

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Departamento de Apoio à Descentralização

GESTORES DO SUS

olhares e vivências

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

1.^a edição

1.^a reimpressão



Brasília – DF
2006

© 2006 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1.ª edição – 1.ª reimpressão – 2006 – 9.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Departamento de Apoio à Descentralização

Esplanada dos Ministérios, bloco G,

Edifício Sede, 3.º andar, sala 350

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2649/ 3315-3442/ 3315-3511

Fax: (61) 3226-9737

E-mail: dad@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br

Coordenação do trabalho:

André Luiz Bonifácio de Carvalho – DAD/SE

Lumena Almeida Castro Furtado – DAD/SE

Alcides Silva de Miranda – DAD/SE

Coordenação das pesquisas:

Fernando André Cartaxo de Arruda – Doges/SGP

Lumena Almeida Castro Furtado – DAD/SE

Márcia Lotufo – DAD/SE

Mauro Serapioni – DAD/SE

Paulo Fernando Capucci – DAD/SE

Colaboração:

Ana Lúcia Pereira – DAD/SE

Lindemberg Medeiros de Araújo – DAD/SE

Adriana Nunes de Oliveira – DAD/SE

Adriana de Medeiros Cavalcanti – DAD/SE

Doriane Patrícia Ferraz – DAD/SE

Douglas Augusto Schneider – DAD/SE

Inessa França Malaguth – DAD/SE

Josué Ribeiro Costa da Silva – DAD/SE

Apoio: Organização Pan-Americana da Saúde – Opas/OMS

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Gestores do SUS : olhares e vivências / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 193 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

ISBN 85-334-1021-2

1. Saúde pública. 2. SUS. 3. Administração e planejamento em saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 240

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2006/0435

Títulos para indexação:

Em inglês: SUS managers: looks and experiences

Em espanhol: Gestores del SUS: miradas y vivencias

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe Editorial:

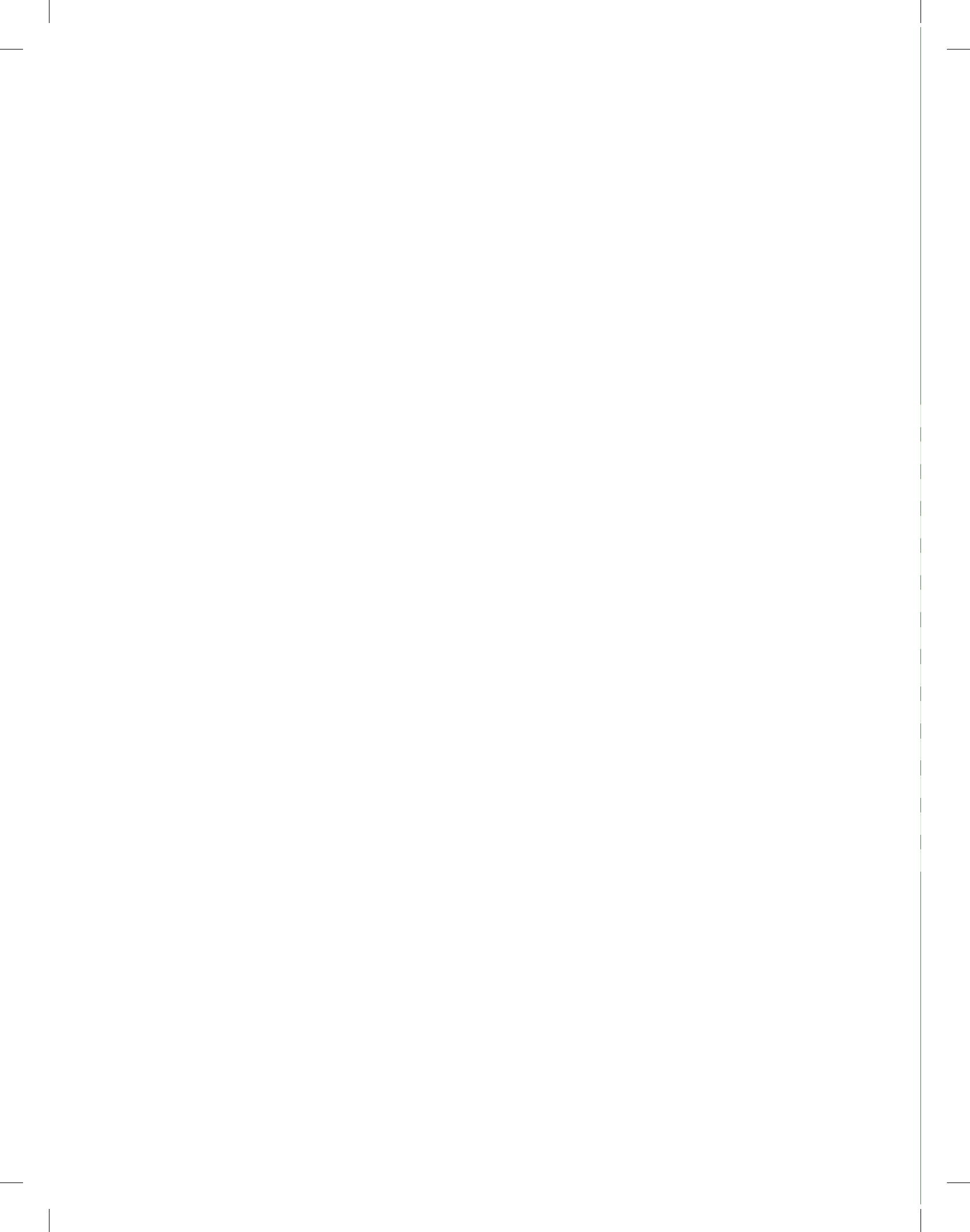
Normalização: Karla Gentil

Revisão: Denise Carnib

Capa, projeto gráfico e diagramação: Carlos Frederico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
INTRODUÇÃO	9
INFORMAÇÕES DO ÂMBITO DE GESTÃO MUNICIPAL	
Levantamentos de opinião de prefeitos sobre a gestão governamental do Sistema Único de Saúde	15
Levantamentos de opinião dos secretários municipais de Saúde sobre o processo de gestão do Sistema Único de Saúde	41
Grupo focal com secretários municipais de Saúde	91
Levantamento de opinião de presidentes dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) sobre o processo de gestão do Sistema Único de Saúde	99
INFORMAÇÕES DO ÂMBITO DE GESTÃO ESTADUAL	
Análise da gestão em Secretarias Estaduais de Saúde	121
Potencialidades e desafios das Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs) – resultados de um estudo nacional	157
QUESTÕES EVIDENCIADAS PELOS ESTUDOS	179



APRESENTAÇÃO



A gestão da saúde nas cidades, nas regiões, nos estados brasileiros e na União é uma tarefa que envolve milhares de profissionais, com diversas formações e experiências.

Para esses profissionais, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) é um desafio cotidiano, no qual estão compreendidas desde tarefas urgentes e imediatas para a solução de demandas prementes até outras como a elaboração de planos e estratégias de longo prazo. Esses papéis envolvem dimensões específicas, internas à gestão em cada território, e outras de natureza regional, estadual ou nacional, cujo equacionamento demanda atuação solidária entre os entes da federação.

O quadro sanitário e a diversidade de contextos vivenciados pelos municípios, regiões e estados brasileiros conferem à gestão do SUS uma complexidade notável, desafiadora para aqueles que dela se ocupam, imbuídos da tarefa de construir uma sociedade mais justa e igualitária.

Assim, qualificar a gestão pública é, para todas as esferas e setores governamentais, uma necessidade permanente. O Ministério da Saúde tem avançado na construção de estratégias que visam a desenvolver os sistemas e as organizações públicas da área, produzindo ações que possam impactar positivamente o perfil da saúde e a qualidade de vida das populações.

Para que essas estratégias sejam eficazes, é imprescindível conhecer o olhar dos prefeitos, dos gestores da saúde de municípios e estados e dos dirigentes de seus órgãos de representação sobre o processo de gestão do SUS. Isso implica identificar sua experiência anterior, seus pontos de vista sobre aspectos positivos e problemas do SUS, suas expectativas e avaliações quanto à necessidade e efetividade de apoios à gestão, assim como suas opiniões quanto às políticas e aos programas prioritários do Ministério da Saúde, dentre outras questões.

Também é fundamental estudar a dinâmica dos espaços de pactuação entre estados e municípios, suas formas de articulação e relacionamento institucional.

O Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, cuja missão inclui desenvolver ações e projetos visando ao fortalecimento da capacidade de gestão do gestor federal e do processo de descentralização do SUS, realizou um conjunto de oito pesquisas, envolvendo prefeitos e secretários municipais da Saúde das gestões 2001 – 2004 e 2005 – 2008, secretários estaduais da gestão 2003 – 2006, Conselhos de Secretários Municipais da Saúde (Cosems) das gestões 2003 – 2005 e 2005 – 2007 e Comissões Intergestores Bipartite (CIBs).

A presente publicação reúne em seus capítulos a síntese dessas pesquisas e uma análise de seus resultados. Procura contribuir dessa forma para a compreensão do atual estágio de desenvolvimento do SUS no País, orientando o processo de apoio à gestão descentralizada, e lançar hipóteses sobre alguns problemas do presente e tendências para o futuro da gestão da saúde pública no Brasil.

Estas pesquisas foram realizadas entre 2004 e 2005 e queremos deixar registrado aqui o nosso agradecimento ao Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, ao Dr. Antônio Alves de Souza e ao Dr. Crescêncio Antunes da Silveira Neto e respectivas equipes pela condução deste trabalho nos períodos anteriores.

Dr. José Agenor Álvares da Silva
Secretário-Executivo do Ministério da Saúde

INTRODUÇÃO

Alcides Silva de Miranda¹

¹ Consultor da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) junto ao Departamento de Apoio à Descentralização (DAD/SE/MS), doutor em Saúde Coletiva (UFBA) e professor adjunto do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (DSC/Famed/UFC).



Nos últimos anos, o campo da gestão pública em saúde tem ensejado uma série de estudos, debates e publicações, em que predominam abordagens mais estruturais e sistêmicas. Muitos autores têm buscado definir e avaliar a prática social da gestão pública a partir de um enfoque centrado nos sistemas de serviços de saúde, considerando principalmente a sua direcionalidade normativa, sua capacidade de provimento e disponibilidade de recursos financeiros, sua funcionalidade, sua capacidade regulatória e sua responsabilidade ante às demandas assistenciais.

Em tais escopos conceituais é notável a ênfase quanto aos meios estruturais e aos modos de integração e regulação estritamente sistêmicos. O que muitas vezes reifica o elemento humano e sua dimensão relacional, ou seja, a essencialidade da prática social de gestão.

Trata-se da velha polêmica oriunda das ciências sociais: dar ênfase na “estrutura” ou na “ação”, quando o que existe é um complexo dialético (em busca de sínteses) entre ambas as formas de abordagem.

Em todo caso, uma vez reconhecida a insuficiência das abordagens “estruturalistas” sobre a gestão como prática social, convém ressaltar como necessário, produtor e complementar o enfoque nas racionalidades da “ação”.

Em se tratando dos princípios e da direcionalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), as abordagens sobre a gestão pública implicam no entendimento sobre a sua natureza diversa, complexa e polivalente. Num País marcado por desigualdades de diversas ordens e tipos, as prerrogativas e responsabilidades da gestão pública em saúde estão imbricadas com questões abrangentes, que envolvem desde os inúmeros determinantes dos processos de produção de saúde ou doença e morte até as suas condições de risco e os danos efetivamente causados. Envolvem substancialmente a pretensão e a responsabilidade da atenção integral com preceitos de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Cabe aos gestores públicos do SUS uma imensa responsabilidade, compartilhada não somente entre seus pares. A gestão pública é responsabilidade de todos e os mais diversos atores sociais podem e devem exercer, além do controle público, a gestão participativa. A gestão governamental em saúde, quando guiada pelo interesse público, pode estabelecer juntamente com as outras representações de interesses dos diversos grupos sociais (usuários de serviços, corporações profissionais, trabalhadores) as formas de mediação política para o complexo demanda/oferta/produção de serviços e ações de saúde. No caso do SUS, além do desenvolvimento de toda uma logística e tecnologia de regulação baseada em necessidades

prioritárias, vulnerabilidades, riscos, etc., há a necessidade de mediação política e definição de diretrizes e critérios a partir dos espaços de controle social e de gestão participativa.

As práticas de gestão pública no SUS possuem muitas expressões, tanto no “atacado como no varejo”, sendo os secretários e dirigentes de saúde das três esferas de governo aqueles que detêm as prerrogativas de instituir, implantar e implementar as políticas governamentais a partir do pacto federativo.

No caso brasileiro, o pacto federativo estabelece uma equivalência e interdependência de margens de autonomia política de poderes atribuídos às três esferas governamentais (federal, estaduais e municipais), mesmo com a persistência de assimetrias na sua distribuição e domínio, o que implica na configuração de espaços, processos e práticas de negociação e pactuação intergovernamentais permanentes, de natureza predominantemente política.

Esse processo de negociação e pactuação implica uma prática de gestão intergovernamental, com a distinção e o compartilhamento de responsabilidades, competências e atribuições. Como em quaisquer relações intergovernamentais, há um complexo interativo com competição e cooperação, constrangido pela norma e mediado permanentemente pela política.

Pelo menos na perspectiva do SUS, a gestão governamental em saúde requer elementos e sistemas de direção, comando, condução e difusão. Todos de caráter polivalente: ético, político, técnico e administrativo. Elementos que podem, em certa medida, ser discriminados:

- direção única com conteúdos propositivos e projetos coerentes com os fundamentos ético-sociais e os rumos normativos e estratégicos do SUS;
- comando integrado (complementaridade, intergestão), com a definição de margens de autonomia institucional, além de competências, prerrogativas e fluxos de poder decisório;
- condução viável e sustentável (busca constante de garantias para governabilidade, modos de *governança*², capacidade organizativa e funcional, etc.), de estilo predominantemente artesanal (uma vez que se refere a organizações burocráticas e ao mesmo tempo criativas) para os sistemas, as ações e os serviços de saúde (implan-

² *Governança* com o sentido de capacidade de ação na implementação de políticas (meios de interlocução e mediação de conflitos de interesses, modos e mecanismos de responsabilização pública dos governante etc.), de mediação entre Estado e sociedade; enquanto a *governabilidade* está referida às condições sistêmicas mais gerais em que se dá o exercício do poder na sociedade, tais como, características gerais do sistema político, relações entre os poderes, sistemas partidários, sistemas formais de intermediação de interesses, etc.

tação, implementação, crescimento, consolidação, adaptação, etc.); e
- difusão permanente, em busca de legitimidade social.

O propósito primordial da gestão em saúde é a produção de decisões, que desencadeiam o processo de intermediação e implementação das políticas. Há muita complexidade e subjetividade envolvidas em tais processos de gestão. Os sistemas de direção, comando e condução, assim como o processo e os arranjos para a tomada de decisões, envolvem motivações, interesses, racionalidades imbricadas, intuição (e experiência intuitiva), conhecimentos, capacidades cognitivas, habilidades, qualidade estratégica, controle de capitais e recursos (tempo, informações, tecnologias, financiamento), etc. Enfim, características e qualidades de pessoas (sujeitos, agentes, atores institucionais) e não somente de sistemas ou serviços.

Em suma, os gestores públicos de saúde não podem ser tomados como meros agentes administrativos, providos somente de uma racionalidade instrumental ou normativa, cuja atribuição seria a de condução regrada dos sistemas de saúde e serviços. Tal caracterização, típica da ideologia tecnocrática, destitui ou subordina a personalidade criativa e capacidade política dos gestores, reduzindo-os a *recursos humanos* com atribuição meramente funcional e adaptativa.

Eis, pois, que tratar de qualidade na gestão em saúde implica em tratar também da qualidade da atuação e das decisões políticas dos seus gestores governamentais, em termos de direcionalidade, comando, condução e difusão de uma política pública.

Os gestores de saúde – formuladores e produtores de políticas e estratégias institucionais; dirigentes, comandantes, condutores e difusores dos sistemas institucionalizados de ação – conformam e constituem um *campo de poder* governamental em que ocorrem tensionamentos e mediações políticas contínuas e permanentes. Um campo de gestão permeado pelo poder institucional (político, técnico e administrativo), que opera sob a delegação e a tutela dos detentores de mandato executivo.

As prerrogativas de poder e autonomia institucionais desses gestores de saúde, seu capital político, provêm de uma delegação indireta e de uma relação contratual (informal) de confiança para com aqueles gestores públicos que detêm a autoridade política formal de um mandato eletivo. Portanto, o seu arbítrio é sancionado por quem lhes delega o poder de decisão e delimita as suas margens de autonomia política.

Pensar em gestão é essencialmente pensar nos gestores, em seus comportamentos e ações, seus cálculos, suas práticas, suas relações de poder, suas interações, mediações, desacordos e acordos.

Se tais considerações são pertinentes, então as avaliações sobre a gestão governamental em saúde deveriam ressaltar, além de sua dimensão funcional e sistêmica, os próprios atores governamentais do SUS, suas falas e discursos que expressam uma diversidade de motivações, interesses, propósitos, posições e disposições.

Em tal perspectiva de enfoque relacional, muitas questões sobre a natureza e a qualidade da gestão no SUS podem ser formuladas. Questões de investigação, ou mesmo de planejamento e de ação no âmbito interinstitucional.

Esta é a matéria-prima dessa série de estudos e levantamentos de opinião, realizados por iniciativa do Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria-Executiva (DAD/SE/MS), em parceria com outros departamentos ministeriais ou mesmo com outras instituições.

São estudos diversos, com abordagens distintas, mas que coincidem na ênfase dada aos discursos dos atores governamentais do campo da gestão pública em saúde. Trata-se, pois, de um conjunto de informações que dão ênfase ao ponto de vista de gestores públicos (prefeitos, secretários estaduais e municipais de Saúde, dirigentes de entidades representativas dos secretários municipais de Saúde) acerca de suas práticas e perspectivas em diversos âmbitos e contextos de gestão do SUS.

Outra característica comum a esses estudos é o seu caráter exploratório. Em outras palavras, estão orientados pela pretensão de subsidiar hipóteses ou questões de investigação acerca da qualidade de gestão do SUS. Os seus resultados, embora não permitam inferências indutivas, fornecem evidências e subsídios para questionamentos sobre a qualidade na gestão pública em diversos âmbitos do SUS e devem influenciar o desenho da estratégia de apoio ao processo descentralizado de gestão.

Dois dos estudos relatados apresentam informações consistentes sobre o modo de gestão nas Secretarias Estaduais de Saúde e sobre o funcionamento das Comissões Intergestores Bipartite, informações evidenciadas a partir da análise dos conteúdos temáticos de discursos dos gestores. No caso desses estudos, mais do que a geração de pressupostos e hipóteses, são produzidas constatações empíricas de relevância.

É louvável a iniciativa do Ministério da Saúde em promover estudos desse tipo. Eles permitem uma reflexão teórica sobre o tema da gestão e, a partir daí, a constituição de uma *práxis* que tende a superar os comportamentos regrados, requerendo mais criatividade dos atores institucionais.

INFORMAÇÕES DO ÂMBITO DE GESTÃO MUNICIPAL

Levantamentos de opinião de prefeitos sobre a gestão
governamental do Sistema Único de Saúde

Departamento de Apoio à Descentralização/SE/MS
Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/SGP/MS



O Ministério da Saúde, por meio dos Departamentos de Apoio à Descentralização da Secretaria-Executiva (DAD/SE) e de Ouvidoria-Geral do SUS da Secretaria de Gestão Participativa (Doges/SGP), realizou dois levantamentos da opinião sobre a gestão governamental do SUS, com prefeitos de dois períodos subseqüentes de gestão municipal.

A finalidade primordial de tais levantamentos foi a de produzir subsídios para a discussão sobre o fortalecimento e a qualificação da gestão em saúde. Tais subsídios serviram também para a elaboração de publicações atinentes ao processo de “Apoio Integrado”, estratégia ministerial de cooperação intergovernamental já em curso em alguns estados.

Nesta primeira seção do capítulo são apresentadas as tabulações e uma descrição sintética das informações consideradas mais relevantes. A primeira parte contém as informações derivadas das opiniões de prefeitos do período de 2001 a 2004, em época de final de gestão (outubro de 2004). A segunda parte contém as informações derivadas das opiniões de prefeitos em início de gestão governamental (2005 a 2008), alguns inclusive reeleitos para um segundo mandato consecutivo.

Ambos os levantamentos de opinião foram realizados a partir da aplicação de questionários semi-estruturados por telefone. As principais questões apresentadas referiam-se ao processo de gestão municipal do SUS. Para tanto, as perguntas dos questionários foram definidas preliminarmente a partir de categorias temáticas preestabelecidas (anexos A e C, respectivamente). As repostas para as questões abertas foram registradas inicialmente em sua forma discursiva espontânea, daí então foram categorizadas de acordo com os seus núcleos de sentido (anexos B e D, respectivamente), relacionados assim aos temas definidos previamente.

As principais categorias temáticas utilizadas nos levantamentos foram: pontos positivos do SUS no município, problemas da gestão municipal do SUS, apoios considerados importantes para a melhoria da gestão municipal.

Para a aplicação dos questionários, houve o treinamento prévio dos entrevistadores, pertencentes às equipes da Área de Teletendimento do Doges/SGP. Também foi realizado um estudo piloto para a testagem dos questionários.

A projeção inicial para a amostra de respondentes do primeiro estudo (período de gestão municipal de 2001 a 2004) era de 500 prefeitos, distribuídos pelas cinco grandes regiões geográficas e por distintos portes populacionais dos municípios. Por diversos motivos, dentre eles a proximidade das eleições, os feriados nacionais (dias 12 e 15 de outubro), as dificul-

dades de contato telefônico e a indisponibilidade de alguns entrevistados, somente foram coletados 205 questionários (41% da projeção inicial).

Para o segundo estudo de opinião (período de gestão de 2005 a 2008), foram aplicados questionários a 210 prefeitos. Nesse caso, foram introduzidas algumas questões no questionário, não existentes no estudo anterior (anexo C).

Para ambos os levantamentos, a amostra de questionários efetivamente respondidos corresponde acerca de 3,7 % do universo considerado (5.562 municípios). Se considerada a variável de distribuição de respondentes por regiões do País, as amostras de ambos os levantamentos podem ser consideradas como representativas, embora não possibilitem uma adequada razão de proporcionalidade. Se considerada a variável de porte municipal (tamanho da população), a amostra não é representativa, em razão da grande predominância de respondentes provenientes de municípios de menos de 10.000 habitantes. Em todo o caso, as informações devem ser consideradas menos por sua significância estatística, o que não foi o propósito dos levantamentos, e mais em razão da perspectiva exploratória e da possibilidade de geração de hipóteses para orientar estudos mais consistentes.

O modo de elaboração das questões dos questionários no primeiro estudo (período de gestão municipal de 2001 a 2004) permitiu que mais de uma resposta fosse dada a cada uma das questões apresentadas, ou mesmo nenhuma resposta. Em sendo assim, a análise foi realizada tomando-se como base o número de respostas e não o número de respondentes.

Já no caso do segundo estudo (período de gestão municipal de 2005 a 2008), algumas questões foram tabuladas a partir do número de respondentes.

O processamento dos dados foi realizado com o uso do programa *Microsoft Excel*[®].

A análise dos dados foi realizada por uma equipe multidisciplinar, a partir de tabulações simples.

RESULTADOS

PREFEITOS – GESTÃO 2001 A 2004

- Pontos considerados como positivos do Sistema Único de Saúde no município

Quando questionados sobre os pontos positivos do SUS, observou-se que os princípios constitucionais foram os mais citados, representando 95,2% das respostas. Dentre esses princípios, destacam-se o da *universalidade*, seguido pelos princípios da *integralidade* e da *descentralização* (tabela 1).

A tabela 1 mostra também a distribuição das respostas por região geográfica. Percebe-se que existe uma certa regularidade nas respostas em todas as regiões, ou seja, os princípios constitucionais foram os itens mais citados, com ênfase na *universalidade*.

Tabela 1. Pontos positivos do SUS elencados pelos prefeitos, segundo região geográfica – Brasil 2004.

Pontos Positivos do SUS	Região Geográfica					Total	
	Nordeste	Sudeste	Centro-Oeste	Sul	Norte	N.º	%
Princípios							
Universalidade	28	27	12	11	7	85	37,0
Descentralização	22	16	11	4	5	58	25,2
Integralidade	20	17	11	7	3	58	25,2
Equidade	5	1	4	1	1	12	5,2
Controle Social	3	3	0	0	0	6	2,6
Relações/Comissões Intergestores	6	1	4	0	0	11	4,8
Total	84	65	42	23	16	230	100

Fonte: Levantamento da opinião dos prefeitos quanto ao processo de gestão do SUS (2001-2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

- Principais problemas da gestão municipal

De acordo com a tabela 2, o item que apresentou maior frequência foi o do *financiamento* (36,7%), seguido da referência aos problemas da *rede de serviços* (25,2%). Quanto ao item do *financiamento*, destaca-se a referência espontânea sobre os “poucos recursos para a saúde” (32,3% do total das respostas válidas). Também foram lembrados espontaneamente outros problemas, tais como:

- a “dificuldade de estruturação do planejamento” (11,8 %) e
- a “estrutura física da rede de serviços insuficiente ou inadequada” (9,4 %).

A mesma tabela 2 apresenta a distribuição dos problemas segundo região geográfica. Observa-se que a insuficiência de recursos financeiros foi, para todas as regiões, o principal problema da gestão do SUS no município. Entretanto, o segundo e o terceiro problemas são ressaltados nas distintas regiões, da seguinte forma:

- insuficiência de profissionais na rede – regiões Norte e Centro-Oeste;
- relacionamento difícil na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – Região Nordeste;
- dificuldade na estruturação do planejamento – regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste;
- estrutura física da rede de serviços insuficiente ou inadequada – regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste;
- insuficiência de medicamentos e insumos – regiões Norte e Sul;
- ausência de referência para os demais níveis de complexidade – Região Sudeste.

Tabela 2. Problemas de gestão do SUS elencados pelos prefeitos, segundo região geográfica – Brasil 2004.

Problemas	Região Geográfica					Total	
	Nordeste	Sudeste	Centro-Oeste	Sul	Norte	N.º	%
Rede de serviços	31	30	13	16	6	96	25,2
Estrutura física da rede de serviços insuficiente ou inadequada	11	13	7	3	2	36	9,4
Insuficiência de medicamentos e insumos	10	4	3	8	3	28	7,3
Ausência de referência local para os demais níveis de complexidade (serviços, apoio diagnóstico)	8	13	-	5	1	27	7,1
Dificuldade no relacionamento com o prestador privado/filantropico (contrato, definição do perfil do atendimento)	2	-	3	-	-	5	1,3
Funções de gestão	17	26	11	11	4	69	18,1
Dificuldade na estruturação do planejamento	10	19	3	10	3	45	11,8

continua

continuação

Problemas	Região Geográfica					Total	
	Nordeste	Sudeste	Centro-Oeste	Sul	Norte	N.º	%
Dificuldade na estruturação da programação	4	4	4	-	1	13	3,4
Dificuldade na estruturação da auditoria	2	1	3	1	-	7	1,8
Dificuldade na estruturação do monitoramento e da avaliação	1	2	-	-	-	3	0,8
Dificuldade na estruturação da regulação	-	-	1	-	-	1	0,3
Legislação/Normalização	1	1	-	-	-	2	0,5
Critérios muito rígidos	1	-	-	-	-	1	0,3
Normalização federal/estadual em excesso	-	1	-	-	-	1	0,3
Instâncias colegiadas de controle social	15	5	4	3	2	29	7,6
Relacionamento difícil na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)	11	2	4	3	2	22	5,8
Relacionamento difícil com a Secretaria Estadual de Saúde	4	1	-	-	-	5	1,3
Relacionamento difícil com os Conselhos de Saúde	-	1	-	-	-	1	0,3
Relacionamento difícil com o Ministério da Saúde	-	1	-	-	-	1	0,3
Financiamento	48	47	19	18	8	140	36,7
Pouco recurso para a saúde	38	44	16	18	7	123	32,3
Dificuldade em cumprir a Emenda Constitucional 29	3	2	1	-	-	6	1,6
Falta apoio financeiro do Ministério da Saúde	3	1	1	-	1	6	1,6
Falta apoio financeiro da Secretaria Estadual de Saúde	3	-	1	-	-	4	1,0
Financiamento federal muito fragmentado	1	-	-	-	-	1	0,3
Pessoal/Recursos Humanos	9	16	9	7	4	45	11,8

continua

continuação

Problemas	Região Geográfica					Total	
	Nordeste	Sudeste	Centro-Oeste	Sul	Norte	N.º	%
Insuficiência de profissionais na rede	9	9	6	6	4	34	8,9
Falta capacitação pessoal da rede de serviços	-	4	3	-	-	7	1,8
Dificuldade de gestão do Recurso Humano municipalizado	-	3	-	1	-	4	1,0
Insuficiência de profissionais nos serviços de gestão (na Secretaria de Saúde)	-	-	-	-	-	-	-
Falta capacitação de pessoal nas funções de gestão	-	-	-	-	-	-	-
Total de respostas	121	125	56	55	24	381	100
Total de prefeitos	70	67	29	27	12	205	.

Fonte: Levantamento da opinião dos prefeitos quanto ao processo de gestão do SUS (2001-2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

- Apoios considerados importantes para a melhoria da gestão municipal

Quanto aos apoios considerados mais importantes para a melhoria do processo de gestão municipal da saúde, foram mais citados os de natureza técnica e financeira. Os respondentes apontaram ainda que tais apoios deveriam proceder tanto da União quanto dos estados (tabela 3).

A tabela 3 apresenta ainda a opinião dos prefeitos quanto aos apoios mais demandados para a melhoria da gestão do SUS no município, de acordo com a distribuição geográfica dos respondentes. Observa-se que, para os respondentes da Região Norte, o apoio mais demandado é o financeiro, com uma maior participação federal. Para os respondentes das regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste, o apoio técnico, notadamente por parte da União, foi o mais demandado. Especificamente para os respondentes da Região Sudeste, o apoio técnico estadual é mais ressaltado.

Tabela 3. Apoios mais importantes para a melhoria da gestão municipal elencados pelos prefeitos, segundo região geográfica – Brasil 2004.

Apoio	Região Geográfica					Total	
	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste	N.º	%
Técnico	23	119	43	96	48	329	39,7
União	8	50	20	30	20	128	15,5
Estados	7	39	15	39	19	119	14,4
Outros municípios	5	18	7	21	5	56	6,8
Universidade	3	12	1	6	4	26	3,1
Financeiro	26	88	38	96	43	291	35,1
União	12	47	24	51	25	159	19,2
Estados	10	35	13	36	16	110	13,3
Outros municípios	4	6	1	9	2	22	2,7
Gerais	10	66	13	59	25	173	20,9
Conselhos de Saúde	3	26	6	27	12	74	8,9
Comunidade	4	27	5	22	8	66	8,0
Instituições não-governamentais	3	13	2	10	5	33	4,0
Outros apoios	3	8	5	14	5	35	4,2
Total de respostas	62	281	99	265	121	828	100
Total de prefeitos	12	70	27	67	29	205	.

Fonte: Levantamento da opinião dos prefeitos quanto ao processo de gestão do SUS (2001-2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

PREFEITOS – GESTÃO 2005 A 2008

- Pontos considerados como positivos do Sistema Único de Saúde no município

Quanto à gestão da saúde no município, os principais pontos positivos identificados pelos entrevistados foram, em ordem decrescente:

- *universalidade* (37,7%);
- *descentralização e/ou regionalização* (21,7%) e
- *integralidade* (19,6%).

Vale ressaltar que, em relação aos prefeitos da gestão 2001-2004, a *universalidade* também foi o princípio mais apontado. Também foram citadas questões como o Programa Saúde da Família (10,1%).

Tabela 4. Pontos positivos do SUS elencados pelos prefeitos, segundo região geográfica – Brasil 2005.

Pontos Positivos do SUS	Região Geográfica					Total	
	Sul	Centro-Oeste	Sudeste	Nordeste	Norte	N.º	%
Princípios							
Universalidade	46	29	34	9	9	127	37,7
Descentralização/ Regionalização	14	28	15	6	10	73	21,7
Integralidade	20	15	14	11	6	66	19,6
Eqüidade	1	3	4	2	-	10	3,0
Controle Social	3	4	1	2	-	10	3,0
Programas federais na área de Saúde	8	10	7	2	7	34	10,1
Outros	8	4	3	2	-	17	5,0
Total	100	93	78	34	32	337	100

Fonte: Levantamento da opinião dos prefeitos quanto ao processo de gestão do SUS (2005-2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Analisando-se a distribuição por região geográfica, observa-se pela tabela 4 que as respostas dos prefeitos das regiões Centro-Oeste e Sudeste concentram-se nos mesmos três principais pontos positivos destacados anteriormente (*universalidade, descentralização e integralidade*).

- Principais problemas da gestão municipal

Os principais problemas descritos estão relacionados com a *rede de serviços* (42 %):

- “falta de medicamentos”;
- “falta de leitos em hospitais ou UTIs”;
- “falta de equipamentos”;
- “falta de ambulâncias”;
- “insuficiência da oferta de serviços”;
- “insuficiência da oferta de atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde”.

O segundo problema mais citado refere-se ao financiamento (31,6%). Em seguida, são relatados problemas relacionados com os *Recursos Humanos* (12,8%), tais como: a falta de profissionais ou de capacitação para os mesmos.

Tabela 5. Problemas de gestão do SUS elencados pelos prefeitos, segundo região geográfica – Brasil 2005.

