



artigo original

Administração da Saúde Pública: o discurso dos gestores da Região Sudoeste do Paraná

*Public Health Management: what healthcare managers in the
Southwestern Region of the State of Paraná have to say*

Lirane Elize Ferreto¹, Rosimar Betiatto², Carolina Santana³, Nilsa Maria Guarda Canterle⁴,
Nelito Zanamaria⁵

RESUMO

O presente estudo visa traçar um perfil dos gestores municipais de saúde, englobando variáveis pessoais e do administrador público. Trata-se de um estudo de caso envolvendo os gestores da microrregião de Francisco Beltrão, composta por 27 municípios. A coleta de dados foi feita por meio de entrevista semi-estruturada. Na análise dos dados utilizou-se da proposta de Bardin (1977), de análise de conteúdo. Dos gestores entrevistados, 68,8% possuem nível universitário, sendo que só 30% têm formação na área de saúde. A renda média dos gestores municipais é de cinco salários mínimos, sendo que 56,3% recebem de um a quatro salários mínimos. Dos entrevistados 56,3% atuam há menos de quatro anos na gestão e 95,6% já atuavam em algum setor da saúde anteriormente. Entre os gestores, 100% responderam conhecer as competências de cada esfera e a importância do trabalho em parceria, principalmente com o Conselho Municipal de Saúde. Destes, 87,5% tem em seu município a Gestão Plena da Atenção Básica. Os gestores entrevistados têm dificuldades em gerenciar, organizar e planejar a saúde pública frente aos recursos escassos financeiros e humanos.

ABSTRACT

This is a case study involving healthcare managers of the Francisco Beltrão region, encompassing 27 municipalities. Data were gathered in a semi-structured interview, and the data were analyzed according to the data content proposal of Bardin (1977). 68.8% of the managers interviewed have a university degree, and only 30% graduated in the healthcare area. Mean income of the municipal healthcare managers is of five minimum salaries, and 56.3% earn from one to four minimum salaries. 56.3% of the interviewees have been working in management for less than four years, and 95.6% had prior jobs in some healthcare-related sector. All of the managers answered that they are aware of the competences of each sphere and of the relevance of partnership work, particularly with the Municipal Council of Health. 87.5% of the managers work for municipalities that have Full Management of Basic Healthcare. Interviewees have difficulties to manage, organize, and plan public health in view of the scarce funds and human resources.

Palavras-chave

Gestor de saúde. Recursos.
Entraves. Políticas de saúde.

Keywords

*Healthcare manager.
Resources. Obstacles.
Healthcare policies.*

Conflito de interesse: nenhum declarado.
Financiador ou fontes de fomento: nenhum declarado.
Data de recebimento do artigo: 27/7/2007.
Data da aprovação: 20/9/2007.

1. Universidade Estadual do Oeste do Paraná; Diretora do CCSA; Economista Doméstica, Msc. Saúde Coletiva.

2. Universidade Estadual do Oeste do Paraná; Economista Doméstica.

3. Secretaria Municipal de Saúde de Tapes, RS, Msc. Saúde Coletiva.

4. Universidade Estadual do Oeste do Paraná; Docente; Mestranda em Engenharia de Produção – PUC – PR.

5. Universidade Estadual do Oeste do Paraná; Docente; Economista.

Endereço para correspondência: Lirane Elize Ferreto, Rua Maringá, 1.200, Vila Nova – 85605-010 – Francisco Beltrão – PR.

Endereço eletrônico: lferreto@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Norma Operacional Básica (NOB 01/96), através da Portaria GM/MS, de 06/11/96, permite o estabelecimento do princípio constitucional do comando único em cada nível de governo, descentralizando os instrumentos gerenciais necessários por meio das formas de gestão propostas, caracterizando as responsabilidades sanitárias de cada gestor, definindo como principal operador da rede de serviços do SUS o Sistema Municipal de Saúde, permitindo aos usuários ter visibilidade dos responsáveis pelas políticas públicas que determinam o seu estado de saúde e condições de vida⁽¹⁾.

