

UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA – UNOESC CAMPUS VIDEIRA

Viviam Fiabane Rissardi

GESTÃO PÚBLICA: Perfil Profissional dos Gestores Municipais de Saúde nos
Municípios da AMARP.

Videira, SC

2015

VIVIAM FIABANE RISSARDI

GESTÃO PÚBLICA: Perfil Profissional dos Gestores Municipais de Saúde nos
Municípios da AMARP.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão e Controle no Setor Público, da Universidade do Oeste de Santa Catarina Campus de Videira, como requisito para obtenção do grau de Especialista em Gestão e Controle no Setor Público.

Professora: Me. CRISTINA KLOCK

Videira, SC

2015

VIVIAM FIABANE RISSARDI

GESTÃO PÚBLICA: Perfil Profissional dos Gestores Municipais de Saúde nos
Municípios da AMARP.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Gestão e Controle no Setor Público, da Universidade do Oeste de Santa Catarina Campus de Videira, como requisito para obtenção do grau de Especialista em Gestão e Controle no Setor Público.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Professora. Me. CRISTINA KLOCK
Universidade do oeste de santa Catarina – UNOESC

Prof. Me. ILDO FABRIS
Universidade do oeste de santa Catarina – UNOESC

Dedico este trabalho a meus pais e irmãs, meu cônjuge e a todos aqueles que estiveram presente nesta etapa de vida, me motivando e acreditando na minha capacidade e nos meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela minha existência e por ter me proporcionado encontrar pessoas que me ensinaram a buscar meus objetivos, sempre com humildade e dignidade.

Agradeço ao meu pai, a minha mãe, as minhas irmãs e ao meu cônjuge, por me entender quando distante deles para estudar e também, por me motivar a jamais desanimar.

Agradeço aos meus professores, pela disponibilidade, pela humilde de dividir seus conhecimentos e se distanciar das pessoas que amam, para estar nos ensinando a serem pessoas e profissionais melhores, certamente sempre serão lembrados.

A todos, o meu muito obrigado.

RESUMO

O estudo desenvolvido se refere a gestão pública, tendo por objetivo geral, Caracterizar o perfil profissional dos gestores municipais de saúde nos municípios da AMARP. Como objetivos específicos investigou-ser a formação acadêmica dos Secretários municipais de Saúde dos municípios que fazem parte da AMARP, a experiência em trabalho na saúde, anterior ao cargo de Secretario Municipal de Saúde; Identificar se na visão dos secretários municipais de saúde há necessidade de treinamentos no inicio do período de gestão. Para a pesquisa de campo do estudo foi utilizado método indutivo. Em relação aos métodos específicos, se enquadrou no método observacional. Quanto aos fins ou objetivo, foi de caráter descritivo. Quanto aos meios ou objeto, foi uma pesquisa de diagnóstico. Realizada a pesquisa, os resultados evidenciaram que de 14 secretários de saúde dos municípios que compõem a AMARP, 11 colaborou em responder os questionamentos, tendo os respondentes apresentado as seguintes características:, prevalece entre os mesmos o gênero masculino, quanto ao grau de escolaridade o resultado entre nível superior completo e ensino médio estão próximos, no entanto os cursos de nível superior não estão diretamente relacionados a área da saúde, vale ressaltar que aqueles que possuem nível superior também cursaram algum curso de especialização, a maioria dos respondentes está no cargo pela primeira vez, e quanto ao trabalho anterior apenas 4 possuíam atividade relacionada a saúde, os outros todos exerciam atividade relacionadas a cargos públicos, quanto à necessidade de capacitação no inicio do mandato como secretários de saúde a maioria afirma reconhecer necessidade de se capacitar nos quesitos, gestão em saúde, legislação da saúde e financiamento da saúde. A fim de melhorar a gestão em saúde sugerem-se propostas de inovação com abrangência a todos os municípios da AMARP.

ABSTRACT

The study conducted refers to public administration, with the overall goal, characterize the professional profile of local health managers in the municipalities of AMARP. The specific objectives being investigated academic training of municipal health secretaries of the municipalities that are part of AMARP, experience in working in health, previous to the office of Municipal Secretary of Health; Identify whether the vision of municipal health secretaries is no need for training at the beginning of the management period. For the study of the field research was used inductive method. Regarding the specific methods, it is framed in the observational method. Regarding the purpose or goal, it was descriptive. As for the means or object was a diagnostic research. Conducted the survey, the results showed that 14 health secretaries of the municipalities that make up the AMARP, 11 cooperated in answering the questions, and respondents presented the following :, prevails between them males, as the level of education the result between college graduates and high school are nearby, but the upper-level courses are not directly related to health, it is noteworthy that those with higher education also attended a specialization course, most respondents are in office by first time, and as the previous work only 4 had activity related to health, the other all exercised activity related to public office, on the need for training in the mandate from the beginning as health secretaries most states recognize the need to be trained in the requirements, health management, health law and health financing. In order to improve health management suggest innovative proposals with scope to all municipalities of AMARP.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Plano de ação - Disseminar iniciativas de sucesso.	70
Quadro 2: Plano de ação - Transmitir conhecimento da realidade.....	71
Quadro 3: Plano de ação - Seminário legislação da saúde.....	71
Quadro 4: Plano de ação - Seminário gestão da saúde.....	72
Quadro 5: Plano de ação - Seminário financiamento da saúde.	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos respondentes quanto ao Município de atuação como secretário (a) de Saúde	59
Tabela 2: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto à faixa etária dos respondentes.	60
Tabela 3: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto ao gênero dos respondentes.....	60
Tabela 4: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto ao tempo de residência no município onde trabalha.	62
Tabela 5: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto ao Grau de Escolaridade.....	62
Tabela 6: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto à quantidade de vezes que já esteve ocupando o cargo de secretário (a) municipal de saúde.....	64
Tabela 7: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto à profissão ou função anterior a nomeação como secretário (a) municipal de saúde. .	64
Tabela 8: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto ao acúmulo de outra função além de secretário (a) municipal de Saúde.....	65
Tabela 9: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto a atividade que consome a maior parte do seu tempo no dia a dia laboral.....	65
Tabela 10: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto à principal dificuldade sentida na gestão/administração da secretaria municipal de saúde.....	66
Tabela 11: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto ao conselho municipal de saúde no seu município: assinale a alternativa que retrata sua realidade.....	67
Tabela 12: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto aos instrumentos de planejamento e gestão na Administração Pública.....	68
Tabela 13: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto aos instrumentos de planejamento e gestão em Saúde.....	68
Tabela 14: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto à necessidade de capacitação no início da sua gestão como secretário (a) municipal de Saúde.....	69

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	22
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA.....	23
1.2	OBJETIVOS	23
1.2.1	Objetivo Geral	23
1.2.2	Objetivos Específicos	24
1.3	JUSTIFICATIVA	24
1.4	ENTENDENDO A AMARP	25
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	26
2.1	CONCEITUANDO ORGANIZAÇÃO	26
2.1.1	Organização Pública	27
2.2	PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	29
2.3	ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	31
2.3.1	Os Instrumentos de Gestão do Sistema Único de Saúde	32
2.3.2	O Sistema de Saúde Municipal	34
2.3.3	Desafios para a gestão municipal de saúde.	35
2.3.4	O Papel do Gestor Estadual	37
2.3.5	O Papel Do Gestor Federal	39
2.4	PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	42
2.4.1	Participação da Sociedade	43
2.4.2	A Participação do Setor Privado no SUS	44
2.4.3	Atenção Básica	45
2.4.4	Média Complexidade	46
2.4.5	Alta Complexidade	47
2.4.6	Tabela de Procedimentos do SUS	48
2.4.7	Formas de Financiamento	49
2.4.8	TFD - Tratamento Fora de Domicílio	50
2.4.9	Contratação de prestadores de serviços	52
2.4.10	Consórcio intermunicipal de saúde	52
3	METODOLOGIA.....	55
3.1	QUESTÕES DE PESQUISA.....	55
3.2	DEFINIÇÃO CONSTITUCIONAL DE TERMOS.....	55
3.3	DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	56

3.4	DELINEAMENTO DA PESQUISA	57
3.5	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	57
3.6	COLETA E TRATAMENTO DE DADOS	57
3.6.1	Instrumento	58
3.6.2	Contato com os respondentes	58
4	APRESENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS.....	59
5	PROPOSTA DE INOVAÇÃO	70
6	CONCLUSÃO.....	73
	REFERÊNCIAS.....	75
	APÊNDICE	78
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	79

1 INTRODUÇÃO

As organizações privadas e as instituições públicas estão passando pelo centro de um grande conflito, a mudança acelerada do modo de pensar e agir dos clientes internos e externos, sendo assim os gestores atuais necessita refletir sobre oferta de mão de obra, modelo de gestão de pessoas, capital intelectual e qualidade dos serviços ofertados, pois é possível perceber que toda a população se encontra em constante busca por informação e qualificação, o que resulta em uma sociedade chamada por Drucker (2002), de sociedade do conhecimento, o qual desenvolve as pessoas tornando-as cidadãos conscientes de seus direitos e deveres e por consequência exigentes na utilização dos serviços, principalmente em âmbito público, pois entendem a oferta destes como retorno dos tributos pagos ao governo.

O Sistema Único de Saúde – SUS, sistema de saúde pública instituído após a Constituição Federal de 1988, é uma conquista do povo brasileiro, pois após muitas conferências de saúde com reivindicações da população, a saúde passou a ser direito do povo e dever do estado previsto em Constituição. Após a Carta Magna vieram as leis que regulamentam este direito. Leis estas que definem os princípios do SUS, as atribuições de cada esfera de governo dentro deste sistema, as formas de financiamento e o percentual gasto em cada esfera e o que é considerado gastos em saúde, bem como a definição dos níveis de atenção em cada esfera de gestão. Os gestores em Saúde para atender a legislação dentro da Lei de Responsabilidade Fiscal, e para ter um serviço ao cidadão com resolubilidade, precisam conhecer e utilizar os instrumentos de Gestão, dentre eles O Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde. Os desafios para gerir as Secretarias municipais de Saúde pode-se dizer que iniciam desde recursos humanos, passando por financiamento e culminando com a mudança do perfil dos usuários deste sistema. Esta pesquisa se desenvolve, buscando identificar o perfil profissional daqueles que aceitaram este desafio nos municípios que fazem parte da Associação dos Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe – AMARP.

A gestão Pública se encontra em metamorfose constante, necessitando de profissionais com perspectivas multidisciplinares, e em aprimoramento de competências para atuarem como servidores públicos que exercem sua função em consonância com os parâmetros legais e organizacionais, realizando as atividades

na prestação do serviço á sociedade primando pelos princípios da administração pública e produzindo mudanças na cultura das organizações públicas. Desta forma os Gestores Municipais de Saúde como Agentes Políticos articuladores de estratégias para o melhoramento das Políticas Públicas em Saúde, devem possuir conhecimento na legislação vigente em saúde, bem como nos instrumentos de gestão que norteiam as ações em saúde. Este estudo, portanto contribuirá para o desenvolvimento da região da AMARP, na aplicabilidade das Políticas Públicas em Saúde, tendo a aspiração de identificar o perfil profissional dos Gestores em Saúde e identificando as potencialidades de desenvolver capacitação aos gestores em saúde para a realização do trabalho pautado nos princípios da administração pública e na qualidade da prestação de serviço aos usuários do SUS.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual o perfil profissional dos gestores municipais de saúde nos municípios da AMARP?