Problemas	Região Geográfica					Total	
	Sul	Centro-Oeste	Sudeste	Nordeste	Norte	N.º	%
Problemas relacionados à rede de serviços	54	52	47	20	17	190	42,0
Financiamento em saúde	35	49	34	11	14	143	31,6
Problemas relacionados a recursos humanos	18	14	12	8	6	58	12,8
Outros	19	4	9	3	-	35	7,7
Apoios institucionais com as três esferas	3	7	5	4	2	21	4,6
Relação com o usuário	3	-	1	-	1	5	1,1
Total de respostas	132	126	108	46	40	452	100
Total de prefeitos	20	48	58	65	16	207	.

Fonte: Levantamento da opinião dos prefeitos quanto ao processo de gestão do SUS (2005-2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

- Apoios considerados importantes para a melhoria da gestão municipal

A tabela 6 aponta que o apoio técnico proveniente da esfera federal foi o mais demandado (52,7% das respostas válidas), seguido do apoio técnico proveniente da esfera estadual (23,7%) e das universidades (17,4%). O menos citado foi o apoio de outros municípios (3,4%).

Não houve diferenças relevantes das demais demandas por apoio técnico entre as regiões geográficas.

Quanto às demandas de apoio financeiro, prevalece também a ênfase ao governo federal (81,6%), sendo os governos estaduais lembrados por 14,5% dos prefeitos.

Em relação aos apoios inespecíficos mais demandados, observa-se que o de maior percentual refere-se aos Conselhos de Saúde (53,1%), da própria comunidade (26,1%) e de instituições não-governamentais (17,9%).

Ao se comparar os levantamentos realizados com os prefeitos das duas gestões, observa-se que para todos os tipos de apoio a União é sempre mais citada.

Tabela 6. Apoios mais importantes para a melhoria da gestão municipal elencados pelos prefeitos, segundo região geográfica – Brasil 2005.

Apoio	Região Geográfica					Total	
	Sul	Centro-Oeste	Sudeste	Nordeste	Norte	N.º	%
Técnico	65	58	48	20	16	207	25,0
União	31	32	29	10	7	109	52,7
Estados	14	16	11	4	4	49	23,7
Universidade	16	5	7	4	4	36	17,4
Outros municípios	1	4	-	2	-	7	3,4
Em branco	3	1	1	-	1	6	2,9
Financeiro	65	58	48	20	16	207	25,0
União	52	47	42	15	13	169	81,6
Estados	12	7	6	4	1	30	14,5
Outros municípios	-	3	-	-	-	3	1,4
Em branco	1	1	-	1	2	5	2,4
Gerais	65	58	48	20	16	207	25,0

continua

continuação

Apoio	Região Geográfica					Total	
	Sul	Centro-Oeste	Sudeste	Nordeste	Norte	N.º	%
Conselhos de Saúde	36	35	22	11	6	110	53,1
Comunidade	16	13	12	5	8	54	26,1
Instituições não-governamentais	11	8	14	4	-	37	17,9
Em branco	2	2	-	-	2	6	2,9
Outros apoios	65	58	48	20	16	207	25,0
Outros apoios	12	15	9	3	3	42	20,3
Em branco	53	43	39	17	13	165	79,7
Total de respostas	260	232	192	80	64	828	100
Total de prefeitos	20	48	58	65	16	207	.

Fonte: Levantamento da opinião dos prefeitos quanto ao processo de gestão do SUS (2005-2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das opiniões dos prefeitos que responderam aos questionários, algumas observações podem ser feitas:

- é pequena a frequência de citação dos usuários, quer seja no que refere aos aspectos positivos do SUS (relação com a comunidade – citado por 3% dos entrevistados), quer seja referente aos problemas da rede assistencial. Por outro lado, quando questionados sobre os apoios necessários à melhoria da gestão, respectivamente 56,1 e 26,1% dos prefeitos citam os Conselhos de Saúde ou a comunidade;
- notada a grande frequência de citação de programas relacionados com a atenção básica (PSF e PACS, com respectivamente 65,2 e 7,2% de citações). O que pode ser considerado como um aspecto positivo, uma vez que corrobora a prioridade dada ao setor, seja pela expansão e/ou pela qualificação dessa modalidade de cuidado à saúde;
- a citação espontânea de outros programas e projetos prioritários do Ministério (Cartão SUS, Saúde Bucal, SAMU, Programa de Hipertensão e Diabetes e outros) pode atestar o seu conhecimento por parte dos prefeitos;
- quanto ao apoio financeiro, é interessante notar que grande parte dos entrevistados concentra suas expectativas na União, enquanto uma menor parte espera um maior apoio estadual.

Cabe enfim salientar que o alto grau de renovação entre os prefeitos pesquisados (67,6%) reforça a necessidade de apoio institucional por parte do Ministério da Saúde, uma vez que, além das constantes inovações e decorrentes desafios para o desenvolvimento da gestão do SUS, a renovação coloca novos atores nessa cena.

Espera-se que resultados desses levantamentos possam ter grande relevância para o planejamento da estratégia de apoio integrado aos municípios, possibilitando a atuação federal nas reais demandas de cada um, bem como a verificação de problemas que possam ser generalizados.

Ao longo do tempo, a comparação de informações procedentes de levantamentos desse tipo pode facilitar o monitoramento sobre a opinião dos gestores acerca da dinâmica de gestão municipal do SUS.

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

PREFEITOS – GESTÃO 2001 A 2004

Levantamento sobre a percepção dos prefeitos quanto ao processo da gestão do SUS

Operador: bom dia/boa tarde, meu nome é (nome do operador). Estou falando do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS do Ministério da Saúde e gostaria de falar com o prefeito do município (nome do município).

Orientação: a pesquisa deve ser realizada apenas com o prefeito do município em questão. O objetivo não é pesquisar o prefeito que ganhou as eleições nem tampouco o secretário municipal de Saúde. Se for necessário, explicitar: “O foco da pesquisa é o prefeito no momento anterior às eleições. Caso ele não possa responder neste momento, a entrevista pode ser agendada” ou ainda “Nessa primeira etapa da pesquisa, o foco é o gestor municipal. Num segundo momento entrevistaremos secretário (municipal) de Saúde”. Lembre-se de agendar a pesquisa para, no máximo, dia 18 de outubro.

Operador: senhor, estou falando do Ministério da Saúde que está realizando uma pesquisa. O objetivo é avaliar a sua percepção quanto ao processo da gestão do Sistema Único de Saúde no município.

1. O senhor pode colaborar respondendo algumas perguntas?

[] Sim [] Não

Orientação: Se **Sim**, prosseguir com as questões do questionário.

Se **Não**, terminar a ligação conforme padrão.

Caso o entrevistado necessite de informações quanto à validade da pesquisa:

- podem ser informados os telefones (61) 3448-8900 (Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS)/3448-8911 (Paulo Marcello)/3448-8918 (Renata Matos – gerente da pesquisa); ou
- um fax do Ministério da Saúde formalizando a realização da pesquisa pode ser enviado.

Prefira a primeira opção.

O questionário não poderá ser enviado por fax ou *e-mail* devido à urgência da coleta de dados.

I. Dados da Prefeitura

1.1. Nome do prefeito: _____

1.2. Município: _____ 1.3. UF: _____

1.4. Endereço: _____

1.5. Bairro/Distrito: _____ 1.6. CEP: _____

1.7. DDD: _____ 1.8. Telefone: _____ / _____ / _____ 1.9. Fax: _____

1.10. Ramal: T1 _____ / T2 _____ / T3 _____ / F1 _____

1.11. Haverá segundo turno em seu município?

Sim (passe para a pergunta 2.1) Não

1.12. O senhor foi reeleito?

Sim Não

Orientação: adequar o cadastro de acordo com o novo formato utilizado pela Área de Estudos e Pesquisas e explicitado na capacitação. Não hesite em tirar as dúvidas com a equipe de monitoria da Central de Teleatendimento.

II. Percepção do prefeito quanto ao processo da gestão do SUS

2.1. Senhor, na sua opinião, quais seriam os pontos positivos do SUS?

Orientação: tente absorver as idéias centrais do discurso do prefeito, sendo claro e objetivo na redação, que deve ser realizada em primeira pessoa. Não permita que o entrevistado se prolongue e confirme com ele a resposta registrada.

Na redação em primeira pessoa deve-se escrever exatamente o que o entrevistado relata. Por exemplo: “Eu acredito que os pontos positivos do SUS são a universalidade e a integridade.”

O principal objetivo dessa pergunta é identificar a percepção do gestor quanto à organização e aos princípios do SUS. Caso ele se restrinja a citar ações pontuais de sua própria gestão, explicita: “Senhor, quais seriam os pontos positivos, numa visão mais global, da organização do Sistema Único de Saúde?”

2.2. O senhor poderia citar sucintamente os três principais problemas de **gestão municipal do SUS** (Sistema Único de Saúde)?

Orientação: análoga à anterior.

Objetiva-se aqui captar a percepção do prefeito sobre a gestão do SUS no seu município. Aqui sim a visão dele deve ser local.

2.3. Cite os apoios que o senhor considera mais importantes para a melhoria do seu processo da gestão municipal de saúde?

Orientação: não é necessário listar as opções de resposta. Selecione “Sim” para apoios citados pelo prefeito e no caso dele não citar um determinado apoio, selecionar a opção “Não”. Não deixe nenhuma alternativa sem resposta.

Apoio Técnico

- | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. União | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b. Estado | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c. Outros municípios | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d. Universidades | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Apoio Financeiro

- | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. União | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b. Estado | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c. Outros municípios | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Apoios Gerais

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a. Conselhos de Saúde (Municipal ou Estadual) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b. Comunidade | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c. Instituições não-governamentais | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Outros apoios

Especificar outros apoios: _____

Orientação: tente ser claro e objetivo na especificação de “Outros apoios”.

2.4. Observações gerais: _____

Orientação: utilize esse campo para relatar informações relevantes à pesquisa. Lembre-se de ser claro e objetivo.

Operador: “O Ministério da Saúde agradece a sua colaboração e tenha um bom dia/uma boa tarde.”

ANEXO B – CATEGORIZAÇÃO

PREFEITOS – GESTÃO 2001 A 2004

Pontos positivos do SUS

Princípios:

- Integralidade
- Universalidade
- Equidade
- Descentralização
- Participação da comunidade

Relação federativa

- Comissões Intergestores

Relação comunidade

- Conselhos de Saúde
- Conferências de Saúde

Principais Problemas de Gestão Municipal do SUS

Rede de serviços

- Estrutura física da rede de serviços insuficiente ou inadequada
- Ausência de referência local para os demais níveis de complexidade (serviços, apoio diagnóstico)
- Insuficiência de medicamentos e insumos
- Dificuldade no relacionamento com o prestador privado/filantrópico (contrato, definição do perfil do atendimento)

Função de gestão

Dificuldade na estruturação da:

- regulação
- planejamento
- programação



- monitoramento e avaliação
- auditoria

Legislação/Normalização

- Normatização federal/estadual em excesso
- Critérios muito rígidos

Instâncias colegiadas de controle social

Relacionamento difícil com:

- os Conselhos de Saúde
- a Comissão Intergestores Bipartite (CIB)
- a Secretaria Estadual de Saúde
- o Ministério da Saúde

Financiamento

- Dificuldade em cumprir a Emenda Constitucional 29
- Pouco recurso para a saúde
- Falta apoio financeiro da Secretaria Estadual de Saúde
- Falta apoio financeiro do Ministério da Saúde
- Financiamento federal muito fragmentado

Pessoal/Recursos Humanos

- Insuficiência de profissionais na rede
- Insuficiência de profissionais nos serviços de gestão (na Secretaria de Saúde)
- Falta capacitação pessoal da rede de serviços
- Falta capacitação de pessoal nas funções de gestão
- Dificuldade de gestão do recurso humano municipalizado

ANEXO C – QUESTIONÁRIO

PREFEITOS – GESTÃO 2005 A 2008

Operador: bom dia/boa tarde, meu nome é (nome do operador). Estou falando do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS do Ministério da Saúde e gostaria de falar com o prefeito de (nome do município).

Orientação: a pesquisa deve ser realizada **apenas com o prefeito** do município em questão. Se necessário, agendar a pesquisa para, no máximo, dia **31 de maio**.

Operador: senhor, estou falando do Ministério da Saúde que, juntamente com o Departamento de Apoio à Descentralização, está realizando uma pesquisa. O objetivo é avaliar a sua percepção quanto ao processo da gestão do Sistema Único de Saúde no município.

1. O senhor pode colaborar respondendo algumas perguntas?

[] Sim [] Não

Orientação: Se **Sim**, prosseguir com as questões do questionário.

Se **Não**, agendar a entrevista. Caso se recuse a agendar, terminar a ligação conforme padrão.

Se o entrevistado necessitar de informações quanto à validade da pesquisa:

- podem ser informados os telefones (61) 3448-8900 (Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS)/3448-8911 (Paulo Marcello)/3448-8912 (Juliana Faria – gerente da pesquisa); ou
- um fax do Ministério da Saúde formalizando a realização da pesquisa pode ser enviado.

O questionário não poderá ser enviado por fax ou e-mail devido à urgência da coleta de dados.

I. Dados da Prefeitura

1.1. Nome do prefeito: _____

1.2. Município: _____ 1.3. UF: _____

1.4. Endereço: _____

1.5. Bairro/Distrito: _____ 1.6. CEP: _____

1.7. DDD: ____ 1.8. Telefone: ____ / ____ / ____ 1.9. Fax: _____

1.10. Ramal: T1 _____ / T2 _____ / T3 _____ / F1 _____

1.11. O senhor foi reeleito?

Sim Não

II. Percepção do prefeito quanto ao processo da gestão do SUS

2.1. Senhor, na sua opinião, quais seriam os três principais pontos positivos do Sistema Único de Saúde (SUS)?

Orientação: tente absorver as idéias centrais do discurso do prefeito, sendo claro e objetivo na redação, que deve ser realizada em primeira pessoa. Não permita que o entrevistado se prolongue e confirme com ele a resposta registrada.

O principal objetivo dessa pergunta é identificar a percepção do gestor quanto à organização e aos princípios do SUS. Caso ele se restrinja a citar ações pontuais de sua própria gestão, explicita: “Senhor, quais seriam os pontos positivos, numa visão mais global, da organização do Sistema Único de Saúde?”.

2.2. O senhor poderia citar sucintamente os três principais problemas no âmbito da saúde em seu município?

Orientação: análoga à anterior.

Objetiva-se aqui captar a percepção do prefeito sobre a gestão do SUS no seu município. Aqui sim a visão dele deve ser local.

2.3. Entre os apoios abaixo, selecione o que o senhor considera mais importante em cada tipo para a melhoria do seu processo da gestão municipal de saúde?

Orientação: listar as opções de resposta e marcar apenas uma em cada tipo.

2.3.1. Apoio Técnico

- União
- Estado
- Outros municípios
- Universidades

2.3.2. Apoio Financeiro

- União
- Estado
- Outros municípios

2.3.3. *Apoios Gerais*

- Conselhos de Saúde (municipal ou estadual)
- Comunidade
- Instituições não-governamentais

2.3.4. Existe algum outro apoio que o senhor considera importante e gostaria de registrar?

- Sim Não

2.3.4.1. Se **Sim**, especificar: _____

2.4. *Qual projeto, programa ou ação do Ministério da Saúde o senhor identifica como o mais importante para o seu município?*

Orientação: análoga à anterior. Registrar apenas um programa que julgar o mais importante.

Objetiva-se aqui captar a percepção do prefeito sobre os projetos do Ministério Saúde no seu município. Aqui a visão dele também deve ser local.

2.5. Observações gerais: _____

Operador: “O Ministério da Saúde agradece a sua colaboração e tenha um bom dia/uma boa tarde”.



ANEXO D – CATEGORIZAÇÃO

PREFEITOS – GESTÃO 2005 A 2008

Pontos positivos do SUS

- Integralidade
- Universalidade
- Equidade
- Descentralização/regionalização
- Relação federativa (exemplo: Comissões Intergestores)
- Relação com a comunidade (exemplo: participação da comunidade, Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde, etc.)
- Programas
- Outros

Problemas no âmbito da saúde

- Relação com o usuário (incluindo Conselhos de Saúde, conferências, desconhecimento do SUS por parte dos usuários, etc.)
- Financiamento em saúde
- Apoios institucionais com as três esferas (municipal, estadual ou federal)
- Problemas relacionados a recursos humanos (exemplo: falta de profissionais, demanda por capacitação, etc.)
- Problemas relacionados à rede de serviços (exemplo, falta de: medicamentos, leitos em hospitais, Unidade Básica de Saúde, equipamentos, ambulâncias, etc.)
- Outros

Projeto, ação ou programa do Ministério da Saúde

- PSF
- PACS
- Saúde Bucal
- Cartão SUS
- Outros

EQUIPE TÉCNICA

Pesquisa com prefeitos - gestão 2001-2004

Coordenação Geral:

Alcides Silva de Miranda – DAD/SE
Fernando André Cartaxo de Arruda – Doges/SGP

Pesquisadores:

Dário Frederico Pasche – DAD/SE
Doriane Patrícia Ferraz de Souza – DAD/SE
Lumena Almeida Castro Furtado – DAD/SE
Paulo Marcello F. Marques – Doges/SGP
Juliana Bernardes de Faria – Doges/SGP
Renata Assis de Matos – Doges/SGP

Colaboradores:

Ana Cláudia de Souza Correa – Doges/SGP
Ana Elizabeth Araújo – Doges/SGP
Ana Luiza Moreira Campos – Doges/SGP
Andréa Rocha – Doges/SGP
Antônia Aldenira Mendes Monteiro – Doges/SGP
Ariosto Nogueira Lustosa – Doges/SGP
Audrei dos Santos Soares – Doges/SGP
Carolina Silva – Doges/SGP
Caroline Amaral Franco Borges – Doges/SGP
Danielle da Silva Costa – Doges/SGP
Évilin Geraldo – Doges/SGP
Fabiane Elias – Doges/SGP
Fernanda Augusta Escossia – Doges/SGP
Fernanda Conde – Doges/SGP
Gustavo Tatson – Doges/SGP
Larissa Germana Pereira de Albuquerque – Doges/SGP
Letícia Helena de Oliveira Rondon – Doges/SGP
Márcio Machado Ribeiro – Doges/SGP
Míria de Oliveira Sousa – Doges/SGP
Renata Pereira – Doges/SGP
Thaís Bruzzi de Faria – Doges/SGP

Pesquisa com prefeitos – gestão 2005-2008

Coordenação Geral:

Lumena Almeida Castro Furtado – DAD/SE
Fernando André Cartaxo de Arruda – Doges/SGP

Pesquisadores:

Adriana de Medeiros Cavalcanti – DAD/SE
Doriane Patrícia Ferraz de Souza – DAD/SE
Douglas Augusto Schneider – DAD/SE
Paulo Marcello F. Marques – Doges/SGP
Juliana Bernardes de Faria – Doges/SGP
Márcio Machado Ribeiro – Doges/SGP

Colaboradores:

Alessandra Aparecida Moura – Doges/SGP
André Luiz Almeida – Doges/SGP
Carolina Silva – Doges/SGP
Fernanda A. de Oliveira – Doges/SGP
Guilherme Grili – Doges/SGP
Musa Denaíse Moraes – Doges/SGP
Paula Lopes Santana – Doges/SGP
Priscila Rodrigues Lima – Doges/SGP
Roberta Cristiane Habermam – Doges/SGP
Vanessa Conceição – Doges/SGP
Vanessa Jardim – Doges/SGP

INFORMAÇÕES DO ÂMBITO DE GESTÃO MUNICIPAL

Levantamentos de opinião dos secretários municipais de Saúde sobre o processo de gestão do Sistema Único de Saúde

Departamento de Apoio à Descentralização/SE/MS
Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS/SP/MS



Em prosseguimento ao trabalho de levantamento de opiniões e informações de atores governamentais sobre a gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciada com os levantamentos de opinião de prefeitos (seção 1 deste capítulo), os Departamentos de Apoio à Descentralização (DAD/SE) e de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges/SGP) realizaram mais dois levantamentos de opiniões, desta feita, com secretários municipais de Saúde dos períodos de gestão municipal de 2001 a 2004 e 2005 a 2008.

Da mesma forma que no trabalho anterior, a finalidade desses levantamentos foi a de produzir subsídios para a discussão sobre o fortalecimento e a qualificação da gestão em saúde e para o incremento da estratégia ministerial de apoio integrado aos sistemas de saúde estaduais e municipais.

Nessa segunda seção do capítulo, são apresentadas as tabulações e uma descrição sintética das informações consideradas mais relevantes. A primeira parte contém as informações derivadas das opiniões de secretários municipais de Saúde do período de 2001 a 2004, em época de final de gestão (dezembro de 2004). A segunda parte contém as informações derivadas das opiniões de secretários municipais de Saúde em início de gestão governamental (2005 a 2008), alguns inclusive em continuidade devido à reeleição dos prefeitos de seus municípios.

Ambos os levantamentos de opinião foram realizados a partir da aplicação de questionários semi-estruturados por telefone. As principais questões apresentadas referiam-se ao processo de gestão municipal do SUS. Para tanto, as perguntas do questionário foram definidas preliminarmente, a partir de categorias temáticas preestabelecidas (anexos A e C, respectivamente). As repostas para as questões abertas foram registradas inicialmente em sua forma discursiva espontânea, daí então foram categorizadas de acordo com os seus núcleos de sentido, relacionados assim aos temas definidos previamente; salvo uma exceção relacionada ao item sobre os princípios do SUS, que eram informados previamente por ocasião dos questionamentos (anexos B e D, respectivamente).

Foram elaborados dois questionários distintos para a coleta de informações, sendo acrescido em um deles (anexo A) duas perguntas referentes apenas à área definida como Amazônia Legal, compreendendo toda Região Norte, além dos estados do Mato Grosso e do Maranhão.

As principais categorias temáticas utilizadas nos levantamentos foram:

- continuidade da administração da Secretaria Municipal de Saúde;
- pontos positivos na área da Saúde;

- problemas na área da Saúde;
- soluções adotadas para a resolução dos problemas citados;
- apoios importantes para a melhoria do processo de gestão na saúde;
- apoios recebidos durante a gestão;
- princípios do Sistema Único de Saúde desenvolvidos durante a gestão;
- ações, iniciativas ou programas na área da Saúde desenvolvidos para a Amazônia Legal (*específicos para Amazônia Legal*);
- ações, iniciativas e programas que ajudaram no planejamento do município (*específicos para Amazônia Legal*).

Para a aplicação dos questionários, houve o treinamento prévio dos entrevistadores, pertencentes às equipes da Área de Teleatendimento do Doges/SGP. Também foram realizados estudos piloto para a testagem dos questionários.

A projeção inicial para a amostra de respondentes do primeiro estudo (período de gestão municipal de 2001 a 2004) era de 500 secretários municipais de Saúde, incluindo os 27 secretários municipais de Saúde das capitais e mais 473 escolhidos aleatoriamente, a partir de uma distribuição por regiões geográficas e porte populacional dos municípios. Ao final, foram coletados 415 questionários (83% da projeção inicial), sendo 36 da região definida como Amazônia Legal (considerados como um grupo à parte nas questões específicas para a região).

Para o segundo estudo de opinião de secretários municipais de Saúde (período de gestão de 2005 a 2008), foram respondidos 413 questionários (82,6 % da projeção inicial de amostra). Nesse total também foram incluídos os secretários entrevistados no levantamento anterior (período de gestão de 2001 a 2004) e que permaneceram no cargo.

Para ambos os levantamentos, a amostra de questionários efetivamente respondidos corresponde acerca de 7,5% do universo considerado (5.562 municípios). Se considerada a variável de distribuição de respondentes por regiões do País, as amostras de ambos os levantamentos podem ser consideradas como representativas, embora não possibilitem uma adequada razão de proporcionalidade. Se considerada a variável de gestores das capitais, a amostra não é representativa, em razão de poucos respondentes provenientes das capitais estaduais. Em todo o caso, as informações devem ser consideradas menos por sua significância estatística, o que não foi o propósito dos levantamentos, e mais em razão da perspectiva exploratória e da possibilidade de geração de hipóteses para orientar estudos mais consistentes.

Pelo fato de ser possível dar mais de uma ou nenhuma resposta a algumas perguntas do questionário, utilizou-se, nesses casos, como base para a geração de resultados e análise estatística das informações, o número de respostas, que não coincide com o número de respondentes.

O processamento dos dados foi realizado com o uso do programa *Microsoft Excel*[®].

As informações foram analisadas por meio de estatísticas descritivas e apresentadas na forma de tabelas, que foram elaboradas após a consolidação dos bancos de informações e a realização da análise de consistência dos dados. As respostas às questões abertas do questionário foram previamente analisadas qualitativamente, com a participação da equipe de coleta, dos membros da AEP (SGP/MS) e do DAD (SE/MS). A partir da leitura de uma amostra das respostas de cada questão, foram elaboradas as categorias. Em seguida, cada registro de resposta foi classificado em uma dessas categorias, de modo a explicitar, na análise dos resultados, os tipos de respostas (assuntos) freqüentemente citados pelos secretários. Cabe ressaltar que, em alguns casos, foi necessária a inclusão de categorias no decorrer da análise.

RESULTADOS

SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – GESTÃO 2001 A 2004

- Continuidade de sua administração na Secretaria Municipal de Saúde

Tabela 7. Freqüência de respondentes que informam que vão permanecer na gestão da Secretaria Municipal de Saúde – Brasil 2004.

Continuidade	N.º	%
Sim	156	37,6
Não	257	61,9
Em branco	2	0,5
Total	415	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2001 – 2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Observa-se que grande parte dos gestores municipais informa que não dará continuidade à administração que vinha desenvolvendo (61,9%).

- Pontos positivos do SUS

Em relação aos principais pontos positivos do SUS (tabela 8), os secretários apontaram: implantação e/ou implementação de programas de governo (30,4%); melhoria do sistema local de saúde (18,6%) e o princípio da integralidade (18,2%). Nas regiões Nordeste e Norte, as diretrizes da *descentralização e regionalização* aparecem entre os três principais pontos positivos.

De acordo com as respostas pode existir uma possibilidade de que os entrevistados tenham uma percepção mais restrita ao âmbito local do sistema de saúde, visto que os maiores percentuais referem-se à implantação e/ou implementação de programas de governo e melhoria do sistema local.

Tabela 8. Principais pontos positivos do SUS elencados pelos secretários por região geográfica – Brasil 2004.

Pontos Positivos	Região Geográfica					Total	%
	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro-Oeste	Norte		
Implantação e/ou implementação de programas de governo	82	88	57	23	11	261	30,4
Melhoria do sistema local de saúde	56	44	36	15	9	160	18,6
Integralidade	58	52	27	15	4	156	18,2
Descentralização/regionalização	46	38	29	10	13	136	15,9
Disponibilização de medicamentos	20	21	9	3	1	54	6,3
Universalidade	13	21	7	4	4	49	5,7
Participação da comunidade	3	5	6	-	3	17	2,0
Outros	6	4	1	-	2	13	1,5
Eqüidade	-	2	-	1	2	5	0,6
Hierarquização	2	1	1	-	-	4	0,5
Não existe ponto positivo	-	2	1	-	-	3	0,3
Total	286	278	174	71	49	858	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2001 – 2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

- Principais problemas da gestão municipal

Quanto à questão sobre os três principais problemas que os secretários encontraram na área da Saúde (tabela 9), as respostas foram agrupadas em cinco eixos de análise correspondentes aos seguintes temas:

- 1) gestão;
- 2) financiamento da saúde;
- 3) rede de serviços/tecnologias/insumos/RH;
- 4) usuários; e
- 5) apoios institucionais das três esferas de governo.

O primeiro item buscou padronizar as respostas relativas à gestão do sistema de saúde propriamente dito. Esse item apresentou o maior número de respostas (42,6%), entretanto, todas elas referiam-se basicamente ao planejamento.

Dentre os tipos de problemas apresentados nesse item, merece destaque a questão da Programação Pactuada e Integrada (PPI), que, segundo alguns entrevistados, não está funcionando adequadamente. Os secretários registraram, também, problemas em relação ao Plano Diretor de Regionalização (PDR em seu desenho regional) e ao Plano Diretor de Investimentos (PDI), que, segundo alguns dos respondentes, servem atualmente apenas como documentos para cumprir critérios de habilitação.

Em relação ao complexo regulatório dos sistemas de serviços de saúde, os maiores problemas relatados referiam-se à ausência ou ao não funcionamento das Centrais de Leitos. Existem relatos que denotam uma inefetividade dos sistemas de referência e contra-referência.

Os respondentes, em sua maioria, afirmam que não conseguem garantir para a sua população os atendimentos necessários, sobretudo quando o município não dispõe de uma rede de serviços para todos os níveis de densidade tecnológica.

Um outro problema registrado refere-se às contínuas mudanças entre dirigentes das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), o que, segundo alguns respondentes, acarreta desgaste e descontinuidade nas ações, nos serviços e nos programas de saúde, dificultando a gestão dos sistemas locais ou municipais de saúde.

A desqualificação dos profissionais de saúde é um problema que os gestores acreditam influenciar diretamente na qualidade da gestão dos sistemas locais ou municipais de saúde.

A falta de capacitação dos quadros funcionais (tanto administrativos como da assistência) é, para alguns respondentes, um dos principais problemas a serem enfrentados com o auxílio dos estados e da União.

Outros problemas relacionados:

- a não integração com outras políticas públicas municipais, como aquelas de saneamento básico, água potável, tratamento de lixo, educação, dentre outras;
- interferências político-partidárias;
- insuficiência de autonomia do gestor municipal (por exemplo: no gerenciamento dos Fundos Municipais de Saúde);
- dificuldades de contratação de pessoal e precarização dos vínculos empregatícios, além da grande rotatividade dos trabalhadores da saúde;
- falta de padronização no uso dos medicamentos;
- persistência da centralização de serviços de saúde e do financiamento;
- dificuldades na gestão de convênios com os hospitais filantrópicos;
- grande demanda de pacientes dos planos de saúde particulares para o SUS;
- dificuldades de avaliação sistemática (principalmente em relação aos gastos com saúde); e
- falta de informatização dos sistemas e processos do SUS municipal.

Em relação ao financiamento da saúde (26,5% das respostas), os gestores são em sua maioria enfáticos em afirmar que o principal problema refere-se ao montante de recursos financeiros destinados ao setor Saúde, em razão de sua insuficiência e inadequação para atender às reais necessidades de saúde da população. Além disso, alguns destacam o não cumprimento da Emenda Constitucional 29.

Ainda com relação ao financiamento, foram levantadas as seguintes questões:

- insuficiência e/ou ausência de recursos para investimentos em saúde por parte das três esferas de governo;
- fragmentação na alocação de recursos financeiros (“caixinhas”);
- atraso nos repasses dos recursos, tanto federais quanto estaduais;
- defasagem dos valores pagos pela tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares;
- baixo valor do Piso da Atenção Básica;
- baixo valor dos tetos da média e alta complexidades;
- baixos recursos para a vigilância sanitária.

O item em que se sistematizou os problemas relacionados à estrutura da rede de saúde, tecnologias, insumos e pessoal (RH) foi o que apresentou o terceiro maior número de respostas (24,3 %).

Dentre os problemas apresentados, destacam-se:

- rede hospitalar precária e sucateada;
- falta de equipamentos (foram citados: para uso diagnóstico, de urgência/ emergência e de maior complexidade);
- falta e/ou insuficiência de meios de transporte para o traslado de pacientes;
- falta ou atraso no envio de medicamentos, desde os relativos à farmácia básica até os medicamentos excepcionais e de alto custo;
- falta e/ou insuficiência de profissionais da saúde para desempenho das funções nos serviços de saúde (principalmente para PSF e especialidades médicas); e
- insuficiência de pessoal (dentre os profissionais de saúde destacam-se os médicos generalistas e especialistas, enfermeiros e odontólogos) e dificuldade de fixação de profissionais no interior do País.

No que diz respeito aos usuários do Sistema Único de Saúde (4,2% das respostas), os respondentes avaliaram que o principal entrave encontrado refere-se ao inadequado conhecimento do funcionamento do sistema, gerando problemas de diversas ordens:

- exigência de tratamento e/ou medicamento não aprovado pela legislação vigente;
- não conhecimento da hierarquização dos serviços (atenção básica, média e alta complexidades), gerando uma acessibilidade inadequada aos níveis de complexidade e acarretando problemas de fluxo e demanda aos serviços de saúde; e
- exigência de exames diagnósticos de alto custo, em muitos casos desnecessários, devido a uma cultura baseada na crença de que esses exames são essenciais para um bom diagnóstico e conseqüente tratamento.

Quanto ao controle social institucionalizado, foi levantado pelos entrevistados a fragilidade dos Conselhos de Saúde, além da falta de informação dos conselheiros sobre o sistema de saúde.

O último item analisado diz respeito aos apoios institucionais (2,3% das respostas) que os gestores receberam ou não. Esse item apareceu poucas vezes como “problema”. Foram apenas 16 respostas, e o maior enfoque foi em relação à falta de apoio/assessoria técnica dos órgãos regionais das Secretarias Estaduais (Dires) e da própria SES. Ainda em relação

aos apoios, alguns entrevistados responderam que existe falta de informação dos tipos de apoios técnicos que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde prestam aos municípios e a dificuldade de constituir parceria com outros municípios.

Foi registrado um difícil relacionamento entre os gestores municipais de saúde e as diretorias dos hospitais conveniados, ou ainda com a categoria profissional dos médicos.

Também foi relatada a falta de apoio do Ministério Público.

Tabela 9. Principais problemas da gestão municipal elencados pelos secretários, segundo região geográfica – Brasil 2004.