No processo da descentralização, os municípios passam a assumir seu papel de gestores em uma das duas modalidades de gestão estabelecidas na NOB-SUS 01/96: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Tanto para uma como para a outra, o município deve responder a determinados requisitos.

O gestor municipal do SUS é sempre estatal, podendo os prestadores ser estatais (federais, estaduais e municipais), privados sem fins lucrativos (as entidades filantrópicas) ou privados com fins lucrativos de forma complementar e nesta ordem de prioridade e mantendo sua subordinação e relações (a programação pactuada e integrada, os pagamentos, as atividades de controle e auditoria, o acompanhamento e a avaliação) com o gestor do município em que estão localizados⁽¹⁾.

Gestão é o corpo de conhecimentos e princípios que orientam o arranjo estruturado das atividades e responsabilidades de dirigir um sistema de saúde, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saú-

de, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal⁽²⁾.

As interações e a interdependência entre as funções são aspectos da maior relevância no planejamento das ações de saúde que, para uma comunidade, concretiza a responsabilidade dos gestores pela saúde da população.

O planejamento é uma arma poderosa para apoiar o desenvolvimento e sofisticação administrativa das organizações e dos sistemas. A necessidade de planejar traz em si, em primeiro lugar, o reconhecimento de que se quer governar o futuro em direção satisfatória, ou seja, quer mudanças em determinada situação que se mostra insatisfatória⁽³⁻⁴⁾, procurando-se a qualidade. O desafio que se coloca ao gestor municipal da saúde está em buscar instrumentos que o auxiliem na tarefa de gerir em uma realidade complexa; um destes instrumentos é o planejamento. Assim o objetivo desta pesquisa foi o de traçar o perfil do gestor que atua na Região Sudoeste do Paraná, associando as informações com as discussões da literatura sobre o assunto.

MÉTODOS

O método utilizado foi o estudo de caso⁽⁵⁾, em que a entrevista semi-estruturada foi a forma de obtenção de dados. O estudo teve objeto empírico de investigar a prática nas secretarias municipais de saúde de 16 gestores municipais da microrregião de Francisco Beltrão, composta por 27 municípios que somam uma população estimada em 2005 de 315.635 habitantes.

O instrumento de coleta foi elaborado para contemplar aspectos socioeconômicos que envolvam os entrevistados, gestão dos municípios e a relação entre o gestor, os serviços, os profissionais e a comunidade, com intuito de identificar os estrangulamentos da gestão municipal em saúde. A coleta de dados foi realiza-

da no período de agosto a setembro de 2006, sendo agendado e definido o local da coleta com antecedência; os dados foram gravados e transcritos fielmente pela pesquisadora.

Para análise dos dados utilizou-se da proposta de Bardin⁽⁶⁾, que trabalha com análise de conteúdo. Foi utilizada a unidade de significação, sendo que algumas categorias foram agrupadas e analisadas a partir de unidade de frequência. No agrupamento dos dados foram definidas as categorias de análise socioeconômica, gestão dos serviços de saúde e financiamento.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através da pesquisa procurou-se saber junto aos gestores municipais dados referenciais das características dos secretários municipais de saúde, da estrutura da saúde nos municípios pesquisados, forma de gestão e orçamento para saúde, que são aspectos que influenciam diretamente sobre a gestão e os resultados que estas obterão tanto no contato direto com o usuário como na resolutividade da problemática que envolve as questões de saúde individual e coletiva.

Na tabela 1 observa-se que no perfil dos secretários municipais de saúde atualmente prevalece o sexo feminino. Em relação aos gestores entrevistados, destaca-se que 68,8% possuem nível de escolaridade universitário, sendo que só 30% têm formação na área de saúde.

