gráficos das metas pactuadas e alcançadas para o indicador Proporção de Nascidos Vivos de mães com 4 ou Mais Consultas de Pré-Natal.

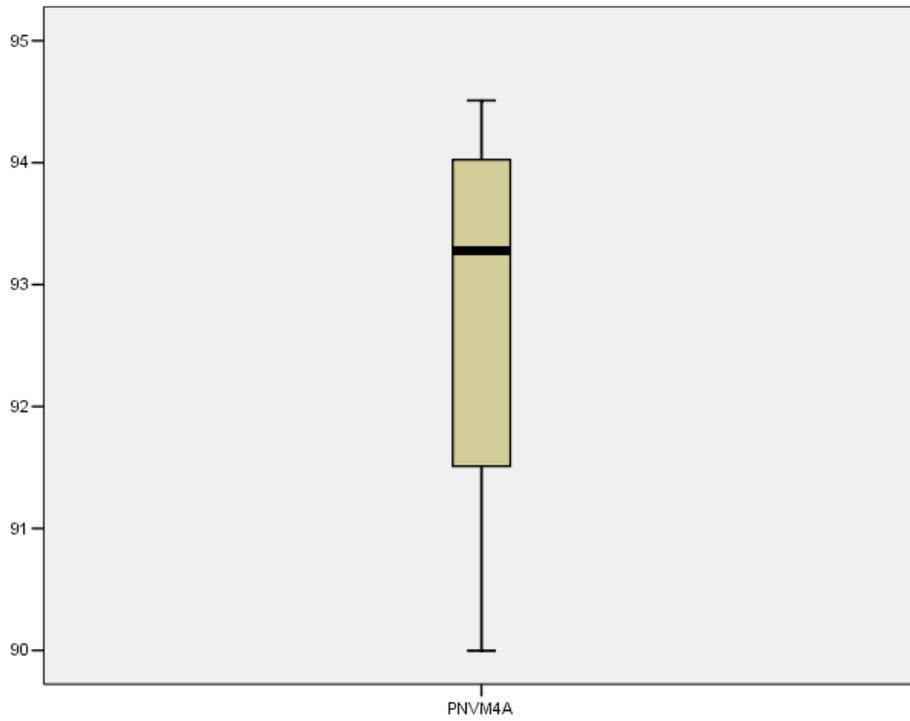
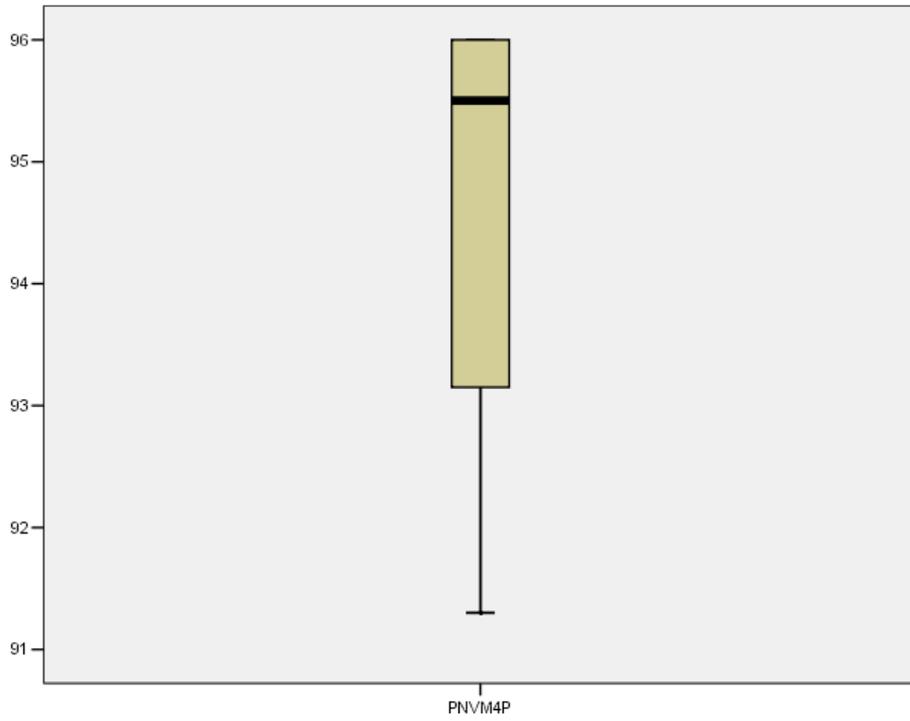


Figura 13 – Gráficos das metas pactuadas e alcançadas para o indicador Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou Mais Consultas de Pré-Natal.