Principais Problemas	Região Geográfica					N.º	%
	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro-Oeste	Norte		
Dificuldade de gestão	111	91	54	21	17	294	42,6
Recurso financeiro insuficiente ou inadequado	61	55	46	15	6	183	26,5
Falta de estrutura, equipamentos ou insumos	43	54	41	16	14	168	24,3
Insatisfação dos usuários	9	8	5	3	4	29	4,2
Falta de apoio institucional	3	1	9	1	2	16	2,3
Total	227	209	155	56	43	690	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2001 – 2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

- Medidas e ações desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas

Quando questionados sobre as medidas e ações desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas elencados na questão anterior, destacaram-se:

- estabelecer parcerias com outros níveis de gestão (35,6% das respostas);
- a reestruturação do processo de gestão e/ou da rede de saúde (14% das respostas);
- contratação e/ou qualificação de recursos humanos (12,2% das respostas).

É importante ressaltar que 6,9% dos secretários municipais de Saúde não responderam a essa questão.

Na análise por região, destacaram-se o Sul e Sudeste com o maior número de respostas. Para as regiões Sudeste, Sul, Nordeste e Centro-Oeste, as parcerias entre municípios foram

relatadas com mais frequência. Para a Região Norte, a maior frequência foi relacionada à contratação e/ou capacitação de recursos humanos.

Tabela 10. Ações elencadas pelos secretários municipais de Saúde para o enfrentamento dos problemas citados por região geográfica – Brasil 2004.

Medidas e ações	Região Geográfica					Total	%
	Sul	Sudeste	Nordeste	Centro-Oeste	Norte		
Estabelecer parceria com esfera municipal	44	38	16	10	7	115	20,4
Reestruturação do processo de gestão e/ou da rede de saúde	27	26	13	7	6	79	14,0
Contratação e/ou capacitação de recursos humanos	21	21	14	5	8	69	12,2
Estabelecer parceria com esfera estadual	16	21	4	4	-	45	8,0
Não propôs solução	11	18	9	1	-	39	6,9
Aquisição de veículos	10	8	10	4	2	34	6,0
Busca por mais recursos financeiros	8	12	7	4	2	33	5,9
Implementação/implantação de novos programas de saúde	5	4	11	2	1	23	4,1
Parceria com a rede privada de saúde	13	6	3	-	-	22	3,9
Estabelecer parceria com outros órgãos	8	4	6	1	1	20	3,5
Estabelecer parceria com esfera federal	5	5	5	2	1	18	3,2
Ações de educação em saúde para a comunidade	4	3	3	1	2	13	2,3
Estabelecer parceria (não especificado)	2	1	-	-	-	3	0,5
Outros	13	17	10	7	4	51	9,0
Total	187	184	111	48	34	564	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2001 – 2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

- Apoios importantes e sua ocorrência para a melhoria da gestão municipal

Quando questionados sobre os apoios considerados importantes para melhorar o processo de gestão da saúde (tabela 11), os secretários indicaram, com maior frequência, os apoios técnico e financeiro (37,3%). As respostas concentraram-se nos apoios por parte de estados e da União, nessa ordem (tabelas 12 e 13). Com relação aos apoios gerais (tabela 14), destacaram-se as respostas referentes aos Conselhos de Saúde e à própria comunidade.

A arguição sobre a ocorrência de cada um dos tipos de apoio estava condicionada ao fato do entrevistado tê-lo apontado como importante. Concluiu-se, observando-se a tabela 11, que mais da metade das respostas relacionadas à importância citam, também, a ocorrência. Assim, os apoios técnicos, financeiros e gerais e as suas especificações ocorreram em grande medida.

Tabela 11. Apoios mais importantes para a melhoria da gestão municipal e os efetivamente ocorridos elencados pelos secretários – Brasil 2004.

Apoio	Importância	Ocorrência	% Ocorrência
Técnico	753	426	56,57
Financeiro	752	441	58,64
Gerais	395	269	68,10
Outros apoios	117	73	62,39
Total	2.017	1.209	59,94

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2001 – 2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Tabela 12. Apoios técnicos mais importantes para a melhoria da gestão municipal e os efetivamente ocorridos elencados pelos secretários – Brasil 2004.

Apoio Técnico	Importância	Ocorrência	% Ocorrência
Estados	276	189	68,48
União	245	134	54,69
Outros municípios	136	62	45,59
Universidade	96	41	42,71
Total	753	426	56,57

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2001 – 2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Tabela 13. Apoios financeiros mais importantes para a melhoria da gestão municipal e os efetivamente ocorridos elencados pelos secretários – Brasil 2004.

Apoio Financeiro	Importância	Ocorrência	%
Estados	313	173	55,27
União	311	230	73,95
Outros municípios	128	38	29,69
Total	752	441	58,64

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2001 – 2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Tabela 14. Apoios gerais mais importantes para a melhoria da gestão municipal e os efetivamente ocorridos elencados pelos secretários – Brasil 2004.

Apoio Geral	Importância	Ocorrência	%
Conselhos de Saúde	168	129	76,79
Comunidade	131	96	73,28
Instituições não-governamentais	96	44	45,83
Total	395	269	68,10

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2001 – 2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Considerando-se ainda as regiões geográficas, o apoio técnico e financeiro estadual foi, novamente, o mais citado, assim como os apoios dos Conselhos de Saúde e da comunidade. Excetuam-se a Região Norte que apresentou maior frequência para o apoio técnico e financeiro por parte da União e a Região Centro-Oeste com maior frequência do apoio financeiro por parte da União.

Tabela 15. Apoios mais importantes para a melhoria da gestão municipal elencados pelos secretários por região geográfica – Brasil 2004.

Apoio	Região Geográfica				
	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro-Oeste	Norte
Técnico	265	224	163	73	28
Financeiro	252	240	148	76	36

continua

continuação

Apoio	Região Geográfica				
	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro-Oeste	Norte
Gerais	145	116	89	38	7
Outros apoios	28	43	27	6	13
Total de respostas	690	623	427	193	84
Total de secretários	142	131	78	28	36

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2001 – 2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Tabela 16. Apoios técnicos mais importantes para a melhoria da gestão municipal elencados pelos secretários por região geográfica – Brasil 2004.

Apoio Técnico	Região Geográfica				
	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro-Oeste	Norte
Estados	98	78	62	26	12
União	79	73	55	23	15
Outros municípios	54	40	28	14	.
Universidade	34	33	18	10	1
Total de respostas	265	224	163	73	28
Total de secretários	142	131	78	28	36

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2001 – 2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Tabela 17. Apoios financeiros mais importantes para a melhoria da gestão municipal elencados pelos secretários por região geográfica – Brasil 2004.

Apoio Financeiro	Região Geográfica				
	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro-Oeste	Norte
Estados	104	101	62	31	15
União	101	98	60	33	19
Outros municípios	47	41	26	12	2
Total de respostas	148	139	86	45	21
Total de secretários	142	131	78	28	36

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2001 – 2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Tabela 18. Apoios gerais mais importantes para a melhoria da gestão municipal elencados pelos secretários por região geográfica – Brasil 2004.

Apoio Geral	Região Geográfica				
	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro-Oeste	Norte
Conselhos de Saúde	62	51	36	16	3
Comunidade	47	37	32	13	2
Instituições não-governamentais	36	28	21	9	2
Total de respostas	145	116	89	38	7
Total de secretários	142	131	78	28	36

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2001 – 2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

A ocorrência dos apoios, conforme já explicitado anteriormente, está vinculada à citação da sua importância. Assim, a tabela 19 traz, por região geográfica, a ocorrência dos apoios técnicos e financeiros da União e dos estados, citados por aqueles secretários que afirmaram que tais apoios eram importantes para a melhoria da gestão municipal. Cabe ressaltar que as demais opções de respostas foram desconsideradas, propositalmente, na apresentação tabular a seguir, visto que é importante para atuação do Ministério da Saúde visualizar a situação dos apoios que estão dentro de sua competência constitucional.

A ocorrência de citações sobre o apoio financeiro da União é mais freqüente do que a dos estados, independentemente da região geográfica. Os menores percentuais ocorrem nas regiões Sudeste (51,1%) e Sul (57,4%).

Por outro lado, o apoio técnico dos estados é citado de forma mais recorrente que o da União, com exceção da Região Norte, que apresenta 59% das respostas indicando a ocorrência de apoio técnico federal.

Tabela 19. Apoios técnicos e financeiros da União e dos estados efetivamente ocorridos elencados pelos secretários pesquisados por região geográfica – Brasil 2004.

Apoio	Região Geográfica				
	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro-Oeste	Norte
Técnico	113	100	68	20	22
União	44	44	25	8	13
Estados	69	56	43	12	9

continua

continuação

Apoio	Região Geográfica				
	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro-Oeste	Norte
Financeiro	133	129	79	40	22
União	68	74	48	24	16
Estados	65	55	31	16	6
Total de respostas	246	229	147	60	44
Total de secretários	28	78	142	131	36

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2001 – 2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Percebe-se que a maioria dos respondentes considera que para o fortalecimento do processo de gestão é necessário um maior aporte financeiro e técnico.

Finalmente, um último ponto levantado pelos secretários é a necessidade de implantação de processos de capacitação e educação permanente para todos os atores institucionais, fundamental para a prática cotidiana e suporte de uma gestão melhor qualificada.

- Desenvolvimento dos princípios do SUS durante a gestão do secretário municipal de Saúde

Na pergunta sobre os princípios do Sistema Único de Saúde, listando a universalidade, a equidade, a regionalização, a descentralização, a integralidade e a participação social, os respondentes informaram que, em alguma medida, eles foram desenvolvidos no decorrer de suas gestões (tabela 20).

Tabela 20. Opinião dos secretários quanto ao desenvolvimento dos princípios do SUS, durante a gestão municipal de saúde – Brasil 2004.

Princípio	N.º	%
Equidade	354	85,3
Universalidade	348	83,9
Descentralização	347	83,6
Participação Social	339	81,9
Integralidade	326	78,6
Regionalização	302	72,8
Total	2.016	81

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2001 – 2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

- Amazônia Legal – Ações, iniciativas ou programas na área da Saúde desenvolvidos especificamente para essa região

Aos secretários municipais de Saúde da região da Amazônia Legal perguntou-se sobre o conhecimento a respeito de ações, iniciativas ou programas na área da Saúde desenvolvidos especificamente para essa região. Dos respondentes, 63,9% informaram desconhecer qualquer ação nesse sentido. Os demais responderam segundo a tabela 21. A maioria dos programas ou ações elencados é de abrangência nacional.

Tendo em vista que a região da Amazônia Legal é prioridade de governo e no âmbito do Ministério da Saúde é a referência do PSAL, precisa-se refletir o porquê de 23 secretários dessa região desconhecerem o desenvolvimento de ações específicas para Amazônia Legal.

Desse dado pode-se inferir algumas hipóteses:

- o PSAL não tem a capilaridade necessária;
- o PSAL não possui ações específicas para essa região, que mereçam o destaque dos secretários; ou
- os secretários não se apropriaram do Plano.

Tabela 21. Opinião dos secretários da Amazônia Legal quanto ao tipo de ação, de iniciativa ou de programa na área da Saúde desenvolvidos nos últimos dois anos e específico para a região – Brasil 2004.

Tipo de ação, iniciativa ou programa	N.º
Programas para controle e combate de endemias	8
Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	3
Maior repasse de recursos financeiros	4
Programa Nacional de Imunização	2
Total	17⁽¹⁾

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2001 – 2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Nota: (1) O número de respostas é diferente do n.º de entrevistados devido à possibilidade de mais de uma resposta por entrevistado.

Dos 13 secretários que informaram conhecer ações e programas de saúde específicos para a região, 11 (84,6%) responderam que tais iniciativas auxiliaram na estruturação do sistema local, e a maneira como isso ocorreu encontra-se descrita na tabela 22.

Foi observado que, das 11 respostas referentes a iniciativas ou programas para a população da Amazônia Legal, cinco delas referiam-se a ações de controle das doenças endêmicas prevalentes na região.

Tabela 22. Opinião dos secretários da Amazônia Legal quanto ao tipo de contribuição da ação, da iniciativa ou do programa para o planejamento do município – Brasil 2004.

Tipo de contribuição	N.º
Ações preventivas para doenças endêmicas	5
Aumento de cobertura do Programa Saúde da Família (PSF)	3
Disseminação de informações sobre o SUS para a população	2
Cooperação técnica	1
Total	11

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2001 – 2004), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – GESTÃO 2005 A 2008

- Continuidade da administração na Secretaria Municipal de Saúde

Tabela 23. Distribuição dos secretários municipais de Saúde que permaneceram em seus respectivos cargos desde a gestão anterior, segundo região geográfica – Brasil 2005.

Região Geográfica	Permanência no cargo desde a gestão passada					
	Sim		Não		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sul	45	37,2	76	62,8	121	100
Sudeste	40	33,9	78	66,1	118	100
Nordeste	33	41,8	46	58,2	79	100
Norte	15	26,3	42	73,7	57	100
Centro-Oeste	5	13,2	33	86,8	38	100
Total	138	33,4	275	66,6	413	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

A tabela 23 informa a distribuição dos secretários municipais de Saúde que permaneceram em seus cargos desde a gestão anterior, demonstrando que, em todas as regiões, houve muitas mudanças de gestores entre os respondentes. O maior percentual foi observado no Centro-Oeste, onde 86,8% dos secretários não permaneceram em seus cargos. Já o Nordeste foi a região que apresentou o menor percentual de mudança de gestores (41,8%). Nas regiões Sul e Sudeste, nota-se uma frequência relativa bem próxima à frequência do conjunto total de pesquisados, em que 66,6% dos casos houve mudança de secretário entre as duas gestões.

- Experiência prévia dos secretários municipais em gestão de sistemas de saúde

A tabela 24 reflete a experiência prévia dos secretários em gestão de sistemas de saúde. Observa-se que, em todas as regiões, a maioria dos secretários já possui algum tipo de experiência nessa função.

O Sul e Centro-Oeste, nessa ordem, foram as regiões que apresentam maior percentual de secretários que não têm experiência anterior, com uma frequência relativa superior a 47% em ambas. Já na Região Sudeste, 80,5% dos entrevistados responderam que possuem algum tipo de experiência nessa área. A Região Norte apresenta uma frequência próxima ao conjunto de todos os secretários pesquisados (63,9%).

Tabela 24. Experiência prévia dos secretários em gestão de sistema de saúde, por região geográfica – Brasil 2005.

Região Geográfica	Experiência de gestão em sistema de saúde					
	Sim		Não		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sul	63	52,1	58	47,9	121	100
Sudeste	95	80,5	23	19,5	118	100
Nordeste	53	67,1	26	32,9	79	100
Norte	33	57,9	24	42,1	57	100
Centro-Oeste	20	52,6	18	47,4	38	100
Total	264	63,9	149	36,1	413	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Tabela 25. Especificação da experiência prévia dos secretários em gestão de sistema de saúde, por região geográfica – Brasil 2005.

Especificação da Experiência	N.º	%
Gestor municipal ou estadual	135	51,1
Outros	40	15,2
Dirigente	51	19,3
Profissional de saúde	28	10,6
Conselheiros de Saúde	4	1,5
Em branco	6	2,3
Total	264	100,0

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Na tabela 25, observa-se que entre os secretários que possuíam alguma experiência em gestão de sistemas de saúde, a mais citada foi a de secretário municipal ou estadual de Saúde, mostrando que 51,1% dos que assumiram o cargo na gestão 2005 já possuíam experiência correlata (como gestor municipal ou estadual). As demais experiências encontradas foram de dirigente, tanto como gerente de serviços – unidades de saúde, hospitais, dentre outros – como de cargos administrativos(19,3%) – diretores, coordenadores, dentre outros –, profissional de saúde (10,6%) e conselheiro de Saúde (1,5%). Outras experiências também foram citadas em 15,2%. Cabe ressaltar que mais de um item poderia ser encontrado nas experiências de alguns respondentes, optando-se por considerar, na presente classificação, aquela mais próxima às atribuições de gestor em saúde.

Um primeiro ponto a ser refletido refere-se ao fato de que, apesar de ter havido uma mudança substancial de secretários (66,6%), estes possuem, em alguma medida, experiência no âmbito da Saúde.

Essa informação pode ser entendida dentro de uma perspectiva positiva de renovação do sistema, entretanto, é importante ressaltar que, em muitos casos, esses municípios podem necessitar de cooperação técnica, inclusive para atividades mais cotidianas relacionadas ao processo de gestão do sistema local.

- Pontos positivos do SUS

Quando solicitado que indicassem os três principais pontos positivos do SUS, as respostas foram classificadas quanto aos itens predefinidos e as maiores frequências estavam assim distribuídas (tabela 26):

- universalidade (22,7%);
- descentralização/regionalização (21,5%); e
- integralidade (17,8%).

Ainda com base na tabela 26, observa-se que, para os entrevistados das regiões Sul e Sudeste, a universalidade apresenta as maiores freqüências. Para as regiões Nordeste e Norte, a descentralização/regionalização foi o item mais freqüentemente citado (respectivamente 24,2% e 31,3% das respostas). Na Região Centro-Oeste, a integralidade foi o item mais citado (23,5%).

Tabela 26. Principais pontos positivos do SUS elencados pelos secretários por região geográfica – Brasil 2005.

Pontos Positivos	Região Geográfica					Total	%
	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste		
Universalidade	86	63	41	27	18	235	22,7
Descentralização/regionalização	70	50	43	42	17	222	21,5
Integralidade	64	52	33	12	23	184	17,8
Implantação e/ou implementação de programas de governo	31	21	24	15	11	102	9,9
Equidade	30	32	15	14	2	93	9,0
Outros	8	23	6	12	12	61	5,9
Melhoria do sistema local de saúde	11	19	3	4	9	46	4,4
Participação da comunidade	12	9	12	3	2	38	3,7
Disponibilização de medicamentos	10	16	-	4	4	34	3,3
Não existe ponto positivo	-	12	-	-	-	12	1,2
Hierarquização	3	2	1	1	-	7	0,7
Total	325	299	178	134	98	1.034	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Ao se comparar com o levantamento realizado junto aos secretários da gestão 2001-2004, nota-se que, na Região Norte, a descentralização/regionalização também apresentou as maiores freqüências, o que indica que, em ambas as regiões, existe uma opinião comum a respeito desse assunto.

Em relação ao princípio da universalidade, observa-se que, enquanto no presente levantamento esse item foi o mais apontado, no levantamento com os secretários da gestão anterior esse item apresentou apenas 5,7%.

- Prioridades do projeto de gestão

Os secretários foram indagados, ainda, sobre as três prioridades de seu projeto de gestão (tabela 27), sendo as mais citadas: a implantação/implementação de programas prioritários de governo, representando 21,3% das respostas; melhoria e/ou aquisição de recursos físicos ou estruturais, em 17,5% dos casos; e a melhoria do atendimento em geral, com 10,6%. Outros aspectos foram também citados, tais como: implementação de ações de vigilância sanitária; parceria com a rede privada de saúde; ações de planejamento familiar; aumento de recursos financeiros; ações voltadas para a saúde da criança, do adolescente, do idoso ou da mulher; e, ainda, a melhoria dos processos relacionados à disponibilização de medicamentos aos usuários do SUS. Para a visualização dos percentuais relativos a cada um dos itens, faz-se necessário observar a tabela 27.

Na análise por região geográfica, vale apontar que, para todas as regiões, a implantação/implementação de programas prioritários de governo foi o item mais citado, com exceção da Região Centro-Oeste, que apresentou maior frequência para melhoria e/ou aquisição de recursos físicos ou estruturais. Pode-se observar, na tabela 27, a existência de uma inversão nos dois itens mais citados, quando se compara a Região Centro-Oeste com as demais.

Tabela 27. Prioridades do projeto de gestão elencados pelos secretários por região geográfica – Brasil 2005.

Prioridades do Projeto de Gestão	Região Geográfica					Total	%
	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste		
Implementação/ implantação de programas prioritários de governo	75	68	50	33	15	241	21,3
Melhoria e/ou aquisição de recursos físicos e/ou estruturais	66	58	29	25	21	199	17,5
Melhoria do atendimento em geral	38	44	14	10	14	120	10,6
Promover ações de prevenção	26	22	16	15	9	88	7,8
Contratação e/ou capacitação de recursos humanos	26	28	15	8	10	87	7,7

continua

continuação

Prioridades do Projeto de Gestão	Região Geográfica					Total	%
	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste		
Aplicação dos princípios do SUS	21	18	21	10	10	80	7,1
Outras prioridades	27	21	10	10	7	75	6,6
Melhoria/reestruturação do processo de gestão da secretaria	25	17	7	12	4	65	5,7
Melhoria da atenção básica	6	18	16	11	2	53	4,7
Melhoria nos processos relacionados à disponibilização de medicamentos	13	12	3	2	3	33	2,9
Aumento de recursos financeiros disponíveis	5	7	3	6	2	23	2,0
Ações voltadas para a saúde da criança e do adolescente	5	2	5	4	1	17	1,5
Implementação de ações de vigilância sanitária	3	2	3	6	2	16	1,4
Ações voltadas para a saúde do idoso	9	1	2	2	1	15	1,3
Ações voltadas para a saúde da mulher	1	3	3	3	3	13	1,1
Parceria com a rede privada de saúde	4	0	0	1	0	5	0,4
Ações de planejamento familiar	0	1	0	2	1	4	0,4
Total	350	322	197	160	105	1.134	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

- Principal problema a ser enfrentado na gestão municipal

Uma outra pergunta apresentada dizia respeito ao principal problema que os secretários esperavam enfrentar em sua gestão. Os itens de análise utilizados foram:

- 1) em relação ao financiamento em saúde;
- 2) em relação à gestão;
- 3) em relação à rede de serviços/tecnologias/insumos/RH;
- 4) em relação ao usuário; e
- 5) em relação aos apoios institucionais das três esferas de governo.

Como problema mais freqüente, destaca-se o financiamento da saúde, com 32,6% das respostas, caracterizado pela insuficiência de recursos financeiros.

O segundo maior problema refere-se à gestão do sistema, com 31,9%, enfocando, em muitos casos, a falta de qualificação profissional e a necessidade de reestruturação da rede de serviços para atender a um maior número de cidadãos, com melhor qualidade. Em seguida, foi indicada a oferta de serviços, tecnologias e/ou recursos humanos (24,8%), expressando a falta de recursos físicos (equipamentos, medicamentos), humanos (contratação e capacitação) e financeiros. Relação com o usuário foi citada em 6,1% das respostas e apoios institucionais em apenas 1,0%. Foram, ainda, agrupados no item “outros” as respostas que não se enquadraram nos itens anteriores (3,6%).

Com exceção das regiões Sul e Centro-Oeste, as demais apontaram o financiamento como principal problema da gestão municipal. Para aquelas regiões, as maiores freqüências estavam relacionadas a problemas de gestão do sistema local de saúde.

Os principais problemas apontados pelos entrevistados das cinco regiões geográficas do Brasil coincidem com os já citados, ou seja, não parece haver diferenças entre as regiões no que diz respeito aos problemas a serem enfrentados na gestão municipal dos secretários pesquisados.

Tabela 28. Principal problema a ser enfrentado na gestão municipal elencado pelos secretários por região geográfica – Brasil 2005.

Principal problema a ser enfrentado na gestão municipal	Região Geográfica					Total	%
	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste		
Financiamento da saúde	37	43	25	19	10	134	32,6
Gestão	44	36	21	16	14	131	31,9
Oferta de serviços, tecnologias e/ou recursos humanos	22	30	23	18	9	102	24,8
Relação com o usuário	9	7	3	3	3	25	6,1
Outros	7	2	4		2	15	3,6
Apoios institucionais das três esferas	1		2	1		4	1,0
Total	120	118	78	57	38	411	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Segundo o levantamento, a insuficiência de recursos para o setor Saúde ainda é o problema mais citado pelos gestores. Apesar de reconhecerem que os recursos financeiros não são suficientes para atender à demanda existente, os próprios entrevistados apontam a busca de parcerias com outras esferas de gestão como possível solução.

- Estratégias para enfrentamento dos problemas identificados

Tabela 29. Estratégias para enfrentamento do problema elencadas pelos secretários por região geográfica – Brasil 2005.

Estratégias para enfrentamento do problema	Região Geográfica					Total	%
	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste		
Contratação e/ou capacitação de recursos humanos	26	27	11	11	8	83	17,3
Reestruturação do processo de gestão e/ou da rede de saúde	24	20	10	5	7	66	13,8
Busca por mais recursos financeiros	19	17	15	4	6	61	12,7
Estabelecer parceria com outras esferas de gestão: municipal	16	18	4	5	5	48	10,0
Estabelecer parceria com outras esferas de gestão: estadual	11	10	8	16	2	47	9,8
Ações de educação em saúde para a comunidade	11	5	4	6	4	30	6,3
Implementação/implantação de novos programas de saúde	5	15	4	4	0	28	5,8
Outros	6	6	6	4	4	26	5,4
Estabelecer parceria com outras esferas de gestão: federal	4	4	8	6	0	22	4,6
Não propôs solução	1	4	5	2	3	15	3,1
Aquisição de veículo	5	4	1	0	1	11	2,3
Estabelecer parceria com outros órgãos	7	13	11	6	3	40	8,3
Parceria com a rede privada de saúde	0	1	0	0	1	2	0,4
Estabelecer parceria com o Legislativo	0	1	0	0	0	1	0,2
Total	135	145	87	69	44	480	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Para solucionar os problemas apontados na questão anterior, os gestores indicaram diferentes iniciativas, sendo a mais citada a necessidade de estabelecer parceria com outras esferas de governo (32,9% das respostas). Outras iniciativas:

- contratação e/ou capacitação de recursos humanos (17,3%);
- reestruturação do processo de gestão e/ou da rede de saúde local (13,8%);
- captação de mais recursos financeiros (12,7%);
- ações de educação em saúde para a comunidade (6,3%); e
- implementação/implantação de novos programas de saúde (5,8%).

Nota-se que, apesar da maioria dos secretários apontar como maior problema do SUS a escassez de recursos financeiros, a solução sugerida não está diretamente relacionada com um maior aporte orçamentário, mas sim com a qualificação de recursos humanos. Isso pode significar que os secretários estão empenhados em buscar outras soluções para otimizar os recursos financeiros existentes.

- Apoio técnico importante para a melhoria da gestão municipal

Indagou-se sobre que tipos de apoio técnico esperavam receber para a melhoria da gestão em seu município. Quanto ao apoio por parte do Ministério da Saúde (tabela 30), observou-se, principalmente, demanda por capacitação de pessoal, explicitada por 57,9% dos entrevistados. Existem referenciais quanto ao treinamento dos gestores (cursos de gestão em saúde, sobre programas e financiamento ou mesmo gestão de recursos financeiros), bem como dos profissionais de saúde, ressaltando os do Saúde da Família e os ACS (capacitação continuada, fóruns de educação em saúde, cursos de humanização do atendimento, atualização). Além disso, sugere-se a elaboração de materiais e/ou *softwares* (15,2%), contratação de recursos humanos (11,7%) e a melhoria da comunicação entre o Ministério da Saúde, os estados e os municípios (6,2%). Outros tipos de apoio também foram citados, mas em percentuais muito baixos, somando 8,9% dos casos, como, por exemplo, melhorar o procedimento de repasse de recursos físicos e financeiros para o município e criar redes de cooperação entre municípios.

Na distribuição regional das respostas, pode-se observar que a capacitação é o item que apresentou maior frequência em todas as regiões. Um segundo ponto relevante é o apoio da União para elaboração de materiais e/ou *softwares*, apontado por todas as regiões, com exceção da Região Nordeste, que priorizou a contratação de recursos humanos.

Com relação ao apoio esperado por parte da Secretaria Estadual de Saúde (tabela 31), observou-se grande demanda, mais uma vez, por capacitação (37,0%); elaboração de mate-

riais e/ou *softwares* (17,5%), para a informatização da rede de serviços de saúde ou materiais educativos em geral e sobre prevenção; contratação de recursos humanos (14,6%); e redes de cooperação (5,6%).

Outros pontos levantados foram em relação à manutenção do apoio que já tem sido ofertado, à troca de experiências entre os municípios, ao fortalecimento do processo de descentralização, bem como a outras questões específicas da região. Do total, 35 secretários não responderam à questão.

Quando distribuídos regionalmente, a capacitação aparece como item mais demandado para todas as regiões, à exceção da Região Sul, que aponta necessidade de apoio dos estados para a contratação de recursos humanos.

Relativamente à esfera municipal (tabela 32), os secretários expressaram a necessidade de apoio técnico no que se refere, predominantemente, a redes de cooperação, atingindo 56,3% das respostas. Assim, eles apontam a necessidade de, com o apoio de outros municípios, fortalecer as parcerias, criar consórcios para a compra de materiais e medicamentos e implantar fóruns de discussão para troca de informações (reuniões, seminários, encontros, dentre outros). O percentual de entrevistados que não responderam a essa questão foi de aproximadamente 18% do total de respondentes, superior às outras questões.

Tabela 30. Apoios técnicos, por parte do Ministério da Saúde, para a melhoria da gestão municipal elencados pelos secretários, por região geográfica – Brasil 2005.

Apoios técnicos por parte do Ministério da Saúde	Região Geográfica					Total	%
	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste		
Capacitação	23	42	29	78	60	232	57,9
Elaboração de materiais e/ou <i>softwares</i>	10	10	9	12	20	61	15,2
Contratação de recursos humanos	2	5	14	9	17	47	11,7
Estabelecer ou melhorar a comunicação entre MS, estados e municípios	2	8	1	3	11	25	6,2
Outros	-	3	1	5	7	16	4,0
Melhorar o repasse de recursos físicos e financeiros para município	-	8	2	1	2	13	3,2
Redes de cooperação	-	-	-	1	2	3	0,7

continua

continuação

Apoios técnicos por parte do Ministério da Saúde	Região Geográfica					Total	%
	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste		
Manter o apoio que já tem sido ofertado	-	1	1	-	-	2	0,5
Promover a troca de experiências entre os municípios	-	1	-	1	-	2	0,5
Total	37	78	57	110	119	401⁽¹⁾	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Nota: ⁽¹⁾ 12 secretários não responderam à questão.

Tabela 31. Apoios técnicos por parte da Secretaria Estadual de Saúde para a melhoria da gestão municipal elencados pelos secretários por região geográfica – Brasil 2005.

Apoios técnicos por parte da Secretaria Estadual de Saúde	Região Geográfica					Total	%
	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste		
Capacitação	27	47	33	23	10	140	37,0
Elaboração de materiais e/ou <i>softwares</i>	19	20	9	9	9	66	17,5
Contratação de recursos humanos	35	7	4	6	3	55	14,6
Outros	18	14	12	4	7	55	14,6
Redes de cooperação	8	8	2	2	1	21	5,6
Estabelecer comunicação entre MS, estados e municípios	-	3	7	4	2	16	4,2
Melhorar o repasse de recursos financeiros e físicos para município	3	3	3	3	2	14	3,7
Manter o apoio que já tem sido ofertado	6	-	-	1	1	8	2,1
Promover a troca de experiências entre os municípios	-	-	1	2	-	3	0,8
Total	116	102	71	54	35	378⁽¹⁾	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Nota: (1) 35 secretários não responderam à questão.

Tabela 32. Apoios técnicos por parte de outros municípios para a melhoria da gestão municipal elencados pelos secretários por região geográfica – Brasil 2005.

Apoios técnicos por parte de outros municípios	Região geográfica					Total	%
	Sul	Sudeste	Nordeste	Norte	Centro-Oeste		
Redes de cooperação	79	50	28	17	17	191	56,5
Outros	7	18	21	15	7	68	20,1
Promover a troca de experiências entre os municípios	16	10	3	1	-	30	8,9
Elaboração de materiais e/ou <i>softwares</i>	3	3	4	4	-	14	4,1
Melhorar o repasse de recursos financeiros e físicos para município	3	4	2	1	2	12	3,6
Contratação de recursos humanos	1	4	1	2	3	11	3,3
Capacitação	-	5	1	2		8	2,4
Manter o apoio que já tem sido ofertado	1	-	1	-	1	3	0,9
Estabelecer comunicação entre MS, estados e municípios	-	-	-	-	1	1	0,3
Total	110	94	61	42	31	338⁽¹⁾	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

Nota: (1) 74 secretários não responderam à questão e um *missing*.

- *Conhecimento sobre o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) de seu respectivo estado*

Em relação ao conhecimento do secretário municipal de Saúde sobre a existência do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) de seu estado, a tabela 33 demonstra que, em todas as regiões, a maior parte dos entrevistados tem conhecimento sobre o conselho (82,1%).

O Centro-Oeste foi a região que apresentou a menor taxa de respondentes que têm conhecimento sobre o Cosems, com um percentual superior a 30%. Em seguida, aparece a Região Sul, com uma taxa de 26,4%, superior ao conjunto das respostas dos secretários entrevistados que não têm conhecimento sobre o Cosems (17,9%).

As regiões Norte (89,5%), Nordeste (88,6%) e Sudeste (86,4%) apresentaram frequências relativas bastante similares, com os percentuais de indivíduos que possuem conhecimento sobre o conselho acima do percentual total de pesquisados que fizeram a mesma afirmação (82,1%).

Tabela 33. Posição do secretário municipal de Saúde em relação ao seu conhecimento sobre o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) de seu respectivo estado, por região geográfica – Brasil 2005.