De acordo com Junqueira⁽⁷⁾, a gerência necessita que o indivíduo que esteja à frente tenha conhecimentos e habilidades que perpassem as dimensões técnica, administrativa, política e psicossocial. Essas dimensões possuem significados próprios, permitindo caracterizar não um único estilo de gerência eficaz, mas qualidades que devem permear a ação do gerente.

Com as entrevistas constatou-se que 70% dos gestores municipais de saúde tinham formação em outras áreas, todos

TABELA 1
Características socioeconômicas
dos gestores municipais de saúde
da microrregião de Francisco
Beltrão, Paraná, 2006

Características socioeconômicas	N = 96	%
Sexo		
Feminino	9	56,3
Masculino	7	43,7
Escolaridade		
2º grau completo	3	18,7
3º grau incompleto	2	12,5
3º grau completo	6	37,5
Pós-graduação	5	31,3
Atividade anterior		
Trabalha na saúde	88	95,6
Não trabalha na saúde	2	2,2
Estudante	2	2,2
Tempo na atividade		
1 a 4 anos	9	56,3
5 a 9 anos	5	31,3
10 anos e mais	2	12,4
Renda		
R\$ 1.000,00 a 2.000,00	8	50
R\$ 2.001,00 a 4.000,00	7	43,7
RS 4.001,00 e mais	1	6,3

Fonte: Pesquisa de campo, 2006.

já atuaram no serviço de saúde. Portanto, o que se espera é que o gestor em saúde tenha conhecimento para ser legitimado diante de seus subordinados, podendo, inclusive, ser fonte de prestígio.

Em relação ao tempo de atuação na área da gestão em saúde pública, 56,3% atuam há menos de quatro anos na gestão, mas merece destaque que 95,6% já atuavam em algum setor da saúde; estes dados demonstram-se diferentes dos da pesquisa de Souza⁽³⁾ em Minas Gerais, onde se constatou que 66% dos gestores exerciam o cargo pela primeira vez. Mesmo diante do conhecimento que os gestores municipais de saúde já possuem sobre a área de saúde, quando assumem o cargo de gerenciar observa-se a necessidade dos profissionais em par-

ticipar de cursos específicos, de informação e conhecimentos sobre leis e normas do SUS, que não se relacionam à escolaridade e nem ao tipo de atividade que exerciam anteriormente.

Geralmente a escolha dos gestores está intimamente ligada a indicações políticas e, conforme Souza⁽³⁾, o Poder Executivo municipal vem compreendendo o papel fundamental do setor Saúde, buscando, então, o aproveitamento de Secretários que atuaram em outros municípios e/ou os mantendo no cargo quando de sua reeleição. A partir da municipalização da saúde, foi atribuído ao gestor maior autonomia para gerenciar o setor de saúde juntamente com outros parceiros, tanto da iniciativa privada, como do controle social. A municipalização da saúde tem significado o reconhecimento da responsabilidade das esferas públicas para com a saúde e seus cidadãos, permitindo ao gestor maior racionalidade do sistema de saúde, já que os problemas e o poder de decisão concentram-se na mesma esfera.

A descentralização prevista no SUS e implementada pelos municípios permitiu aos níveis estadual e municipal coordenar as ações de modo que a implantação do SUS ocorresse de acordo com seus princípios. Ressalta-se que estas conquistas contribuiram para que os municípios priorizassem as ações que dizem respeito às características particulares de cada município, fazendo com que o nível federal apenas transfira o pagamento para os demais níveis administrarem as ações.