1.2 OBJETIVOS

Foram apresentados o objetivo geral, os específicos, a justificativa e um breve histórico da Associação dos Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe – AMARP.

1.2.1 *Objetivo Geral*

Caracterizar o perfil profissional dos gestores municipais de saúde nos municípios da AMARP.

1.2.2 *Objetivos Específicos*

Como ferramentas para se alcançar o objetivo geral, se apresenta os objetivos específicos:

- Investigar a formação acadêmica dos Secretários municipais de Saúde dos municípios que fazem parte da AMARP;
- Investigar a experiência em trabalho na saúde, anterior ao cargo de Secretario Municipal de Saúde;
- Identificar se na visão dos secretários municipais de saúde há necessidade de treinamentos no início do período de gestão.

1.3 JUSTIFICATIVA

A finalidade da gestão pública é a prestação de serviços a comunidade, dentro desta vastidão de serviços se encontra a saúde, a qual tem destaque nacional em mídias escrita e falada, pelas crescentes reivindicações e manifestações populares pela melhoria desta. A população na contemporaneidade clama pela melhora de um serviço que foi conquistado ao longo dos anos através da luta popular e garantido pela Constituição Federal de 1988, deste feito até o presente o direito a saúde recebeu muitas transformações através da legislação, a qual tem por base Constituição Federal de 1988 - Capítulo V: Artigos 196 a 200, Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº. 8.080, de setembro de 1990 e Lei Federal nº. 8.142, de dezembro de 1990), Pacto pela Saúde e suas portarias, todos estes documentos definem os princípios do SUS, as atribuições de cada esfera de governo dentro deste sistema, as formas de financiamento e o percentual gasto em cada esfera e o que é considerado gastos em saúde, bem como a definição dos níveis de atenção em cada esfera governamental. Nos municípios o responsável por atender todos estes requisitos e ser resolutivo nas necessidades dos usuários do sistema, é Gestor Municipal de Saúde ou Secretários Municipais de Saúde, os quais em sua maioria são indicados pelo prefeito através de Cargos em Comissão.

Considerando o exposto esta pesquisa se justifica buscando identificar o perfil profissional deste gestor, o seu conhecimento em saúde e na legislação vigente pertinente ao assunto, bem como apontar se há necessidade de capacitar os futuros Gestores Municipais de Saúde nos períodos de transição governamental nos municípios.

1.4 ENTENDENDO A AMARP

O Estado de Santa Catarina possui 21 associações de municípios, as quais entidades registradas como personalidade jurídica de direito privado, reconhecidas de utilidade pública, sem fins lucrativos, e com estatuto próprio, tendo cada uma sua respectiva estrutura, elas auxiliam a administração estadual a coordenar, ampliar e fortalecer, a capacidade administrativa, econômica e social dos municípios, visando o Desenvolvimento Regional Integrado de cada Região, observando as deficiências e explorando suas potencialidades.

A Associação dos Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe (AMARP), foi fundada em 18 de outubro 1968. Localizada na macrorregião meio oeste de Santa Catarina. Atualmente a AMARP é composta por 14 municípios sendo: Arroio Trinta, Matos Costa, Caçador, Macieira, Calmon, Pinheiro Preto, Fraiburgo, Rio das Antas, Ibiam, Salto Veloso, Iomere, Timbó Grande, Lebon Régis e Videira. Dentre os serviços que a AMARP presta aos seus associados, é possível citar na área da Saúde o Consórcio Intermunicipal de Saúde – CISAMARP, o qual permite que sejam realizados, por exemplo, compra de serviços com economicidade, pois o consórcio compra para todos os municípios, e assim adquire com valor menor.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Foi apresentada a revisão da literatura relativa às principais temáticas a serem estudadas. A primeira temática se refere à definição de organização e organização pública, bem como resgate Histórico do Sistema Único de Saúde, a legislação que regulamenta o Sistema único de Saúde; as competências da esfera Municipal na estrutura do Sistema único de Saúde, Conceituação da Atenção Básica em Saúde. A segunda temática se refere a instrumentos de gestão do Sistema único de Saúde Municipal e desafios para a gestão Municipal de Saúde, e por fim a tabulação dos dados coletados e os resultados atingidos.

2.1 CONCEITUANDO ORGANIZAÇÃO

O século XX trouxe muitas mudanças que influenciaram a sociedade nas estruturas política, social e tecnológica, estendendo-se para as organizações tanto públicas quanto privadas, provocando transformações no comportamento organizacional e administrativo. Segundo Chiavenato (2003), organizações são unidades sociais intencionalmente construídas e reconstruídas com objetivos específicos, incluindo desde corporações até grupo de amigos e famílias. Este ainda argumenta que as organizações estão presentes na vida de todo o ser humano e em todas as fases da vida, do nascimento até a velhice. Já para Druker (apud ANTUNES 2000), organização é um grupo humano composto por especialistas que trabalham em comum acordo todos alinhado a mesma tarefa. Já Smircich (1983 apud PIRES e MACEDO, 2006), define organização como um organismo adaptativo que existe por meio do processo de troca com o ambiente, sendo assim um sistema de conhecimento.

As organizações quanto as suas características são analogicamente comparadas por Boog (2004, p. 44), como a anatomia da máquina humana, sendo:

- A identidade pessoal do ser humano, comparada a identidade organizacional, o humano com valores, prioridades, dimensão espiritual e transcendental, a organização com missão, visão, valores, estratégias, metas e cultura da organização;

- Os sentimentos humanos como raiva, amor, ódio, alegria e tristeza, comparados a relações interpessoais que ocorrem entre departamentos, divisões, e comunidade, interferindo no clima da organizacional;
- O funcionamento do corpo humano, ou seja, seus movimentos, seu metabolismo, digestão, e circulação, comparadas aos processos industriais, tais como, transformação de matéria prima, produtividade, gestão corporativa e fluxos de trabalho.
- E por fim a composição material (física) do corpo humano, comparada ao patrimônio tangível da organização, ou seja, instalações, máquinas, estoque de matéria prima e produtos acabados entre outros.

Na contramão de Boog (2204) se encontra Tosi (1978 apud CARAVANTES, 2003), que identifica uma organização pelo porte, grau de formalização, racionalidade, hierarquia e especialização. Quanto ao porte, o autor defende que quanto maior a organização, menor o grau de contato entre seus membros. Em relação à formalização, quando pequena a flexibilidade é presente, à medida que se expande o monitoramento e as diretrizes se tornam necessárias, criando estabilidade e direcionamento. O quesito racionalidade caracteriza a forma de conduzir a organização, garantindo que os objetivos sejam cumpridos. A hierarquia também aumenta na proporção do crescimento da produtividade e da lucratividade, sendo necessário ter mais pessoas no topo da pirâmide para articular as estratégias e objetivos. Por fim, a especialização que se refere ao ramo de atividade no qual a organização concentra sua atenção. Após conhecer o conceito e as características de organização, se faz necessário conceituar e caracterizar a organização pública.

2.1.1 Organização Pública

A Constituição Federal de 1988 prevê nas entre linhas do Artigo 6º que alimentação, saúde, lazer, moradia, trabalho, educação, segurança, previdência social, proteção a maternidade e a infância e a assistência aos desamparados são direitos sociais e por consequência, dever do Estado. De acordo com Decker e Michel (20__, p. 8): “No caso de organizações públicas elas são formadas buscando cumprir os compromissos assumidos com a sociedade, esses compromissos fazem parte do objetivo que caracterizou a formação da organização”. Já para Dias (1998 apud PIRES e MACÊDO, 2006, p. 95), as organizações públicas têm como objetivo:

Prestar serviços para a sociedade. Elas podem ser consideradas como sistemas dinâmicos extremamente complexos, interdependentes e inter-relacionados coerentemente, envolvendo informações e seus fluxos, estruturas organizacionais, pessoas e tecnologias. Elas cumprem suas funções, buscando uma maior eficiência da máquina pública e um melhor atendimento para a sociedade.

As organizações públicas segundo Pires e Macêdo (2006), são geridas pelo poder público e sofrem muita interferência do poder político, gerando centralização das decisões, burocracia em excesso, travamento de processo, apego as regras e rotinas, insatisfação e frustração aos usuários e também aos servidores públicos. Quanto às características, possui algumas específicas em relação às privadas, sendo que Schall (1997 apud PIRES E MACHADO, 2006), afirmam ser a descontinuidade administrativa fator determinante para situações que podem ser observadas pela população, como projetos pensados para iniciar e findar dentro de uma mesma administração visando retorno político, conflitos de objetivos entre servidores efetivos e gestores, os quais muitas vezes são amadores em administração e sem conhecimento técnico.

No funcionamento das organizações públicas em âmbito federal, estadual e municipal, estas podem ser divididas em administração direta e indireta. A administração direta se refere ao conjunto de órgão subordinados e integrados na estrutura administrativa da união, estados ou municípios. Nesta se encontra a Secretaria Municipal de Saúde de Videira (SC), integrada à administração direta. A administração indireta compreende o conjunto de entes personalizados que, vinculados a um ministério ou secretaria, prestam serviços públicos ou de interesse público (CONASS, 2011). Direcionando a administração pública para a administração de Recursos Humanos no setor saúde, se conduz o pensamento pela VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde realizada em Toronto, Canadá (2005 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), tendo entre os países participantes o Brasil. Neste evento, foi assinado um documento denominado Chamado à Ação, o qual firma um compromisso unindo esforços para fortalecer os Recursos Humanos em saúde, bem como os princípios para direcionar as ações, sendo:

- Os recursos humanos são a base do sistema de desenvolvimento em saúde, pois, conforta a base social e técnica dos sistemas de saúde e seu aperfeiçoamento.
- O trabalho em saúde é um serviço público e uma responsabilidade social é necessária a busca do equilíbrio entre os direitos sociais e as responsabilidades dos trabalhadores de saúde e as responsabilidades dos cidadãos que merecem atenção e direito à saúde.
- Os trabalhadores de saúde são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde, por isso devem ser capacitados não apenas na área técnica, mas também social.

Apresentado o conceito de organização, na administração pública é revelado que o recurso humano, já é sinônimo de preocupação no setor público, se apresenta na seqüência, os regimes de vínculo empregatício diretos do serviço público, sendo estes a forma de contratação do funcionário no serviço público.

2.2 PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O acesso da população à rede do Sistema Único de Saúde deve ser integral desde a atenção básica até a alta complexidade, da consulta a internação e restabelecimento da saúde até a medicação que o usuário necessita em sua residência, a garantia deste atendimento se encontra definida nos princípios doutrinários do SUS, os quais ainda consideram para o atendimento do usuário, a gravidade do risco individual e coletivo, critério cronológico, especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente. (CONASS, 2015)

Silva (2006, p.308) relata que:

É espantoso como um bem extraordinariamente relevante à vida humana só agora é levado à condição de direito fundamental do homem. E há de informar-se pelo princípio de que o direito igual à vida de todos os seres humanos significa também que, nos casos de doença, cada um tem o direito a um tratamento condigno de acordo com o estado atual da ciência médica, independentemente de sua situação econômica, sob pena de não ter muito valor sua consagração em normas constitucionais.