Região Geográfica	Conhecimento sobre o Cosems					
	Sim		Não		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sul	89	72,7	32	26,4	121	100
Sudeste	102	86,4	16	13,6	118	100
Nordeste	71	88,6	8	10,1	79	100
Norte	51	89,5	6	10,5	57	100
Centro-Oeste	26	68,4	12	31,6	38	100
Total	339	82,1	74	17,9	413	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

- Participação dos secretários municipais em diretorias dos Cosems

Cabe ressaltar que os questionamentos a respeito da participação nos Cosems só foram feitos aos secretários que afirmaram conhecer tal conselho.

Em relação à participação dos secretários de Saúde na diretoria do Cosems, a tabela 34 mostra que, em todas as regiões, a maioria dos entrevistados não tem participação (79,4%).

As regiões Nordeste e Norte são as que apresentam maior número de secretários que participam dessas diretorias, com 29,6% e 29,4%, respectivamente. O Sudeste foi a região que apresentou a maior taxa de secretários que não participam da diretoria do conselho (87,3%). Esse percentual é superior ao percentual total de secretários que afirmaram, também, não participar do conselho. (79,4%).

Tabela 34. Participação dos secretários municipais de Saúde na diretoria do Cosems, por região geográfica – Brasil 2005.

Região Geográfica	Participação na diretoria do Cosems					
	Sim		Não		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sudeste	13	12,7	89	87,3	102	100
Nordeste	21	29,6	49	69,0	71 ⁽²⁾	100
Norte	15	29,4	36	70,6	51	100

continua

continuação

Região Geográfica	Participação na diretoria do Cosems					
	Sim		Não		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Centro-Oeste	4	15,4	22	84,6	26	100
Total	64	18,9	269	79,4	339	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

- Pretensão de participar ou participação efetiva no Cosems

A tabela 35 reflete a participação efetiva ou intenção em participar do Cosems por parte dos secretários municipais de Saúde. Verifica-se que a maior parcela dos entrevistados (75,8%) afirmou ter intenção de participar ou já participa do conselho. Os que afirmaram não participar ou não ter interesse de participação representaram 17,4%.

A Região Norte foi a que apresentou a maior taxa de secretários que participam ou têm intenção de participar do Cosems (88,2%). Em contrapartida, na Região Sul, essa frequência relativa foi de apenas 61,8%, a menor entre as regiões analisadas. As regiões Sudeste (79,4%), Nordeste (78,9%) e Centro-Oeste (76,9%) apresentaram valores bem próximos ao percentual de todos os pesquisados que participam ou pretendem participar do Cosems (75,8%).

Tabela 35. Opinião dos secretários municipais de Saúde em relação à pretensão de participar ou participação efetiva no Cosems, por região geográfica – Brasil 2005.

Região Geográfica	Pretende participar ou participa					
	Sim		Não		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sul	55	61,8	21	23,6	89	100
Sudeste	81	79,4	18	17,6	102	100
Nordeste	56	78,9	11	15,5	71	100
Norte	45	88,2	4	7,8	51	100
Centro-Oeste	20	76,9	5	19,2	26	100
Total	257	75,8	59	17,4	339⁽¹⁾	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

- *Conhecimento sobre existência da Comissão Intergestores Bipartite*

Em relação ao conhecimento sobre a existência da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) por parte dos secretários municipais de Saúde, nota-se que, em todas as regiões, a maioria dos entrevistados tem conhecimento da comissão (tabela 36). A Região Sul apresenta maior taxa de secretários que não conhecem a CIB (25,6%), seguida pelo Nordeste (24,1%), Sudeste (21,2%), Norte (19,3%) e Centro-Oeste (18,4%).

Tabela 36. Conhecimento sobre a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) por parte dos secretários municipais de Saúde, por região geográfica – Brasil 2005.

Região Geográfica	Conhece a CIB					
	Sim		Não		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sul	90	73,6	31	25,6	121	100
Sudeste	93	78,8	25	21,2	118	100
Nordeste	60	74,7	19	24,1	79	100
Norte	46	80,7	11	19,3	57	100
Centro-Oeste	31	81,6	7	18,4	38	100
Total	320	77,5	93	22,5	413	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

- *Participação dos secretários municipais de Saúde em Comissões Intergestores Bipartite*

Cabe ressaltar que os questionamentos relacionados às CIBs só foram feitos aos secretários municipais que afirmaram conhecê-la, acrescentando aqueles que não responderam a pergunta.

A tabela 37 mostra a participação dos secretários municipais de Saúde na CIB. Um aspecto importante é que, dentre os entrevistados, a maior parte (63,8%) não participa dessa comissão.

Feita a distribuição regional, percebe-se que o Centro-Oeste apresentou o maior percentual (71,7%) de entrevistados que afirmaram participar dessa comissão. Nas demais regiões, o percentual foi mais próximo ao percentual total (35,0%): Sudeste (34,4%), Nordeste (31,7%), Centro-Oeste (25,8%) e Sul (22,2%).

Tabela 37. Participação dos secretários municipais de Saúde na CIB, por região geográfica – Brasil 2005.

Região Geográfica	Participa da CIB					
	Sim		Não		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sul	20	22,2	67	74,4	90 ⁽¹⁾	100
Sudeste	32	34,4	61	65,6	93	100
Nordeste	19	31,7	40	66,7	60 ⁽²⁾	100
Norte	8	25,8	23	74,2	31	100
Centro-Oeste	33	71,7	13	28,3	46	100
Total	112	35,0	204	63,8	320	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

- Forma de participação dos secretários municipais de Saúde em Comissões Intergestores Bipartite

A tabela 38 descreve a forma de participação na CIB por parte dos secretários municipais de Saúde. Observa-se que 63,8% dos entrevistados não participavam de forma alguma, 15,9% eram membros da comissão e 17,8% participavam de outras formas. Registrou-se, ainda, oito opiniões em branco (2,5%).

Comparada às outras regiões, a Norte apresentou uma taxa relativamente alta tanto de secretários que são membros (37,0%) quanto dos que apenas participam (34,8%), com valores bem superiores ao conjunto de todos os entrevistados que informaram serem membros (15,9%) e que apenas participam (17,8%).

Tabela 38. Forma de participação dos secretários municipais de Saúde na Comissão Intergestores Bipartite, por região geográfica – Brasil 2005.

Região Geográfica	Forma de Participação							
	Membro		Apenas participa		Não		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sul	11	12,2	6	6,7	67	74,4	90 ⁽¹⁾	100
Sudeste	12	12,9	19	20,4	61	65,6	93 ⁽²⁾	100
Nordeste	8	13,3	11	18,3	40	66,7	60 ⁽²⁾	100

continua

continuação

Região Geográfica	Forma de Participação							
	Membro		Apenas participa		Não		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Norte	17	37,0	16	34,8	13	28,3	46	100
Centro-Oeste	3	9,7	5	16,1	23	74,2	31	100
Total	51	15,9	57	17,8	204	63,8	320	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

- Conhecimento, por parte dos secretários municipais de Saúde, de seus representantes na Comissão Intergestores Bipartite

Em relação ao conhecimento, por parte dos secretários municipais de Saúde, sobre seus representantes na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a tabela 39 revela que, em todas as regiões, a resposta da maioria dos entrevistados é afirmativa.

A Região Norte é o local em que houve o maior percentual de secretários que conhecem seus representantes (87,0%). Em contrapartida, no Centro-Oeste, houve resposta afirmativa de apenas 54,8% das respostas.

Tabela 39. Conhecimento, por parte dos secretários municipais de Saúde, de seu respectivo representante na CIB, por região geográfica – Brasil 2005.

Região Geográfica	Conhece seu representante					
	Sim		Não		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sul	63	70,0	22	24,4	90	100
Sudeste	64	68,8	27	29,0	93	100
Nordeste	42	70,0	17	28,3	60	100
Norte	40	87,0	5	10,9	46	100
Centro-Oeste	17	54,8	6	19,4	31	100
Total	226	70,6	77	24,1	320⁽¹⁾	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

- Participação dos secretários municipais de Saúde em Comissões Intergestores Bipartite Regionais (CIB Regional) ou em algum colegiado regional

A tabela 40 informa a participação dos secretários de Saúde na Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIB Regional) ou em algum colegiado regional. A Região Norte registrou um alto índice de secretários que não participavam das CIBs Regionais (76,1%). Isso é compreensível visto que não existe esse tipo de colegiado na região. Com esse dado pode-se inferir que os 15,2% que participam o fazem em algum outro colegiado que não a CIB Regional. Logo em seguida, aparece a Região Nordeste com uma taxa de 60,0%, acima do total de respondentes que afirmaram não participar da CIB Regional e tampouco de algum colegiado regional (52,5%).

A Região Centro-Oeste apresentou um grande número de entrevistados que não participam ou que deixaram “em branco” a resposta. Assim como na Região Norte, essa região não tem CIB Regional.

As regiões Sudeste (53,8%) e Sul (45,6%) apresentaram freqüências relativas superiores à proporção total (39,7%) quanto à participação do secretário na CIB Regional ou em algum outro colegiado regional. É importante salientar que essas regiões possuem 111 e 39 CIBs Regionais, respectivamente (fonte: DAD/SE/MS – maio/2005).

Tabela 40. Participação dos secretários municipais de Saúde na Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIB Regional) ou em algum colegiado regional, por região geográfica – Brasil 2005.

Região Geográfica	Participa da CIB Regional ou de algum colegiado regional					
	Sim		Não		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sul	41	45,6	44	48,9	90	100
Sudeste	50	53,8	40	43,0	93	100
Nordeste	20	33,3	36	60,0	60	100
Norte	7	15,2	35	76,1	46	100
Centro-Oeste	9	29,0	13	41,9	31	100
Total	127	39,7	168	52,5	320⁽¹⁾	100

Fonte: Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde (2005 – 2008), Área de Estudos e Pesquisas/Doges/SGP/MS.

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – GESTÃO 2001 A 2004

Levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com secretários municipais de Saúde

Operador: bom dia / boa tarde, meu nome é (*nome do operador*). Estou falando do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS que, juntamente com o Departamento de Apoio à Descentralização, está realizando um levantamento de informações. Seria possível falar com o secretário municipal de Saúde?

Orientação: o levantamento deve ser realizado apenas com o secretário municipal de Saúde. Se for necessário, agende a entrevista para, no máximo, 16 de dezembro.

Operador: o objetivo é conhecer a sua visão a respeito das principais questões sobre o processo de gestão do SUS no município. O senhor pode colaborar respondendo sucintamente algumas perguntas, por favor?

[] Sim [] Não

Orientação: Se Sim, prosseguir com as questões do questionário.
Se Não, terminar a ligação conforme padrão.

Caso o entrevistado necessite de informações quanto à validade do levantamento:

- podem ser informados os telefones (61) 3448-8900 (Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS)/3448-8911 (Paulo Marcello)/3448-8918 (Renata Matos – gerente da pesquisa); ou
- um fax do Ministério da Saúde formalizando a realização do levantamento pode ser enviado.

Prefira a primeira opção.

O questionário não poderá ser enviado por fax ou *e-mail* devido à urgência da coleta de dados.

I. Dados da Secretaria Municipal de Saúde

1.1. Secretário Municipal de Saúde: _____

1.2. Município: _____ 1.3. UF: _____

1.4. DDD: ____ 1.5. Telefone: _____ 1.6. Fax: _____

1.7. Ramal: T1- ____ / T2- ____ / T3- ____ / F1- ____

1.8. Está prevista para o próximo ano a continuidade da administração da Secretaria de Saúde?

[] Sim [] Não

II. Visão do secretário com relação ao processo de gestão do SUS no município

Orientação Geral: tente absorver as idéias centrais do discurso do secretário. Por gentileza, seja claro e objetivo na redação das respostas, entretanto, não resuma muito o registro. Não permita que o entrevistado se prolongue e, principalmente, confirme com ele a resposta registrada.

2.1. Quais os três principais pontos positivos que o senhor destaca na área da Saúde?

Orientação: o objetivo dessa pergunta é captar da fala do secretário positividade do sistema de saúde. Por exemplo, programas de incentivo, a descentralização do financiamento da saúde, melhoria do acesso, dentre outros.

2.2. Quais foram os três principais problemas que o senhor encontrou, como secretário, na área da Saúde?

Orientação: o objetivo dessa pergunta é identificar na fala do secretário os problemas que dificultaram a sua gestão. Por exemplo, pouco recurso financeiro para a saúde, realização de contratos com prestadores, dentre outros.

2.3. O que o senhor fez para solucionar cada um desses problemas?

Orientação: o objetivo dessa pergunta é descrever qual foi a atitude do secretário para o enfrentamento desses problemas. Por exemplo, realização de parceria com a iniciativa privada, dentre outros.

2.4. Para melhorar o processo de gestão na saúde, quais apoios o senhor considera mais importantes?

Orientação: não leia as opções de resposta para o secretário. Selecione “Sim” para apoios citados e “Não” para os apoios não citados. Não deixe em branco.

Apoio Técnico

a. União

[] Sim, é importante [] Não, não é importante

- b. Estado [] Sim, é importante [] Não, não é importante
c. Outros municípios [] Sim, é importante [] Não, não é importante
d. Universidades [] Sim, é importante [] Não, não é importante

Apoio Financeiro

- a. União [] Sim, é importante [] Não, não é importante
b. Estado [] Sim, é importante [] Não, não é importante
c. Outros municípios [] Sim, é importante [] Não, não é importante

Apoios Gerais

- a. Conselhos de Saúde [] Sim, é importante [] Não, não é importante
b. Comunidade [] Sim, é importante [] Não, não é importante
c. Instituições não-governamentais [] Sim, é importante [] Não, não é importante

Outros apoios

- [] Sim, é importante [] Não, não é importante

Especificar outros apoios: _____

Orientação: tente ser claro e objetivo na especificação de “Outros apoios”.

2.5. Dos apoios citados (repetir os apoios marcados ou descritos), quais o senhor considera que ocorreu na sua gestão?

Orientação: pergunte apenas quanto aos apoios citados como importantes na questão anterior. Se ele não tiver citado um determinado apoio, selecione “Não citado”. De novo, não deixe em branco nenhuma das opções de resposta.

Apoio Técnico

- a. União [] Sim, tive apoio [] Não, não tive apoio
b. Estado [] Sim, tive apoio [] Não, não tive apoio
c. Outros municípios [] Sim, tive apoio [] Não, não tive apoio
d. Universidades [] Sim, tive apoio [] Não, não tive apoio

Apoio Financeiro

- a. União [] Sim, tive apoio [] Não, não tive apoio
b. Estado [] Sim, tive apoio [] Não, não tive apoio
c. Outros municípios [] Sim, tive apoio [] Não, não tive apoio

Apoios Gerais

- a. Conselhos de Saúde [] Sim, tive apoio [] Não, não tive apoio
b. Comunidade [] Sim, tive apoio [] Não, não tive apoio
c. Instituições não governamentais [] Sim, tive apoio [] Não, não tive apoio

Outros apoios

[] Sim, tive apoio [] Não, não tive apoio

2.6. Dos princípios do SUS, quais foram possíveis de serem desenvolvidos na sua gestão?

Orientação: enunciar cada um dos princípios e questionar se ele foi ou não desenvolvido durante a gestão.

- a. Descentralização [] Sim, foi desenvolvido [] Não, não foi desenvolvido
b. Equidade [] Sim, foi desenvolvido [] Não, não foi desenvolvido
c. Integralidade [] Sim, foi desenvolvido [] Não, não foi desenvolvido
d. Participação Social [] Sim, foi desenvolvido [] Não, não foi desenvolvido
e. Regionalização [] Sim, foi desenvolvido [] Não, não foi desenvolvido
f. Universalidade [] Sim, foi desenvolvido [] Não, não foi desenvolvido

Observações gerais: _____

Orientação: utilize esse campo para relatar informações relevantes ao levantamento. Lembre-se de ser claro e objetivo.

Operador: “O Ministério da Saúde agradece a sua colaboração e tenha um bom dia/uma boa tarde.”

PERGUNTAS FORMULADAS EXCLUSIVAMENTE PARA OS SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE SAÚDE DA GESTÃO 2001 A 2004 – AMAZÔNIA LEGAL

**Levantamento de informações sobre o processo de Gestão do SUS com secretários
municipais de Saúde da Amazônia Legal**

Ao questionário A acrescentam-se as duas perguntas abaixo:

2.7. O senhor conhece alguma ação, iniciativa ou programa na área de Saúde desenvol-
vido nos últimos dois anos específico para a Amazônia Legal?

Sim Não

Orientação: objetiva-se aqui identificar ações, iniciativas ou programas não desenvolvi-
dos pelo secretário entrevistado.

Se **Sim**, especificar abaixo e prosseguir o questionário.

Se **Não**, terminar a ligação conforme padrão.

2.7.1 Quais ações, iniciativas ou programas? _____

2.8. Essas ações, iniciativas ou programas ajudaram o planejamento do seu município?

Sim Não

Orientação:

Se **Sim**, especificar abaixo e prosseguir o questionário.

Se **Não**, terminar a ligação conforme padrão.

2.8.1 Como estas ações, iniciativas ou programas ajudaram? _____

ANEXO B – CATEGORIZAÇÃO

SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – GESTÃO 2001 A 2004

Pontos positivos do SUS

- Disponibilização de medicamentos
- Melhoria do sistema local de saúde
- Implantação e/ou implementação de programas de governo
- Não existe ponto positivo
- Integralidade
- Universalidade
- Equidade
- Descentralização/regionalização
- Participação da comunidade
- Outros
- Hierarquização

Problemas no âmbito da saúde

- Relação com usuário
- Financiamento da saúde
- Apoios institucionais das três esferas
- Oferta de serviços, tecnologias e/ou recursos humanos
- Gestão
- Outros

Estratégias para solucionar os problemas

- Estabelecer parceria com outros níveis de gestão: federal (1.1), estadual (1.2), municipal (1.3), Legislativo (1.4), outros órgãos (1.5)
- Implementação/implantação de novos programas de saúde
- Não propôs solução
- Contratação e/ou capacitação de recursos humanos
- Reestruturação do processo de gestão e/ou da rede de saúde
- Parceria com a rede privada de saúde
- Outros
- Busca por mais recursos financeiros



- Ações de educação em saúde para a comunidade
- Aquisição de veículos (exemplo: ambulâncias)

Amazônia Legal – ação, iniciativa ou programa na área de Saúde

- Programas ou ações de imunização
- Programas ou ações de combate a doenças endêmicas
- Programa Agente Comunitário de Saúde
- Maior repasse de recursos financeiros
- Outros

Amazônia Legal – contribuição de tais ações, iniciativas ou programas

- Aumento da cobertura vacinal/imunização
- Redução do número de casos de doenças endêmicas
- Implementação/implantação de programas de saúde do governo
- Apoio técnico
- Apoio financeiro
- Outros

ANEXO C – QUESTIONÁRIO

SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – GESTÃO 2005 A 2008

Levantamento de informações sobre o processo de Gestão do SUS com secretários municipais de Saúde II – gestão 2005

Operador: bom dia/boa tarde, meu nome é (nome do operador). Estou falando do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS que, juntamente com o Departamento de Apoio à Descentralização, está realizando um levantamento de informações. Seria possível falar com o secretário municipal de Saúde?

Orientação: o levantamento deve ser realizado apenas com o secretário municipal de Saúde.

Operador: senhor, estou falando do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS que, juntamente com o Departamento de Apoio à Descentralização do Ministério da Saúde, está realizando um levantamento de informações. O objetivo é conhecer a sua visão a respeito dos principais entraves e perspectivas relacionados ao processo de gestão do SUS no município. O senhor pode colaborar respondendo sucintamente algumas perguntas?

Sim Não

Orientação:

Se **Sim**, especificar abaixo e prosseguir o questionário.

Se **Não**, terminar a ligação conforme padrão.

I. Dados da Secretaria Municipal de Saúde

1.1. Código IBGE:

1.2. Município: _____ 1.3. UF: _____

1.4. DDD: _____ 1.5. Telefone: _____ 1.6. Fax: _____ 1.7. Ramal: _____

1.8. Secretário Municipal de Saúde: _____

1.9. O senhor era o secretário municipal de Saúde deste município na gestão passada?

Sim Não

II. Visão do secretário com relação ao processo de gestão do SUS no município

Orientação: tente absorver as idéias centrais do discurso do secretário. Por gentileza, seja claro e objetivo na redação das respostas, entretanto, não resuma muito o registro. Não permita que o entrevistado se prolongue e, principalmente, confirme com ele a resposta registrada.

2.1. O senhor possui experiência em gestão de sistemas de saúde?

Orientação: exemplo, dirigente, coordenador ou secretário municipal ou estadual de Saúde.

[] Sim [] Não

2.1.1. Se sim, especificar qual(is): _____

2.2. Na sua opinião, quais são os três principais pontos positivos do Sistema Único de Saúde (SUS)?

2.2.1. _____

2.2.2. _____

2.2.3. _____

2.3. Quais são as três prioridades do seu projeto de gestão?

2.3.1. _____

2.3.2. _____

2.3.3. _____

Orientação: nas questões 2.2 e 2.3 não é obrigatório que o entrevistado cite os três pontos.

2.4. Na sua avaliação, qual será o principal problema a ser enfrentado durante a sua gestão? _____

2.5. Quais estratégias o senhor propõe para enfrentar esse problema?

2.6. Que tipo de apoio técnico o senhor espera receber, para a melhoria da gestão em seu município, por parte:

2.6.1. Do Ministério da Saúde: _____

2.6.2. Da Secretaria Estadual de Saúde: _____

2.6.3. Dos outros municípios: _____

Orientação: apoio técnico é diferente de financeiro. Exemplo: capacitação, contratação de consultores, elaboração de materiais e/ou softwares, rede de cooperação, dentre outros.

2.7. O senhor conhece o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) do seu estado?

Sim Não

Orientação: Se “Não”, ir para a questão 2.8. Se “Sim”, continuar.

2.7.1. Já fez ou faz parte da diretoria do Cosems?

Sim Não

Orientação: Se “Sim”, ir para a questão 2.8.

2.7.2. Participa ou pretende participar desse conselho?

Sim Não

2.8. O senhor conhece a Comissão Intergestores Bipartite (CIB)?

Sim Não

Orientação: Se “Não”, finalizar conforme padrão. Se “Sim”, continuar.

2.9. O senhor participa dessa comissão?

Sim Não

2.9.1. Se “Sim”, especificar forma de participação e ir para a questão 2.11. (pois significa que conhece os representantes):

Membro Apenas participa

2.10. O senhor conhece seus representantes na CIB?

Sim Não

2.11. O senhor participa da Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIB Regional) ou de algum colegiado regional?

Sim Não

Operador: “O Ministério da Saúde agradece a sua colaboração e tenha um bom dia/uma boa tarde.”

ANEXO D – CATEGORIZAÇÃO

SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE – GESTÃO 2005 A 2008

Experiência em gestão de sistemas de saúde

- Dirigente
- Coordenador
- Secretário municipal ou estadual de Saúde
- Profissional de saúde
- Conselheiro de Saúde
- Outros

Pontos positivos

- Disponibilização de medicamentos
- Melhoria do sistema local de saúde
- Implantação e/ou implementação de programas de governo
- Não existe ponto positivo
- Integralidade
- Universalidade
- Equidade
- Descentralização/regionalização
- Participação da comunidade
- Outros
- Hierarquização

Prioridades do projeto de gestão do secretário

- Promover ações de prevenção
- Melhoria da atenção básica
- Implementação/implantação de programas prioritários do governo
- Implementação de ações de vigilância sanitária
- Melhoria e/ou aquisição de recursos físicos e/ou estruturais
- Parceria com a rede privada de saúde
- Melhoria do atendimento em geral
- Aplicação dos princípios do SUS
- Contratação e/ou capacitação de recursos humanos

- Ações de planejamento familiar
- Aumento de recursos financeiros disponíveis
- Ações voltadas para a saúde da criança e do adolescente
- Ações voltadas para a saúde do idoso
- Melhoria/reestruturação do processo de gestão da secretaria
- Outros
- Ações voltadas para a saúde da mulher
- Melhoria nos processos relacionados à disponibilização de medicamentos

Problemas no âmbito da saúde

- Relação com usuário
- Financiamento da saúde
- Apoios institucionais das três esferas
- Oferta de serviços, tecnologias e/ou recursos humanos
- Gestão
- Outros

Estratégias para solucionar os problemas

- Estabelecer parceria com outros níveis de gestão: federal (1.1), estadual (1.2), municipal (1.3), Legislativo (1.4), outros órgãos (1.5)
- Implementação/implantação de novos programas de saúde
- Não propôs solução
- Contratação e/ou capacitação de recursos humanos
- Reestruturação do processo de gestão e/ou da rede de saúde
- Parceria com a rede privada de saúde
- Outros
- Busca por mais recursos financeiros
- Ações de educação em saúde para a comunidade
- Aquisição de veículos (exemplo: ambulâncias)

Apoio técnico do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e dos municípios para a melhoria da gestão

- Capacitação
- Contratação de recursos humanos (exemplo: consultores)
- Elaboração de materiais e/ou *softwares*
- Rede de cooperação

- Manter o apoio que já tem sido ofertado
- Estabelecer canal direto de comunicação e apoio técnico entre o Ministério da Saúde, os estados e os municípios
- Promover a troca de experiências entre os municípios
- Melhorar o processo de repasse de recursos financeiros e/ou físicos para o município
- Outros

EQUIPE TÉCNICA

Pesquisa com secretários municipais de Saúde – gestão 2001-2004

Coordenação Geral:

Alcides Silva de Miranda – DAD/SE
Fernando André Cartaxo de Arruda – Doges/SGP

Pesquisadores:

Adriana de Medeiros Cavalcanti – DAD/SE
Doriane Patrícia Ferraz de Souza – DAD/SE
Inessa França Malaguth – DAD/SE
Josué Ribeiro Costa da Silva – DAD/SE
Juliana Bernardes de Faria – Doges/SGP
Lumena Almeida Castro Furtado – DAD/SE
Márcio Machado Ribeiro – Doges/SGP
Paulo Marcello F. Marques – Doges/SGP
Renata Assis de Matos – Doges/SGP

Colaboradores:

Ana Cecília Franco Machado – Doges/SGP
Ana Elizabeth Oliveira de Araújo – Doges/SGP
André Luiz de Almeida – Doges/SGP
Danielle Luciani Pires – Doges/SGP
Douglas Augusto Schneider – DAD/SE
Fernanda Conde – Doges/SGP
Inessa França Malaguth – DAD/SE
Josué Ribeiro Costa da Silva – DAD/SE
Michelle Leite da Silva – Doges/SGP
Musa Denaíse Moraes – Doges/SGP
Paula Lopes Santana – Doges/SGP
Priscilla Rodrigues Lima – Doges/SGP
Raimunda de Góis Fernandes – Doges/SGP
Regiane de Sousa Lima – Doges/SGP
Renata Pereira de Santana – Doges/SGP
Roberta Cristiane Habermam – Doges/SGP
Robledo Arthur Pereira da Silva – Doges/SGP
Rosane Rodrigues de Lucena – Doges/SGP
Thaís Bruzzi de Faria – Doges/SGP

Pesquisa com secretários municipais de Saúde – gestão 2005-2008

Coordenação Geral:

Fernando André Cartaxo de Arruda – Doges/SGP
Lumena Almeida Castro Furtado – DAD/SE

Pesquisadores:

Adriana de Medeiros Cavalcanti – DAD/SE
Doriane Patrícia Ferraz de Souza – DAD/SE
Juliana Bernardes de Faria – Doges/SGP
Márcio Machado Ribeiro – Doges/SGP
Paulo Marcello F. Marques – Doges/SGP

Colaboradores:

Alessandra Aparecida Moura – Doges/SGP
Aline Escobar – Doges/SGP
Ana Carolina Joaquim – Doges/SGP
André Luiz Almeida – Doges/SGP
Carolina Silva – Doges/SGP
Cristiano Francisco da Silva – Doges/SGP
Daniella Marques Dourado – Doges/SGP
Douglas Augusto Schneider – DAD/SE
Eline Nery de Araújo – Doges/SGP
Guilherme Grili – Doges/SGP
Inessa França Malaguth – DAD/SE
Josué Ribeiro Costa da Silva – DAD/SE
Juliana Quixabeira – Doges/SGP
Luciana Martins Lustosa – Doges/SGP
Musa Denaíse Moraes – Doges/SGP
Paula Lopes Santana – Doges/SGP
Priscila Rodrigues Lima – Doges/SGP
Raquel Regina – Doges/SGP
Roberta Cristiane Habermam – Doges/SGP
Thaís Bruzzi de Faria – Doges/SGP
Valéria Lima Duarte – Doges/SGP
Vanessa Conceição – Doges/SGP
Vanessa Jardim – Doges/SGP
Vinícius Barros Costa – Doges/SGP
Viviane Cunha – Doges/SGP

INFORMAÇÕES DO ÂMBITO DE GESTÃO MUNICIPAL

Grupo focal com secretários municipais de Saúde

Departamento de Apoio à Descentralização/SE/MS



Em dezembro de 2004, realizou-se em Brasília uma discussão sobre “necessidades para a qualificação da gestão em saúde”, com a participação de quatro secretários municipais de Saúde procedentes de três regiões do País (Norte, Nordeste e Sul), dentre nove indicados pelo Conasems.

Para essa discussão, utilizou-se a técnica de “Grupo Focal”, adequada para estudos predominantemente qualitativos, com a definição prévia de um roteiro de questões concernentes ao tema referido e a condução realizada pelo pessoal do Departamento de Apoio à Descentralização, Ministério da Saúde (DAD/MS). Os discursos dos participantes foram gravados e transcritos integralmente, sendo posteriormente processados e analisados qualitativamente a partir do método de “Análise de Conteúdo” do tipo “Categorial e Temática” (BARDIN, 1979).

A partir da análise, foram identificados 14 núcleos de significados, associados aos conteúdos do tema proposto, sendo cada uma deles evidenciado em distintas unidades de contexto.

1. Distinção das necessidades de qualificação da gestão e dos gestores públicos a partir de diferentes dimensões e portes dos municípios.
2. Necessidade de pessoal qualificado e especializado em diversas funções de gestão.
3. Perfil de habilidades e conhecimentos do gestor municipal de saúde necessários ao exercício de sua função.
4. Necessidades de aperfeiçoamento e utilização de tecnologias e instrumentos de gestão, principalmente aqueles inerentes aos processos de planejamento, avaliação e regulação em saúde.
5. Necessidade de aprimoramento e cumplicidade na relação com os prefeitos.
6. Necessidade de definição mais clara do papel dos gestores estaduais de saúde e compartilhamento solidário de responsabilidades intergovernamentais.
7. Necessidade de incremento e qualificação dos espaços e das atuações do controle social.
8. Necessidade de maior articulação e integração dos espaços institucionais e das políticas setoriais (intersetorialidade).
9. Necessidade de organização e implantação de um modelo resolutivo de Atenção Integral à Saúde.
10. Necessidade de maior estabilidade e continuidade das políticas governamentais de saúde.
11. Necessidade de capacitação e educação permanente dos gestores de saúde.

12. Necessidade de aprimoramento da programação, do fluxo de demandas e da compensação financeira entre os municípios.
13. Necessidade de incremento e qualificação das ações municipais de vigilância sanitária.
14. Necessidade de acreditação de sistemas e serviços de saúde.

Os significados evidenciados no Grupo Focal sobre as “necessidades de qualificação da gestão municipal em saúde” confirmam a ênfase em duas questões recorrentes em outros estudos sobre problemas da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a política de pessoal e a definição mais clara dos papéis e das responsabilidades dos entes governamentais.

As questões referidas à política de pessoal (disponibilidade, capacitação, especialização, apoio, consultoria, etc.) são enfatizadas como problemas particularmente graves em municípios de pequeno porte. Há um entendimento comum no grupo de que as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) devem incumbir-se dessa responsabilidade, de modo a disponibilizar pessoal preparado e habilitado para atuar junto aos municípios ou, ainda, propiciar treinamento e educação permanente para o pessoal vinculado diretamente às Secretarias Municipais de Saúde.

As questões referidas a uma melhor definição de papéis e responsabilidades entre os entes estaduais e municipais na atuação conjunta e complementar dos sistemas e serviços de saúde denotam a permanência de um problema mal resolvido ao longo do período de implantação do SUS: a indefinição das prerrogativas de comando e margens de autonomia interdependente entre os gestores dos municípios de grande porte e os gestores estaduais de saúde. Há uma constatação de que prevalece uma tendência de competição intergovernamental, motivada principalmente por interesses político-partidários do que propriamente uma tendência de cooperação e complementaridade. Questões que são remetidas a uma problemática mais abrangente, referida ao próprio pacto federativo brasileiro, pela debilidade na definição de responsabilidades governamentais e na intermediação de interesses comuns ao poder público.

Ressalta-se, com muita ênfase no grupo, o alerta sobre a distinção de problemas e necessidades para a gestão de municípios de distintos portes populacionais. Também nesse caso, evidencia-se uma questão recorrente: a transferência de responsabilidades e recursos governamentais entre os municípios que encaminham casos assistenciais e os que os recebem.

Também se denota a ênfase quanto às necessidades de qualificação técnica de pessoal, incluídos os próprios gestores. Tal sentido de qualificação técnica implica na capacitação e

educação permanente em conhecimentos e tecnologias de gestão de sistemas e serviços de saúde, tais como, o planejamento, a programação, o gerenciamento, a avaliação, a regulação, a comunicação, etc.

A demanda de qualificação, em termos de formação e capacitação técnicas, aplica-se também aos membros dos Conselhos de Saúde, particularmente nos municípios de menor porte.

Há uma consideração acerca da necessidade de incremento na dimensão relacional com os prefeitos, particularmente no trato cotidiano das demandas do SUS, o que implicaria numa melhor comunicabilidade e envolvimento dos mesmos. Presume-se uma expectativa em termos de uma melhor articulação com os movimentos e entidades representativas dos prefeitos.