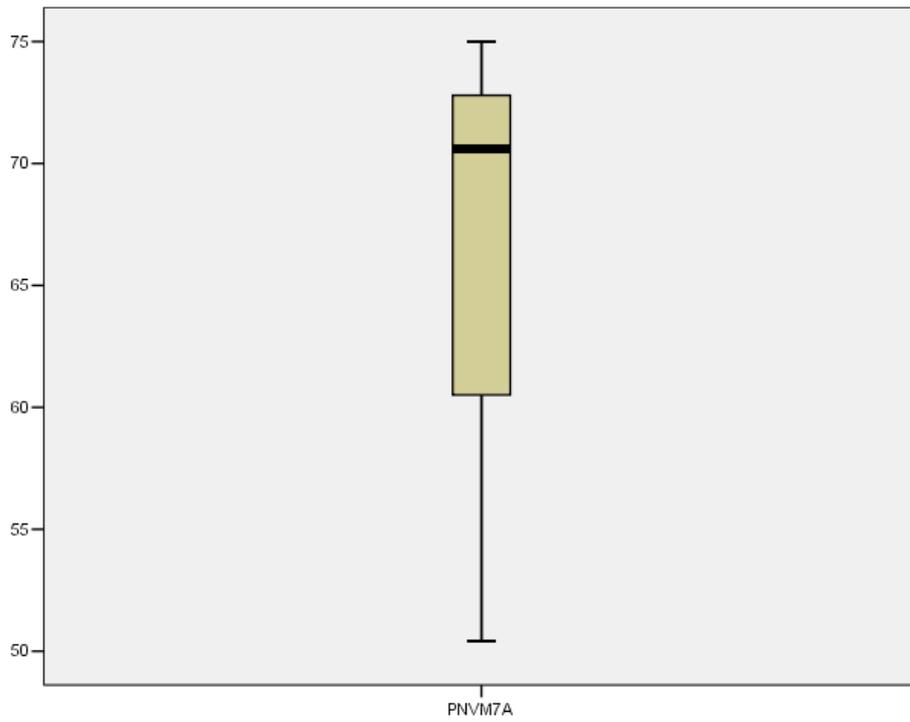
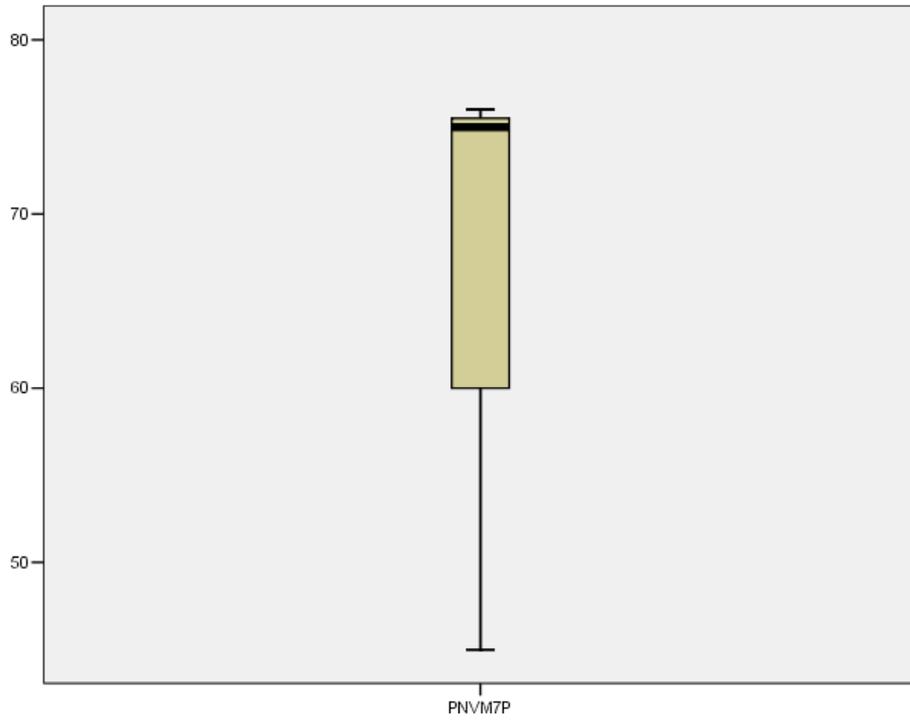


Figura 14 – Gráficos das metas pactuadas e alcançadas para o indicador Percentual de Crianças Menores de 5 Anos com Baixo Peso Para a Idade.