Observa-se que 87,5% dos municípios optaram pela Gestão Plena de Atenção Básica; este tipo de gestão possui uma rede de unidades prestadoras de serviços básicos de saúde vinculada ao gestor municipal, que é o responsável por todas as atividades de gestão e execução da assistência ambulatorial básica composta pelos procedimentos incluídos no Piso Assistencial Básico (PAB), das

atividades básicas na área de vigilância sanitária incluídos no Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) e das atividades básicas na área de vigilância epidemiológica e de controle de doenças. O gestor municipal elabora a Programação Pactuada Integrada, em conjunto com os outros municípios envolvidos na organização da rede de serviços regionalizada e hierarquizada, garantindo a referência intermunicipal básica e de média e alta complexidade, sempre em relação gestor/gestor e mediada pelo Estado. É o responsável pelas autorizações de internações hospitalares e de procedimentos de alto custo/complexidade (salvo decisão contrária da CIB). Realiza as atividades de cadastramento, controle, auditoria, acompanhamento e avaliação de todos os prestadores da assistência básica⁽⁸⁾.

Outra forma de administrar a saúde pública optada por 12,5% dos gestores é a Gestão Plena do Sistema Municipal, que elabora a Programação Pactuada Integrada (PPI) em conjunto com os outros municípios envolvidos na organização da rede regionalizada e hierarquizada de saúde com as definições das referências intermunicipais, mediada pelo Estado, garantindo os mecanismos e instrumentos necessários. Realiza as atividades de cadastramento, controle, auditoria, acompanhamento e avaliação de todos os prestadores localizados no seu território. Opera os sistemas de informações ambulatorial e hospitalar e realizam o pagamento de todos os prestadores.

Vale ressaltar que a gestão plena do sistema municipal tem menor adesão dos municípios (tabela 2) e lhes é atribuída a responsabilidade por todas as questões de saúde da população.

Como descreve Souza⁽³⁾, um dos elementos principais para consolidação do SUS é a presença do Conselho Municipal de Saúde, o que se encontra em 100% das administrações pesquisadas. Este tipo de organização tem contribuí-

TABELA 2
Gestão municipal nas Secretarias Municipais de Saúde
da microrregião de Francisco Beltrão, Paraná, 2006

	N	%
Formas de gestão		
Gestão Plena de Atenção Básica	14	87,5
Gestão Plena do Sistema Municipal	2	12,5
Conselhos Municipais de Saúde		
Sim	16	100,00
Dificuldades na forma de gestão		
Repasse financeiros	8	50
Viabilização de leitos	2	12,5
Atendimento de casos mais complexos	2	12,5
Rotatividade de pessoal	1	6,25
Estrutura física	1	6,25
Não tem	2	12,5
Benefícios na forma de gestão		
Planejamento	3	18,75
Melhor atendimento	3	18,75
Autonomia	2	12,5
Não respondeu	8	50
Definição de projeto		
Consultas médicas	1	6,25
Conselho Municipal de Saúde	4	25
Levantamento junto à população	5	31,25
Programa Saúde da Família	1	6,25
Conferência Municipal de Saúde	5	31,25
PSF Equipes / Cobertura		
1 a 3 equipes até 50%	2	12,5
1 a 3 equipes até 100%	5	31,25
3 a 5 equipes até 50%	3	18,75
3 a 5 equipes até 100%	6	37,5
Conhecimento Promoção em Saúde		
Sim	2	12,5
Não	14	87,5

Fonte: Pesquisa de campo, 2006.

do com os gestores por ser co-responsável na garantia da saúde pública e da adequada aplicação dos recursos disponíveis.

Pesquisa realizada pela OPAS⁽⁹⁾ referente ao Perfil do Sistema de Serviços de Saúde de Brasil enfatiza a importância do Conselho Municipal de Saúde, "que tem também a responsabilidade de deliberar sobre a melhor destinação destes recursos para a execução da política de saúde. A participação de recursos financeiros provenientes de impostos e con-

tribuições sociais, arrecadados pelo nível federal, é majoritária no financiamento do SUS".

Perguntados sobre a organização do SUS em suas instâncias e os papéis que cada uma deverá executar, 100% dos gestores entrevistados responderam conhecer as competências de cada esfera e a importância do trabalho em parceria, o que difere da pesquisa de Souza⁽³⁾, em que 44% dos gestores admitiram desconhecer ou não compreender o papel de cada instância ou de seus parceiros.