Restou consolidado pela Constituição, o direito à saúde, como um direito humano e como tal, sugerido sua inclusão em todos os ordenamentos jurídicos, o que foi em maior ou menor grau adotado nas normas e regras jurídicas, na maioria das vezes sob o rótulo de direitos sociais, interpretados ou invocados ora como direitos fundamentais ora como direitos humanos, de maneira que por vezes parecem não possuir distinção.

“Assim é que a Constituição Federal Brasileira de 1988 inseriu o direito à saúde no rol dos direitos sociais dentro do título II, destinado aos direitos e garantias fundamentais. Essa prevê em seu artigo 6º: Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (SARLET, 2008, p.35).

Considera-se o SUS como um “sistema porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal.” Ele é tido como um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 40)

A Constituição Federal dedica uma seção exclusivamente à saúde e define, os princípios e diretrizes da política e das ações e serviços de saúde, tal como transcrito a seguir o teor do artigo que abre tal seção:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal Brasileira, 1988).

São princípios doutrinários do SUS, segundo a Lei n. 8.080/1990:

- UNIVERSALIDADE - É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal;

- **EQÜIDADE** - É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requiera, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos;
- **INTEGRALIDADE** - É o reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Especificamente ao direito à saúde, se verifica na redação do art. 2º da Lei nº 8.080/1990 que, “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” Percebe-se uma evolução na Constituição Federal de 1988, a qual concebe a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantidos mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

2.3 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Segundo a Norma Operacional Básica do SUS - NOB-SUS/96, a atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber:

- O da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
 - O das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento

ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e

- O das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

2.3.1 Os Instrumentos de Gestão do Sistema Único de Saúde

O processo de planejamento no setor da saúde culmina e adquire maior importância com a elaboração dos planos e programas de saúde, que representam um acordo entre todos os envolvidos no processo, respeitando o propósito das ações de saúde. Deve ser visto como um processo dinâmico e flexível. É preciso estar constantemente diagnosticando, prevendo ações futuras, avaliando e revisando ações, fazendo análise crítica dos resultados, buscando antecipar ações futuras e, dessa forma, evitar também os problemas ou situações de risco para a saúde da população. Os gestores de saúde não medem esforços para melhoria contínua nos serviços de saúde, portanto tais esforços tem tido resultados relevantes nestes últimos 20 anos.

Com o intuito de melhorias no Sistema Único de Saúde é que foi criado o Sistema de Planejamento do SUS, que teve a regulamentação aprovada em 2006 e nos quais estão estabelecidos os instrumentos básicos que são o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão da Saúde.

Com base no livro Sistema de Planejamento dos SUS “Define-se como Sistema de Planejamento Único de Saúde a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS”. (BRASIL, 2009, p. 21)

Em resumo ao texto citado acima se pode dizer que tudo depende de uma ação muito bem planejada entre governos municipais, estaduais e federais, para poder dar um bom andamento nos atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde. Cabe lembrar também que tudo isso, todo esse processo faz parte da lei nº

8.080, de 19 de setembro de 1990 à qual atribui a responsabilidade de elaborar o Planejamento Estratégico do SUS em cooperação com estados, governos e Distrito Federal.

Neste momento de crise econômica, essa importância torna-se ainda maior, a partir do momento em que as empresas afetadas por essa crise demitem funcionários e cortam benefícios, mais brasileiros necessitam dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, esse aumento da procura torna ainda maior a responsabilidade dos gestores públicos de saúde, sendo que o planejamento tem de ser ainda maior e melhor. O funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS tem por base a formulação e revisão periódica dos instrumentos do Plano de Saúde, conseqüentemente as Programações Anuais de Saúde e por fim os Relatórios Anuais de Gestão (Brasil; 2009, p.28).

Estes instrumentos integram, portanto o PlanejaSUS, que é um programa que estão incutidos e estabelecidos todo o Sistema de Planejamento do SUS com envolvimento das três esferas de gestão.

O Plano de Saúde é definido no Art. 2º da Portaria Nº 3.332/2006, que estabelece as inclusões e adequações que se fizerem necessárias em cada esfera de gestão. Portanto e conforme o Sistema de Planejamento do SUS define como: “Plano de Saúde o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas”. (BRASIL, 2009, p. 30)

O Plano de Saúde explicita os compromissos do governo para o setor saúde nas respectivas esferas de gestão sendo que cada ente federado realiza análise e diagnóstico situacional e populacional para cada área de atenção a saúde, e definindo prioridades e prazos, observando a elaboração do PPA (Plano Plurianual) em cada esfera de gestão. (CONASS, 2015)

A Programação Anual de Saúde é outro instrumento de Gestão do PlanejaSUS, sendo que esta ferramenta de planejamento tem como principal objetivo, concretizar as ações planejadas no Plano de Saúde e focar no direcionamento da política de saúde, definir a alocação dos recursos financeiros do sistema, integrar os sistemas municipais, explicitar o pacto de gestão e contribuir para o aprimoramento de processos e métodos de avaliação e controle das ações e serviços da área (BRASIL, 2009).

Ainda conforme versa o livro Sistema de Planejamento do SUS:

Cabe assinalar que a Programação Anual de Saúde reúne o conjunto das iniciativas a serem implementadas pela respectiva esfera de gestão em determinado ano. A elaboração da Programação deve ser coordenada pela área planejamento ou, no caso de não existir por uma equipe designada para tal. (BRASIL, 2009, p. 19)

Ainda então se pode dizer que a Programação Anual da Saúde depende do gestor e do plano de ação que irá propor como as metas e objetivos com relação aos programas propostos decorrentes do Plano de Saúde, que serão explicitados no Relatório Anual de Gestão.

O Relatório Anual de Gestão é um instrumento que apresenta os resultados alcançados com base na Programação Anual da Saúde conforme o Art. 4º da Portaria 3.332/2006.

Este instrumento deve expor, portanto aonde e como foram aplicados os recursos advindos das três esferas de gestão, destacando os pontos qualitativos e quantitativos, tem também por objetivo destacar os principais avanços e dificuldades, bem como tornar facilitadoras as próximas medidas ou iniciativas a serem tomadas.

Por fim deve-se deixar claro que cada instrumento deve ser adaptado de acordo com a realidade onde o gestor está inserido, bem como devem ser elaborados em consonância com os instrumentos de gestão da administração pública, os quais: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). (CONASS, 2015).

Aprimorar instrumentos de planejamento capazes de monitorar as ações e resultados da gestão na saúde é fundamental para identificar os erros e melhorar o que já vem sendo feito pelos gestores de saúde. Nesse sentido, os instrumentos de gestão em saúde apresentados, se elaborados competentemente, pode se tornar um grande passo para um cumprimento efetivo dos princípios acima mencionados.

2.3.2 O Sistema de Saúde Municipal

A estratégia adotada no país reconhece o município como o principal responsável pela saúde de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, de 2006, o

gestor municipal assina um termo de compromisso para assumir integralmente as ações e serviços de seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado.

Através da aplicação do Plano Municipal de Saúde, o município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer. (BRASIL, 2009)

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizada em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinada segundo subsistemas, um para cada município, voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em sua abrangência estadual e nacional. (BRASIL, 2009)

A realidade do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão. (BRASIL, 2009).

2.3.3 Desafios para a gestão municipal de saúde.

Sabe-se que a saúde no Brasil vem passando por grandes dificuldades, porém existem alguns desafios que os gestores municipais enfrentam, dentre eles sabe-se que alguns dos recursos têm que ser aprovados pelo governo federal impedindo que os gestores municipais façam o trabalho de maneira exemplar.

Segundo o presidente do CONASS Wilson Duarte Alecrim, na revista do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (2013, p. 16) afirma que:

Pondera que a escolha do gestor deve ser criteriosa que ele deve ter o perfil adequado para conduzir a saúde. Hoje, é impossível que o gestor municipal

possa ter bom desempenho se ele não estiver inteirado das situações que permeiam o SUS, que nos últimos dois anos tem sofrido profundas alterações no seu funcionamento, dentre eles Alecrim cita o Decreto n. 7.508/2011, que regulamentou a Lei n. 8.080, e a lei complementar n. 141/2012 que regulamentou a Emenda n. 29. Segundo Alecrim é fundamental a compreensão desses novos mecanismos de funcionamento do SUS para a sua Gestão, além do entendimento das Redes de Atenção a Saúde, tendo em vista que o Ministério da Saúde, os estados e municípios têm optado por este modelo. “Isso nos leva ao fortalecimento da regionalização, visando à melhoria do acesso para que tenhamos maior resolutividade nas ações na área da saúde.

No entanto os tens que levar em consideração o partido que está governando e se existe algum gestor com a total capacidade de assumir esta responsabilidade, pois uma das principais preocupações dos brasileiros é com a saúde pública construção de hospitais e manutenção de médicos e medicamentos.

Cabe aos governantes fazerem do plano de governo um instrumento sólido do que diz respeito às melhorias na saúde e nos demais setores, visando resultados que beneficiem a população.

Segundo Maria do Socorro de Souza presidente do conselho nacional de saúde em entrevista a revista do conselho nacional dos secretários de saúde (2013, p. 19): “Para atender as demandas da sociedade é preciso organizar os serviços e dialogar com os demais Entes Federativos”. Ou seja, para uma boa gestão na saúde é necessário que exista um bom relacionamento entre estado e governo federal.

Há de se deixar claro que os gestores municipais vão se deparar com muitos obstáculos, como por exemplo, na gerência de hospitais que não atendem somente pelo Sistema Único de Saúde, geralmente os repasses aos hospitais e médicos dos SUS é um pouco mais lento.

Outro ponto que recebe muitas críticas são os médicos o ponto que mais recebe críticas é quanto à quantidade de médicos e a qualidade dos mesmos. Existe uma grande dificuldade dos municípios pequenos contratarem profissionais, por isso existem opiniões para a contratação de médicos do exterior e a ampliação da oferta de vagas.

Segundo pesquisas que a própria revista cita o número de médicos saltou de 13 mil para 364 mil de 1910 á 2010. Uma pesquisa feita em 2011 pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo obteve um resultado que diz que existem 1,9 médicos para cada 1.000 brasileiros, variando de município para município e de estado para estado, porém fica cada vez mais difícil

explicar a qualidade da universidade que formou este médico, e se a especialidade que este médico vai escolher na residência supre a necessidade do país.

Enfim os municípios sem outras esferas maiores como estadual e federal não podem fazer muita coisa, mas um bom planejamento e uma boa escolha de quem colocar no cargo de secretário da saúde do município diminuirão os problemas quanto a administração da saúde pública.

2.3.4 O Papel do Gestor Estadual

A Norma Operacional Básica do SUS n. 96 identifica quatro papéis básicos para o estado, os quais não são, necessariamente, exclusivos e sequenciais. A explicitação a seguir apresentada tem por finalidade permitir o entendimento da função estratégica perseguida para a gestão neste nível de Governo.

O primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual. O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral. O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade. Finalmente, o quarto, o mais importante e permanente papel do estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual.

As necessidades reais não atendidas são sempre a força motriz para exercer esse papel, no entanto, é necessário um esforço do gestor estadual para superar tendências históricas de complementar a responsabilidade do município ou concorrer com esta função, o que exige o pleno exercício do segundo papel.