Em certa medida, uma das questões relativas às prerrogativas de decisão dos prefeitos diz respeito ao seu entendimento sobre a necessidade de maior estabilidade e continuidade das políticas governamentais de saúde, o que pode significar a manutenção de iniciativas e diretrizes de ação dos secretários municipais de Saúde. A mesma questão pode ser remetida à situação de mudanças institucionais nos períodos de gestão municipal, ocasiões em que se torna comum a descontinuidade de políticas em andamento.

Quanto aos aspectos de organização dos sistemas e serviços de saúde, observa-se um realce quanto à questão da integralidade, seja nos relatos sobre a necessidade de desfragmentação das políticas institucionais e estratégias programáticas oriundas da esfera federal de governo, seja sobre a necessidade de integração entre setores governamentais (intersectorialidade).

Cobra-se enfaticamente a implantação de um modelo mais resolutivo de Atenção Integral à Saúde, principalmente com o incremento e a adequação de modos e meios para a efetivação das ações municipais de vigilância sanitária, componente considerado desprestigiado.

Do mesmo modo, evidencia-se a necessidade de aprimoramento da Programação Pactuada e Integrada (PPI) quanto ao referenciamento de casos e à constituição de mecanismos mais ágeis de compensação financeira entre os municípios que encaminham casos e os que recebem os encaminhamentos.

Por fim, evidencia-se a preocupação sobre as condições de auditoria institucional e as determinações de punibilidade de gestores públicos, previstas na legislação vigente. Alguns dos participantes demonstram preocupação com a proposição de criar-se uma Lei de Res-

ponsabilidade Sanitária, nos mesmos moldes da Lei de Responsabilidade Fiscal, com ênfase na punibilidade e não no incentivo e na cooperação institucionais. Alegam que existem meios mais adequados para garantir um padrão mínimo de qualidade dos sistemas e serviços de saúde, citando como exemplo a possibilidade de acreditação dos mesmos.

Uma vez que a definição sobre a “qualidade na gestão municipal de saúde” era o propósito de tematização do Grupo Focal, depreende-se que os discursos dos gestores estavam orientados mais pela identificação e caracterização de problemas e necessidades da gestão, do que propriamente pelas suas positivities, em termos de noções de qualidade. Em todo o caso, as informações produzidas podem ser analisadas sob o prisma propositivo, ou seja, uma gestão bem qualificada implicaria:

- um sistema de saúde em que haja um tratamento diferenciado para os municípios, em consideração de suas singularidades e características de porte, complexidade e responsividade;
- um sistema de Atenção Integral à Saúde, resolutivo, com uma boa organização nas políticas e ações de vigilância sanitária e com uma articulação intersetorial;
- um sistema de saúde e de serviços com uma definição inequívoca sobre as responsabilidades institucionais entre as esferas de governo, com suas prerrogativas de direção, comando e condução, as suas margens de autonomia e suas relações de complementaridade e cooperação;
- a existência de uma efetiva e ascendente Programação Pactuada e Integrada;
- a existência e atuação de pessoal treinado e preparado para utilizar tecnologias, técnicas e instrumentos próprios da gestão (planejamento, programação, regulação, avaliação sistemática, etc.);
- a atuação de pessoal preparado para o exercício do controle social;
- a constituição permanente de processos de gestão com a atuação sintônica e integrada entre os secretários de Saúde e os prefeitos;
- o desenvolvimento de processos estáveis e contínuos de gestão pública, a partir dos princípios fundantes e das diretrizes organizacionais do SUS;
- a definição de mecanismos e instrumentos de acreditação sistêmica e cooperação interinstitucional, como alternativas prévias às possibilidades de punição legal, perante situações de irregularidade.

EQUIPE TÉCNICA

Grupo focal com secretários municipais de saúde

Coordenação Geral:

Alcides Silva de Miranda – DAD/SE

Pesquisador:

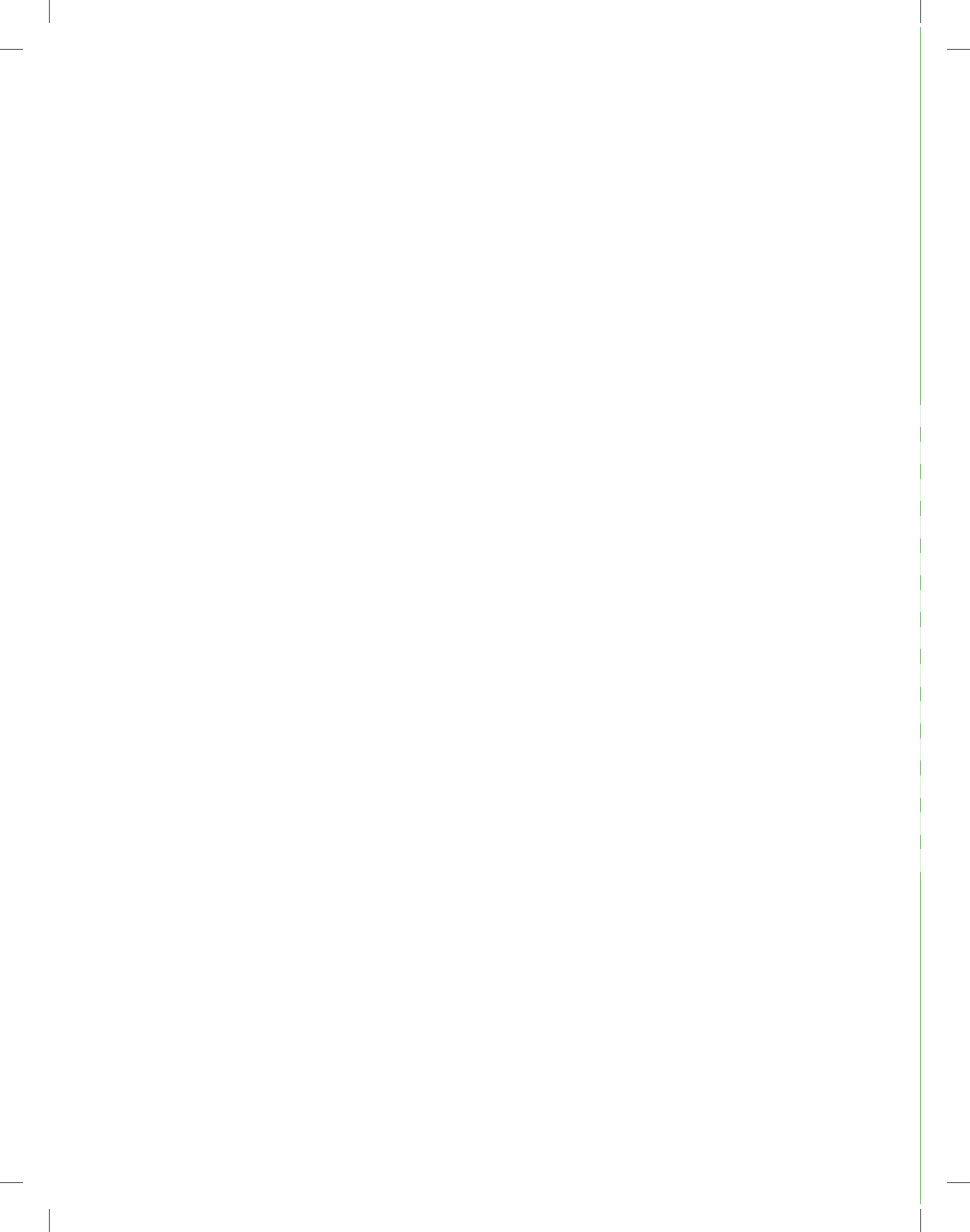
Lumena Almeida Castro Furtado – DAD/SE

Assessoria Técnica:

Adriana de Medeiros Cavalcanti – DAD/SE

Inessa França Malaguth – DAD/SE





INFORMAÇÕES DO ÂMBITO DE GESTÃO MUNICIPAL

Levantamento de opinião de presidentes dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) sobre o processo de gestão do Sistema Único de Saúde

Paulo Fernando Capucci¹

¹ Consultor da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) junto ao Departamento de Apoio à Descentralização (DAD/SE/MS), doutorando em Saúde Pública (USP) e secretário municipal de Saúde de Guarulhos/SP.



O Cosems é a entidade representativa dos secretários municipais de Saúde nos estados. Desde sua criação, a partir de 1988, em meio ao processo inicial de estruturação do SUS, o papel dessa representação vem se ampliando significativamente. As diretorias dos Cosems têm assento nos Conselhos Estaduais de Saúde, Comissões Intergestores Bipartite, nas reuniões do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e em Comissões Técnicas Especiais, o que permite uma participação efetiva nas instâncias deliberativas do SUS.

Articulado a essa atuação, muitos Cosems criaram áreas de assessoria técnica para as secretarias municipais, dinamizando a integração entre os municípios, oferecendo orientação na área jurídica, atualizando informações sobre os avanços na gestão do SUS e apoiando a realização de eventos, como Conferências Municipais de Saúde, seminários e cursos. As ações dos Cosems também se concentram junto à Secretaria Estadual de Saúde e, com menor intensidade, no Ministério da Saúde, visando a contribuir com o desenvolvimento, a qualificação e a consolidação das políticas de saúde nas três esferas de gestão do SUS.

Com o objetivo de apoiar o processo de fortalecimento dos Cosems, foi realizado o levantamento de informações sobre o processo de gestão do SUS com os secretários municipais de Saúde em exercício na função de presidentes eleitos dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde – períodos de gestão de 2003 a 2005 e 2005 a 2007. Esse levantamento foi planejado pelo Departamento de Apoio à Descentralização, da Secretaria-Executiva (DAD/SE/MS), e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e teve como objetivo geral levantar, na visão dos secretários municipais de Saúde – presidentes dos Cosems –, as principais questões relativas ao processo de gestão do Sistema Único de Saúde envolvendo os Cosems, com foco nos aspectos organizacionais e funcionais no âmbito técnico e político dessa instância de representação no SUS.

Para atingir os objetivos apresentados, foram elaborados dois instrumentos de coleta de informações (anexos A e B), que se diferenciavam em apenas uma pergunta referente à porcentagem de renovação da diretoria do Cosems nos pleitos eleitorais realizados em 2005. As questões propostas fazem referência aos seguintes contextos:

- identificação pessoal do respondente;
- funcionamento do Cosems em cada estado da federação;
- representatividade do Cosems em relação aos municípios de cada estado;
- representatividade do Cosems na relação com o governo estadual em cada estado da federação;
- relação do Cosems com o Conasems e com o Ministério da Saúde.

As informações foram obtidas por questionário auto-aplicado, com questões fechadas e abertas, categorizadas conforme a expectativa de resposta do pesquisador, de acordo com a descrição metodológica.

Os questionários foram desenvolvidos pelo pesquisador responsável, com apoio da equipe técnica do Departamento de Apoio à Descentralização do Ministério da Saúde e da Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), que também auxiliaram na distribuição e no recolhimento desses instrumentos de pesquisa.

Procedimentos de pesquisa	Período
Reuniões técnicas	14 e 15 de março de 2005
Entrada de dados	16 de março a 30 de maio de 2005
Processamento das informações	1.º a 20 de junho de 2005
Elaboração do relatório	20 a 26 de junho de 2005

As informações coletadas foram analisadas por meio de estatísticas descritivas e apresentadas por meio de tabelas e descrição de um perfil modal dos respondentes, por meio da construção de um presidente tipo e da descrição modal do funcionamento do Cosems.

- *Objetivo geral*

Levantar, na visão dos presidentes dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), os principais problemas e as perspectivas relacionados ao processo de gestão do conselho visando a apoiar seu processo de fortalecimento.

METODOLOGIA

- *O universo de pesquisa*

O universo de pesquisa foi constituído dos 26 presidentes dos Cosems no mandato de 2003 a 2005 e os 26 presidentes dos Cosems no mandato de 2005 a 2007.

- *O instrumento de pesquisa*

Consistiu em questionário auto-aplicado composto de identificação do conselho, identificação do respondente, 18 questões fechadas e duas questões abertas, além de área de resposta destinada a comentários livres pelo respondente, conforme modelo constante no anexo A. O questionário aplicado aos presidentes eleitos para o período de 2005 a 2007 até 12 de maio de 2005 continha uma questão extra sobre a porcentagem de renovação dos membros eleitos para a diretoria do Cosems naquela Unidade da Federação para o período, conforme modelo no anexo B.

As questões foram organizadas em cinco blocos, com respostas fechadas, semi-abertas e abertas. No primeiro bloco, após a identificação do conselho e do respondente, há cinco questões – três semi-abertas e duas fechadas – visando a descrever a estrutura do Cosems e o grau de intensidade e a frequência de participação da diretoria do Cosems. Na sequência, foram apresentados os blocos de questões: duas questões fechadas com a finalidade de avaliar a representatividade do Cosems em relação aos municípios do estado a que se refere, sempre na visão do respondente; duas questões fechadas avaliando a participação do Cosems na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); uma questão fechada com a finalidade de avaliar o relacionamento do Cosems com a respectiva Secretaria Estadual de Saúde; seis questões fechadas e duas semi-abertas a fim de descrever e avaliar o funcionamento do Cosems e a identificação, por parte do respondente, dos principais problemas enfrentados pelos secretários municipais de Saúde em cada Unidade da Federação, bem como aspectos de fortalecimento do Cosems considerados pelo respondente na relação com outros entes que atuam institucionalmente no SUS, a saber: Ministério da Saúde, Conasems, Secretaria Estadual da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite.

Ao final do questionário foi facultado ao respondente oferecer comentários livres em relação aos assuntos abordados no questionário. Em anexo ao questionário, foi apresentado um Termo de Esclarecimento e Consentimento assinado pelo respondente em caso de concordância em responder às questões propostas ou devolvido juntamente com o questionário em branco, em caso de negativa de resposta.

- *O método*

Aplicação de questionário auto-respondido nas reuniões do Conselho Nacional de Representantes Estaduais (Conares), órgão do Conasems que reúne os presidentes dos Cosems mensalmente para preparação da pauta da Comissão Intergestores Tripartite. Foram utilizadas as reuniões do Conares de 16 de março de 2005, em Brasília, para os presidentes do período de 2003 a 2005 e a reunião de 12 de maio de 2005, em Cuiabá, para os presidentes de 2005 a 2007 eleitos até essa data. Foi realizado ainda um *recall* por telefone para cada segmento, operado pela equipe técnica do Conasems e do DAD/MS, para obtenção de questionários não devolvidos nas respectivas reuniões.

As respostas às questões fechadas acerca da percepção de qualidade do funcionamento e relacionamento do Cosems, bem como o desempenho da diretoria, foram categorizadas segundo escala sociométrica contendo cinco graduações de percepção do respondente. Às questões semi-abertas, foram oferecidas respostas de natureza informativa, enquanto que

as questões abertas visaram a obter tanto informações complementares como opinião do respondente acerca do assunto abordado.

Todas as respostas foram organizadas em formato de tabelas do programa *Microsoft Excel*[®] e transportadas para formato *Epi-data*[®] a fim de permitir a análise estatística quantitativa pretendida. A seguir, foi construído o perfil modal do respondente conforme essa medida de tendência central escolhida por refletir o número mais freqüente de respostas à cada questão proposta.

RESULTADOS

Inicialmente apresentamos a relação dos 19 respondentes dos Cosems na gestão 2003-2005, de acordo com os seguintes estados de origem: Acre, Alagoas, Amapá, Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rondônia, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo.

Também responderam aos questionários 14 dos presidentes de Cosems da gestão 2005-2007, de acordo com os seguintes estados de origem: Alagoas, Amapá, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rondônia, Roraima, Rio Grande do Sul, Sergipe, São Paulo e Tocantins. Observa-se mais uma vez que para o caso de presidente reeleito de um período de gestão para o outro foi mantido o questionário anterior acrescido da resposta extra sobre a renovação da diretoria.

Apresentamos nas páginas seguintes a descrição das respostas dadas às questões fechadas e semi-abertas. O total de cada resposta nem sempre corresponde ao total de questionários respondidos dada a omissão do respondente para algumas das questões propostas.

- *Perfil dos presidentes de Cosems*

Na construção de um perfil tipo dos presidentes de Cosems que responderam os questionários (quadro 1), algumas características surgem predominantes. Os presidentes de Cosems são tipicamente do sexo masculino, brancos, idade média entre 45 e 46 anos, médicos e com experiência de trabalho na diretoria da entidade.

Ao considerar o período de gestão de 2005 a 2007, observa-se que quase dois terços (64%) dos respondentes havia sido reeleito para a presidência dos Cosems, portanto com um baixo percentual de renovação. Entretanto, em se tratando do total de cargos das diretorias, o percentual de renovação foi maior, chegando a 75% dos cargos.

Quadro 1. Características do perfil típico dos presidentes de Cosems que responderam aos questionários. Períodos de gestão de 2003 a 2005 e de 2005 a 2007.

Características do perfil típico	Gestão 2003-2005	Gestão 2005-2007
Média de idade	44,8 anos	46 anos
Sexo predominante	Masculino (84,2%)	Masculino (84,6 %)
Cor predominante (autodeclarada)	Branca (57,9%)	Branca (66,7%)
Profissão predominante	Médicos (26,3%)	Médicos (46,2 %)
Possuíam cargos eletivos e estavam licenciados para o exercício da função de secretários municipais de Saúde	5,3 %	7,7 %
Média de tempo no exercício da presidência do Cosems	22,4 meses	12 meses
Experiência de trabalho na diretoria do Cosems	Aproximadamente 73,7% dos respondentes que já tinham exercido cargos em diretorias anteriores do Cosems em seu estado	Aproximadamente 64 % dos respondentes foram reeleitos para o cargo de presidente do Cosems

Fonte: Levantamento de opinião de presidentes dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) sobre o processo de gestão do Sistema Único de Saúde, 2005.

- Características estruturais e funcionais dos Cosems

A partir de algumas informações coletadas, é possível caracterizar os perfis estrutural e funcional dos Cosems incluídos no estudo.

Um pouco mais do que a metade dos Cosems funcionam regularmente em espaços físicos cedidos pelas Secretarias (SES) ou pelos Conselhos Estaduais de Saúde (CES). Uma pequena parte possui sede própria.

Quase todos Cosems contam com o trabalho de apoio administrativo, seja de pessoal próprio seja cedido por outras instituições.

Quando se trata de assessorias técnicas especializadas, aproximadamente metade das entidades possui pessoal contratado. Cerca de uma terça parte possui assessoria de comunicação e somente uma minoria pode contar com assessoria jurídica própria. Cerca de 35% dos respondentes afirmaram que o Cosems que preside oferece assessoria técnica para os municípios associados.

A maior parte dos respondentes afirmou que buscava promover a cooperação entre os municípios a partir de iniciativas, como: reuniões ampliadas e oficinas regionais, estímulo a consórcios, fomento ao intercâmbio entre municípios “maiores” e “menores” para troca de experiências, etc.

Quadro 2. Características funcionais dos Cosems incluídos na pesquisa. Períodos de gestão de 2003 a 2005 e de 2005 a 2007.

Características estruturais e funcionais	Gestão 2003-2005	Gestão 2005-2007
Funcionam em espaços físicos provisórios ou eventuais	17%	29%
Possuem e funcionam numa sede própria	11%	7%
Funcionam regularmente em espaço físico cedido pelas Secretarias ou Conselhos Estaduais de Saúde	57%	58%
Funcionam regularmente em espaço físico cedido por outras instituições (exceto SES e CES)	15%	6%
Operam com pessoal de apoio administrativo	89%	93%
Operam com assessorias técnicas próprias	57%	43%
Operam com assessoria jurídica própria	17%	14%
Operam com assessoria de comunicação própria	39%	29%

Levantamento de opinião de presidentes dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) sobre o processo de gestão do Sistema Único de Saúde, 2005.

- Participação e representação dos secretários municipais de Saúde

Segundo as informações procedentes dos questionários respondidos, a participação regular de secretários municipais de Saúde nas reuniões convocadas pelos Cosems é muito variável, mas sempre com um número superior ao da representação das diretorias.

Na maior parte das diretorias dos Cosems, existe divisão de representações de acordo com portes municipais (pequeno, médio e grande) em termos de faixas populacionais dos municípios representados, sendo que em aproximadamente 11% das diretorias dos Cosems não há representação dos secretários de Saúde das capitais.

Convém observar também que em aproximadamente 83% dos Cosems existe algum tipo de representação regional de municípios. Inclusive, algumas representações regionais de Cosems dizem possuir sede própria.

Em regra, há uma periodicidade mensal e regularidade nas reuniões das diretorias dos Cosems, que ocorrem normalmente às vésperas das reuniões plenárias das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs). Os respondentes afirmaram que participam ativamente das reuniões das CIBs e a maioria considerou ter grande influência na definição de suas pautas.

A maioria dos respondentes também afirmou que repassa regularmente as informações sobre as decisões pactuadas nas CIBs para o conjunto de Secretarias Municipais de Saúde. Normalmente essas informações são repassadas por telefone ou por correspondência postal, mas uma grande parte (cerca de 2/3) utiliza meios eletrônicos (internet, e-mails, etc.).

Quando se trata das reuniões periódicas de representantes dos Cosems, denominadas como conselhos de entidades (Conares) e promovidas pela diretoria do Conasems, nota-se participação massiva e assídua dos presidentes que responderam ao questionário.

Muitos dos respondentes afirmaram que raramente vêem contemplados os interesses dos municípios que representam nas portarias ministeriais que definem a distribuição de recursos e estabelecem parâmetros de atuação das esferas governamentais no SUS.

Quando interrogados sobre quais os problemas e as dificuldades mais relevantes identificados na prática da gestão em saúde, os mesmos referem:

- dificuldade para garantir a integralidade na saúde;
- falta de articulação da rede de serviços, especialmente de alta complexidade;
- pouca presença dos secretários municipais de Saúde na mídia; e
- dificuldade para eliminar a precarização nas relações de trabalho.

Como sugestões para lidar com essas dificuldades e problemas relatados, os respondentes apontam:

- incremento e qualificação do apoio técnico ofertado aos Cosems da parte do Ministério da Saúde, das SES e do Conasems;
- efetivação de comissões permanentes para lidar com problemas específicos;
- fortalecimento de instâncias regionais;
- apoio ao desenvolvimento da gestão;
- maior transparência nas políticas dos governos estaduais.

As respostas aos questionários demonstram uma certa homogeneidade em relação à organização com tendência de fortalecimento da representação municipal. Identifica-se também certo tensionamento com a esfera estadual do SUS, em razão da carência de recursos técnicos que possam dar suporte às amplas funções consideradas pelos respondentes.

É evidente, a partir da pesquisa, a confiança dos dirigentes de Cosems quanto ao trabalho de sua entidade, assim como no esforço que fazem para influenciar nas negociações bipartite e tripartite.

Finalmente, pode-se afirmar também que os respondentes esperam receber mais apoio interinstitucional, na mesma medida em que esperam um posicionamento mais claro dos gestores estaduais na relação bipartite de construção e financiamento das políticas locais e regionais para o SUS.

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO 1

PRESIDENTES DE 2003 A 2005

PESQUISA COM OS PRESIDENTES DOS COSEMS

Termo de Esclarecimento e Consentimento

Este questionário tem o objetivo de contribuir na avaliação, a partir da informação e opinião dos presidentes dos Cosems, dos principais aspectos relacionados aos processos de gestão dos Cosems. Em conjunto com outros instrumentos de coleta de dados aplicados no âmbito dos gestores estaduais e municipais, se constituirá informação valiosa acerca dos processos de gestão descentralizada no SUS, reorientando os esforços do Ministério da Saúde e Conasems no apoio e desenvolvimento desses processos.

Sua aplicação se dará nas reuniões mensais do Conares, em 16 de março próximo, com os presidentes dos 26 Cosems da gestão de 2003 a 2005 e, em 13 de abril, com os presidentes eleitos para a gestão de 2005 a 2007. Os dados serão tabulados e apresentados no Encontro Nacional do Conasems, em maio de 2005, agrupados em conjunto sem a identificação da fonte de informação e utilizados somente para o fim dessa pesquisa, garantindo-se o sigilo absoluto das informações prestadas.

Para facilitar e agilizar o preenchimento deste questionário, a maior parte das informações pretendidas será obtida por opção de resposta de múltipla escolha, com algumas poucas questões tendo sido formuladas para colher sua opinião de forma redigida, porém, igualmente objetiva.

Embora inestimável, sua cooperação no preenchimento desse questionário é facultativa. Solicitamos, portanto, seu consentimento formal em preenchê-lo, ao mesmo tempo em que agradecemos a dedicação de parte de seu tempo e esforço no preenchimento dos campos que compõem o questionário.

Acredito ter sido informado sobre a proposta deste questionário e declaro que concordo em colaborar com a presente pesquisa.

Assinatura do(a) respondente

Brasília, ___ / ___ / ___

Departamento de Apoio à Descentralização

Conasems

QUESTIONÁRIO AUTO-APLICADO

Identificação do Conselho

Cosems do Estado de _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Fax: _____ *E-mail*: _____

Número de municípios do estado: _____

Número de Secretarias Municipais que compõem o Cosems: _____

Identificação do(a) respondente

Nome: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Sexo: Masculino Feminino Cor: _____

Possui mandato político? Sim Não Cargo: _____

É presidente do Cosems há _____ anos e _____ meses.

Fez parte de diretorias anteriores? Sim Não

No cargo de: _____ Gestão: _____ a _____.

_____ Gestão: _____ a _____.

_____ Gestão: _____ a _____.

_____ Gestão: _____ a _____.

Questões

As questões a seguir buscam colher informações sobre diferentes aspectos de organização e funcionamento dos Cosems, bem como sua relação com outras instâncias de governo e do SUS, devendo ser respondidas com base no mandato de 2003 a 2005. Solicitamos que a resposta a cada uma delas seja precisa e única entre das alternativas propostas. Recomendamos o uso de lápis daqui em diante, a fim de que as respostas possam ser alteradas caso deseje fazê-lo antes da devolução do questionário. Procure não deixar questões sem resposta. Ao final do questionário, há um espaço livre para sua manifestação acerca do instrumento e de outros comentários que desejar fazer.

1. O Cosems funciona em espaço físico definido? Sim Não

Próprio Cedido pela instituição: _____

2. O Cosems tem pessoal de:

Apoio Administrativo Sim Não

Assessoria Técnica Sim Não

Assessoria Jurídica Sim Não

Assessoria de Imprensa/Comunicação Sim Não

Outro: _____

3. Participam regularmente das reuniões de diretoria do Cosems cerca de (n.º) _____ secretários municipais de saúde.

4. Você avalia essa participação, em geral, como:

muito ativa ativa medianamente ativa pouco ativa inexpressiva

5. A diretoria do Cosems se reúne em geral:

semanalmente quinzenalmente mensalmente bimestralmente outro

As questões a seguir dizem respeito à representatividade do Cosems em relação aos municípios do seu estado.

6. Na diretoria do Cosems, há representantes

da capital Sim Não

dos municípios acima de 100 mil habitantes Sim Não

dos municípios acima de 50 e até 100 mil habitantes Sim Não

dos municípios acima de 20 e até 50 mil habitantes Sim Não

dos municípios acima 10 e até 20 mil habitantes Sim Não

dos municípios de até 10 mil habitantes Sim Não

7. Existem (n.º) _____ representações regionais dos Cosems.

Com sede nas regiões: Sim Não

Não existem representações regionais do Cosems em meu estado.

15. Em relação ao uso da Revista do Conasems, enviada pelo correio ao endereço da Secretaria, você:

- a) não recebe
b) lê não lê
c) repassa aos funcionários não repassa aos funcionários

16. O Cosems tem uma política de estímulo à cooperação entre municípios?

- Sim Não

Cite um exemplo de instrumento dessa política.

17. Cite um dos principais problemas enfrentados pelos secretários municipais de saúde do seu estado:

18. As decisões tomadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) têm contemplado as posições defendidas pelo Cosems e os interesses das Secretarias Municipais de Saúde do seu estado:

- sempre freqüentemente raramente nunca não tenho informação

19. As portarias do Ministério da Saúde, que definem distribuição de recursos e estabelecem parâmetros de atuação das esferas de governo no SUS, têm contemplado os interesses das Secretarias Municipais de Saúde do seu estado:

- sempre freqüentemente raramente nunca não tenho informação

20. Na sua opinião, que tipo de apoio técnico as seguintes instituições deveriam ofertar para o fortalecimento do Cosems:

Ministério da Saúde: _____

Conasems: _____

Secretaria Estadual da Saúde: _____

Comentário livre: _____

ANEXO B – QUESTIONÁRIO 2

PRESIDENTES DE 2005 A 2007

PESQUISA COM OS PRESIDENTES DOS COSEMS

Termo de Esclarecimento e Consentimento

Este questionário tem o objetivo de contribuir na avaliação, a partir da informação e opinião dos presidentes dos Cosems, dos principais aspectos relacionados aos processos de gestão dos Cosems. Em conjunto com outros instrumentos de coleta de dados aplicados no âmbito dos gestores estaduais e municipais, se constituirá informação valiosa acerca dos processos de gestão descentralizada no SUS, reorientando os esforços do Ministério da Saúde e Conasems no apoio e desenvolvimento desses processos.

Sua aplicação se dará nas reuniões mensais do Conares, em 16 de março próximo, com os presidentes dos 26 Cosems da gestão de 2003 a 2005 e, em 13 de abril, com os presidentes eleitos para a gestão de 2005 a 2007. Os dados serão tabulados e apresentados no Encontro Nacional do Conasems, em maio de 2005, agrupados em conjunto sem a identificação da fonte de informação e utilizados somente para o fim dessa pesquisa, garantindo-se o sigilo absoluto das informações prestadas.

Para facilitar e agilizar o preenchimento deste questionário, a maior parte das informações pretendidas será obtida por opção de resposta de múltipla escolha, com algumas poucas questões, tendo sido formuladas para colher sua opinião de forma redigida, porém, igualmente objetiva.

Embora inestimável, sua cooperação no preenchimento desse questionário é facultativa. Solicitamos, portanto, seu consentimento formal em preenchê-lo, ao mesmo tempo em que agradecemos a dedicação de parte de seu tempo e esforço no preenchimento dos campos que compõem o questionário.

Acredito ter sido informado sobre a proposta deste questionário e declaro que concordo em colaborar com a presente pesquisa.

Assinatura do(a) respondente

Brasília, ___ / ___ / ___

Departamento de Apoio à Descentralização

Conasems

QUESTIONÁRIO AUTO-APLICADO

Identificação do Conselho

Cosems do Estado de _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Número de municípios do estado: _____

Número de Secretarias Municipais que compõem o Cosems: _____

Identificação do(a) respondente

Nome: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Sexo: Masculino Feminino Cor: _____

Possui mandato político? Sim Não Cargo: _____

É presidente do Cosems há _____ anos e _____ meses.

Fez parte de diretorias anteriores? Sim Não

No cargo de: _____ Gestão: _____ a _____.

_____ Gestão: _____ a _____.

_____ Gestão: _____ a _____.

_____ Gestão: _____ a _____.

Questões

As questões a seguir buscam colher informações sobre diferentes aspectos de organização e funcionamento dos Cosems, bem como sua relação com outras instâncias de governo e do SUS, devendo ser respondidas com base no mandato de 2003 a 2005. Solicitamos que a resposta a cada uma delas seja precisa e única entre das alternativas propostas. Recomendamos o uso de lápis daqui em diante, a fim de que as respostas possam ser alteradas caso deseje fazê-lo antes da devolução do questionário. Procure não deixar questões sem resposta. Ao final do questionário, há um espaço livre para sua manifestação acerca do instrumento e de outros comentários que desejar fazer.

1. O Cosems funciona em espaço físico definido? Sim Não
 Próprio Cedido pela instituição: _____
2. O Cosems tem pessoal de:
- | | | |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Apoio Administrativo | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Assessoria Técnica | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Assessoria Jurídica | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Assessoria de Imprensa/Comunicação | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
- Outro: _____
3. Participam regularmente das reuniões de diretoria do Cosems cerca de (n.º) _____ secretários municipais de Saúde.
4. Você avalia essa participação, em geral, como:
- muito ativa ativa medianamente ativa pouco ativa inexpressiva
5. A diretoria do Cosems se reúne em geral:
- semanalmente quinzenalmente mensalmente bimestralmente outro

As questões a seguir dizem respeito à representatividade do Cosems em relação aos municípios do seu estado.

6. Na diretoria do Cosems, há representantes
- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| da capital | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| dos municípios acima de 100 mil habitantes | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| dos municípios acima de 50 e até 100 mil habitantes | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| dos municípios acima de 20 e até 50 mil habitantes | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| dos municípios acima 10 e até 20 mil habitantes | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| dos municípios de até 10 mil habitantes | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
7. Existem (n.º) _____ representações regionais dos Cosems.
 Com sede nas regiões: Sim Não
 Não existem representações regionais do Cosems em meu estado.

15. Em relação ao uso da Revista do Conasems, enviada pelo correio ao endereço da Secretaria, você:

- a) não recebe
b) lê não lê
c) repassa aos funcionários não repassa aos funcionários

16. O Cosems tem uma política de estímulo à cooperação entre municípios?

- Sim Não

Cite um exemplo de instrumento dessa política.