A forma de gestão escolhida por cada administração municipal apresenta alguns benefícios descritos pelos gestores como a possibilidade de planejamento em saúde, observando que nem todos o fazem e também não se utilizam indicadores de saúde para tal atividade, o que enfatiza que nem sempre o que a população quer é o que é melhor para a saúde coletiva. Muitas ações são realizadas em caráter curativo, sem um trabalho preventivo, que orientaria a população e contribuiria para a diminuição de custos futuros. Os gestores destacam que com o SUS a forma de gestão lhes outorgou maior autonomia para o município.

"Os benefícios são de dar condições de atendimento à população (...). Normalmente a gente vê as maiores dificuldades que a população almeja, no sentido de buscar qualidade no serviço público, na questão de atendimento público aos paciente, melhorar a qualidade de vida das pessoas" (GESTOR 06).

O discurso do gestor é generalista, não utiliza nenhum parâmetro para demonstrar como as necessidades da população são identificadas; fica única e exclusivamente centrada no atendimento, demonstrando a necessidade da quebra do paradigma biomédico, que está presente no discurso de 80% dos gestores e da dificuldade do gestor observar que através de uma gestão descentralizada é possível ir além do atendimento médico, o que lhe permite envolver a população em atividades que visam à promoção a saúde.

Os índices de reclamações dos gestores municipais de saúde concentram-se no gargalo da saúde pública, o seu financiamento. Apesar de ser assegurado percentual de 15% para os municípios e 12% pelo Estado e União pela legislação nacional, através do SUS, ainda se observa no discurso de um gestor que muitas prioridades ficam sem ser atendidas.

“Os municípios estão investindo mais que os 15% e não tem jeito. O jeito que se cria demanda para os municípios, o jeito que o SUS vai avançando e vai introduzindo novos programas não tem jeito, vai ser obviamente muito mais que isso o investimento. Agora o Estado e o Governo Federal precisam ampliar esses investimentos, principalmente o Paraná que tem sido um dos Estados que menos tem investido na área da saúde, tem investido em outras áreas que vão ter reflexos na área de saúde da população, mas não é isso.

Os outros Estados investem dentro da EC 29, fora o que investem em saneamento. Mas, se ampliou, melhorou a relação há um incentivo para as equipes de PSF, há um aceno, é insuficiente mas ajuda. A relação mais importante que se tem que ter, que se espera das outras esferas é o financiamento, como estrutura de sistema vai sendo aperfeiçoado o tripartite, mas, os municípios estão carregando o peso maior no aspecto do financiamento” (GESTOR 01).

Os percentuais especificados na Emenda Constitucional nº 29 referem-se a números mínimos e não a tetos financeiros. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou uma tabela-referência para Estados e Municípios, mostrando os percentuais necessários de crescimento a cada ano, até 2004, mas de fato estes percentuais não representam o valor adequado, e sim o valor mínimo.

Como a Emenda sugere que haja um crescimento mínimo de 1/5 do percentual final, a cada ano, o CNS sugere que nos primeiros anos este aumento seja de exatamente 1/5, e no último ano (de 2003 para 2004) acrescente-se 2/5. A Emenda Constitucional nº 29 estabelece ainda que a Lei Complementar a ser instituída deva ser “reavaliada pelo menos a cada cinco anos” e que na Lei estarão definidos os critérios de rateio de recursos para a saúde, provenientes da União, e aqueles provenientes dos Estados destinados aos Municípios, objetivan-

do a progressiva redução das disparidades regionais⁽¹⁰⁾.

Na microrregião de Francisco Beltrão os gestores afirmam que os municípios investem de 15 a 20% na área de saúde. EC 29 está em andamento, mas deixa muito a desejar, o governo estadual não investe os 12% e o governo federal investe menos que 3%. A EC 29 tem que deixar claro o que é a área de saúde. Os municípios na grande maioria, hoje, não baixam de 17% a 20% para poder dar um bom atendimento a população, conforme relata o GESTOR 04.