O exercício desse papel pelo gestor requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolve responsabilidades nas três esferas de governo e são sumariamente caracterizados como de:

- Informação informatizada;
- Financiamento;

- Programação, acompanhamento, controle e avaliação;
- Apropriação de custos e avaliação econômica;
- Desenvolvimento de recursos humanos;
- Desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
- Comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas, no âmbito estadual, depende do pleno funcionamento do CES e da CIB, nos quais se viabilizam a negociação e o pacto com os diversos atores envolvidos. Depende, igualmente, da ratificação das programações e decisões relativas aos tópicos a seguir especificados:

- Plano estadual de saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais;
- Estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria;
- Estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos;
- Estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional;
- Estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos humanos e de ciência e tecnologia;
- Elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial;
- Elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública;
- Estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica;
- Responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais;
- Definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados; e

- Manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual;
- Implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.

O gestor estadual deve estar atento e acompanhar a execução do papel do gestor federal, o qual se explana no capítulo seguinte.

2.3.5 O Papel Do Gestor Federal

No que respeita ao gestor federal, são identificados na Norma Operacional Básica do SUS n. 96, quatro papéis básicos, quais sejam:

- Exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;
- Promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;
- Fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; e
- Exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

O exercício dos papéis do gestor federal requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica, que consolidam os sistemas estaduais e propiciam, ao SUS, maior eficiência com qualidade, quais sejam:

- Informação informatizada;
- Financiamento;
- Programação, acompanhamento, controle e avaliação;
- Apropriação de custos e avaliação econômica;
- Desenvolvimento de recursos humanos;
- Desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
- Comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas depende, igualmente, da viabilização de negociações com os diversos atores envolvidos e da ratificação das programações e

decisões, o que ocorre mediante o pleno funcionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT.

Depende, além disso, do redimensionamento da direção nacional do Sistema, tanto em termos da estrutura, quanto de agilidade e de integração, como no que se refere às estratégias, aos mecanismos e aos instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão, destacando-se:

- A elaboração do Plano Nacional de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades nacionais e as metas da programação integrada nacional, resultante, sobretudo, das programações estaduais e dos demais órgãos governamentais, que atuam na prestação de serviços, no setor saúde;
- A viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor, em especial com os órgãos que detém, no seu conjunto de atribuições, a responsabilidade por ações atinentes aos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades;
- O aperfeiçoamento das normas consubstanciadas em diferentes instrumentos legais, que regulamentam, atualmente, as transferências automáticas de recursos financeiros, bem como as modalidades de prestação de contas;
- A definição e a explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS, frente aos órgãos governamentais de controle interno e externo e aos Conselhos de Saúde, com ênfase na diferenciação entre as transferências automáticas a estados e municípios com função gestora;
- A criação e a consolidação de critérios e mecanismos de alocação de recursos federais e estaduais para investimento, fundados em prioridades definidas pelas programações e pelas estratégias das políticas de reorientação do Sistema;
- A transformação nos mecanismos de financiamento federal das ações, com o respectivo desenvolvimento de novas formas de informatização, compatíveis à natureza dos grupos de ações, especialmente as básicas, de serviços complementares e de procedimentos de alta e média complexidade, estimulando o uso dos mesmos pelos gestores estaduais e municipais;
- O desenvolvimento de sistemáticas de transferência de recursos vinculada ao fornecimento regular, oportuno e suficiente de informações específicas, e que

agreguem o conjunto de ações e serviços de atenção à saúde, relativo a grupos prioritários de eventos vitais ou nosológicos;

- A adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem assim a flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais;
- O incentivo aos gestores estadual e municipal ao pleno exercício das funções de controle, avaliação e auditoria, mediante o desenvolvimento e a implementação de instrumentos operacionais, para o uso das esferas gestoras e para a construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria;
- O desenvolvimento de atividades de educação e de comunicação social;
- O incremento da capacidade reguladora da direção nacional do SUS, em relação aos sistemas complementares de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, de tratamento fora do domicílio, bem assim de disponibilidade de medicamentos e insumos especiais;
- A reorientação e a implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de vigilância alimentar e nutricional, bem como o redimensionamento das atividades relativas à saúde do trabalhador e às de execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- A reorientação e a implementação dos diversos sistemas de informações epidemiológicas, bem assim de produção de serviços e de insumos críticos;
- a reorientação e a implementação do sistema de redes de laboratórios de referência para o controle da qualidade, para a vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica;
- A reorientação e a implementação da política nacional de assistência farmacêutica;
- A apoio e a cooperação a estados e municípios para a implementação de ações voltadas ao controle de agravos, que constituam risco de disseminação nacional;
- A promoção da atenção à saúde das populações indígenas, realizando, para tanto, as articulações necessárias, intra e intersetorial;
- A elaboração de programação nacional, pactuada com os estados, relativa à execução de ações específicas voltadas ao controle de vetores responsáveis

pela transmissão de doenças, que constituem risco de disseminação regional ou nacional, e que exijam a eventual intervenção do poder federal;

- A identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional, com vistas ao estabelecimento dos padrões técnicos da assistência à saúde;
- A estimulação, a indução e a coordenação do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde, mediante interlocução crítica das inovações científicas e tecnológicas, por meio da articulação intra e intersetorial;
- A participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.

Abaixo se apresenta os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, conforme a Lei n. 8.080.

2.4 PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Segundo a Lei n. 8.080/90, são princípios organizativos do SUS, os descritos abaixo:

REGIONALIZAÇÃO e HIERARQUIZAÇÃO - Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas).

O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

RESOLUBILIDADE - É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

DESCENTRALIZAÇÃO - É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde – é o que se chama municipalização da saúde.

Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos. Abaixo, observaremos a participação da sociedade dentro do Sistema Único de Saúde, representada por suas entidades representativas.

2.4.1 Participação da Sociedade

"É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local." (BRASIL, 2009)

Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

"Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições oferecerem as informações e conhecimentos necessários para

que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde." (BRASIL, 2009)

Além da participação da sociedade dentro do sistema, também à participação do Setor Privado, através da complementação dos serviços que devem ser ofertados pelo sistema público.

2.4.2 A Participação do Setor Privado no SUS

A Constituição Federal de 1988 define que, quando por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, isso deve se realizado sob três condições:

1ª - a celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, interesse público prevalecendo sobre o particular;

2ª - a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste;

3ª - a integração dos serviços privados deverá acontecer na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, em cada região, deverá estar claramente estabelecido, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o que, em que nível e em que lugar.

Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a própria Constituição Federal.

Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na seqüência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos concertos de regionalização, hierarquização e universalização.

Ainda segundo a Constituição Federal, torna-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados, os quais devem constar, em anexo, dos convênios e contratos.

Na seqüência, análise dos níveis de atenção à saúde dentro do Sistema Único de Saúde, os quais estão definidos na Lei n. 8.080.

2.4.3 Atenção Básica

Segundo a Lei n. 8.080/90, a Atenção Básica constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Nesse nível da atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida. (BRASIL, 2009)

A atenção básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da Saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. Cabe também à atenção básica proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade.

"Uma atenção básica bem organizada garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município e consolida os pressupostos do SUS: equidade, universalidade e integralidade." (SANTA CATARINA, 2008).

A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, como prioritária para a organização da atenção básica é a estratégia Saúde da Família, que estabelece vínculo sólido de co-responsabilização com a comunidade adstrita. A responsabilidade pela oferta de serviços de atenção básica à saúde é da gestão municipal, sendo o financiamento para as ações básicas à saúde de responsabilidade das três esferas de governo.

O segundo nível de atenção é a Média Complexidade, o qual segue descrito abaixo.

2.4.4 Média Complexidade

É um dos três níveis de atenção à Saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. (SANTA CATARINA, 2008).

A Atenção de Média Complexidade foi instituída pelo Decreto nº 4.726 de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde.

Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes:

- 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio;
- 2) cirurgias ambulatoriais especializadas;
- 3) procedimentos traumato-ortopédicos;
- 4) ações especializadas em odontologia;
- 5) patologia clínica;
- 6) anatomopatologia e citopatologia;
- 7) radiodiagnóstico;
- 8) exames ultra-sonográficos;
- 9) diagnose;
- 10) fisioterapia;
- 11) terapias especializadas;
- 12) próteses e órteses;
- 13) anestesia.

O gestor local deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade, considerando a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações; os dados epidemiológicos e sócio demográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica; a complexidade e o

custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações. (SANTA CATARINA, 2008).

"As secretarias estaduais de Saúde, em conjunto com os municípios, devem estabelecer parâmetros de concentração para os grupos e subgrupos de procedimentos, a serem aprovados nas comissões intergestores bipartite (CIBs) e nos conselhos estaduais de Saúde." (SANTA CATARINA, 2008).

Os parâmetros adotados deverão refletir não apenas necessidades em Saúde em abstrato ou recomendadas por normas técnicas ou consenso de especialistas, mas também seu impacto financeiro e as disponibilidades de sua cobertura com os recursos disponíveis.

O terceiro nível de atenção à saúde; a Alta Complexidade, que segue descrito no capítulo que segue.

2.4.5 Alta Complexidade

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população o acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). (BRASIL, 2009).

Entre as principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em "redes", está a assistência ao paciente portador de doença renal crônica, assistência ao paciente oncológico, cirurgia cardiovascular; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia, entre tantos outros. (BRASIL, 2009).

Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela nacional de procedimentos do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia.

No credenciamento das áreas mencionadas, o gestor municipal do SUS, ciente da real necessidade do serviço de alta complexidade em seu território, deverá

consultar as normas vigentes e definir a possibilidade de credenciamento, levando em conta a população a ser atendida, a demanda reprimida, os mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência e a capacidade técnica e operacional dos serviços a serem implantados. (SANTA CATARINA, 2008).

Aprovada a necessidade do credenciamento, a Secretaria Municipal de Saúde, em gestão plena, deverá montar um processo de solicitação, documentada com manifestação expressa, firmada pelo secretário da Saúde, em relação ao credenciamento e parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração dos serviços à rede estadual e à definição dos fluxos de referência e contra-referência dos pacientes.

Nos casos dos municípios não-habilitados em gestão plena, o credenciamento se dá por iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde (SES). Uma vez emitido o parecer a respeito do cadastramento pelo(s) gestor(es) do SUS, e sendo o mesmo favorável, os processos relativos à alta complexidade deverão ser remetidos pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) para análise ao Ministério da Saúde (MS), endereçado à Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada, Coordenação-Geral de Alta Complexidade. Portanto, antes de serem enviados ao MS, os processos de cadastramento deverão ser aprovados em âmbito regional. (SANTA CATARINA, 2008).

Para organizar e classificar os procedimentos dentro dos níveis de atenção à saúde, o Ministério da Saúde criou uma tabela nacional de classificação dos procedimentos SUS.

2.4.6 Tabela de Procedimentos do SUS

Conjunto de procedimentos utilizado para a remuneração de serviços ambulatoriais e hospitalares de prestadores contratados e conveniados ao SUS. São considerados "procedimentos do SUS" tanto atos isolados quanto conjunto de atos de atenção à saúde, assim como medicamentos e outros insumos terapêuticos, além das órteses, próteses e os procedimentos administrativos.

Os "procedimentos SUS" também têm sido usados como unidade de medida para cálculos de cobertura e para a programação da assistência, em especial no

processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e sua definição dos tetos financeiros da assistência.

A tabela de procedimentos SUS é constituída pela tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), e pela tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), cujas composições e definições de reajustes de valores são estabelecidas pela direção nacional do SUS, homologadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS). (SANTA CATARINA, 2008).