17. Cite um dos principais problemas enfrentados pelos secretários municipais de Saúde do seu estado:

18. As decisões tomadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) têm contemplado as posições defendidas pelo Cosems e os interesses das Secretarias Municipais de Saúde do seu estado:

- sempre freqüentemente raramente nunca não tenho informação

19. As portarias do Ministério da Saúde, que definem distribuição de recursos e estabelecem parâmetros de atuação das esferas de governo no SUS, têm contemplado os interesses das Secretarias Municipais de Saúde do seu estado:

- sempre freqüentemente raramente nunca não tenho informação

20. Na sua opinião, que tipo de apoio técnico as seguintes instituições deveriam ofertar para o fortalecimento do Cosems:

Ministério da Saúde: _____

Conasems: _____

Secretaria Estadual da Saúde: _____

Comentário livre: _____

EQUIPE TÉCNICA

Levantamento de opinião de presidentes dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) sobre o processo de gestão do Sistema Único de Saúde

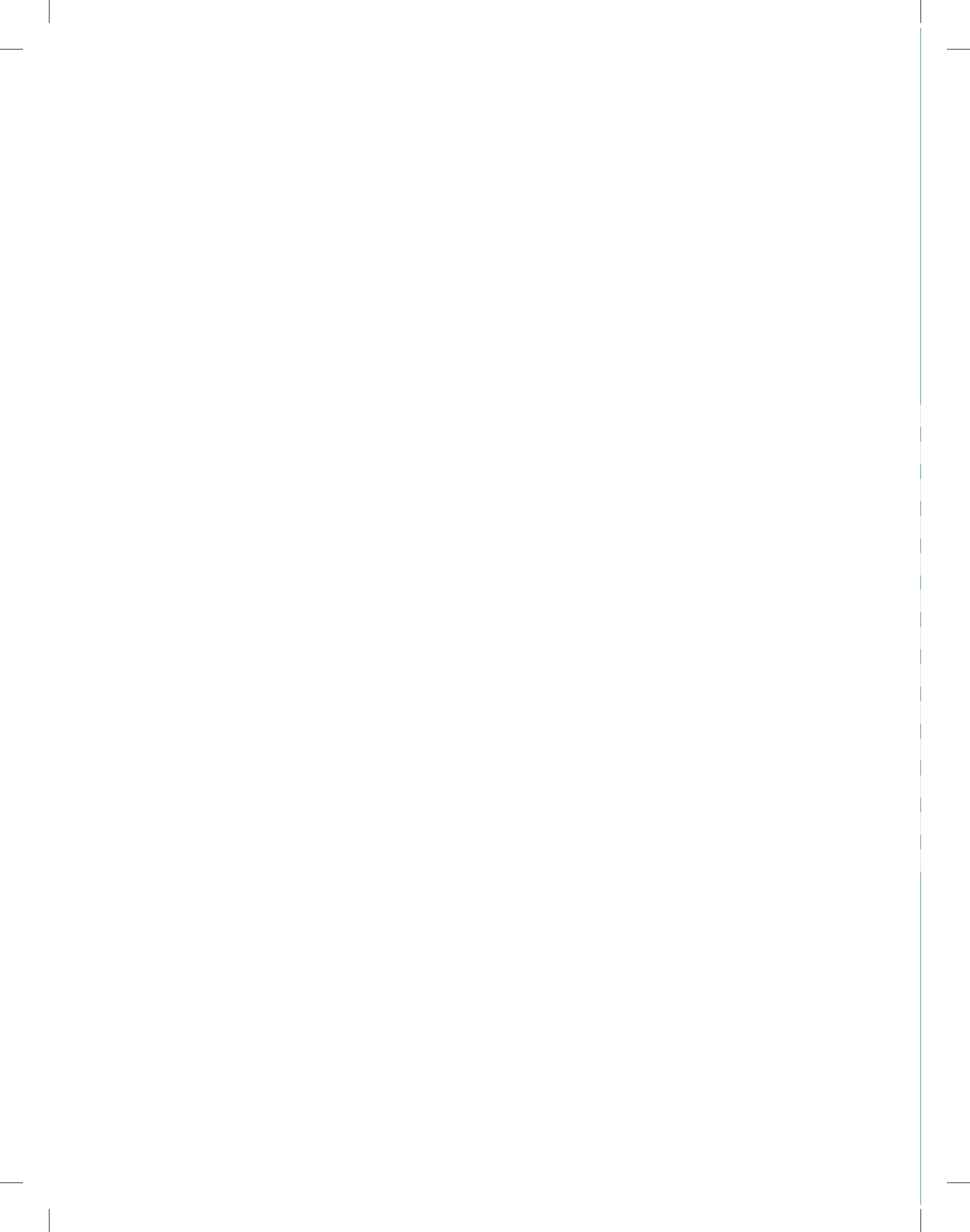
Pesquisador:

Paulo Fernando Capucci – DAD/SE
Contato: pcapucci@usp.br

Assessoria Técnica:

Inessa França Malaguth – DAD/SE
Neusa Goya – Conasems





INFORMAÇÕES DO ÂMBITO DE GESTÃO ESTADUAL
Análise da gestão em Secretarias Estaduais de Saúde

Márcia Lotufo¹

¹ Consultora da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) junto ao Departamento de Apoio à Descentralização (DAD/SE/MS), doutora em Saúde Coletiva (UFBA) e professora do Instituto de Saúde Coletiva (UFMT).



No Brasil, o movimento de descentralização da saúde vivenciado nos últimos anos vem produzindo importantes avanços na gestão do SUS, como o fortalecimento da rede pública de saúde em todos os níveis de complexidade, o aumento da oferta de procedimentos em saúde, a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, o desenvolvimento de novos modelos de atenção à saúde, a ampla descentralização das ações e dos serviços de saúde para estados e municípios, a definição de fontes de financiamento público e a vinculação de recursos, o aumento de espaços de participação social, dentre outros.

Entretanto, ainda são muitos os desafios rumo a concretização dos princípios doutrinários e organizativos do SUS no Brasil, conforme aponta o relatório da 12.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003:

[...] Há uma evidente falta de sintonia entre o que a legislação determina, o Judiciário assegura e o que o Executivo tem efetivas condições de cumprir. A disponibilidade dos serviços de saúde para toda a população, com a qualidade, e a integralidade necessárias para a atenção à saúde são problemas que prosseguem impedindo que o SUS seja um sistema de atenção e deficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade. Promover a equidade na atenção à saúde, reduzir as desigualdades regionais, ampliar a oferta de ações de saúde garantindo a universalidade do acesso aos mais afetados pelas desigualdades sociais, de gênero, raça, etnias, geração, populações itinerantes e vulneráveis são os desafios postos para que o direito deixe de ser mais que declaração e passe a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros (CONFERÊNCIA..., 2004, p. 24-25)

Dentre as diversas dificuldades para concretização desse importante projeto de consolidação do SUS no Brasil, estão aquelas relacionadas à capacidade das organizações de saúde em implementar as políticas de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS.

Alguns autores (MATUS, 1997; CATALÁ, 1998) têm demonstrado que na América Latina e também no Brasil (REIS, 1994) há uma baixa capacidade de governo² para implementação de políticas públicas.

Ainda que sejam escassos os estudos dessa natureza, alguns deles, como os divulgados pelo Conselho Nacional de Secretários de Administração (Consad), revelam que, nas or-

² Capacidade de implementar políticas, programas e projetos, ou seja, capacidade dos governos de tornar realidade (concretizar) as decisões de políticas públicas, e que se expressa na perícia dos dirigentes, nos sistemas de trabalho adotados (macrossistemas e microssistemas) e no desenho organizativo, e está diretamente relacionada com a qualidade dos sistemas de direção que praticam as organizações públicas (MATUS, 1997, p. 140).

ganizações públicas brasileiras, registram-se avanços, problemas e desafios estratégicos a serem enfrentados pelos governos no processo de modernização do Estado.

Ainda que reconhecendo a dificuldade de se realizar estudos dessa natureza, essa é uma agenda urgente devido às conquistas das sociedades modernas, como a descentralização política e administrativa, a democratização das sociedades, a intersecção dos processos de reforma, revelando-se assim como uma ferramenta crítica para modernização do Estado que busca a construção de uma sociedade mais eqüitativa e democrática.

Considerando as recentes mudanças vividas pelas Secretarias de Estado de Saúde no processo de construção do SUS e a necessidade de qualificação do processo de gestão em saúde, a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), tomou a decisão de realizar um estudo que permitisse conhecer a realidade dos estados do ponto de vista das suas potencialidades e os desafios no processo de implementação das políticas, dos projetos e dos programas de saúde. Dessa forma, este estudo tem como objetivo conhecer o processo de gestão dentro das organizações públicas estaduais de saúde – conhecer como os gestores conduzem as instituições de saúde; quais são os conhecimentos, métodos e instrumentos de trabalho usados pelos governantes e sua equipe de alta direção; quais são os elementos facilitadores e quais os que dificultam o processo de gestão; qual a opinião dos gestores quanto à qualidade da gestão em saúde.

Os resultados da pesquisa subsidiarão o processo de condução do MS na busca de alternativas que realmente propiciem o desenvolvimento de capacidades técnicas e políticas – manifestadas nas práticas profissionais – dentro das organizações para dar respostas aos cidadãos de forma oportuna e com qualidade.

ASPECTOS CONCEITUAIS

Fazer uma reflexão sobre o tema da gestão, sobretudo no novo milênio, implica reconhecer o entorno dessa problemática. São profundas as transformações – históricas, econômicas, políticas e tecnológicas – vividas pela humanidade, e esse fato desafia o homem a rever o modo de organização social básico. As mudanças ocorrem numa velocidade acelerada, num mundo absolutamente inter-relacionado, gerando situações altamente complexas, que são conduzidas com um elevado grau de incerteza. Nesse cenário, o campo da gestão vive uma profunda crise, ou seja, uma mudança de paradigma e, portanto, de seus princípios, hipóteses, arcabouços teóricos, tecnologias básicas, etc.

Essas mudanças repercutem na estrutura e no funcionamento dos estados, que precisam contar com melhores capacidades técnicas e políticas para dar resposta aos cidadãos de forma oportuna e com qualidade, e, portanto, as organizações têm a obrigação de melhorar suas práticas administrativas. Os órgãos da administração pública devem promover ações no sentido de fortalecer a gestão pública, garantindo assim a melhoria dos serviços públicos oferecidos aos cidadãos.

Para melhorar a gestão em saúde, faz-se necessário conhecer as particularidades do processo de gestão nas organizações públicas de saúde no Brasil. No setor Saúde, existem alguns estudos³ sobre sistemas de saúde, mas estes têm abordado mais o aspecto legal, formal e estrutural da gestão municipal e estadual em saúde. Entretanto, ainda são escassos estudos que abordam a realidade da gestão pública em saúde do ponto de vista do processo de formulação e implementação de políticas, projetos e programas de saúde.

Ao acompanhamento dos aspectos legais e estruturais do processo de descentralização, precisa-se associar estudos sobre *o modo de gestão* dentro das organizações públicas de saúde.

Entendendo a gestão em saúde como [...] *a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde* (PAIM, 2003), torna-se extremamente complexa a tarefa de fazer a abordagem desse processo.

Considerando que a gestão pública, sobretudo em saúde, deve estar fundamentada numa visão estratégica, o processo de gestão nas Secretarias de Estado de Saúde foi abordado, neste estudo, sob dois aspectos, a saber, a formulação e implementação de políticas.

Como formulação de políticas se entende o processo de decisão tanto interno das SES como na sua relação com outros atores sociais do SUS. Esse processo foi analisado por meio das suas características, dos referenciais adotados para tomada de decisões, dos atores sociais mais presentes, dentre outros aspectos.

³ Indicadores, Tipologia e Análise da Gestão Plena Municipal, Características dos Municípios em Gestão Plena: Distribuição Regional, por Estado, Porte Populacional e Aprendizado Institucional, janeiro de 2002; Análise de alguns aspectos do processo de descentralização no Sistema Único de Saúde, MS, s/d; Seminário *Gestão Estadual do SUS – Tendências e Perspectivas* (realizado nos dias 14 e 15 de outubro de 1999), com o objetivo de conhecer e analisar as experiências de gestão setorial em curso nas Secretarias Estaduais de Saúde e apresentar a proposta do Ministério da Saúde para o fortalecimento da gestão estadual do SUS, no âmbito do projeto MS/Reforsus *Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional da Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde*.

Para conhecer o processo de implementação, se tomou como referencial o desenho de um sistema de direção estratégica (MATUS, 1997, p.140-144), que se expressa na conformação da agenda do dirigente; no sistema de processamento tecnopolítico de problemas, no manejo de crise; no sistema de planejamento estratégico; no sistema de orçamento-programa; no sistema de cobrança e prestação de contas por desempenho; no monitoramento da gestão; no sistema de gerência por operações; e no centro de treinamento, buscando analisar a presença ou não desses sistemas nas Secretarias de Estado de Saúde.

Além desses elementos mais conceituais, buscou-se também conhecer o perfil dos dirigentes, a opinião dos mesmos quanto ao processo de implementação de políticas no exercício dessa função e sobre a qualidade em saúde, bem como conhecer as inovações em gestão pública adotadas pelas SES.

METODOLOGIA

Para realização desta pesquisa, foi adotada uma estratégia metodológica qualitativa, o estudo de casos múltiplos com níveis de análise imbricados (YIN, 1994).

- *Seleção dos estados*

Para seleção dos estados, foram utilizados como critérios: tamanho da população e do tempo em que o dirigente atuava no cargo, além da representação de estados na diretoria do Conass. Deveriam ser selecionados estados com maior e menor população em cada região do País e aqueles em que o secretário tivesse vivenciado o exercício da gestão capaz de permitir uma avaliação do processo, entretanto, dada a rotatividade nos cargos⁴ de secretários de Saúde, fez-se necessário fazer uma adequação entre os dois critérios.

Os 12 estados selecionados estão apresentados no quadro a seguir.

REGIÃO	ESTADOS
Sudeste	São Paulo
Sul	Rio Grande do Sul e Santa Catarina
Nordeste	Bahia e Maranhão
Norte	Pará e Rondônia
Centro-Oeste	Goiás e Mato Grosso
Conass	Rio de Janeiro, Minas Gerais e Acre

⁴ Segundo o relatório do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), no período de 2003 a 2005 houve uma rotatividade importante (59,25%) nos cargos de secretários de Estado de Saúde nas UF do Brasil.

- *Seleção dos entrevistados*

Fizeram parte do universo desta pesquisa 36 entrevistados, dentre eles:

- secretário estadual de Saúde de estados selecionados;
- secretários que representavam o Conass;
- gerentes da alta direção das SES⁵;

No total foram realizadas três entrevistas em cada estado, sendo uma com o secretário de Estado da Saúde e as outras duas com pessoas da alta direção indicadas pelo secretário, segundo critérios acima estabelecidos.

- *Coleta e análise das informações*

Para a coleta das informações, foi adotada a técnica de entrevista semi-estruturada, e elaborado um roteiro de questões (anexo A), aplicado por cinco pesquisadores⁶ contratados para realizar o trabalho de coleta de dados.

Foram realizadas 34⁷ entrevistas entre os meses de abril a maio de 2005, que foram transcritas integralmente e, sucessivamente, efetuadas as análises temáticas do conteúdo sobre o material obtido, utilizando o roteiro de análise (anexo B) com suporte de um programa informático de processamento de textos (*WinWord*[®]) e posteriormente o *Microsoft Excel*[®].

O processamento dos dados incluiu um momento de leitura flutuante, identificação de possíveis variáveis para orientar a montagem de uma matriz de análise (anexo C) com trechos das entrevistas de cada um dos estados para que fosse possível observar regularidades, eventos destoantes e outras informações que permitissem conhecer o processo de gestão sob ponto de vista dos dirigentes da SES.

Foi utilizada como técnica a análise de conteúdo categorial e temática (BARDIN, 1979) de modo a identificar os núcleos de significância e a unidade de contexto.

RESULTADOS

- *Caracterização dos estados*

Entre os estados pesquisados observa-se uma enorme variação demográfica, desde o Estado do Acre, com menos de 1 milhão de habitantes, a outros como São Paulo, com 38 mi-

⁵ Profissionais que atuam e que fazem parte do grupo restrito de condução da política de saúde no estado; participam ativamente do processo decisório e da condução de política de saúde no estado, terem vivenciado essa experiência; gerentes que trabalham diretamente como objetos e elementos que compõem o processo de planejamento e gestão, por exemplo, pessoas da área de planejamento.

⁶ Foram selecionados profissionais da área que tinham conhecimentos em gestão pública e experiência de gestão de sistemas/serviços. Esses pesquisadores foram preparados para coleta e processamento dos dados.

⁷ Em um dos estados pesquisados, o pesquisador realizou a entrevista com três pessoas ao mesmo tempo, tendo assim gerado uma só entrevista.

lhões. O mesmo fenômeno evidencia-se na organização administrativa dos territórios, estes esquadrihados em 22 municípios (AC) e outros como o Estado de Minas Gerais, que tem 853 municípios. Quanto à organização regional dos estados, pode-se observar que todos eles trabalham com regiões administrativas descentralizadas, que variam de acordo com características internas de cada UF, apresentando de três (AC) a 30 (BA) regiões. Todos os estados pesquisados trabalham com uma divisão em regiões de saúde, e de um modo geral parece não haver uma correspondência (pelo menos numérica) entre a região de saúde e a região administrativa dos estados.

Do ponto vista da gestão regional, registram-se, em nove estados pesquisados, a existência de consórcios de saúde, sendo que a maior parte deles está localizada nas regiões Sul e Sudeste, chamando atenção o número expressivo dessa forma associativa em MG (70 consórcios).

Em 42% dos estados amostrados constatou-se a existência de instâncias de pactuação regional, as Comissões Intergestores Bipartite Regionais.

A tabela 41 revela a heterogeneidade dos estados brasileiros sob o ponto de vista demográfico e de organização administrativa.

Tabela 41. Situação dos estados brasileiros sob o ponto de vista demográfico e de organização administrativa e da saúde.

UF	População	N.º de Municípios	Regionalização				
			N.º de Consórcios	Macrorregião de Saúde	Microrregião de Saúde	Região Administrativa	Bipartite Regionais
AC	600.607	22	0	0	2	3	0
BA	13.440.544	417	2	7	35	30	0
GO	5.306.424	246	1	16	37	22	0
MA	5.873.646	217	0	3	26	18	0
MG	18.553.335	853	70	13	75	26	26
MT	2.651.313	139	7	5	13	13	13
PA	6.574.990	143	1	9	34	13	2
RJ	14.879.144	92	4	9	22	8	0

continua

continuação

UF	População	N.º de Municípios	Regionalização				
			N.º de Consórcios	Macrorregião de Saúde	Microregião de Saúde	Região Administrativa	Bipartite Regionais
RO	1.455.914	52	0	4	10	4	0
RS	10.511.009	496	3	7	93	19	5
SC	5.607.160	293	9	8	29	18	0
SP	38.709.339	645	6	24	65	24	24

Fonte: Caderno de Informações de Saúde, gerado em junho de 2005 – Secretaria-Executiva/Ministério da Saúde.

Quanto ao perfil de responsabilidade das Secretarias de Estado de Saúde, as entrevistas apontam que os avanços no processo de descentralização, que vêm sendo experimentados na última década no Brasil, ainda não permitiram uma mudança substancial nesse aspecto, sobretudo no que diz respeito à completa reversão da função de prestadora para gestora do SUS na esfera estadual. Sete estados reclamaram que a SES vive hoje uma situação ambivalente de ter que ser coordenadora/gestora do SUS e ainda conviver com uma carga significativa de prestação de serviços, especialmente de unidades de internação.

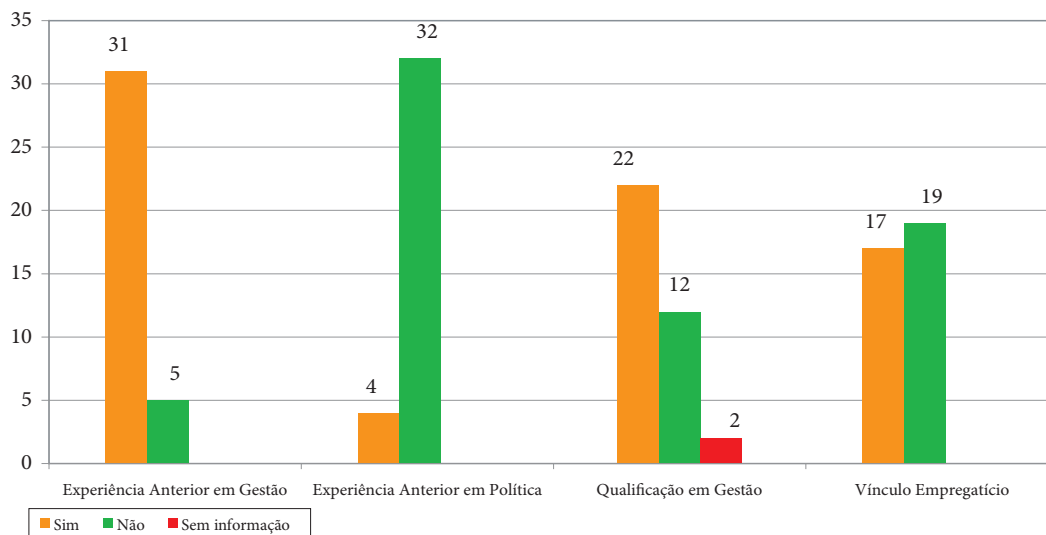
- Perfil dos entrevistados

A pesquisa teve um universo de 36 entrevistados, que se constituiu de 12 secretários, sete secretários adjuntos, cinco superintendentes, cinco assessores técnicos e sete profissionais que ocupam cargo de gerente/coordenador.

Os dados indicam que a alta direção do SUS na esfera estadual está constituída majoritariamente por profissionais do sexo masculino (77,8%) e da área da Saúde, sendo predominante a categoria médica (44%), valor este que se eleva (58,0%) quando se fecha o foco apenas na categoria secretários de estado.

Os dados da pesquisa apresentados na figura 1 revelam que a maior parte dos entrevistados tem qualificação *lato sensu*, com predomínio nas áreas de saúde coletiva, planejamento e administração. A maioria dos profissionais da alta direção referiu ter vivido uma experiência anterior em gestão e apenas quatro afirmaram ter experiência no Poder Legislativo; 19 não têm vínculo empregatício com a SES.

Figura 1. Perfil dos entrevistados.



Fonte: Dados coletados na pesquisa “Análise do processo de gestão nas Secretarias de Estado de Saúde, segundo percepção da equipe dirigente”, abril 2005.

Do total de citações feitas pelos entrevistados sobre habilidades⁸ necessárias para os dirigentes do SUS, mais da metade se referia a capacidade de gestão, seguida de conhecimento em política de saúde, saúde pública e gestão e em terceira posição apareceram os valores e as características individuais.

A capacidade de gestão refere-se à capacidade do dirigente de motivar, liderar e conduzir pessoas numa determinada direção/visão, condução esta que seja flexível e baseada em diálogo aberto, conduzir processos e pessoas de forma política reconhecendo os conflitos e buscando construção de consensos num trabalho compartilhado.

Ética, honestidade, transparência, comprometimento com o cidadão e com os princípios do SUS são valores destacados como essenciais para um dirigente público do setor Saúde. Além disso, foi referida a importância do dirigente ter fôlego, determinação, dedicação e equilíbrio emocional.

Os resultados aqui apresentados sobre o processo de gestão referem-se ao “olhar” da equipe dirigente das SES quanto ao modo de decidir, de formular, de conduzir e de avaliar as políticas, os programas e os projetos de saúde.

⁸ No roteiro da entrevista foi adotado esse termo, mas as respostas foram diversas e se referiam a elementos necessários ao dirigente para o exercício da função e não apenas as habilidades.

- *Formulação de política, programas e projetos de saúde*

Questionados sobre a formulação da política os dirigentes sempre se referiam ao processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde.

De um modo geral, as secretarias de estado referiram haver uma relação entre os planos de saúde e o plano de governo do Estado, sendo que em 50% das secretarias os planos foram concebidos a partir (derivados) destes. Apenas uma Secretaria de Saúde disse que o plano não tem qualquer relação com o plano de governo.

Registra-se também a influência do Ministério da Saúde na direcionalidade das políticas de saúde, na medida em que metade das secretarias afirmou considerar as prioridades definidas na esfera federal na elaboração do plano, o que não significa que as outras não o façam (o fato é que as outras não fizeram qualquer referência nas entrevistas).

A opinião de alguns entrevistados sobre a relação com o MS é a de que este desconhece/desrespeita as diferenças regionais e que deveria apoiar mais os estados por meio da cooperação técnica, disseminando experiências positivas e respondendo de forma mais rápida e oportuna às demandas dos estados.

“São portarias ministeriais, mas o ministério emite portarias que é uma situação muito complicada, porque é uma portaria pra o Brasil, e a realidade do Amazonas não pode ser a da Bahia, não pode ser a do Rio Grande do Sul, não pode ser a de São Paulo” (entrevistado)

Três entrevistados afirmaram que o MS tem a prática de se relacionar diretamente com os municípios e de forma pouco solidária com os estados, além de comentários como: *lança muito programa e não avalia, não consegue articular a política com o financeiro, é muito controlador*. Alguns entrevistados fizeram referências positivas quanto ao MS, sobretudo no que se refere ao apoio deste aos estados.

Os planos de saúde são em sua maioria formulados dentro das Secretarias de Saúde (ainda que de forma colegiada e em poucos casos de forma ascendente), sendo encaminhados posteriormente às instâncias formais de pactuação/aprovação.

Do total de planos de saúde, seis têm um período de vigência de 2004 a 2007 e, portanto, coincidem com o período do PPA, três foram elaborados na gestão anterior (com ou sem alguma adaptação), em outros dois estados o plano estava em fase final de elaboração, um estado não informou.

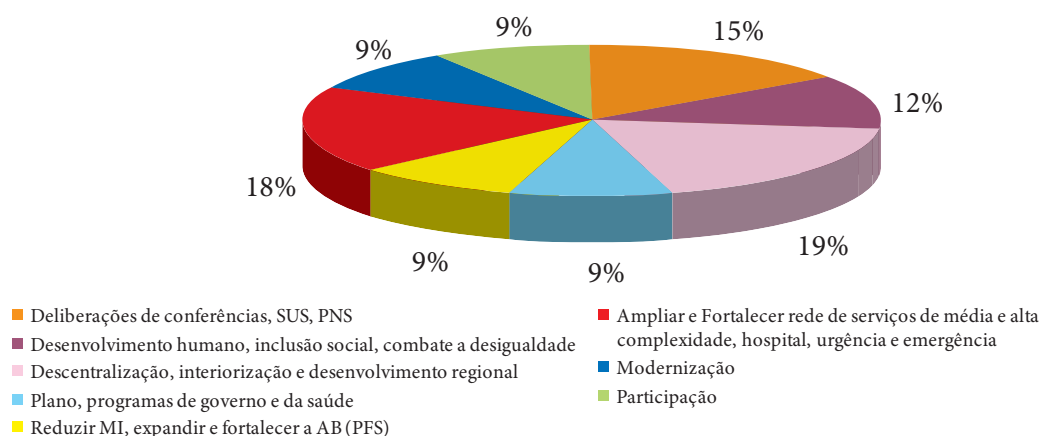
Os dirigentes vêem a participação social como frágil ou embrionária na maior parte das estados, e, portanto, os planos são apenas referendados nesses espaços.

“[...] Existe uma participação mas ela não é ainda... As pessoas não participam com... Em grande número é... Estão mais a reclamar do sistema do que a sugerir [...]” (entrevistado)

Esse fato pode ser constatado quando se observa o peso dos atores governamentais no processo de formulação de política. Metade dos dirigentes afirmou que os atores que mais influenciam ou participam da formulação de políticas são secretários municipais, por intermédio do órgão de representação – Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) – ou da instância de pactuação – Comissão Intergestores Bipartite (CIB) –, enquanto que o Conselho Estadual de Saúde (CES) foi referido como o segundo ator social mais influente. Três secretarias referiram iniciativas para reforçar o processo de participação social no estado.

Na figura 2, estão apresentadas as diretrizes que orientaram a elaboração dos planos de saúde estaduais. Os dados revelam que os entrevistados destacam o princípio da descentralização/interiorização e ampliação de oferta de ações e serviços de saúde, sobretudo de média e alta complexidade, como importantes diretrizes a serem perseguidas pelos estados, provavelmente como estratégias para garantir a inclusão social e combater a desigualdade social.

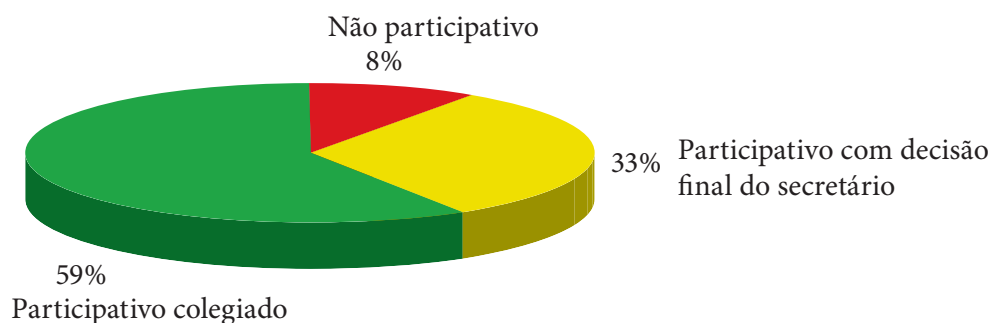
Figura 2. Referências utilizadas na elaboração dos planos estaduais.



Fonte: Dados coletados na pesquisa “Análise do processo de gestão nas Secretarias de Estado de Saúde, segundo percepção da equipe dirigente”, abril 2005.

O processo de decisão interno nas secretarias de estado, apresentado na figura 3, é bastante participativo e ocorre freqüentemente em espaços colegiados. Em outras secretarias (33%), apesar do processo de decisão ser participativo, o secretário tem um papel significativo na decisão final.

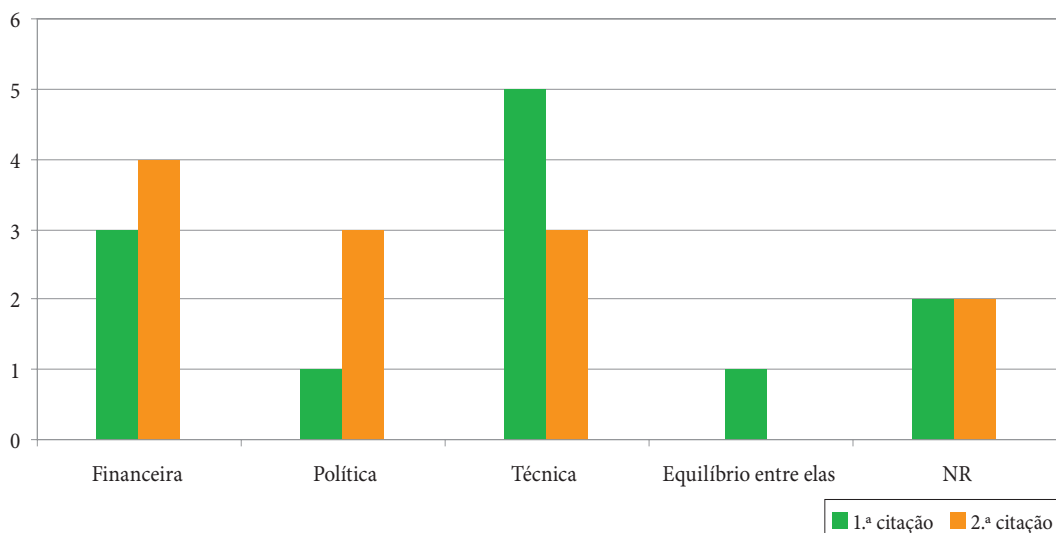
Figura 3. Processo decisório nas Secretarias de Estado de Saúde.



Fonte: Dados coletados na pesquisa “Análise do processo de gestão nas Secretarias de Estado de Saúde, segundo percepção da equipe dirigente”, abril 2005.

Neste estudo constatou-se que no processo decisório os dirigentes das Secretarias de Estado da Saúde baseiam-se em análise de situação (26% das citações), seguida por experiência/intuição (23% das citações) e informações técnicas (23% das citações). Sobre o tipo de informação (figura 4) mais utilizada para tomada de decisão foi referida a técnica como primeira opção e a informação financeira como o segundo tipo de informação consultada.

Figura 4. Informação mais utilizada no processo de decisão.



Fonte: Dados coletados na pesquisa “Análise do processo de gestão nas Secretarias de Estado de Saúde, segundo percepção da equipe dirigente”, abril 2005.

Em alguns estados, os entrevistados fizeram referência às informações e aos sistemas de informação, e essas opiniões estão aqui relatadas dada a importância destes para o processo de planejamento. A maior queixa dos dirigentes é a de que o SUS produz muitas informações, que estão arquivadas em diferentes bancos de dados, mas que, infelizmente, não são utilizadas para o processo de decisão por não estarem disponíveis, na maioria das vezes, de forma oportuna e apropriada para subsidiar o dirigente.

As opiniões sobre o processo de planejamento apontam que seis secretarias não acreditam ou não conseguem trabalhar de forma planejada, referindo-se a essa função como ritualística, já que está sempre atrasada e, portanto, é atropelada pelo dia a dia que tem “*muito incêndio para apagar*”.

“[...] hoje eu tenho diploma, sou planejador de saúde, só que não acredito, eu não acredito em planejamento de saúde, eu não acredito em métodos de planejamento de saúde.” (entrevistado)

“Ou seja, hoje ainda existe muito do que a gente costuma falar ‘apagar incêndio’. Não porque nós não temos um planejamento mas porque nós não estamos habituados a utilizar esse planejamento.” (entrevistado)

Em outras quatro secretarias fica evidente a valorização da programação no processo de condução das políticas de saúde e duas secretarias não fizeram referência a esse tema.