“Os gestores enfatizam a necessidade de uma revisão na EC 29, para que seja destinado adequadamente o recurso e fique definida claramente a sua origem. Falta principalmente na emenda 29 é regulamentar, pra dizer no que se podem gastar, quais são as receitas que esses recursos será vindo do governo federal e estadual infelizmente, no Brasil os deputados não deixam essa regulamentação passar, por que daí tem uma garantia de recursos para a saúde, hoje por exemplo o Governo Federal paga o Bolsa Família com recursos do SUS, joga na conta da saúde, quando entendemos que pagar o Bolsa Família não deveria ser recurso do SUS” (GESTOR 05).

Outros fatores foram citados pelos entrevistados como entraves na gestão dos serviços de saúde; juntos, a viabilização de leitos e atendimento de casos complexos perfazem 25% das reclamações; o que chama a atenção na tabela 2 é que 12,5% dos entrevistados responderam não ter dificuldades em sua gestão. Este dado faz pensar que o gestor de saúde desconhece a área que atua e principalmente que não está qualificado para o cargo que exerce; já que reclama da dificuldade frente aos recursos, provavelmente não consiga atender as demandas existentes no seu município.

Com relação aos leitos, observa-se que os mesmos tiveram um acréscimo de 35.682 estabelecimentos no país para tentar diminuir a demanda reprimida, mas

mesmo assim enfrenta-se a dificuldade de internamento, principalmente quando se trata de problemas de média e alta complexidade⁽⁹⁾.

Os recursos para serem aplicados na saúde necessitam ter anteriormente a definição dos setores de aplicação; perguntado aos gestores como definem em que será aplicado o recurso de saúde, de acordo com as respostas, a ênfase encontra-se nos dados de atendimento na atenção básica e na definição do Conselho Municipal de Saúde.

É importante destacar que a resolutividade e a aplicação adequada dos recursos dependem também que o gestor elabore um planejamento das necessidades da comunidade. O planejamento em saúde é uma estratégia para procurar vencer as dificuldades financeiras e procurar atender às demandas da população. Observa-se que 31,25% dos gestores procuram traçar seus planos de atividades a partir de diagnóstico junto à população, a partir das necessidades urgentes e das informações das plenárias da Conferência Municipal de Saúde.

As conferências de saúde, realizadas periodicamente em todo o território nacional, constituem hoje o foro de discussão coletiva mais ampla, representativo e democrático do país, alcançando plena legitimidade e respeito por sua capacidade de mobilização e pela seriedade dos trabalhos dos delegados, mais de três mil em média, oriundos das regiões e municípios mais remotos do Brasil. Certamente, constituem foros democráticos, em que se exerce a cidadania mediante a participação e a verbalização de demandas, e se promove o desenvolvimento de uma cultura imbuída de espírito público, de valores, enfim, próprios de uma comunidade cívica⁽¹¹⁾.

Apesar das dificuldades os municípios têm buscado, em parceria com o Ministério da Saúde, ofertar novos serviços e programas à população, visando sempre melhorar-lhes as condições de saúde; um

exemplo disso é a implantação em 100% dos municípios entrevistados do Programa Saúde da Família (PSF). A preferência pelos gestores municipais é por equipes com 100% de cobertura no município.

Em Brasília, em dezembro de 1993, uma reunião sobre “saúde da família” marcou o início do Programa de Saúde da Família, que tem por objetivo geral a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, imprimindo uma nova dinâmica na atuação das unidades básicas de saúde com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e população; sua operacionalização poderá apresentar variações para adaptações necessárias às diferentes realidades locais e regionais⁽¹²⁾.

Como demonstra a tabela 2, os gestores foram indagados sobre o tema promoção à saúde; conforme se observou nas respostas, 87,5% não têm compreensão do que se trata o assunto promoção à saúde.