Dentro da Tabela Nacional do SUS, cada procedimento tem descrito sua forma de financiamento, as quais a seguir demonstradas.

2.4.7 Formas de Financiamento

O financiamento do SUS está previsto em lei, tanto na Constituição Federal como na Lei Orgânica da Saúde, que reúne as leis federais 8.080 e 8.142 de 1990. De forma geral, a lei prevê as fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde e, inclusive, a forma de divisão e repasse dos recursos entre as esferas de governo. (BRASIL, 2009)

Os municípios devem destinar 15% da totalidade da arrecadação do ISS, IPTU, Imposto de transmissão intervivos, Imposto de Renda incidente na fonte sobre rendimentos pagos, inclusive por suas autarquias e fundações, transferências do Fundo de Participação dos Municípios, transferências do ITR, transferências do IPI sobre exportações, transferências do ICMS e transferências do IPVA. Além disso, os municípios recebem repasses por meio de transferências "fundo a fundo", regulares e automáticas e voluntárias oriundas dos estados e da União. (SANTA CATARINA, 2008).

A transferência dos recursos destinados à execução da atenção básica, aos procedimentos de média e alta complexidade e às ações específicas de programas e incentivos do MS observada as condições de gestão, bem como as qualificações de estados e municípios aos respectivos programas e incentivos, de acordo com regulamentação específica.

Os repasses ocorrem independentemente de convênios ou instrumentos

similares e se destinam ao financiamento das ações e serviços do SUS. Se determinado município deixa de atender aos requisitos estabelecidos pela lei na administração dessas verbas, perde sua habilitação para geri-las, e elas passam a ser administradas, respectivamente, pelos estados ou pela União. (SANTA CATARINA, 2008).

A grande maioria dos procedimentos que compõem a tabela SUS é encaminhada por um setor específico dentro do sistema, que se chama Tratamento Fora de Domicílio.

2.4.8 TFD - Tratamento Fora de Domicílio

Estabelece que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do SUS para tratamento fora do município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), observado o teto financeiro definido para cada município/estado. Os benefícios foram estabelecidos pela Portaria SAS nº 55, de março de 1999, e são concedidos quando todos os meios de tratamento existentes na origem estiverem esgotados ou ausentes e somente enquanto houver possibilidade de recuperação do paciente.

O financiamento consiste no fornecimento de passagens para atendimento médico especializado de diagnose, terapia ou cirurgia, concedido exclusivamente a pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS. Consiste também em ajuda de custo para alimentação e pernoite a pacientes e acompanhante (se este se fizer necessário), após a devida comprovação da necessidade, mediante análise socioeconômica efetuada por assistente social vinculado à rede pública de saúde ou ao setor de assistência social do município de origem do paciente.

Não obstante a relevância desses procedimentos para garantir a todos os cidadãos do Estado o acesso universal aos serviços de saúde, os gestores estadual e municipal devem realizar esforços a fim de ampliar a capacidade instalada dos serviços de saúde locais visando a atender aos usuários o mais próximo possível de suas residências.

Cabe às secretarias de estado da Saúde (SEs) propor às respectivas Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) a estratégia de gestão, entendida como: definição de responsabilidades da SES e das secretarias municipais de Saúde (SMSs) para a autorização do TFD; estratégia de utilização com o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos, de acordo com a realidade de cada região, além da definição dos recursos financeiros destinados ao TFD, cuja normatização é sistematizada no Manual Estadual de TFD, que o gestor municipal deve buscar junto à sua SES. (SANTA CATARINA, 2008).

A referência dos pacientes a serem atendidos pelo TFD deve ser explicitada na Programação Pactuada e Integrada (PPI) de cada município. O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento no município de referência (ou seja, no município onde o paciente será atendido), com horário e data definidos previamente.

As despesas permitidas pelo TFD são as relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado. A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades assistenciais vinculadas ao SUS e autorizada por comissão nomeada pelo respectivo gestor municipal/estadual que solicitará se necessários, exames ou documentos que complementem as análises de cada caso. (SANTA CATARINA, 2008).

Será permitido o pagamento de despesas para deslocamento para acompanhante apenas nos casos em que houver indicação médica esclarecendo o porquê da impossibilidade de o paciente se deslocar desacompanhado. Quando o paciente retornar ao município de origem no mesmo dia, serão autorizadas apenas passagens e ajuda de custo para alimentação (para ele e acompanhando, quando for o caso).

Havendo óbito do usuário em TFD, a Secretaria de Saúde do Estado/Município de origem se responsabilizará pelas despesas decorrentes. (SANTA CATARINA, 2008).

A contratação dos serviços complementares ao SUS, aqueles ofertados dentro do setor de TFD, está prevista conforme descrição abaixo.

2.4.9 Contratação de prestadores de serviços

A contratação de prestadores de serviços abrange todas as relações pactuadas e formalizadas de gestores com prestadores de serviços de saúde, estabelecendo obrigações recíprocas. No geral, cabe aos prestadores, públicos e privados, a produção de serviços de saúde cujos custeios são feitos com recursos públicos, sob gestão de uma esfera de governo.

A necessidade e a diretriz geral de contratação de serviços de Saúde são dadas pela Constituição de 1988, no parágrafo único do artigo 199, que diz: "As instituições privadas poderão participar do Sistema Único de saúde segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. A contratação de prestadores de serviços se viabiliza pelos contratos de serviços, convênios e contratos de gestão." (BRASIL, 2009)

As relações entre gestores do SUS e os serviços privados com fins lucrativos têm sido mediadas pelos contratos de serviços, baseados no pagamento de procedimentos por produção. Os convênios e contratos de gestão têm se destinado à relação entre gestores do SUS e entidades públicas, filantrópicas e sem fins lucrativos. "As ações de contratação ainda carecem de uma reformulação dentro da nova política de regulação da atenção à saúde, na qual se pode prever a articulação com ações de programação, regionalização, controle, regulação do acesso e de avaliação." A contratação é instrumento necessário ao controle e qualificação da assistência. (BRASIL, 2009)

Uma nova modalidade de contratação de serviços de saúde terceirizados é a modalidade de consórcio intermunicipal, apresentada na sequência.

2.4.10 Consórcio intermunicipal de saúde

Os consórcios intermunicipais de saúde vêm sendo adotados há décadas, tendo a Constituição de 1937 (Artigo 29) disposto sobre o agrupamento de municípios para administração de serviços públicos, mas foi só a partir dos anos 80, com o início do processo de descentralização, que essa forma de associação tomou

vulto, especialmente na busca de soluções de problemas comuns para os municípios.

Do ponto de vista jurídico e etimológico, o consórcio é a união ou associação de dois ou mais de dois entes da mesma natureza, constituindo um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns. Ele possibilita aos prefeitos municipais assegurar ações e serviços, mediante a utilização dos recursos materiais e humanos disponíveis. A união desses recursos produzirá os resultados desejados, o que não ocorreria se os municípios atuassem isoladamente.

A relação de igualdade entre os municípios é a base do consórcio, preservando, assim, a decisão e a autonomia dos governos locais, não admitindo subordinação hierárquica a um dos parceiros ou à entidade administradora. Cada consórcio tem características próprias, decorrentes das peculiaridades e dificuldades, tanto da região, quanto do município consorciado. (SANTA CATARINA, 2008).

Na área da saúde especificamente, o consórcio intermunicipal é tido como uma associação entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações. Como iniciativa eminentemente municipal, reforça o exercício da gestão conferida constitucionalmente aos municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O consórcio possibilita, além disso, a viabilização financeira de investimentos e contribui para a superação de desafios locais no processo de implementação do Sistema.

Os consórcios têm sido utilizados na prática, para o enfrentamento de problemas de diferentes naturezas, seja para gerenciar centro regional de especialidades, seja para viabilizar programa de sangue e hemoderivados; suprir necessidades de atendimento de urgência e emergência, atendimento em maternidades, saúde mental, entre outros; e, até mesmo, no campo do saneamento, para proteção de recursos hídricos e a solução de problemas relacionados à destinação de resíduos sólidos.

A prestação de serviços e a implementação de ações de forma consorciada configuram condições altamente favoráveis para que o município venha a assumir as responsabilidades pela gestão plena do seu sistema de saúde.

"O Ministério da Saúde considera o consórcio um importante instrumento para a consolidação do SUS, tanto no que diz respeito à gestão, quanto no tocante à reorientação do modelo da atenção à saúde prestada à população." (BRASIL, 2009)

Assim, mesmo ao buscar essa forma de associação para solucionar questões específicas, como urgências e emergências, os gestores municipais devem ter como perspectiva a integralidade das ações.

3 METODOLOGIA

Foram apresentados os procedimentos utilizados para a realização da pesquisa, que envolve as questões de pesquisa, a definição constitucional de termos, delimitação e delineamento da pesquisa, população e amostra, o instrumento de coleta de dados e a forma de apresentação dos resultados.

3.1 QUESTÕES DE PESQUISA

- Qual a formação Acadêmica dos Secretários Municipais de Saúde dos Municípios que fazem parte da AMARP?
- Quais experiências em trabalho na saúde, anteriores ao Cargo de Secretário Municipal da Saúde?
- Qual a visão dos Secretários Municipais de Saúde quanto à necessidade de treinamentos no início da gestão?

3.2 DEFINIÇÃO CONSTITUCIONAL DE TERMOS

AMARP: é uma entidade registrada como personalidade jurídica de direito privado, reconhecida de utilidade pública, sem fins lucrativos e com estatuto próprio, tendo uma respectiva estrutura. Sua receita provém da contribuição dos municípios filiados. Significa Associação dos Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe.

Secretário Municipal de Saúde: O Secretário Municipal de Saúde é o gestor das políticas de saúde na esfera municipal, é uma figura responsável pela articulação, administração, gerenciamento, desenvolvimento e toda a gestão inter-

setorial, inter-pessoal e multi-profissional da rede de saúde, seja nos Municípios, Estados ou União. O gestor também é responsável por fazer cumprir todos os princípios do SUS.

Sistema Único de Saúde: O Sistema Único de Saúde (SUS) é a denominação do sistema público de saúde no Brasil. Foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” e está regulado pela Lei nº. 8.080/1990, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde.

3.3 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso, para definir o perfil dos Secretários Municipais da AMARP – Associação dos Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe. A presente pesquisa foi realizada entre os dias 25 de julho e 10 de agosto de 2015.

A AMARP é uma Associação criada e é uma entidade registrada como personalidade jurídica de direito privado, reconhecida de utilidade pública, sem fins lucrativos e com estatuto próprio, tendo uma respectiva estrutura. Sua receita provém da contribuição dos municípios filiados.

A AMARP tem o intuito de atender interesses comuns dos Municípios da Região com a finalidade de associar, integrar e representar os seus associados. A AMARP - Associação dos Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe foi desmembrada da AMMOC, região de Joaçaba, e teve sua fundação e instalação em 18 de outubro de 1968. Quando foi criada 10 municípios faziam parte, atualmente fazem parte da Associação 14 municípios, dentre os municípios associados estão Arroio Trinta, Caçador, Calmon, Fraiburgo, Ibiam, Iomerê, Lebon Régis, Macieira e Matos Costa, além ainda do municípios de Pinheiro Preto, Rio das Antas, Salto Veloso, Timbó Grande e Videira onde está localizada sua sede física. Entre os municípios da AMARP são realizados convênios como de educação, saúde, cultura e esporte.