“[...] isso tem sido um exercício de planejamento muito interessante até para desmistificar um pouco elevar os profissionais a abstraírem mesmo a noção, abstraírem a sua atividade do dia-a-dia, distribuírem o tempo e absorver essa cultura do planejamento, tem sido muito interessante.” (entrevistado)

Quando questionados sobre o espaço organizacional do planejamento, em três secretarias o setor de planejamento parece ter um papel importante; três secretarias afirmaram estar estruturando esse setor; três secretarias informaram ter uma equipe antiga no setor de planejamento; três secretarias se referiram ao planejamento como uma função ausente ou incipiente.

Com relação à programação anual, 75% das secretarias deram respostas positivas, entretanto, contatou-se uma heterogeneidade de instrumentos, tendo em vista que, em algumas secretarias, os entrevistados referiram-se à lógica de programação em saúde do nível federal (Programação Pactuada Integrada – PPI, Plano de Desenvolvimento Regional – PDR), em outras, os dirigentes citaram os instrumentos de programação exigidos pela legislação orçamentária no Brasil (Plano Plurianual – PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO).

“PDI, que não pode esquecer do PDI, Plano Diretor de Investimento, a composição do SUS você sabe, tem o Plano Diretor de Regionalização, tem a PPI, a Programação Pactuada Integrada, e o Plano Diretor de Investimento, o que vai ser investido de investimento por área, pela Noas[...]” (entrevistado)

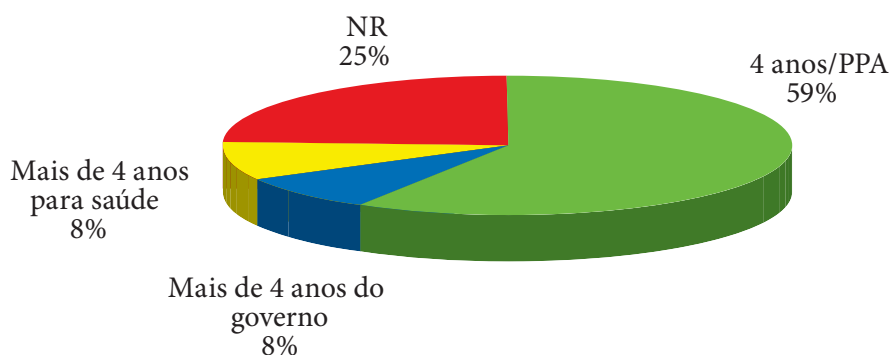
O resultado da pesquisa aponta uma desintegração entre os diversos instrumentos de programação adotados pelas secretarias, o que muitas vezes leva os dirigentes a adotarem, no cotidiano, um outro instrumento, tendo em vista que sete secretarias afirmaram utilizar também uma agenda (exclusivamente ou articulada a outros instrumentos) para nortear as suas ações.

“É sabido que muitas vezes a disponibilidade dos instrumentos de gestão não é suficiente pra você se adequar à base do planejamento e dela se utilizar pra as suas ações no dia-a-dia. É uma situação também que a gente está tentando evoluir no sentido de utilizar mesmo esse planejamento com uma constituição de agenda diária, como uma atividade seqüência de planejamento.” (entrevistado)

A maioria dos entrevistados não soube informar com precisão o método de planejamento adotado pela organização, entretanto, alguns fizeram referência à lógica de projetos estratégicos, e outros citaram o planejamento estratégico e a qualidade total.

Quando questionados sobre o planejamento a longo prazo (figura 5), os entrevistados se referiam freqüentemente ao Plano Estadual de Saúde. Foi registrada apenas uma citação que revela preocupação com temas como genética, biotecnologia, bioinformática, etc., ainda que o entrevistado tenha afirmado não haver qualquer ação no sentido de discutir e planejar ações.

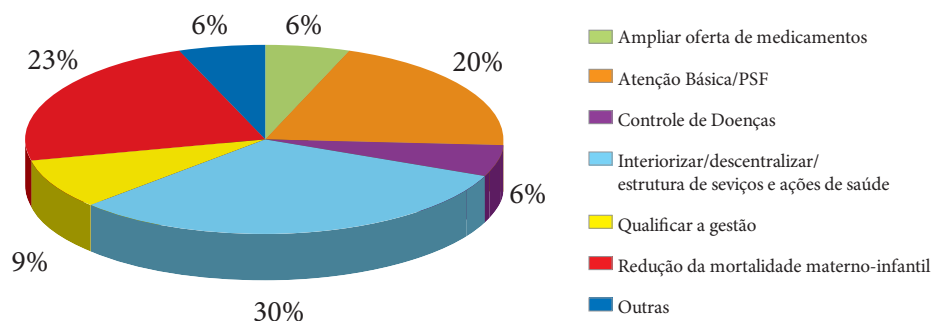
Figura 5. Plano a longo prazo.



Fonte: Dados coletados na pesquisa “Análise do processo de gestão nas Secretarias de Estado de Saúde, segundo percepção da equipe dirigente”, abril 2005.

As prioridades⁹ das secretarias mais referidas nas entrevistas foram descentralização, interiorização das ações de saúde, principalmente de média e alta complexidade, e melhoria da estrutura dos serviços de saúde; seguida pela redução de mortalidade infantil e materna e fortalecimento/ampliação da atenção básica/PSF.

Figura 6. Prioridades referidas.



Fonte: Dados coletados na pesquisa “Análise do processo de gestão nas Secretarias de Estado de Saúde, segundo percepção da equipe dirigente”, abril 2005.

- *Sistemas de direção estratégica*

Todos os entrevistados afirmaram serem eles mesmos responsáveis pela elaboração de suas agendas e, em alguns casos, com apoio das secretárias.

No dia a dia da gestão, a equipe dirigente das SES usa o tempo de forma diversa, predominando as atividades de reuniões e despachos internos com seus subordinados, além de outras atividades citadas em menor frequência, como atendimento externo, agenda política, viagens e visitas às unidades de saúde.

Devido a grande pressão – característica da gestão em saúde – sobre as agendas dos dirigentes, estes acabam tendo dificuldade em focar a atenção aos temas programados, já que a maioria dos dirigentes informou que “*tenta cumprir a agenda*”, que “*trabalha meio programado e meio no improviso*”.

Em todas as Secretarias de Estado, o gabinete do dirigente tem um papel de triagem dos problemas/demandas, às vezes de forma mais burocrática e outras de forma mais estratégi-

⁹ Não havia limite de citações de prioridades por entrevistado.

ca, sugerindo não haver um processamento tecnopolítico¹⁰. Essa atividade, quando realizada (citações feitas por dois estados), é feita por alguma assessoria técnica próxima ao secretário.

Em sete estados, os dirigentes referiram que as demandas (informações, temas, problemas) chegam ao gabinete pela via formal e por meio de documentos em reuniões de condução e nos momentos de despacho com subordinados.

Quando questionados sobre o processo de condução das organizações em situação de crise¹¹, nove secretarias referiram ter vivido alguma situação dessa no passado, e três delas estavam enfrentando uma crise no momento da entrevista. Como situações de crise foram referidos problemas de saúde, problemas de gestão dos sistemas e serviços de saúde e problemas políticos.

Na maioria das secretarias as crises são conduzidas de forma centralizada pelo secretário ou o pelo setor afeto à crise. De um modo geral, os dirigentes gerenciam essas situações com transparência, procurando esclarecer a população, e se apóiam em informações para esclarecimento dos casos.

Os orçamentos das Secretarias Estaduais de Saúde são, de maneira geral, elaborados dentro das organizações de saúde e estão sob a responsabilidade do setor de planejamento.

Prevalece a preocupação com o cumprimento de tetos orçamentários, que são distribuídos entre as unidades orçamentárias do governo de estado pela Secretaria de Fazenda. Apenas três secretarias informaram a integração do plano ao orçamento e, nas demais, ainda predomina a lógica incremental na elaboração da peça orçamentária, como indica a citação de um dos entrevistados “*a gente trabalha o orçamento[...] em função do total que será disponibilizado para o fundo*” e ainda:

“Esse processo ele não observa estritamente aquilo que está planejado, vai mais dentro de um processo reativo daquilo que já foi executado nos exercícios anteriores do que uma visão propriamente dita de futuro que possa a partir da peça orçamentária basilar as ações que estejam planejadas.” (entrevistado)

No que se refere à gestão das ações no cotidiano das secretarias, os dirigentes apontam que esse processo está vinculado ao gabinete (cinco secretarias) que realiza reuniões periódicas com a equipe dirigente. Em outras secretarias, a gestão das ações ocorre normal-

¹⁰ Combinação e interação da análise técnica, política e jurídica, que exige rigor e profundidade de uma análise situacional (MATUS, 1996, p. 326).

¹¹ Situação na qual ocorre uma mudança brusca do ritmo e do foco de atenção no processo de governo, devido a surpresas (MATUS, 1996, p. 327), gerando alta tensão na gestão.

mente no interior dos departamentos/setores das SES e eventualmente/periodicamente em reuniões, seminários e outros espaços mais coletivos.

Os dirigentes não teceram comentários mais precisos sobre a execução orçamentária e financeira das secretarias, e os que o fizeram reclamaram do *excesso de processos exigidos pela burocracia, da falta de articulação entre o plano e a execução financeira, da morosidade da administração pública financeira, ausência de método de trabalho*. De acordo com um dos dirigentes entrevistados: “[...] estamos falando de setores diferentes da secretaria, de profissionais com qualificações diferentes, com linguajar diferente, um é o linguajar orçamentário, financeiro, e o outro é o linguajar da política de saúde”. Apesar de duas secretarias terem informado trabalhar com a lógica de “projeto estratégico”¹² para desenho do plano de ação, essa não foi referida nas entrevistas ao se falar do processo de condução dos projetos e programas de saúde.

Outro elemento importante na condução diária refere-se ao processo de trabalho dentro da Secretaria de Saúde, que foi avaliado por alguns dirigentes como *fragmentado, com um relativo isolamento entre as áreas, desarticulado e segmentado, ainda muito presente a lógica das “caixinhas”*.

A maioria das secretarias de estado afirmou fazer controle e avaliação das ações de saúde, e três disseram que essa função está sendo estruturada na SES. As entrevistas apontam esse tema como um nó crítico no processo de gestão no SUS. Os entrevistados referem-se ao C&A como um sistema frágil, não sistemático, insuficiente e justificam esse perfil como uma questão cultural já que tradicionalmente a administração pública em saúde não tem a prática de realizar avaliação dos planos, projetos e programas. Alguns trechos das entrevistas retratam essa questão como “[...] é um grande problema, não há cultura de avaliar pois sempre fomos executores [...]” e ainda “[...] eu acho que não tem um acompanhamento, um monitoramento permanente, isso é uma questão cultural [...]”.

Entretanto, observa-se um esforço interno nas SES no sentido de superar essa dificuldade, esforço este, provavelmente, por um lado, induzido pelo movimento de modernização da administração pública brasileira, que vem exigindo dos estados o cumprimento de alguns quesitos, e, por outro lado, devido à necessidade das secretarias prestarem contas aos pactos e às programações compartilhados entre os diversos atores do SUS.

¹² Projetos matriciais, orientados por objetivos, com forte ênfase na responsabilização por produtos e resultados bem definidos (CECÍLIO; GIACOMINI; ROGUSKI, 1999, p. 8).

Segundo informações dos dirigentes, o monitoramento das ações, ainda que deficiente, acontece em reuniões trimestrais/semestrais em cinco secretarias. É realizado de forma centralizada pelo setor responsável em três secretarias e ocorre no dia a dia da gestão em duas secretarias.

Quanto ao relatório de gestão do SUS, oito secretarias referiram fazê-lo, e quatro informaram que o mesmo se encontra em fase de elaboração. Metade dos entrevistados têm uma opinião positiva sobre a importância desse instrumento para a gestão, ainda que duas secretarias dissessem que este “*está sempre atrasado*” e outra metade vê o relatório como uma formalidade a ser cumprida por exigência externa à organização, como podemos constatar na afirmação de um dos entrevistados: “*O relatório em geral ele sempre atrasa, porque é difícil você coletar todos os dados, de todos os segmentos, por isso fazemos bianual.*”

Todas as secretarias de estado têm sistemas de prestação de contas, entretanto, ainda predomina a lógica formal, já que esse ato tem como principal objetivo responder às exigências legais e não à necessidade de publicizar e discutir com a sociedade os resultados da administração pública.

“[...] é muito mais uma prestação de contas na parte contábil e financeira, não tem uma prestação de contas das atividades, através de conselhos e assembleias, não tem ainda como norma sistemática aqui na Secretaria de Saúde [...]” (entrevistado)

As secretarias apresentam os resultados de suas gestões mais freqüentemente aos Conselhos Estaduais de Saúde e ao Tribunal de Contas do Estado, seguido dos órgãos internos do governo do estado.

“Nossa prestação de contas é tradicional. Nós temos contas específicas para o fundo. Agora as prestações de contas são feitas ao Conselho Estadual em primeira instância, em segunda instância para o Tribunal de Contas do Estado e Assembleia Legislativa.” (entrevistado)

Três secretarias citaram fazer prestação de contas à Assembleia Legislativa, mas como uma obrigação legal, que, quando ocorre, tem como objetivo apenas o cumprimento de formalidade como se pode observar na expressão de um dos entrevistados “*[...] para a sociedade ainda não tem um canal bem estabelecido e o Conselho Estadual de Saúde também ainda não é uma prestação de contas para a sociedade[...]*”.

As entrevistas apontam que nas secretarias de estado ainda são incipientes as propostas específicas de formação de recursos humanos para o exercício da função de gerentes/gestores, entretanto, há uma clara preocupação dos dirigentes quanto à necessidade de qualificar os profissionais para essa função.

Os investimentos em qualificação se constituem em iniciativas pontuais das secretarias de estado que têm buscado apoio externo, principalmente de instituições como universidades, para conseguirem qualificar os seus profissionais, sobretudo para as áreas de gestão hospitalar, auditoria, gestão de sistema e serviços de saúde.

Alguns estados referiram a existência de centros formadores ou escolas de saúde pública, entretanto, afirmaram que estas ainda têm uma capacidade limitada para dar conta dos enormes desafios de formação para o SUS. É importante registrar que a maioria dos cursos *lato sensu* tiveram apoio financeiro do MS, por meio de projetos, como Reforsus, mestrado profissionalizante, pólos de educação permanente (este apresentado ainda como expectativa).

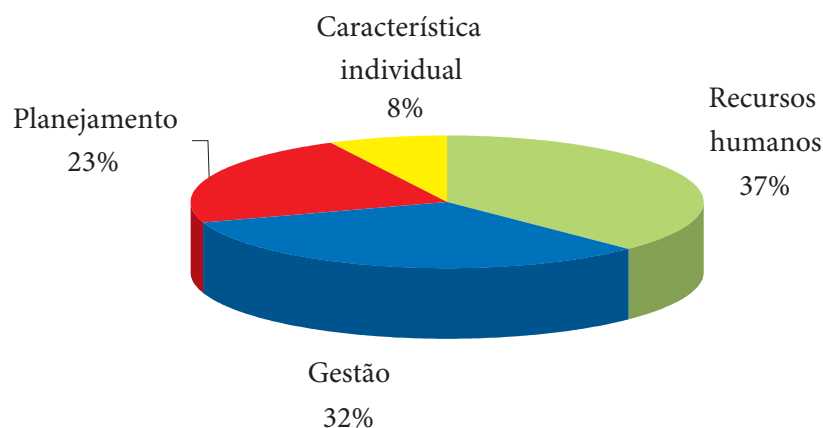
- *Opinião dos dirigentes sobre implementação de políticas de saúde*

Além das informações sobre os sistemas de direção apresentados no item anterior, os dirigentes da SES emitiram as suas opiniões sobre elementos mais importantes para a implementação de políticas, além de relacionarem os obstáculos e aspectos facilitadores da gestão do SUS estadual no momento da entrevista. As respostas estão apresentadas a seguir.

- *Elementos importantes para implementação de políticas de saúde*

Conforme está apresentado na figura 7, dentre os elementos mais importantes para implementação de política, citados pelos entrevistados (40 citações), estão aqueles relacionados aos recursos humanos, seguido de alguns aspectos referentes a mecanismos de condução/gestão e planejamento e a características individuais (vontade, bom senso, ser decidido).

Figura 7. Elementos referidos como mais importantes para implementação de políticas de saúde.



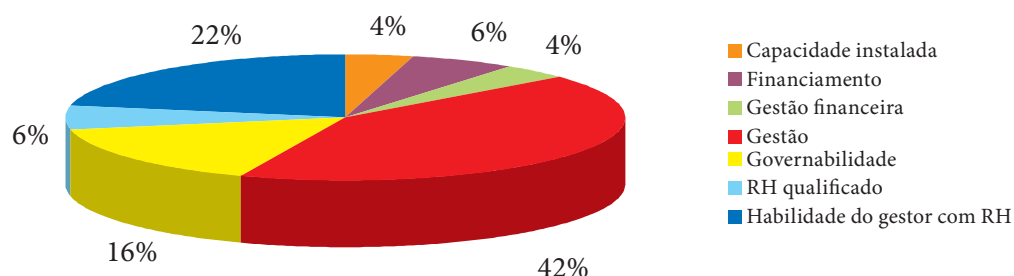
Fonte: Dados coletados na pesquisa “Análise do processo de gestão nas Secretarias de Estado de Saúde, segundo percepção da equipe dirigente”, abril 2005.

Quando analisada a composição interna de cada variável apresentada na figura anterior, é possível afirmar que para implementação do SUS há que se contar com profissionais competentes, qualificados e comprometidos; é preciso ter firmeza de liderança/coordenação na condução de um plano (que seja adequado a realidade e coerente com as ações); e estabelecer e manter relações intra e interinstitucionais com prestadores e Conselhos de Saúde (gestão participativa e compartilhada).

- Aspectos facilitadores existentes hoje nas secretarias

Dentre os aspectos facilitadores presentes na gestão atual das SES, destaca-se a variável gestão (clareza de direção, compromisso com o plano, liderança, continuidade de gestão), seguida de habilidade do gestor com recursos humanos (comprometimento da equipe, perfil do gestor), governabilidade (apoio que o secretário tem do governo do estado), dentre outros apresentados na figura 8.

Figura 8. Aspectos facilitadores na gestão atual do SUS.

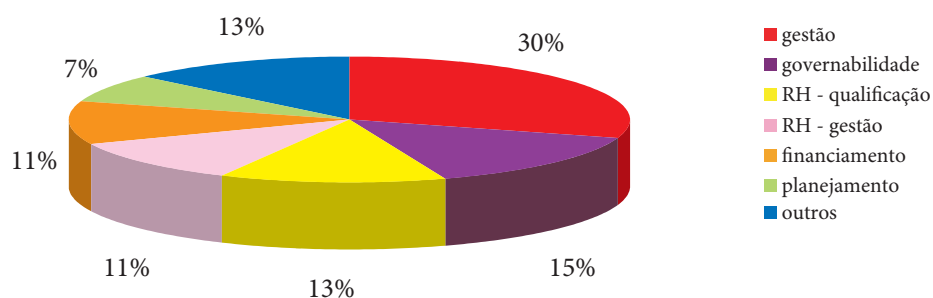


Fonte: Dados coletados na pesquisa “Análise do processo de gestão nas Secretarias de Estado de Saúde, segundo percepção da equipe dirigente”, abril 2005.

- Obstáculos existentes hoje nas secretarias

Quanto aos obstáculos atuais no processo de gestão (figura 9), os dirigentes fizeram 52 citações, sendo 30% delas relacionadas a aspectos negativos da gestão (burocracia, falta de integração, resistência à mudança, centralização), seguido de dificuldades referentes aos recursos humanos (problemas na gestão, como PCCS, salários e na qualificação), à governabilidade (pressão e interferência externa), ao financiamento (subfinanciamento), planejamento, dentre outros obstáculos.

Figura 9. Obstáculos na gestão atual do SUS.

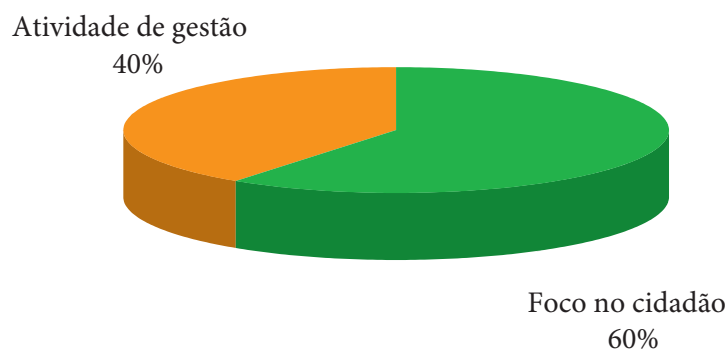


Fonte: Dados coletados na pesquisa “Análise do processo de gestão nas Secretarias de Estado de Saúde, segundo percepção da equipe dirigente”, abril 2005.

- *Opinião dos dirigentes sobre a “qualidade em saúde”*

Os dirigentes entrevistados entendem em sua maioria (60% das citações) como “gestão de qualidade” aquela focada nas necessidades do cidadão e que visa a garantir a sua satisfação (oferta e qualidade de serviços, humanização, promoção de resultados e melhoria de indicadores), e outros 40% referiram à atividade/função da gestão propriamente dita (produzir resultados, modernização gerencial, mudança cultural, qualificação de RH).

Figura 10. Qualidade em saúde segundo concepção dos dirigentes.



Fonte: Dados coletados na pesquisa “Análise do processo de gestão nas Secretarias de Estado de Saúde, segundo percepção da equipe dirigente”, abril 2005

- *Inovações adotadas na área de gestão pública*

É interessante registrar a quantidade (43) de projetos e programas apontados como inovações na área de gestão pelos entrevistados, sendo que a maioria deles refere-se a temas presentes no cotidiano na gestão do SUS, como a função da gestão em si (mudança de processo de trabalho, nova atribuição, exercício de gestão compartilhada), seguido de inovação na área de planejamento (instrumentos de programação e desenvolvimento de *software* nessa área e em controle), gestão financeira (mecanismos de repasse de recursos, premiações), organização (estrutura administrativa e organização de serviços), dentre outros.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A pesquisa revela que ainda há uma predominância de profissionais médicos na equipe de alta direção da gestão estadual, entretanto, o perfil não é mais aquele do administrador em saúde pública, escolhido para a função por seu “saber de trabalhador técnico-científico” (SCHRAIBER, 1999, p. 231), que lhe outorgava a autoridade médica. O dirigente estadual de saúde vem se profissionalizando para o exercício da função de gestão pública. Esse profissional deve exercer uma função macro e não apenas de um administrador de recursos. O gestor deve ser um gestor de políticas públicas, um gestor de valores da sociedade.

Entretanto, esse fato se evidencia principalmente na equipe de alta direção das organizações de saúde, pois ficou claro neste estudo que, apesar de reconhecer a importância desse profissional para a gestão do SUS, as SES não têm uma política própria de formação e desenvolvimento de pessoas para exercerem a função de dirigentes públicos, talvez pelo fato de que em muitos estados esta é uma atribuição das escolas de governo. “Recursos humanos qualificados” foi citado pelos dirigentes como o elemento mais importante para a implementação de política de saúde e também como um dos principais obstáculos atuais para a gestão do SUS na esfera estadual de saúde.

Considerando os compromissos e as prerrogativas de poder dos estados e as novas responsabilidades da SES no estágio atual do processo de descentralização, a queixa referente à qualificação dos profissionais, feita pelos dirigentes do SUS, pode significar a escassez de profissionais com um perfil específico de gestores públicos, que sejam capazes de interpretar a realidade e dar respostas oportunas e adequadas a ela, garantindo o direito à saúde da população. Não existe profissional pronto com esse perfil, daí a importância de se ter uma política de formação de recursos humanos voltada para o desenvolvimento dessa habilidade.

O trabalho demonstrou também a importância do secretário de estado, que, na visão dos dirigentes, são líderes competentes, que têm clareza e firmeza na direcionalidade do SUS, têm postura motivadora e apoio político do governo de estado para o exercício da gestão, revelando assim a importância dessa figura no cenário político. Esses fatores, associados ao comprometimento da equipe, foram apontados como facilitadores na gestão atual do SUS na esfera estadual. Alguns autores já demonstraram que os funcionários públicos (FERLIE et al., 1999, p. 43) e, sobretudo, os profissionais de saúde são guiados por um forte senso de vocação.

Uma característica marcante da gestão pública em saúde é o seu caráter colegiado e participativo, devido à complexidade inerente ao setor. Ainda que nesta pesquisa não se pretendesse aprofundar esse aspecto, algumas informações sobre características demográficas e administrativas dos estados e sobre o processo de descentralização revelam a grandeza da tarefa de fazer gestão pública em saúde num país como o Brasil – muito diverso e desigual.

O momento de formulação de políticas, ainda que conte com representação da sociedade, tem um caráter fortemente governamental, pois, como aponta a pesquisa, na maioria das vezes os planos de saúde são elaborados pela burocracia governamental (secretarias de estados, com forte participação dos secretários municipais), e, por outro lado, ainda que no setor Saúde tenha se observado a ampliação da participação social, esta ainda se apresenta como “*embrionária e frágil*”, conforme depoimento de alguns dirigentes do SUS estadual.

As referências adotadas para elaboração dos planos e as prioridades das Secretarias de Estado de Saúde revelam o compromisso dos governos estaduais com a descentralização e a ampliação de cobertura de ações e serviços de saúde, sobretudo de média e alta complexidades, e ainda aparece na agenda dos estados a preocupação com a redução da mortalidade infantil e materna.

Quanto aos projetos referidos como inovadores, na visão do pesquisador, a análise dos títulos parece indicar que os mesmos podem ter sido citados como inovações por razões distintas, como: projetos conhecidos mais com modos de fazer diferentes (por exemplo: forma inovadora de utilização dos instrumentos de programação, como PPI); falta de intercâmbio entre os estados no sentido de difundir as experiências (por exemplo: implantação de bipartite regional); aprimoramento de programas já existentes, como, por exemplo: o programa de redução de mortalidade infantil; ou, o que talvez seja mais provável, porque o projeto seja inovador em termos de gestão estadual.

Outra tendência observada e que reforça a afirmação da profissionalização dos dirigentes públicos é que, no processo decisório, estes têm valorizado as informações (análise

situacional e técnicas) e a experiência e intuição foram referidas como segundo modo de decidir, portanto, podendo indicar que os dirigentes estão mudando de um modo de governar guiado por um excessivo “acionismo”, “onde há uma solução pronta *a priori*, o mundo está ‘sobrediagnosticado’, o que precisa é atuar” (MATUS, 1996), para uma forma mais planejada e responsável.

A valorização da informação técnica pelos dirigentes do SUS e a secundarização da informação financeira no processo decisório revela a conscientização dos dirigentes quanto à complexidade da gestão pública em saúde, superando a concepção de que apenas a disponibilidade de recursos financeiros garantiria a implementação das políticas públicas.

O movimento de profissionalização dos dirigentes públicos em saúde não foi acompanhado de um aperfeiçoamento dos sistemas de programação e direção dentro das Secretarias de Estado de Saúde, o que não é um fato isolado das organizações do setor Saúde, conforme apontou a radiografia das administrações públicas estaduais, realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Administração (Consad), que demonstrou, dentre outras evidências interessantes, a inexistência de modelos de gestão específicos para áreas de Saúde, Educação e Segurança no Brasil.

Essa evidência pode ser corroborada pelo fato de que a maioria dos entrevistados (ainda que destes dez atuassem nas áreas de planejamento e gestão) não soube informar sobre o método de gestão adotado nas Secretarias de Saúde, excetuando duas secretarias, que mesmo sem saber informá-lo, referiram trabalhar com uma formulação mais estratégica.

Os resultados desta pesquisa sugerem que o exercício da programação tem sido provocado mais por um movimento externo, advindo das Secretarias de Planejamento dos governos estaduais, que vêm exigindo a elaboração do PPA, e do Ministério da Saúde, que vem adotando os instrumentos de programação (pactos) como documento de transferência de recursos financeiros intergovernamentais. As entrevistas apontam que a função de planejamento ainda não é uma prática no cotidiano das secretarias, pois até naquelas que mais valorizam essa função fica evidente a dificuldade das secretarias em institucionalizar essa prática.

No processo de construção do SUS, vêm sendo adotados diversos instrumentos de gestão, que apresentam graus de adesão diferentes, em função da compreensão dos atores sociais e da complexidade dos instrumentos frente à capacidade de cada instituição em responder a essas demandas. Ainda que seja louvável o esforço para definição de arranjos organizacionais e de instrumentos e que estes têm sido produzidos de forma tripartite e

pactuada com os diversos atores sociais do SUS, esse processo ainda tem ocorrido de forma muito centralizada e, em alguns casos, sem considerar as diferenças regionais.

A pesquisa revelou também que as Secretarias de Saúde consideram como planos a longo prazo os planos estaduais de saúde, que têm vigência de quatro anos, portanto, um horizonte de tempo relativamente curto quando se considera que os governantes devem responsabilizar-se pelas decisões a longo prazo (largo prazo), ou seja, aquelas que têm impacto no futuro das sociedades (DROR, 2000). Para conseguir um impacto desejado no futuro, é necessário praticar de maneira sistemática e por longos períodos de tempo políticas de envergadura, com realimentação e aprendizado constantes.

Ainda que o processo de formulação não fosse o ideal, a questão mais problemática parece recair sobre os sistemas de direção presentes nas Secretarias de Estado de Saúde, que se apresentam como extremamente frágeis, confirmando mais uma vez os achados da pesquisa do Consad.

Nesta pesquisa foi possível evidenciar alguns elementos da realidade organizacional das SES que podem comprometer a qualidade da gestão estadual, dentre eles: não evidência de que as secretarias trabalhem com a construção de cenários e numa perspectiva a longo prazo, o que pode ser um complicador dado período de maturação de projetos no setor Saúde; ausência de ferramentas adequadas de monitoramento, controle e avaliação do funcionamento e dos processos, que associada à articulação apenas formal entre os programas e o orçamento dificulta a adoção de práticas de planejamento no cotidiano das organizações estaduais de saúde.

Reconhecendo que no processo de gestão estejam envolvidos diversos fatores, muitos deles não abordados neste estudo, os sistemas de direção jogam um papel fundamental na implementação de políticas e, por muitas vezes, essa dimensão não é tão valorizada como o desenho da política. Problemas de implementação não se resolvem apenas garantindo que os operadores respeitem e sigam as regras do desenho e muito menos refazendo o desenho. A prática gerencial, por si só, já é uma fonte de complexos problemas, que não resultam apenas de grandes desacordos e conflitos sobre valores, objetivos ou metodologias, mas o maior problema está localizado nas rotinas, atividades e interações cotidianas, muitas vezes consideradas pouco importantes. Como afirmam Pressman & Wildavsky (1998 apud VELLARDE, 2004, p. 2) “[...] *la implementación, en las mejores circunstancias, es excesivamente difícil*”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Persona Edições 70, 1979.
- CATALÁ, J. P. Governabilidade democrática na América Latina no final do século XX. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (Org.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- CECÍLIO, L. C. O.; GIACOMINI, C. H.; ROGUSKI, M. O. A imanência do planejamento e da gestão: a experiência de Curitiba. In: _____. *Texto para discussão ENAP*. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, n. 33, ago. 1999.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília. *Relatório...* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE ADMINISTRAÇÃO (Consad). Conselho Nacional de Secretários de Administração. Disponível em : <<http://www.consad.org.br>>.
- DROR, Y. Os grandes desafios da moderna gestão pública: trajetórias a seguir. In: MODERNA gestão pública: dos meios aos resultados: Acta Geral do 2º Encontro INA (Instituto Nacional de Administração). Lisboa: [s.n.], 2000.
- FERLIE, E. et al. *A nova administração pública em ação*. Brasília: Editora UnB, 1999.
- MATUS, C. *Adeus, Senhor Presidente: governantes governados*. São Paulo: Edições Fundap, 1996. 381p.
- MATUS, C. *Los 3 cinturones del gobierno*. Caracas: Fondo Editorial Altadir, 1997. 262 p.
- PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência y saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.557-567, 2003.
- PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A. Una mirada estratégica y gerencial de la implementación de los programas sociales. In: IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madri, España, 2-5 nov. 2004. [*Anais...*]. España, 2004.
- REIS, F. W. Governabilidade e instituição política In: VELLOSO, J. P. R. (Org.). *Governabilidade, sistema político e violência urbana*. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1994, p.194-201.
- RELATÓRIO de gestão da diretoria do Conass: atividades e resultados. [S.l.: s.n.], 2003/2005.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 221-242, 1999.
- YIN, R. *Case study research design and methods*. 2. ed. Califórnia: Saye Publications, 1994.

ANEXOS

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Pesquisa: Análise do processo de gestão nas Secretarias de Estado de Saúde, segundo percepção da equipe dirigente.

Instrumentos para coleta de dados

I - Dados de identificação

Nome: _____

Data ____/____/____ Hora de início : _____ Fim : _____

Local de realização: _____

Para abordar os itens abaixo, sugerimos que se inicie a conversa com o dirigente da seguinte maneira: fale um pouco sobre sua trajetória antes de chegar a ser secretário de estado (para os secretários). Qual foi a sua trajetória na SES (para outros entrevistados).

Formação:

Cargo que ocupa atualmente: _____ Tempo no cargo: _____

Outros cargos de gerência ocupados anteriormente: _____

Vínculo empregatício com a SES: _____ sim () não ()

Tem formação em planejamento ou gestão: _____ sim () não ()

Tipo de qualificação (esse item está relacionado ao f.)

II - Formulação de políticas e agenda do dirigente

2.1 Como ocorre a formulação das políticas no SUS neste estado?

Observar/identificar quem e o quê entra para a pauta, como se dá decisão, como se dá o processo.