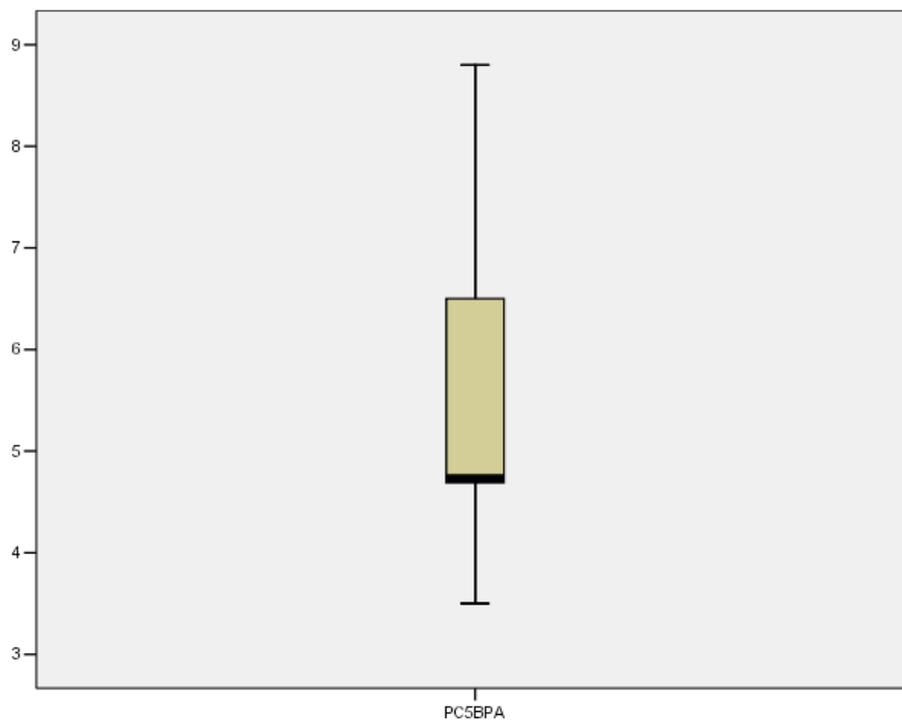


Figura 15 – Gráficos da metas pactuadas e alcançadas para o indicador Média Anual da Ação Coletiva Escovação Dental Supervisionada.