3.4 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa é considerada quanto aos métodos gerais, uma pesquisa indutiva, porque a indução caminha do registro de fatos singulares ou menos gerais, para chegar à conclusão ampliada num sentido geral. Quanto ao método, é observacional, pois consiste em aplicar a atenção a um fenômeno ou problema, captá-lo e retratá-lo tal como se manifesta. Quanto aos fins ou objetivos, trata-se de uma pesquisa descritiva, pois tem a preocupação central de identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência do fenômeno. Quanto aos meios e objetos, é uma pesquisa de diagnóstico, pois se propõe a identificar o perfil profissional dos secretários de Saúde dos municípios da AMARP, baseado no método qualitativo e quantitativo.

3.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa compõe-se de 14 Secretários Municipais de Saúde da Região da AMARP – Associação do Alto Vale do Rio do Peixe.

3.6 COLETA E TRATAMENTO DE DADOS

Para os procedimentos de coleta de dados, foi realizado contato via correio eletrônico (e-mail), com todos os participantes.

3.6.1 Instrumento

O instrumento de coleta de dados é o questionário (Apêndice A), foi desenvolvido com base em categorias e subcategorias. Cada categoria abordou um assunto específico envolvendo os objetivos específicos do trabalho de pesquisa, totalizando de 14 questões, sendo 08 questões objetivas e 06 questões mistas com alternativa de resposta objetiva ou descritiva. . As primeiras 08 questões avaliaram o perfil pessoal e profissional dos respondentes anterior a atual nomeação como secretário municipal de saúde. Outras três questões abordaram o dia no desempenho da função, duas questões avaliaram o quesito conhecimento específico em administração pública e gestão em saúde e uma questão procurou averiguar a necessidade de capacitação no início da gestão como secretário municipal de saúde.

3.6.2 Contato com os respondentes

O contato com os respondentes foi realizado via correio eletrônico (e-mail), sendo utilizado o endereço de correio eletrônico corporativo que consta no site da respectiva prefeitura, a qual cada secretário exerce a função. No e-mail foi realizada apresentação da pesquisa, sendo esclarecido que se trata de um artigo acadêmico sem necessidade de identificação, informando ainda que os dados sejam utilizados em consolidado global somente para fins de pesquisa científica.

4 APRESENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

A pesquisa de foi aplicada aos secretários municipais de saúde dos municípios que fazem parte da AMARP (SC), por meio de um questionário (Apêndice A) composto por 14 questões objetivas e descritivas. O questionário foi enviado por correio eletrônico - email, sendo realizada apresentação da pesquisa, esclarecido que se trata de um artigo acadêmico sem necessidade de identificação, informando que os dados colhidos são utilizados em consolidado global somente para fins de pesquisa científica. Do total de 14 gestores que receberam o questionário, 11 responderam. O resultado da pesquisa foi apresentado em forma de Tabelas com suas respectivas descrições.

Tabela 1: Distribuição dos respondentes quanto ao Município de atuação como secretário (a) de Saúde

Respondente	Sim	Não
Arroio Trinta	X	
Iomerê	X	
Pinheiro Preto	X	
Salto Veloso	X	
Macieira		X
Fraiburgo	X	
Videira	X	
Rio das Antas	X	
Timbó Grande		X
Caçador		X
Calmon	X	
Matos Costa	X	
Ibiam	X	
Lebon Régis	X	

Fonte: Autora.

Na Tabela 1 é possível verificar que dos 14 secretários municipais de saúde, cujos seus respectivos municípios fazem parte da AMARP, sendo que todos receberam o questionário da pesquisa apenas 03 não retornaram o questionário

respondido, sendo estes os secretários de saúde de: Macieira, Timbó Grande e Caçador.

Tabela 2: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto à faixa etária dos respondentes.

Faixa etária	Quantidade	%
Entre 20 e 30 anos	1	9,10
Entre 30 e 40 anos	3	27,27
Entre 40 e 50 anos	2	18,18
Entre 50 e 60 anos	5	45,45
Entre 60 e 70 anos	00	00
Entre 70 e 80 anos	00	00
Total	11	100

Fonte: Autora.

A tabela 2 demonstra a distribuição por faixa etária dos respondentes sendo que se divide em 9,10% entre 20 e 30 anos, 27,27% entre 30 e 40 anos, 18,18% entre 40 e 50 anos, 45,45% entre 50 e 60 anos. As alternativas entre 60 e 70 anos e ainda entre 70 e 80 anos não obtiveram respostas. Evidencia-se nesta questão que o maior número de gestores tem entre 50 e 60 anos. Corroborando com este estudo Castro; Castro e Vilar (2005), realizaram pesquisa com 127 Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio grande do Norte, identificando 41% dos respondentes entre 41 e 50 anos.

Tabela 3: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto ao gênero dos respondentes.

Gênero	Quantidade	%
Masculino	7	63,63
Feminino	4	36,37
Total	11	100

Fonte: Autora

Na tabela número 3 são explanados os resultados por gênero dos respondentes, sendo que 63,63% são do gênero masculino e 36,37% do gênero feminino. A tabela demonstra com clareza a discrepância entre gêneros no cargo de Secretários Municipais de Saúde, tendo a grande maioria dos municípios pesquisados secretários do gênero masculino.

Também demonstrando está disparidade em posições gerenciais, Sandberg (2013, *apud* Rissardi e Schaffrath, 2014 p.190) versa que as decisões mais importantes, em nível de instituições públicas ou privadas, ainda são na maioria decisões masculinas. A mesma autora ainda afirma, dos 195 países independentes no mundo, somente 17 são governados por mulheres, incluindo nesse número a Presidente do Brasil. A ocupação das cadeiras parlamentares no mundo são apenas de 20% para as mulheres, visto que no Congresso dos Estados Unidos a ocupação é de 18% e no Brasil de 9,6%. No mundo empresarial, as mulheres representam um percentual ainda menor; entre as 500 empresas de maior faturamento nos Estados Unidos, os cargos de direção executiva são de 4%, enquanto no Brasil, o percentual feminino entre diretores executivos é de 14%. “No Brasil as mulheres ocupam aproximadamente 14% dos cargos executivos nas quinhentas maiores empresas do país. Na América Latina [...] 1,8 das maiores empresas tem mulheres na direção executiva.” (SANDBERG, 2013 p. 18 *apud* RISSARDI e SCHAFFRATH, 2014 p.190).

Tabela 4: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto ao tempo de residência no município onde trabalha.

Anos	Quantidade	%
2	1	9,10
29	1	9,10
32	1	9,10
34	1	9,10
38	1	9,10
40	1	9,10
45	1	9,10
46	1	9,10
50	2	18,18
58	1	9,10
Não moro no município onde trabalho	00	00
Total	11	100

Fonte: Autora.

A tabela número 4 expõe os números quanto a quantidade e percentagem dos respondentes em relação ao tempo de residência no município onde trabalha. A análise destes resultados informa que todos os Secretários residem no município onde trabalham, tendo variação de 2 a 54 anos de residência no mesmo município.

Tabela 5: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto ao Grau de Escolaridade.

Grau	Quantidade	Percentagem
Ensino Fundamental	00	00
Ensino médio	5	45,45
Ensino superior Completo	02 Serviço social 02 Pedagogia	36,37
Superior Incompleto	2	18,18
Total	11	100

Fonte: Autora.

A tabela número 5 demonstra o quociente em quantidade e percentagens dos respondentes quanto ao Grau de Escolaridade, sendo que dos 11 entrevistados 45,45% possui ensino médio, 18,18% possui ensino superior incompleto, 36,37% possui ensino superior completo, tendo como áreas de formação profissional serviço e pedagogia. Na oposição dos números apresentados acima Castro; Castro e Vilar (2005) realizaram pesquisa com 127 Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio grande do Norte, identificando 71% dos respondentes com nível superior.

Questionados ainda quanto à instituição de ensino, responderam ter cursado nível superior nas seguintes universidades:

- 01 Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de União da Vitória – FAFI.
- 01 Universidade do contestado - UNC
- 01 Universidade alto vale do Rio do Peixe – UNIARP
- 01 Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC

Na mesma questão também foi perguntado se aqueles com nível superior completo possuem alguma especialização, obtendo a resposta que os mesmos 36,37% dos respondentes que possuem ensino superior também cursaram alguma especialização. Sendo que os cursos de especialização são: 01 Psicopedagogia, 01 Políticas Sociais Públicas, 01 Administração Escolar e 01 Recursos Humanos e Gestão pública.

A verificação dos resultados apresentados nesta questão indica que a maior percentagem dos secretários de saúde não possui nível superior completo, porém aqueles com diploma de graduação continuaram os estudos, pois todos têm curso de especialização, no entanto também é possível perceber que os cursos de graduação não são nas áreas da saúde nem mesmo nas áreas públicas, conforme já citado no decorrer deste estudo Wilson Duarte Alecrim, na revista do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (2013, p. 16) afirma que: “[...] a escolha do gestor deve ser criteriosa ele deve ter o perfil adequado para conduzir a saúde. Hoje, é impossível que o gestor municipal possa ter bom desempenho se ele não estiver inteirado das situações que permeiam o SUS [...]”.

Tabela 6: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto à quantidade de vezes que já esteve ocupando o cargo de secretário (a) municipal de saúde.

Número de vezes	Quantidade	Percentagem
Primeira Vez	7	63,63
Segunda Vez	2	18,18
Terceira Vez	1	9,10
Mais de três vezes	1	9,10
Total	11	100

Fonte: Autora.

A tabela número 6 informa a quantidade e percentagens dos respondentes em relação às vezes que já esteve ocupando o cargo de secretário (a) municipal de saúde, sendo que 63,63% dos respondentes afirmam ser a primeira vez, 18,18% segunda vez, 9,10% terceira vez e por fim 9,10% mais de três vezes. A grande maioria conforme se observa está vivendo a experiência pela primeira vez.

Tabela 7: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto à profissão ou função anterior a nomeação como secretário (a) municipal de saúde.

Função Anterior	Quantidade	Percentagem
Assistente Social	2	18,18
Técnico de enfermagem	2	18,18
Gerente de Cultura	1	9,10
Motorista da saúde	1	9,10
Gerente Regional de turismo	1	9,10
Agente Comunitário de Saúde	1	9,10
Vereadora	1	9,10
Chefe de Cartório Eleitoral	1	9,10
Secretário de Agricultura e Meio Ambiente	1	9,10
Total	11	100

Fonte: Autora

A tabela número 7 mostra a quantidade e percentagens dos respondentes quanto à profissão ou função anterior a nomeação como secretário (a) municipal de

saúde, tem-se 18,18% assistente social, 18,18% técnico de enfermagem, 9,10% gerente de cultura, 9,10% motorista da saúde, 9,10% gerente regional de turismo, 9,10% agente comunitário de saúde, 9,10% vereadora, 9,10% chefe de cartório eleitoral, 9,10% secretário de cultura e meio ambiente. Ressalta-se nestes dados que dos 11 respondentes, 07 já se encontravam em função no serviço público, seja em vaga de concurso ou cargos em comissão.

Tabela 8: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto ao acúmulo de outra função além de secretário (a) municipal de Saúde.