Segundo Candeias⁽¹³⁾ esse processo “procura desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto que a promoção da saúde (...) visa provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população”; sendo assim, o professor pode ser instrumento de transformação que por meio do aprendizado e informação possa influenciar no comportamento voluntário que leve à saúde.

Existe uma dificuldade de gerenciar os problemas diários da saúde pública, como é o caso do excesso de usuários requisitando consultas médicas; é uma questão cultural que necessita ser trabalhada para desconstruir o conceito de que saúde está vinculada ao atendimento médico e é neste aspecto que se reforça a necessidade de ações de promoção à saúde.

A promoção em saúde deve ser entendida como uma estratégia que o ges-

tor em saúde possui para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seu entorno. Para se promover saúde existe a necessidade de articular saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para enfrentar os problemas e buscar a resolução dos mesmos.

Apesar das dificuldades apresentadas pelos gestores em relação à falta de mão-de-obra para essa atividade, parece não ocorrer uma compreensão que esta é uma das áreas prioritárias de ação em saúde, pois envolve um conjunto de atividades, ações e recursos, governamentais ou não, que visam orientar a população para a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, bem como criar um espaço de construção de novas atitudes e compor-

As conferências de saúde, realizadas periodicamente em todo o território nacional, constituem hoje o foro de discussão coletiva mais ampla, representativo e democrático do país

tamentos que favoreçam o cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias viáveis para que a população também assuma seu papel em nível individual e coletivo de maior controle sobre a saúde⁽¹⁴⁾.

Entende-se que um gestor deve priorizar ações que revertam em melhoria das condições de vida da população em detrimento de ações curativas; deverá compreender o que é emergência e urgência, e utilizar indicadores sociais e de controle social para planejar as ações em saúde. Nesse aspecto, é imprescindível compreender que o bem-estar em saúde ultrapassa a idéia da ausência de doenças, do tratamento biomédico, de exames de média e alta complexidade, mas que exige ações simples que resultarão em saúde, como, por exemplo, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Portanto, investir em promoção em saúde, apesar das dificuldades citadas pelos gestores, é investir em defesa da vida, para que todas as pessoas realmente tenham a dignidade respeitada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização da saúde na microrregião de Francisco Beltrão trouxe propostas que exigem a participação de todos para o bom funcionamento, da “visão global” do gestor. Com a autonomia delegada aos municípios esses aumentaram as suas responsabilidades com a saúde pública. Este processo de ampliação força os gestores em saúde à construção de novas posturas, diretrizes e propostas que se integrem desde a formação dos profissionais de saúde até a efetivação das práticas de cuidado à população, passando pelo comprometimento dos setores públicos e privados com a saúde.

Os gestores em questão estão encontrando dificuldades em organizar e controlar os serviços de saúde devido princi-

palmente aos escassos recursos financeiros e humanos. A gestão em saúde tem uma característica matricial em que se entrelaçam fortemente aspectos administrativos e técnicos da saúde. As dificuldades podem estar centradas no perfil dos gestores em saúde; alguns possuem conhecimento técnico da área, mas têm dificuldade de gerenciar o serviço; outros sabem como gerenciar, mas têm dificuldades em relação à área técnica; estas dificuldades geram custos para os serviços de saúde, já que não se tem a certeza da aplicação correta.

Frente à afirmação acima, compreende-se a importância do gestor ter entrosamento com os recursos humanos e o controle social, procurar planejar as ações em conjunto, discutindo e elegendo as prioridades de sua administração, não somente se pautando em número de consultas, mas em um trabalho de levantamento da origem do problema e buscando a solução na origem deste, pois sua função como gestor é sempre procurar adequar da melhor maneira possível os recursos escassos frente à grande demanda.