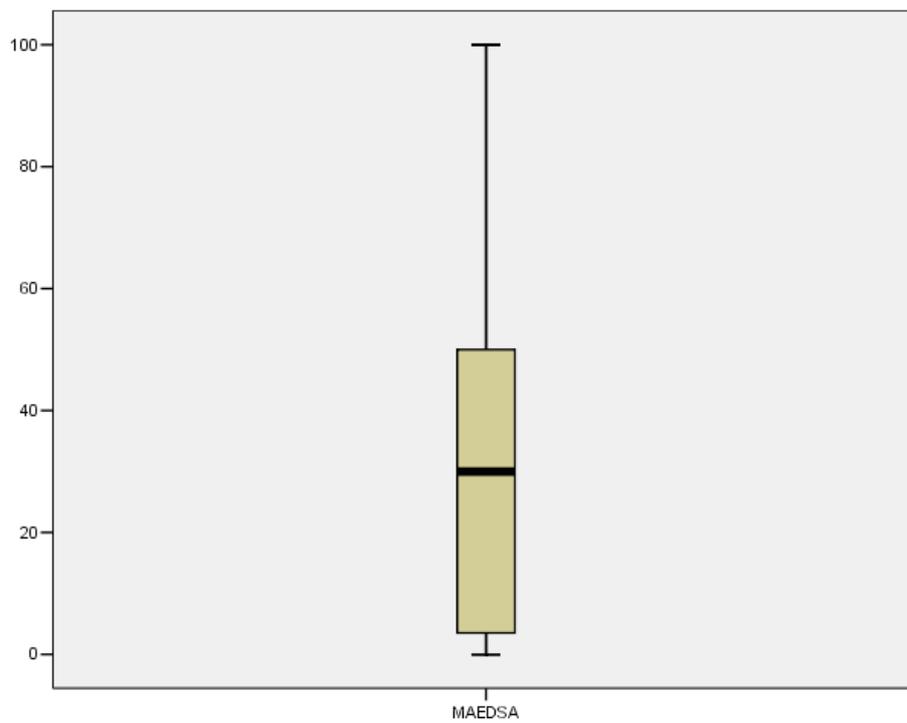
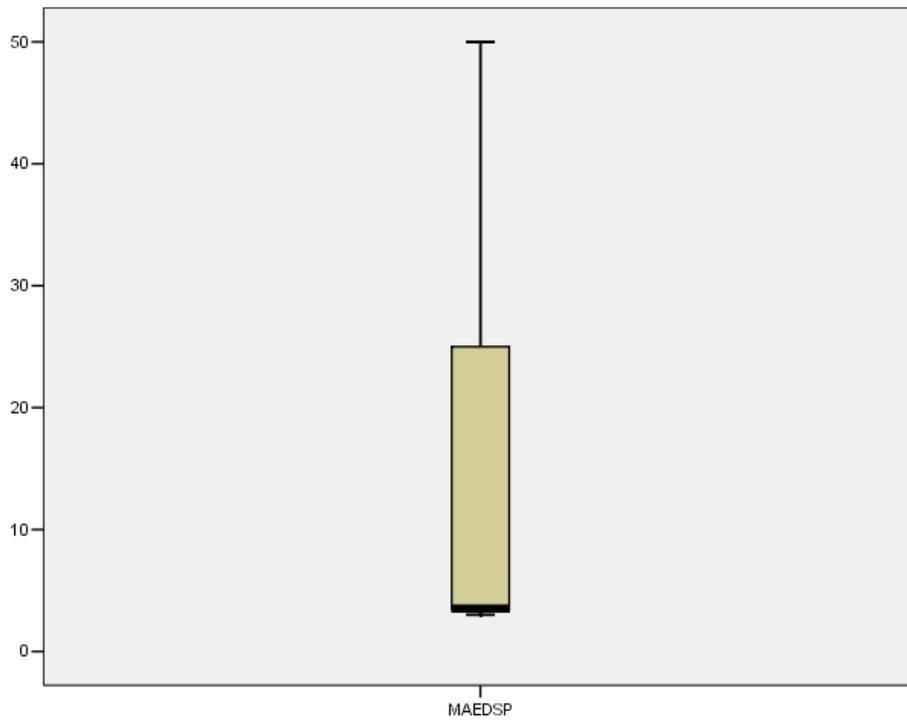
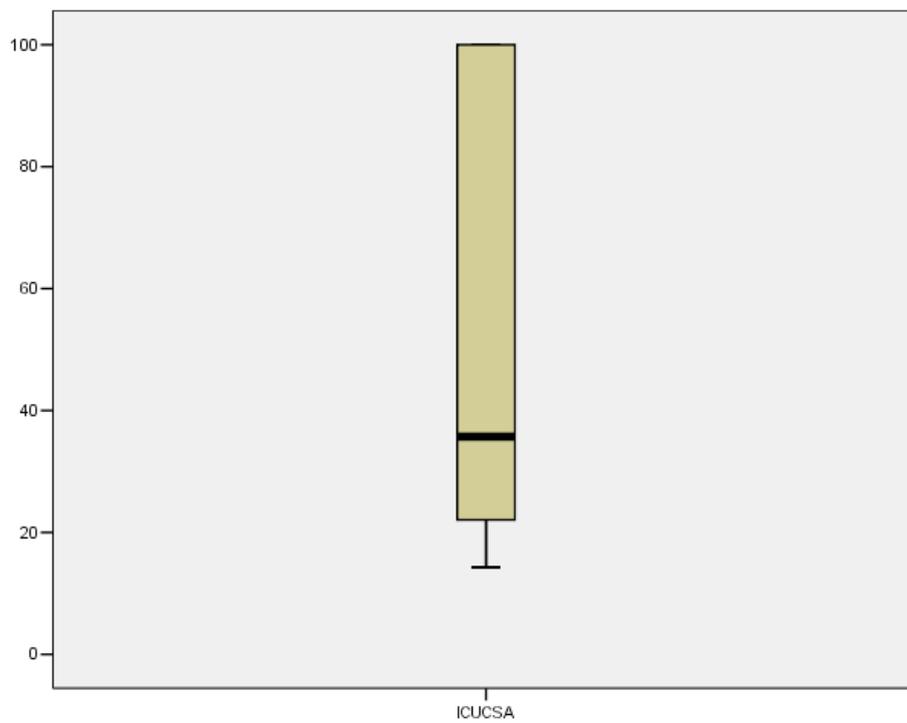
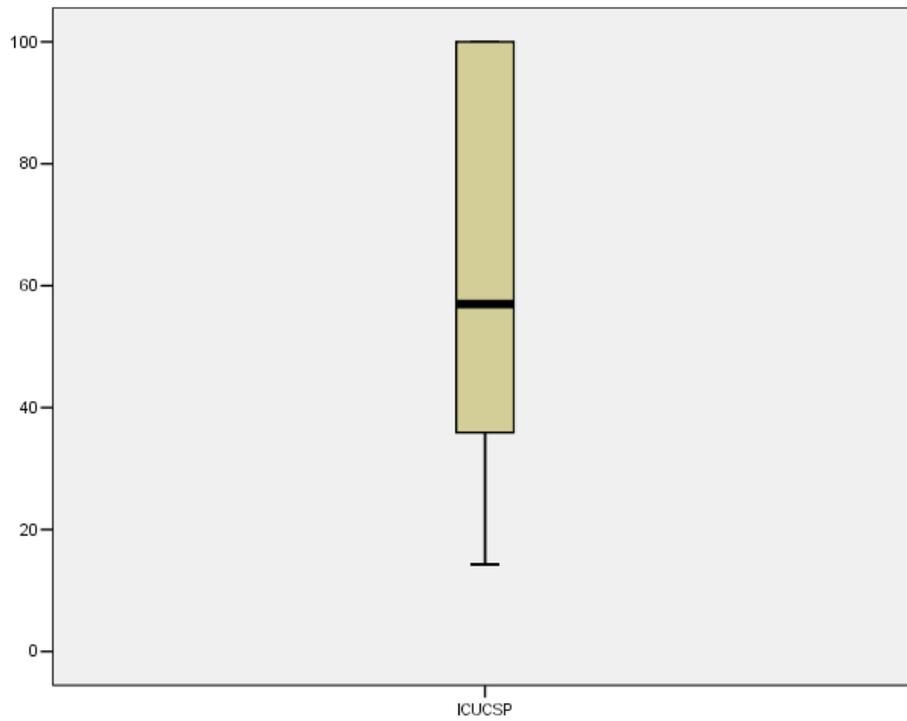