Acúmulo de função	Quantidade	Percentagem
Não	9	81,81
Sim	2	18,18
Total	11	100

Fonte: Autora

A tabela número 8 identifica a quantidade e as percentagens dos respondentes quanto ao acúmulo de outra função além de secretário (a) municipal de Saúde, sendo que 81,81% não exercem função concomitante, e 18,18% sim exercem outra função, tendo descrito que simultaneamente 01 está também na função de Secretário de Assistência Social e outro Vice-Prefeito.

Tabela 9: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto a atividade que consome a maior parte do seu tempo no dia a dia laboral.

Atividade	Quantidade	Percentagem
Resolver problemas imediatos e urgentes	7	63,63
Atender usuários	3	27,27
Resolver questões de Recursos humanos	00	00
Planejar atividades / projetos	1	9,10
Total	11	100

Fonte: Autora

A tabela número 9 demonstra a quantidade e as percentagens dos respondentes quanto às atividades que consomem a maior parte do tempo no dia a dia laboral, 63,63% dos respondentes dizem resolver problemas imediatos e urgentes, 27,27% atender usuários, 9,10% planejar atividades e projetos, alternativos: resolver questões de recursos humanos, não obteve resposta. Os números apresentados indicam que o planejamento de ações e projetos em saúde está sendo deixado de lado em detrimento ao atendimento aos usuários do sistema de saúde. O Ministério da Saúde, no entanto possui publicações com modelos de instrumentos para planejar as atividades em saúde como já apresentado no decorrer deste estudo, sendo assim a teoria e a prática estão em sentido contrário no dia dos secretários de saúde dos municípios da AMARP.

Tabela 10: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto à principal dificuldade sentida na gestão/administração da secretaria municipal de saúde.

Dificuldade	Quantidade	Percentagem
Insuficiência e desqualificação de Recursos Humanos	2	18,18
Pouca informação (técnica ou legislação) em saúde do secretario (a) Municipal	1	9,10
Judicialização da saúde	2	18,18
Falta de autonomia/ingerência	00	00
Insuficiência de Recursos Financeiros	6	54,54
Má gestão dos recursos públicos	00	00
Total	11	100

Fonte: Autora

A tabela número 10 demonstra a quantidade e as percentagens dos respondentes quanto à principal dificuldade sentida na gestão/administração da secretaria municipal de saúde, obteve-se 18,18% que define como a principal dificuldade a Insuficiência e desqualificação de Recursos Humanos, 9,10% Pouca

informação (técnica ou legislação) em saúde do secretário (a) Municipal, 18,18% judicialização da saúde, 54,54% Insuficiência de Recursos Financeiros.

Tabela 11: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto ao conselho municipal de saúde no seu município: assinale a alternativa que retrata sua realidade.

Realidade do conselho de saúde.	Quantidade	Percentagem
Existe para cumprir as formalidades da legislação	3	27,27
Tem apoio da administração pública que acata suas resoluções	2	18,18
É atuante e funciona em caráter deliberativo e permanente.	6	54,54
Sofre muitas intervenções políticas	00	00
Total	11	100

Fonte: Autora

A tabela número 11 explana a distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes em relação ao conselho municipal de saúde no seu município. As respostas compiladas definem que 27,27% dos respondentes indicam que o conselho existe para cumprir as formalidades da legislação, 18,18% assinala que o conselho tem apoio da administração pública que acata suas resoluções, e ainda a maior parte respondeu que o conselho é atuante e funciona em caráter deliberativo e permanente. Analisando os dados apresentados é possível perceber que a sociedade organizada é ouvida em boa parte dos municípios que foram pesquisados, considerando que a legislação brasileira define que os conselhos sejam formados por representantes da sociedade civil e das três esferas de governo.

Tabela 12: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto aos instrumentos de planejamento e gestão na Administração Pública (PPA / LDO / LOA).

Instrumentos de gestão pública	Quantidade	Percentagem
Conheço o significado e participo da elaboração, bem como acompanho a execução;	8	72,73
Conheço o significado, mas não participo da elaboração;	3	27,27
Não conheço os instrumentos citados;	00	00
Total	11	100

Fonte: Autora

A tabela número 12 apresenta os dados das quantidades e das percentagens dos respondentes quanto aos instrumentos de planejamento e gestão na Administração Pública (PPA / LDO / LOA), sendo que 72,73 % afirmam conhecer o significado e participar da elaboração, bem como acompanhar a execução dos planos e leis, por outro lado 27,27% dos respondentes dizem conhecer o significado, mas não participar da elaboração.

Tabela 13: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto aos instrumentos de planejamento e gestão em Saúde (Agenda de Saúde / Plano de Saúde/ Relatório de Gestão)

Instrumentos de gestão em saúde	Quantidade	Percentagem
Conheço o significado e participo da elaboração bem como acompanho a execução;	9	81,81
Conduzo a elaboração com base no diagnóstico da saúde no município;	1	9,10
Conheço o significado, mas não participo da elaboração;	1	9,10
Não conheço os instrumentos citados.	00	00
Total	11	100

Fonte: Autora

A tabela número 13 apresenta os dados das quantidades e das percentagens dos respondentes quanto aos instrumentos de planejamento e gestão em saúde,

neste item 9,10% afirma conhecer o significado, mas não participar da elaboração, ainda 9,10% respondeu conduzir a elaboração com base no diagnóstico da saúde no município, por fim o grande número dos secretários sendo 81,81% considera conhecer o significado e participar da elaboração, bem como acompanhar a execução. Na análise das informações apresentadas nesta questão demonstra que dez dos onze secretários pesquisados planeja e acompanha as ações de saúde, o que leva a crer que estes secretários conhecem as necessidades dos munícipes e trabalham para suprir ou amenizar-las.

Tabela 14: Distribuição da quantidade e das percentagens dos respondentes quanto à necessidade de capacitação no início da sua gestão como secretário (a) municipal de Saúde.

Necessidade de Capacitação	Quantidade	Percentagem
Gestão da saúde (Planejamento / Instrumentos/ Sistemas de informação...)	1	9,10
Legislação da Saúde (Leis / Portarias...)	1	9,10
Financiamento da Saúde (PAB/MAC/ Recursos Vinculados...)	4	36,37
Todas as alternativas	5	45,45
Não é necessário capacitação	00	00
Total	11	100

Fonte: Autora

A tabela número 14 retrata as informações das quantidades e das percentagens dos respondentes quanto à necessidade de capacitação no início da gestão como secretário (a) municipal de Saúde, sendo que 9,10% reconhecem a necessidade de capacitação em gestão da saúde, 9,10% percebe que necessita conhecer mais sobre legislação da saúde, 36,37% diz preferir capacitação no tema financiamento da saúde, porém a maior percentagem 45,45% afirma a necessidade de capacitação em todas as alternativas sugeridas. Na pergunta à ainda a escolha pela não necessidade de capacitação no início da gestão, sendo que para está não houve resposta. Ressalta-se que todos os secretários percebem a necessidade de obter conhecimento para realizar um bom trabalho em favor da população.

5 PROPOSTA DE INOVAÇÃO

Realizada a apresentação dos dados referente às categorias e subcategorias na percepção dos respondentes, se apresenta proposta para inovações e projetos a fim de melhorar o desempenho no serviço público em saúde e aperfeiçoar a utilização do dinheiro público, é preciso salientar que as sugestões indicadas serão projetadas em sua maioria para o início do próximo mandato municipal.

Proposta 1: *WORKSHOP* INICIATIVAS DE SUCESSO.

O que fazer?	Como Fazer?	Quem vai fazer?	Quando vai fazer?	Quanto vai custar?	Que benefícios vai trazer?
Disseminar iniciativas de sucesso.	Convidar os secretários de saúde para eleger em seu município um projeto com resultado satisfatório e apresentar aos demais.	9ª Gerencia de Saúde em parceria com os municípios.	Setembro 2016.	00,00	Integração de conhecimento a toda a região com possibilidade de implantar e ou adequar para em outros municípios, boas práticas em saúde.

Quadro 1: Plano de ação - Disseminar iniciativas de sucesso.

Fonte: Autora

Proposta 2: MESA REDONDA: EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS POR SECRETÁRIOS DE SAÚDE EM MANDATO ANTERIOR.

O que fazer?	Como Fazer?	Quem vai fazer?	Quando vai fazer?	Quanto vai custar?	Que benefícios vai trazer?
Transmitir conhecimento do dia a dia como secretário e motivar os admitidos no cargo.	Através de depoimentos de secretários de saúde do mandato anterior, explanando os medos e dificuldades no início da gestão e superação das adversidades.	AMARP.	Dezembro de 2016.	00,00	Conhecimento prático, encorajamento de atitude aos admitidos no cargo e desenvolvimento de inteligência emocional.

Quadro 2: Plano de ação - Transmitir conhecimento da realidade.

Fonte: Autora.

Proposta 3: SEMINÁRIO LEGISLAÇÃO DA SAÚDE.

O que fazer?	Como Fazer?	Quem vai fazer?	Quando vai fazer?	Quanto vai custar?	Que benefícios vai trazer?
Aumentar o nível de conhecimento, quanto à legislação que rege a saúde no Brasil.	Seminário com conhecedores do assunto.	AMARP e 9ª Gerência de Saúde estadual.	Fevereiro de 2017.	00,00	Aumento do conhecimento dos gestores quanto às leis que regulamentam a saúde no Brasil, criar subsídios para desenvolver ações em saúde.

Quadro 3: Plano de ação - Seminário legislação da saúde.

Fonte: Autora.

Proposta 4: SEMINÁRIO PLANEJAMENTO/GESTÃO DA SAÚDE.

O que fazer?	Como Fazer?	Quem vai fazer?	Quando vai fazer?	Quanto vai custar?	Que benefícios vai trazer?
Desenvolver conhecimento sobre gestão da saúde.	Seminário com conhecedores do assunto.	AMARP e 9ª Gerência de saúde Estadual.	Março de 2017.	00,00	Secretários de Saúde qualificados para realizar planejamento administrativo da saúde; realizar diagnóstico da realidade do seu município e definir prioridades nas ações.

Quadro 4: Plano de ação - Seminário gestão da saúde.

Fonte: Autora

Proposta 5: SEMINÁRIO FINANCIAMENTO DA SAÚDE.

O que fazer?	Como Fazer?	Quem vai fazer?	Quando vai fazer?	Quanto vai custar?	Que benefícios vai trazer?
Desenvolver conhecimento sobre financiamento da saúde.	Seminário com conhecedores do assunto.	AMARP e 9ª Gerência de saúde Estadual.	Março de 2017.	00,00	Secretários de Saúde qualificados para pleitear recursos financeiros e realizar investimentos e manter os serviços de saúde com otimização de gastos e segurança jurídica.

Quadro 5: Plano de ação - Seminário financiamento da saúde.

Fonte: Autora

6 CONCLUSÃO

A sociedade e tudo ao seu redor estão em constante mutação, o que leva a estudos no sentido de entender estas mudanças. Para entender o fenômeno primeiro é preciso entender as variáveis que o cercam, desta forma realizou-se a descrição de conceitos quanto à organização e suas ramificações de organização pública e privada ainda resgate histórico do SUS, explanando os princípios constitucionais que regem este imenso sistema de saúde que abrange todo o território nacional, e que é custeado pelas três esferas governamentais, porém o município tem a maior responsabilidade nesta divisão, pois toda a estrutura de atenção básica, a qual realiza prevenção e promoção da saúde com atendimento individual e coletivo, sendo nesta esfera 80% da resolução dos problemas de saúde, ficando a solução dos outros 20% que corresponde à média e alta complexidade para as esferas estadual e federal.