Um dos problemas enfrentados pelos gestores é o financiamento da saúde: reclamam que o repasse das verbas (EC 29) pelo Estado e também da União, assim como o dos municípios da microrregião de Francisco Beltrão, não atendem o mínimo da demanda dos municípios, já que os mesmos necessitam investir em saúde em torno de 20% quando o estabelecido pela união é de 15%. Isso torna ainda mais imprescindível um bom gerenciamento técnico dentro da área de saúde, onde a implementação de parcerias com a comunidade externa e instituições para o desenvolvimento de pro-

gramas e projetos conjuntos, que visem a melhoria das condições de saúde da população, poderiam, com custos reduzidos, ampliar a eficácia da gestão.

Vislumbra-se a necessidade de investimento em educação permanente aos gestores municipais para atualização da legislação em saúde, do planejamento e da qualificação para a gestão em saúde, já que os maiores gargalos identificados na pesquisa centram-se na dificuldade que os gestores têm em equilibrar a atenção à demanda e que por vezes torna-se difícil o planejamento de ações voltadas à promoção à saúde e aos recursos humanos.

Em atenção ao objetivo de traçar um perfil dos gestores municipais de saúde englobando variáveis do administrador público, recomenda-se a educação permanente, através de acompanhamento, orientação e consultoria, para que possa dar suporte para elaboração de políticas de atenção à população que não sejam centradas somente na biomedicina, mas que valorizem os determinantes do processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

1. SAÚDE E CIDADANIA. O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Papel do Gestor Municipal na sua Implantação. Disponível em <http://www.ids-saude.org.br>. Acesso em 06 out. 2006.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 Brasília, 1997. 34 p. Disponível em <http://www.saude.gov.br> Acesso em 15 abril 2006.
3. SOUZA, A.A.C.L. de. O perfil dos secretários municipais de saúde em Minas Gerais e a Organização dos programas e projetos municipais. Revista Mineira de Saúde Pública, nº 01, ano 01, janeiro a junho, 2002.
4. ACURCIO, FA., SANTOS, M.A., FERREIRA, S.M.G. O planejamento local de serviços de saúde. In: MENDES, E.V. A organização da saúde no nível local. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 4, p. 111-132.
5. YIN. YIN, R.B. Estudo de caso: planejamentos e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
6. BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
7. JUNQUEIRA, L.A.P. Gerência dos serviços de saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, 1990. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300002&lng=en&nrm=iso. Access on: 08 Nov 2006. doi: 10.1590/S0102-311X1990000300002.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. NOB – SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Disponível em: http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/complementar/NOB96.pdf. Acesso em 01 out.2006.
9. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Perfil do sistema de serviço de saúde Brasil. Programa de organização e gestão dos sistemas e serviços de saúde. Divisão de desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde. Disponível em <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/perfil2000_wc.pdf> Acesso em 16 out. 2006.
10. MANSUR, M.C. O Financiamento Federal da Saúde no Brasil: Tendências da Década de 1990. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação de Mestrado. RIO DE JANEIRO Agosto de 2001. Disponível em <http://cedoc.ensp.fiocruz.br/Acesso em 23 set.2006>.
11. FIGUEIREDO, J.E.St.A. de. Comunidade Cívica, Capital Social e Conselhos de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, com vistas à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública Rio de Janeiro, março de 2001. Disponível em <http://cedoc.ensp.fiocruz.br/Acesso em 23 set. 2006>.
12. FRANÇA, T. Sistema de Informação da Atenção. BÁSICA: um estudo exploratório. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Mestrado em Saúde Pública. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública Julho de 2001. Disponível em <http://cedoc.ensp.fiocruz.br/Acesso em 23 set. 2006>.
13. CANDEIAS, N.M.F., 1997 "Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais". Revista de Saúde Pública. Vol. 31 nº 2. São Paulo.
14. BUSS, Paulo Marchiori. Health promotion and quality of life. Ciênc. Saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso. Access on: 08 Nov 2006. doi: 10.1590/S1413-81232000000100014.