Figura 16 – Gráficos das metas pactuadas e alcançadas para o indicador Índice de Contratualização de Unidades Conveniadas ao SUS nos Estados e Municípios.



ANEXO

APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
Núcleo de Bioética
Comitê de Ética em Pesquisa
Ciência com Consciência

PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

Parecer Nº **0003400/09**

Protocolo CEP Nº **5343**

Título do projeto **Gestão de saúde pública em municípios com baixo idh-m (índice de desenvolvimento humano municipal)**

Grupo **III**
Versão **1**

Protocolo CONEP **0460.0.084.000-09**

Pesquisador responsável **Gerson Luis Schwab**

Instituição

Objetivos

- GERAL – Identificar as diferentes formas de gestão em Saúde Pública, e a consequência que possa haver na atenção em saúde da população, em pequenos municípios.
- ESPECÍFICOS - a) Levantar as dificuldades/facilidades encontradas pelos Gestores Municipais.
b) Analisar Relatórios de Gestão, para identificar origem e destino dos recursos financeiros.
c) Traçar o perfil dos gestores, baseado em seus dados pessoais (gênero, idade, formação profissional, etc.).
d) Avaliar a atuação dos gestores, através de questionários em entrevista.

Comentários e considerações

Protocolo da Odontologia que pretende, por meio um estudo exploratório transversal, de abordagem qualiquantitativa, entrevistar 06 sujeitos, por meio de um questionário semi-estruturado. Apresenta critérios de inclusão e exclusão, benefícios, critérios de confidencialidade, cronograma e orçamento claros.

Termo de consentimento livre e esclarecido e/ou Termo de compromisso para uso de dados.

TCLE com linguagem clara, sem termos técnicos, esclarecendo a metodologia e todos os direitos do sujeito.

Conclusões

Projeto com viabilidade ética de execução.

Devido ao exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, de acordo com as exigências das Resoluções Nacionais 196/96 e demais relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos, em reunião realizada no dia: **14/10/2009**, manifesta-se por considerar o projeto **Aprovado**.