A gestão municipal tendo a maioria das responsabilidades também tem muitos desafios que vão desde a escolha do secretário municipal de saúde com perfil adequado para a função, há ainda o desafio do financiamento da saúde e da contratualização de serviços privados quando público não possui possibilidades de atender a demanda populacional. No sentido de auxiliar as decisões da gestão municipal o ministério da saúde através de documentos como portarias, e instruções normativas instituiu os instrumentos de gestão em saúde, sendo eles: plano municipal de saúde, a programação anual da saúde e o relatório anual de gestão, os quais enquadram desde o planejamento de projetos e ações até o relatório do que foi efetivamente desenvolvido e favor da população.

A pesquisa realizada neste estudo demonstrou que de 14 secretários de saúde dos municípios que compõem a AMARP, 11 colaborou em responder os questionamentos, tendo os respondentes apresentado as seguintes características: em sua totalidade residem nos municípios onde trabalham, sendo o período de residência entre 2 e 54 anos, em sua maioria se encontram na faixa etária entre 50 e 60 anos, prevalece entre os mesmos o gênero masculino, quanto ao grau de escolaridade o resultado entre nível superior completo e ensino médio estão próximos, no entanto os cursos de nível superior não estão diretamente relacionados

a área da saúde, vale ressaltar que aqueles que possuem nível superior também cursaram algum curso de especialização, a maioria dos respondentes está no cargo pela primeira vez, e ao quanto trabalho anterior apenas 4 possuíam atividade relacionada a saúde, os outros todos exerciam atividade relacionadas a cargos públicos, a acumulação de cargos não prevalece dentre os respondentes, quanto as atividades diárias a resolução de problemas imediatos e urgentes destacou-se.

Na continuidade desta análise evidencia-se a principal dificuldade apresentada pelos respondentes sendo a insuficiência dos recursos financeiros para desenvolver o trabalho proposto, a maioria afirma que o conselho de saúde é atuante e funciona em caráter deliberativo e permanente, quanto aos instrumentos de planejamento e gestão na Administração Pública o que prevalece é o conhecimento do significado dos instrumentos e participar da elaboração, bem como acompanhar a execução dos mesmos, quanto ao conhecimento do significado de instrumentos de gestão em saúde prevalece o Conhecimento do significado e participação da elaboração dos instrumentos bem como acompanhar a execução e por fim questionados quanto à necessidade de capacitação no início do mandato como secretários de saúde a maioria afirma reconhecer necessidade de se capacitar nos quesitos, gestão em saúde, legislação da saúde e financiamento da saúde.

Desta forma, conclui-se que este estudo possibilitou entender conceitos, vivenciar situações, diagnosticar suposições empíricas e sugerir melhorias que devem refletir na melhora da gestão da saúde realizada pelos secretários de saúde dos municípios que compõem a AMARP. Entende-se que este não finda a análise realizada sobre o tema, outras propostas podem se realizadas ampliando o território de abrangência dos pesquisados.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Maria Thereza Pompas. **Capital Intelectual**. São Paulo: Atlas, 2000.
- BOOG, G. Gustavo. **O Desafio da Competência**: Como sobreviver em um mercado cada vez mais competitivo e preparar-se para o futuro. São Paulo: Best Seller, 2004. 240 p.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**: que dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 27 de jun. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Direitos Dos Usuários E Das Ações De Serviços De Saúde No Brasil**: legislação federal compilada – 1973 a 2006. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)** : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf > Acesso em: 15 de set. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS** (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 20 julho 2015.
- BRASIL. Conselho nacional de secretários de saúde. **A gestão administrativa e financeira no SUS**. Brasília: CONASS, 2011. 132 p.(Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v. 8).
- BRASIL. Conselho nacional de secretários de saúde. **A gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 120 p.(Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v. 9).
- BRASIL. Diretrizes Operacionais. **Pactos pela Vida em Defesa dos SUS e de Gestão**. Brasília. Comissão Intergestores Tripartite, 2006. 75p. (Série Pactos pela saúde, 2006, v.1).
- BRASIL. Conselho nacional de secretários de saúde. **A gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 120 p.(Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v. 9).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 3.085, de 1º de dezembro de 2006**. Regulamenta o sistema de planejamento do SUS. Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor>>. Acesso em 15 de jul. 2015.

CARAVANTES, Geraldo Ronchetti. **Teoria Geral da Administração: pensando & fazendo**. 4. ed. Porto Alegre: AGE, 2003.

CASTRO, Janete Lima de; CASTRO, Jorge Luis de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de. Universidade Federal do Rio Grande do Norte núcleo de estudos em saúde coletiva observatório RH NESC/UFRN. **Quem são os Gestores Municipais de Saúde no Rio Grande do Norte? Um estudo sobre o perfil**. 2005. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/Quem_sao_%20gestores_RN.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. 133 p. (Coleção para entender a gestão do SUS 2015, 1ª ed.).

CHIAVENATO, Idealberto. **Administração de recursos humanos: fundamentos básicos**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 205 p.

CHIAVENATO, Idealberto. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1999. 457. p.

CHIAVENATO, Idealberto. **Remuneração, benefícios e relações de trabalho**. São Paulo: Atlas, 1998. 189. p.

DECKER, Cleiton Bierhals; MICHEL, Margareth. A Imagem nas Organizações Públicas: Uma questão de política, poder, cultura e comunicação. Estudo de caso INSS em Pelotas. **Biblioteca on – line de Ciências da Comunicação**, 20___. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/decker-cleiton-michel-margaret-imagem-nas-organizacoes.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2015.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **O melhor de Peter Drucker: Obra completa / Peter F. Drucker**; tradução de Maria I. Leite Rosa, Arlete Simille Marques e Edite Sciulli. São Paulo: Nobel, 2002. 570 p.

PIRES, José Calixto de Souza; MACÊDO, Kátia Barbosa. **Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a05.pdf>. Acesso em: 24 de abril 2015.

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O desafio dos novos gestores municipais de saúde no Brasil**. 6 ed. Janeiro, fevereiro e março de 2013. 41p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/RevistaConsensus/Edicao_06/> Acesso em: 25 set. 2015.

RISSARDI, Viviam Fiabane; SCHAFFRATH, Evaldo. **Mercado de trabalho: desigualdades de gênero e enfrentamento ao conflito**. Revista Unoesc & Ciência. 187-194 p. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Documents%20and%20Settings/vivi/Meus%20documentos/Downloads/5001-20758-1-PB.pdf>> Acesso em: 28 nov. 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos Direitos Fundamentais**. 8ª edição. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de Orientação para Gestores Municipais de Saúde**. Florianópolis: IOESC, 2008.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 27 ed. São Paulo: Malheiros, 2006. 924p.

APÊNDICE

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Caro Gestor:

A UNOESC Campus Videira, através do Curso de Pós Graduação em Gestão e Controle no Setor Público esta promovendo uma pesquisa a qual se intitula: Gestão Pública: perfil profissional dos gestores municipais de saúde nos municípios da AMARP. Desta forma, solicito sua colaboração, para que a pesquisa atinja o objetivo a fim de identificar as potencialidades e as dificuldades dos gestores em Saúde nos municípios da AMARP. **Saliento que a intenção da pesquisa não é identificar pessoas. As informações obtidas serão confidenciais, analisadas e divulgadas em consolidados globais.**

Orientações para responder a pesquisa.

- *Preencha apenas uma alternativa em cada questão.*
- *Não existem respostas certas ou erradas, portanto expresse sua opinião e demonstre a realidade de seu município.*

Sua opinião é muito importante. Obrigada!

Perfil dos Gestores Municipais de Saúde dos Municípios da AMARP.	
a)	Município: Em qual município atua como secretário (a) de Saúde? _____
b)	Em qual Faixa Etária abaixo se encontra? Entre 20 e 30 anos () Entre 40 e 50 anos () Entre 60 e 70 anos () Entre 30 e 40 anos () Entre 50 e 60 anos () Entre 70 e 80 anos ()
c)	Sexo Masculino () Feminino ()
d)	Quanto tempo mora neste município? ____Anos ____Meses Não residu no município onde trabalho ()
e)	Escolaridade: Assinale a escolaridade que você possui hoje Ensino Fundamental () Ensino Superior Completo () Graduado em: _____ Em qual Universidade: _____ Especialização: Sim () Não () Na área de: _____ Doutorado: Sim () Não () Na área de: _____

f)	Profissão: Quantas vezes já esteve ocupando o cargo de secretário(a) municipal de saúde?	
	Primeira vez ()	Segunda vez ()
	Terceira vez ()	Mais de três vezes ()
g)	Qual a profissão ou função exercida anterior a nomeação como secretário (a) Municipal de Saúde? _____	
h)	Hoje acumula outra função, além de Secretário(a) Municipal de Saúde?	
	Sim ()	Não ()
	Se você respondeu sim acima, escolha uma das alternativas abaixo.	
	Função Técnica ()	Outra função gerencial ()
	Função Docente / professor ()	
	Outra: _____	
i)	No seu dia a dia laboral como Secretário (a) Municipal de Saúde: qual das atividades abaixo consome a maior parte do seu tempo.	
	Resolver problemas imediatos e urgentes; ()	Resolver questões de Recursos humanos ()
	Atender usuários; ()	Planejar atividades / projetos ()
j)	Qual a principal dificuldade sentida na gestão/administração da secretaria municipal de saúde?	
	Insuficiência e desqualificação de Recursos Humanos. ()	Falta de autonomia/ingerência ()
	Pouca informação (técnica ou legislação) em saúde do secretário (a) Municipal. ()	Insuficiência de Recursos Financeiros ()
	Judicialização da saúde ()	Má gestão dos recursos públicos ()
k)	Quanto ao conselho municipal de saúde no seu município: assinale a alternativa que retrata sua realidade.	
	Existe para cumprir as formalidades da legislação; ()	É atuante funciona em caráter deliberativo e permanente. ()
	Tem apoio da administração pública que acata suas resoluções. ()	Sofre muitas intervenções políticas ()
l)	Quanto aos instrumentos de planejamento e gestão na Administração Pública (PPA / LDO / LOA):	
	Conheço o significado e participo da elaboração, bem como acompanho a execução; ()	Conheço o significado, mas não participo da elaboração. ()
	Não conheço os instrumentos citados, ()	
m)	Quanto aos instrumentos de planejamento e gestão em Saúde (Agenda de Saúde / Plano de Saúde/ Relatório de Gestão):	

Conheço o significado e participo da elaboração, bem como acompanho a execução;	<input type="checkbox"/>	Conheço o significado, mas não participo da elaboração;	<input type="checkbox"/>
Conduzo a elaboração com base no diagnóstico da saúde no município;	<input type="checkbox"/>	Não conheço os instrumentos citados,	<input type="checkbox"/>
n) No início da sua gestão como secretário (a) municipal de Saúde sentiu necessidade de capacitação em:			
Gestão da saúde (Planejamento / Instrumentos/ Sistemas de informação..)	<input type="checkbox"/>	Financiamento da Saúde (PAB/MAC/ Recursos Vinculados...)	<input type="checkbox"/>
Legislação da Saúde (Leis / Portarias...)	<input type="checkbox"/>	Todas as alternativas	<input type="checkbox"/>
Não é necessário capacitação ()			

Obrigada pela contribuição!