2.2 Quem são os atores sociais (pessoas, instituições ou grupos) que mais influenciam na formulação de políticas de saúde neste estado? Ou melhor, quem são os atores que mais incluem problemas/prioridades na sua agenda?

2.3 Quais são as diretrizes que orientam o processo de elaboração das políticas de saúde?

2.4 Como se dá o processo de tomada de decisão no nível superior da SES (colegiada e consensual, centralizada e/ou outras formas)?

2.5 Quais as prioridades presentes hoje na agenda/plano estadual de saúde deste estado?


- 2.6 *Como dirigente da SES, em que você se baseia para tomar uma decisão importante (tomar como referência maioria das vezes)?*
- 2.7 *Que tipo de informação é a mais utilizada nos momentos de tomada de decisões (financeira, política, tecnológica, outras)?*
- 2.8 *Como é constituída a sua agenda diária, semanal? Quem é responsável pela elaboração de sua agenda? Quais são as atividades – conversas, reuniões, despachos de processos, articulações – no dia a dia?*

III - Planejamento, programação e orçamentação na SES

- 3.1 *Como seu estado está na situação de gestor pleno de sistema, gostaria de conversar sobre o plano estadual de saúde? Qual é o período de vigência do atual plano? Como foi elaborado esse plano de ação da SES? Quem participou de sua elaboração? Qual o órgão responsável pela coordenação?*
- 3.2 *Com base em que a SES elabora o plano de suas ações?*
- 3.3 *A SES elabora uma programação anual com base no plano de saúde? Como é elaborada essa programação anual? Utiliza algum método, técnica e instrumento para planejamento? Com que periodicidade (programação refere-se ao momento de desenho das operações e ações)?*
- 3.4 *Como é elaborado o orçamento da SES? Descreva sucintamente os principais passos (como se dá o processo de elaboração da peça orçamentária).*
- 3.5 *Quem participa da elaboração do orçamento? Qual é participação do gabinete no processo de planejamento e orçamento da SES?*
- 3.6 *Como os problemas/propostas chegam até o seu gabinete (por meio de conversas informais, formalmente, nos espaços das reuniões ou em despachos internos)?*
- 3.7 *Qual é o papel que desempenha o seu gabinete na seleção dos problemas/oportunidades/ameaças? A SES tem um setor/equipe que faz análise preliminar da situação de saúde, sistema e serviços antes de enviar a demanda para sua agenda?*
- 3.8 *A SES realiza um plano de ação a longo prazo? Como é feito o planejamento a longo prazo na SES?*

IV - Gerenciamento da execução

- 4.1 *Como o gabinete realiza a condução das operações e ações da SES?*
- 4.2 *Como o gabinete conduz ações em momentos de crise (de alta de tensão e de ritmo rápido)? Exemplificar.*

- 
- 4.3 O gabinete realiza monitoramento e avaliação das metas previstas no plano? Como é feita a avaliação? Com que periodicidade? Quem participa?
- 4.4 Anualmente a SES elabora um relatório de gestão. Fale sobre o processo de elaboração e a importância desse instrumento para a gestão.
- 4.5 Quais são os mecanismos de prestação de contas (não é só financeiro) adotados na SES? O gabinete presta contas, periodicamente, a algum órgão interno e/ou externo? Quais? Com que periodicidade?
- 4.6 Quais são os elementos mais importantes para que uma organização de saúde como a SES consiga implementar seus planos, programas e projetos de saúde (liderança, organização e métodos de trabalho, coordenação estratégica, recursos humanos capacitados, informação gerencial, recursos financeiros, de informática, ou outros)?
- 4.7 Quais são os aspectos facilitadores existentes atualmente na SES para implementação de planos, programas e projetos de saúde?
- 4.8 Quais são os principais obstáculos/dificuldades para implementação dos planos, programas e projetos de saúde no estado?

V - Formação e treinamento de dirigentes

- 5.1 A SES tem alguma política de formação e/ou treinamento de recursos humanos para exercer a função de gerente (aquele que tem responsabilidade de coordenar processos)?
- 5.2 A SES realizou algum programa de formação e/ou treinamento para dirigente?
- 5.3 Quais devem ser as habilidades que deve ter um dirigente/gestor?

VI - Outros aspectos relacionados à qualidade da gestão

- 6.1 A SES adotou alguma inovação tecnológica na área de planejamento e gestão durante esta gestão (governo eletrônico, auditoria, modernização administrativa)? Fale um pouco sobre elas.
- 6.2 Para você, o que significa qualidade na gestão em saúde?

ANEXO B – PLANO DE ANÁLISE

Pesquisa: Análise do processo de gestão nas Secretarias de Estado de Saúde, segundo percepção da equipe dirigente.

1 - Caracterização dos estados

- População.
- Número de municípios.
- Aspectos estruturais da regionalização e da descentralização.

2 - Perfil dos entrevistados

- Sexo: sexo feminino e sexo masculino.
- Formação na área da Saúde, qualificação em gerência.
- Vínculo empregatício, cargos comissionados.
- Experiência anterior em cargos de gerente ou gestor.
- Habilidades necessárias para o exercício do cargo.

3 - Formulação de políticas

- Atores sociais (pessoas, instituições ou grupos).
- Processo de tomada de decisão no nível superior da SES.

Características do processo decisório – democrático e participativo, autoritário, feito no gabinete; de baixo para cima ou de cima para baixo; tipo racional e planejado ou incremental e mediante o ajuste entre os atores intervenientes; com ou sem manipulação e controle da agenda dos atores com maior poder; a política é detalhadamente definida ou deixada propositadamente incompleta para ver se cola ou como é que fica na prática.

- Referências para decisão: informações técnicas; análise da situação orientação de assessores; conversas informais; intuição; pressupostos teóricos; informações técnicas; experiência.
- Tipo de informação que subsidia a tomada de decisões: financeira, administrativa, política, tecnológica, outras. Ou fonte dos dados (por exemplo: sistemas nacionais).

Plano estadual de saúde: período de vigência do atual plano? Como foi elaborado esse plano de ação da SES? Quem participou de sua elaboração? Qual o órgão responsável pela coordenação?

- Plano de saúde: documento no qual a gestão governamental do setor Saúde explicita suas políticas, seus objetivos, suas metas e suas ações a serem realizados num período de quatro anos.

- Contém as propostas de ação para o enfrentamento dos principais problemas do estado de saúde da população e do sistema de saúde naquele território (União, estados e municípios) para um período de quatro anos.
- Quais as prioridades presentes hoje na agenda/plano estadual de saúde deste estado? As prioridades podem se expressar em políticas, planos, programas, ações, problemas de saúde e de serviços de saúde, assuntos administrativos, questões financeiras, relações intergovernamentais (refere-se aos conteúdos das decisões). De preferência tentar qualificar os conteúdos.
- Referências principais do plano de suas ações – problemas trazidos para o gabinete no dia a dia; questões sobre implementação das políticas; necessidades de saúde da população; orientações dos programas de saúde; ou atualização de projetos e programas do ano anterior; demandas setoriais e organizativas.
- Plano de ação a longo prazo. Como é feito o planejamento de mais longo prazo na SES?
- Plano a longo prazo – desenho da trajetória futura sobre a situação de saúde, dos sistemas e serviços de saúde, a partir de estudos futurísticos e prospectivos.

4 - Sistemas de direção

a) Agenda do dirigente e processamento tecnopolítico

- Responsável pela elaboração.
- Conteúdo da agenda – atividades que mais ocupam a agenda: administração de prioridades do governo, gestão de rotina/despachos de processos, relações políticas/articulações, negociações, descanso e necessidades pessoais, etc.
- Como os problemas/propostas chegam até o seu gabinete (por meio de conversas informais, formalmente, nos espaços das reuniões ou em despachos internos)?
- Papel que desempenha o gabinete na seleção dos problemas/oportunidades/ameaças. A SES tem um setor/equipe que faz análise preliminar da situação de saúde, sistema e serviços antes de enviar a demanda para sua agenda?
- Percepção da utilização do tempo em atividades programadas, administração de rotinas burocráticas ou administração de crises.

b) Manejo de crise

- Condução em momentos de crise (de alta de tensão e de ritmo rápido)? Problemas que geraram as crises, modo de condução.

c) Sistema de orçamento

- Orçamento – documento de previsão de todas as receitas e autorização das des-

pesas públicas, apresentadas de forma padronizada. Define as fontes de receitas e detalha as despesas por órgão de governo e por função, expressas em valores, isto é, em números. Contém também programas, subprogramas, projetos e atividades que devem contemplar as metas e prioridades estabelecidas na LDO com os recursos necessários ao seu cumprimento.

- Processo orçamentário: lógica, quem participa da elaboração do orçamento; relação entre programação e orçamento.

d) Condução das operações e ações da SES

- Relações, estratégias e mecanismos de gestão.
- Integração entre setores da organização; relações inter e extra-setoriais.
- Participação; mecanismos internos de gestão: formas participativas ou não; gestão matricial, espaços de decisão, reuniões internas; coordenação estratégica.
- Práticas democráticas ou autoritárias; práticas interativas, dialógicas ou não participativas.
- Métodos/instrumentos – é possível identificar?
- A SES adotou ou não alguns dispositivos alternativos de gestão? Se sim, quais? Por que?
- Gestão de recursos humanos.
- Modos de gerir – criativo, por rotina.

e) Sistema de monitoramento

- Controle e avaliação e prestação de contas.
- Monitoramento e avaliação das metas previstas no plano? Como é feita a avaliação? Com que periodicidade? Quem participa?
- Anualmente a SES elabora um relatório de gestão. Fale sobre o processo de elaboração e a importância desse instrumento para a gestão. RG – sistematização e divulgação de informação sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores do SUS, uma vez que estabelece correlação entre as metas, os resultados e a aplicação de recursos.
- Quais são os mecanismos de prestação de contas (não é só financeiro) adotados na SES? O gabinete presta contas, periodicamente, a algum órgão interno e/ou externo? Quais? Com que periodicidade? Para o Ministério da Saúde e outros órgãos públicos. Para o Tribunal de Contas. Sociedade – por meio dos conselhos e outros fóruns de representações
- Política de formação e/ou treinamento de recursos humanos para exercer a fun-

ção de gerente (aquele que tem responsabilidade de coordenar processos) na organização.

- Tipos de cursos e escolas citadas.

f) Opinião sobre o momento atual de implementação de política

- Elementos mais importantes para que a organização implemente planos, programas e projetos de saúde (liderança, organização e métodos de trabalho, coordenação estratégica, recursos humanos capacitados, informação gerencial, recursos financeiros, de informática, ou outros).
- Aspectos facilitadores existentes atualmente na SES para implementação de planos, programas e projetos de saúde.
- Os principais obstáculos/dificuldades para implementação de planos, programas e projetos.
- Qualidade em saúde – significado de qualidade na gestão em saúde para o gestor.
- Inovação tecnológica na área de planejamento e gestão durante esta gestão (governo eletrônico, auditoria, modernização administrativa). Fale um pouco sobre elas.

ANEXO C – RELAÇÃO DAS CATEGORIAS OPERACIONAIS E VARIÁVEIS DO ESTUDO

Categoria Operacional	Variáveis
Formulação de políticas	Atores mais referidos Características do processo de formulação Plano de saúde: vigência, bases para elaboração, vinculação do plano com outros externos Visão sobre a participação social
Processo decisório e programação interna	Características do processo Base para a decisão: referência e tipo de informação Programação na SES: lógica, instrumentos; visão a longo prazo; prioridades
Sistemas de direção estratégica	Agenda do dirigente: utilização do tempo e foco da atenção Manejo de crises Sistema de orçamento-programa Gerência por operações/coordenação estratégica Sistema de monitoramento Sistema de prestação de contas Política de formação em gestão
Outros aspectos	Caracterização dos estados, caracterização dos dirigentes Qualidade em saúde Gestão: elementos facilitadores e obstáculos atuais; elementos importantes para implementar políticas; inovações em gestão

Fonte: elaboração própria da pesquisa “Análise do processo de gestão nas Secretarias de Estado de Saúde, segundo percepção da equipe dirigente”, abril 2005, a partir do referencial teórico.

EQUIPE TÉCNICA

Análise da gestão em secretarias estaduais de saúde

Pesquisador:

Márcia Lotufo – DAD/SE
Contato: mflotufo@terra.com.br

Colaboradores:

Clarissa Nazário – DAD/SE
Cláudio Gastão – DAD/SE
Lívio Lima – DAD/SE
Márcia Fonseca – DAD/SE
Rosilda Mendes – DAD/SE

INFORMAÇÕES DO ÂMBITO DE GESTÃO ESTADUAL

Potencialidades e desafios das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs): resultados de um estudo nacional

Mauro Serapioni¹

¹ Consultor da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) junto ao Departamento de Apoio à Descentralização (DAD/SE/MS), doutor em Ciências Sociais (Barcelona/ES) e professor visitante do Centro de Ciência da Saúde (UECE)



As Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) foram instituídas nos estados brasileiros durante os anos de 1993 e 1994, a partir de determinação da Portaria do Ministério da Saúde de n.º 545 (BRASIL, 1993), que estabeleceu a Norma Operacional Básica (NOB-SUS) 01/93. Em dezembro de 1994, todos os estados brasileiros já dispunham de Comissões Intergestores Bipartite constituídas e em funcionamento.

Integradas paritariamente por dirigentes das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e do órgão de representação estadual dos secretários municipais de Saúde (Cosems), as CIBs configuram-se no âmbito estadual como as instâncias privilegiadas de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

Segundo vários autores, a criação das CIBs teve uma repercussão muito positiva no relacionamento entre as esferas de governo federal, estadual e municipal (SILVA; LABRA, 2001; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A Norma Operacional Básica do SUS de 1996 – NOB-96 (BRASIL, 1997) regulamentou as relações das CIBs com os Conselhos de Saúde. Para Carvalho (1998, p. 4), na NOB-96 (BRASIL, 1997) fica explicitado o papel das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite:

“As CIT e CIB não substituem os Conselhos Nacionais e Estaduais de Saúde, nem muito menos com estes concorrem. Suas decisões operativas de gestores devem obedecer as diretrizes aprovadas nos Conselhos”.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS/2001 (BRASIL, 2001) incentiva a regionalização e determina a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação estadual, a partir da Programação Pactuada e Integrada (SOUZA, 2001), o que tornou mais relevante o papel das CIBs. O processo de negociações sobre a Programação Pactuada e Integrada (PPI), realizado no âmbito das CIBs, conforme as suas novas atribuições como instâncias decisórias sobre a habilitação das modalidades de gestão preconizadas pela NOB-96 (BRASIL, 1997), veio a robustecer o funcionamento dessas instâncias de discussão e de decisão entre os gestores estaduais e municipais.

A institucionalização da gestão compartilhada por intermédio das CIBs implicou uma redefinição de competências e atribuições, antes concentradas nas Secretarias Estaduais de Saúde, que passaram a ser divididas com as Secretarias Municipais de Saúde, ampliando-se a possibilidade de discussão e negociação entre os diferentes atores sociais (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Por outro lado, em alguns estudos (RIBEIRO, 1997; BRANDÃO, 2002; SILVA; LABRA, 2001; BRASIL, 1999; BRASIL, 2001) são evidenciadas dificuldades no funcionamento das CIBs, seja no processo de negociação entre as suas diversas representações, seja na relação com outras instâncias colegiadas do SUS.

Em linhas gerais, existem relatos de dificuldades na dinâmica de trabalho das CIBs, mas são poucos os estudos que evidenciam as interpretações e análises dos próprios atores governamentais, que participam dessas instâncias decisórias, sobre a própria experiência e as dificuldades observadas. São exíguos os estudos que tratam mais especificamente da dinâmica e do processo decisórios nas diferentes CIBs. Tampouco existem informações mais sistemáticas sobre as Comissões Bipartite Regionais, suas estratégias organizacionais e formas de funcionamento.

A situação delineada aponta para o desenvolvimento de um processo de análise mais sistemático e abrangente das experiências acumuladas pelas CIBs, com a finalidade de obter uma melhor compreensão dos aspectos problemáticos identificados na regulação do processo de descentralização e de implementação do SUS. De fato, o funcionamento das CIBs depende essencialmente da forma como a descentralização está sendo realizada em cada estado.

Os resultados deste estudo podem produzir subsídios para as estratégias de apoio e cooperação intergovernamentais, de modo a fortalecer o papel dessa importante instância colegiada e aprimorar o processo de descentralização das políticas de saúde.

Estratégias e metodologia do estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de natureza descritiva e exploratória e com abordagem predominantemente qualitativa.

O enfoque qualitativo permite compreender a realidade em seus diferentes aspectos e considerar o ponto de vista de seus protagonistas. A metodologia qualitativa – fundamentada na interação do pesquisador com os informantes, de forma natural e sem interferência – ajuda na obtenção de informações descritivas relevantes, provenientes dos discursos das pessoas entrevistadas e dos documentos por eles mesmos produzidos.

O estudo incorpora os aspectos essenciais advindos das reflexões teórico-metodológicas sobre avaliação. De fato:

- a) manutenção de uma estrita relação com o contexto decisional (PATTON, 1997), na medida em que o objetivo principal de análise trata do aprofundamento do

conhecimento sobre a experiência desenvolvida pelas CIBs com o propósito de subsidiar estratégias de aprimoramento de sua atuação;

- b) embasamento em pressupostos científicos e metodológicos da pesquisa avaliativa e utilização de todos os procedimentos e técnicas de coleta e de análise das informações, normalmente utilizados no âmbito da pesquisa social (COHEN; FRANCO, 1994);
- c) preocupação de envolver os principais atores que agem no espaço das CIBs (GUBA; LINCOLN, 1989; AGUILAR; ANDER-EGG, 1995; SERAPIONI, 1999).

A seleção dos estados para a realização da pesquisa avaliativa foi norteada pelos seguintes critérios:

- 1) localização geográfica, incluindo as cinco regiões do País;
- 2) perfil do estado, em termos de dimensões e número de municípios, contemplando estados com mais de 400 municípios, estados com municípios entre 200 e 400, e estados com menos de 100 municípios; e
- 3) existência de CIBs Regionais, implantadas ou pelo menos criadas (dos nove estados selecionados, seis contavam com CIBs Regionais em funcionamento).

Tabela 42. Distribuição dos estados selecionados por regiões brasileiras e quantitativo de Comissões Intergestores Bipartite Regionais implantadas nos mesmos.

Região	Número de estados selecionados	CIBs Regionais implantadas nos estados selecionados
Norte	2	--
Nordeste	3	31
Centro-Oeste	1	14
Sudeste	2	64
Sul	1	19

Fonte: Levantamento DAD/SE/MS, setembro 2004.

No processo de avaliação dos estados selecionados foram envolvidos os principais dirigentes que atuam, direta ou indiretamente, nos espaços das CIBs: presidentes dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), secretários estaduais de Saúde, representantes das SES que participaram regularmente das reuniões, secretários dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) ou outros representantes designados pelos mesmos e representantes das CIBs Regionais selecionadas.

Em relação aos representantes das CIBs Regionais, é preciso ressaltar que, por causa de limites de tempo e de recursos, foi considerada somente uma CIB Regional por cada estado

selecionado, geralmente aquela que inclui a capital do estado. Estamos cientes da limitada representatividade dos resultados advindos do estudo das CIBs Regionais, entretanto, é preciso considerar o propósito de aproximar-se o máximo possível das recentes experiências desenvolvidas no âmbito das CIBs Regionais, sem pretender oferecer um quadro completo dessa realidade ainda em construção.

Para a coleta das informações, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, aplicadas a informantes-chaves escolhidos entre os representantes estaduais e municipais das CIBs selecionadas. Também foram coletadas cópias das atas de reuniões realizadas no período de janeiro 2003 a julho de 2004.

Para o processamento e a análise das informações procedentes das entrevistas e documentos, foi utilizado o método da Análise de Conteúdo Categorical e Temática (BARDIN, 1979), a partir da seguinte sistemática:

- pré-análise: escolha dos documentos, definição prévia de algumas categorias, *leitura flutuante* de todo o material (documentos, diários de campo e entrevistas);
- exploração e seleção dos temas discursivos: constituição do *corpus* de leitura a partir de critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e recorrência; e
- identificação de *unidades de significado* e de *contexto*: unidades textuais de palavras, linhas e parágrafos oriundas dos documentos e discursos selecionados e com significação em relação aos conteúdos temáticos em evidência.

RESULTADOS

Em razão do tipo de abordagem e do método utilizados, as categorias temáticas definidas para a análise foram: perfil organizativo e processo decisório; participação e representatividade do segmento municipal; relação entre Comissões Intergestores Bipartite e Conselhos Estaduais de Saúde; potencialidades, limites e propostas de aprimoramento na visão dos entrevistados.

Os principais resultados do estudo estão descritos em duas partes:

- a) CIBs Estaduais e
- b) CIBs Regionais.

Comissões Intergestores Bipartite Estaduais

- Perfil organizativo e processo decisório das Comissões Intergestores Bipartite

De acordo com as informações levantadas nos nove estados envolvidos na pesquisa, as reuniões ordinárias das Comissões Intergestores Bipartite têm periodicidade mensal e quase sempre são realizadas nas sedes das Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

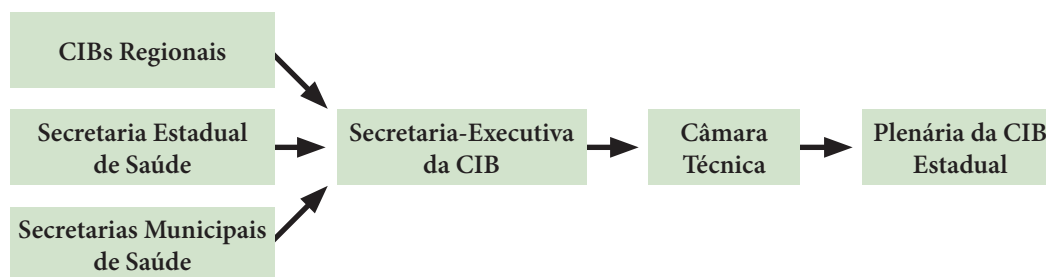
As reuniões obedecem a um cronograma, que é aprovado no início do ano ou no mês de dezembro do ano anterior, mas que pode mudar em virtude de ajustes na agenda dos representantes que compõem as CIBs.

Em alguns estados, o funcionamento das CIBs é garantido por uma modalidade de organização prévia do fluxo de demandas e da definição de pautas (figura 11), cujo objetivo fundamental é garantir a paridade e a participação dos representantes no desenvolvimento de um eficiente processo de gestão compartilhada. Normalmente, funcionam pelo menos duas estruturas que desempenham atividades de filtro e de preparação das reuniões das CIBs:

- as Secretarias-Executivas das CIBs, que recebem e agendam as pautas encaminhadas pelas SES, pelas Secretarias Municipais de Saúde e pelas CIBs Regionais;
- as Câmaras Técnicas Bipartite, que reúnem-se regularmente para avaliar previamente as demandas de assuntos e definem quais os que devem ser incluídos nas pautas para as reuniões plenárias das CIBs Estaduais.

Nessa primeira modalidade de organização de pautas, o fluxo de assuntos submetidos para apreciação das plenárias passa por uma negociação prévia na Câmara Técnica, onde atuam assessores técnicos e dirigentes designados pelas representações municipais. Essa modalidade está mais presente nos estados mais populosos.

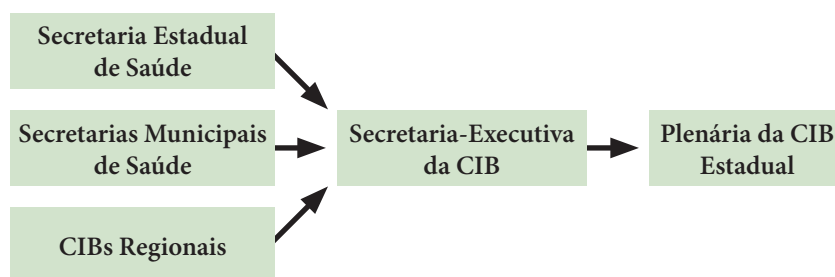
Figura 11. Modalidade de organização das pautas das CIBs onde é atuante a Câmara Técnica.



Alguns entrevistados alegam que essa modalidade de funcionamento possibilita a negociação prévia e uma seleção de assuntos que podem realmente ser consensuados.

Na segunda modalidade de organização prévia de demandas de assuntos e definição de pautas, existem somente as Secretarias-Executivas das CIBs (figura 12).

Figura 12. Modalidade de organização das pautas das CIBs onde não há a Câmara Técnica.



Nesse caso, como assinalam alguns informantes, o poder das SES para definir as pautas de reuniões plenárias é reforçado, pois não existe um órgão paritário que gerencie a preparação das reuniões da CIB.

Para alguns dos entrevistados, as Câmaras Técnicas, quando são atuantes e paritárias, funcionam como uma espécie de “bipartite reduzida”.

Em alguns casos, também podem existir grupos de trabalho temáticos (ou comissões por tema), que eventualmente são ativados para auxiliar as Câmaras Técnicas, ou diretamente as CIBs, em assuntos que exigem orientações e pareceres técnicos.

Também podem existir grupos técnicos permanentes que tratam dos processos de habilitação e/ou que acompanham a elaboração da Programação Pactuada Integrada.

Como ainda, grupos técnicos temporários, que têm tarefas específicas a serem cumpridas em um prazo determinado e que geralmente operam em função de demandas pontuais e momentâneas (combate a dengue, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica, saúde bucal, etc.). Em geral, busca-se manter a paridade de representações nesses grupos temporários, embora muitas vezes não seja possível.

Para facilitar o trabalho prévio de seleção de assuntos e definição de pautas, em todos os estados são determinados prazos mínimos para o encaminhamento de demandas. Entretanto, esses prazos, apesar de estarem regimentalmente definidos, nem sempre são respeitados. Na realidade, as representações de estados e municípios costumam incluir assuntos novos

na véspera ou mesmo no início das reuniões plenárias, o que confere um caráter de flexibilidade e informalidade ao processo de definição de pautas. Geralmente, os assuntos incluídos informalmente na pauta são apresentados como informes, embora muitas vezes requeiram um tempo considerável para o debate. Essa informalidade pode eventualmente dificultar a discussão prévia e a tomada de posição das representações envolvidas, principalmente quando se trata da representação municipal.

De acordo com os relatos colhidos pelos pesquisadores de campo, as representações municipais nas CIBs, comandadas pelos respectivos Cosems, geralmente realizam uma reunião na véspera das reuniões plenárias. Ocasão em que são debatidos os assuntos pautados para as reuniões plenárias e definidos os posicionamentos da representação. Portanto, nesses encontros os representantes do Cosems apreciam e tomam conhecimento da pauta, orientam e suportam os pleitos dos municípios e, sobretudo, analisam e discutem os assuntos considerados mais polêmicos pelos gestores para definir as posições a serem apresentadas na plenária da CIB. Para alguns dos entrevistados, quando essas reuniões prévias acontecem, a representação dos municípios na CIB fica fortalecida e as negociações e os posicionamentos adotados refletem melhor o interesse da maioria dos municípios.

Regimentalmente só podem existir decisões a partir de consensos, expressos como “pactuações”. Quando não há pactuação, é preciso voltar à discussão, seja nas Câmaras Técnicas ou nos grupos de trabalho. As questões pendentes podem ser retomadas em novas reuniões plenárias, ordinárias ou extraordinárias, a depender da urgência do assunto. Quando são retomados os assuntos ainda não pactuados, são buscadas informações adicionais e novos argumentos, com vistas à elaboração de novas alternativas e soluções, até chegar-se a um consenso.

Nem sempre o processo decisório está isento de dissensões, ou mesmo conflitos. Existem temas considerados polêmicos que geram divergências e conflitos entre os representantes estaduais e municipais e, às vezes, até mesmo entre os representantes de um mesmo segmento.

Para muitos dos entrevistados, os conflitos são vistos com naturalidade e considerados como parte integrante do processo de descentralização e democratização das relações inter-governamentais no âmbito do SUS.

Geralmente, os temas mais discutidos nas reuniões plenárias das CIBs dizem respeito ao financiamento e à alocação de recursos, além da Programação Pactuada Integrada.

- Participação e representatividade do segmento municipal

Considerando o período do levantamento de registros (19 meses), existe uma regularidade e periodicidade mensal de reuniões ordinárias em quase todos os estados, salvo duas exceções: um caso em que as reuniões ocorreram quinzenalmente e outro em que ocorreu a média de uma reunião a cada dois meses. No mesmo período, em 55 % dos estados considerados houve reuniões extraordinárias das CIBs, sendo que, nesses casos, foi registrada uma média de aproximadamente duas reuniões extraordinárias por ano. Essa regularidade sugere um dinamismo e uma vitalidade na atuação das CIBs.

Esse dinamismo também pode ser corroborado pela grande presença e freqüente participação dos representantes estaduais e municipais nas reuniões plenárias, conforme registrado nas atas analisadas. Convém registrar a presença dos representantes estaduais mais assídua, sobretudo nos estados de grandes extensões territoriais.

Não há registros de não realização de reuniões plenárias em razão da falta de quórum mínimo.

Segundo relatos, é comum a participação de muitos observadores e convidados nas reuniões plenárias das CIBs, além de suas representações formais.

Com referência a juízos sobre a representatividade de interesses da parte dos municípios no processo decisório, existe uma opinião específica emitida por alguns entrevistados oriundos da esfera estadual. A opinião de que haveria uma maior ênfase na vocalização de demandas ou na representação de interesses dos municípios mais organizados, aqueles que possuem a modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde ou que têm um maior porte populacional.

Para alguns dos entrevistados, uma forma de qualificar positivamente a vocalização e representatividade de interesses dos diversos municípios seria o incremento da atuação das CIBs Regionais.

- Relação entre Comissão Intergestores Bipartite e Conselho Estadual de Saúde

Em tese, os respectivos papéis das CIBs e dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) estão definidos em suas regulamentações. Caberia às CIBs a atribuição discutir, negociar e pactuar decisões de caráter mais operacional para a gestão dos sistemas e serviços de saúde; caberia aos Conselhos Estaduais a proposição de diretrizes para as políticas de saúde no âmbito estadual e a fiscalização sobre a sua implementação (Lei n.º 8.142).

Porém, como já tinham apontado os estudos de Ribeiro (1997) e Silva e Labra (2001), os resultados das entrevistas evidenciam a existência de alguns aspectos problemáticos nas relações entre as duas instâncias. Problemas advindos da constatação de que existe uma superposição de competências e dificuldade na distinção das atribuições entre as CIBs e os CES. Um discurso recorrente entre os entrevistados oriundos dos CES nos estados selecionados é o que sugere uma extrapolação de atribuições da parte das CIBs e uma conseqüente descaracterização das atribuições, e mesmo do papel deliberativo, dos Conselhos Estaduais de Saúde. Por outro lado, alguns dos entrevistados oriundos de SES alegam que os membros dos CES reivindicam atribuições que na verdade seriam de competência das CIBs. Outros tantos entendem que essas dificuldades e indefinições sobre as competências e atribuições das instâncias decisórias estaduais são naturais e tendem a diminuir com o tempo.

Convém ressaltar que muitos dos dirigentes estaduais e municipais fazem o trabalho de representação em ambas as instâncias.

Denota-se uma dificuldade declarada na definição sobre o caráter supostamente mais operativo, ou não, dos assuntos que são submetidos às CIBs. Uma dificuldade de definir-se cotidianamente qual o caráter e estatuto de cada assunto, em termos de competências decisórias.

- Opiniões sobre potencialidades, limites e propostas de aprimoramento para as Comissões Intergestores Bipartite, na visão dos entrevistados

Quando pedimos aos nossos informantes para traçar um balanço geral da experiência acumulada pela CIB, houve uma ampla concordância sobre o reconhecimento do impacto positivo que essa instância teve no avanço do processo de construção e descentralização do SUS.

O desempenho da CIB é avaliado satisfatoriamente, tanto pela boa participação dos membros quanto pela idéia de qualidade técnica das discussões, negociações e pactuações entre os gestores.

Os recursos que auxiliam as CIBs na fase de preparação das reuniões e no processo decisório – tais como: as Câmaras Técnicas e os grupos de trabalho – também foram julgados positivamente.

A maioria dos informantes considera que as CIBs estão ainda num processo de desenvolvimento e precisam avançar mais nesse caminho, de modo a responder adequadamente aos desafios atuais da gestão em saúde.

Alguns dos informantes elencaram alguns fatores que, segundo a sua opinião, interferem negativamente no funcionamento das CIBs:

- inadequada representação municipal nas Câmaras Técnicas e grupos temáticos, no caso de sua existência;
- mudança constante de gestores, o que impacta na qualidade das atividades das CIBs;
- ausência ou participação pouco freqüente dos secretários estaduais de Saúde;
- desacordo com as modalidades de financiamento centralizadas e normativas, oriundas da Comissão Intergestores Tripartite ou do Ministério da Saúde;
- discordância com os prazos exíguos exigidos para a tomada de decisões nas CIBs, quando se trata de demandas oriundas da Comissão Intergestores Tripartite ou do Ministério da Saúde;
- concentração de técnicos, estruturas e *know how* sob o domínio das SES;
- insuficiente margem de autonomia das CIBs Regionais, ainda muito dependentes das CIBs Estaduais;
- inadequada capacitação do corpo técnico dos municípios para melhorar a qualidade dos projetos de financiamento e ampliação dos serviços;
- dificuldades para a execução dos tetos financeiros por parte de municípios menos desenvolvidos (com IDH muito baixo);
- inobservância dos planos estaduais de saúde, que às vezes provoca um relacionamento conflituoso entre CIB e CES.

Tendo em vistas a lista de dificuldades descrita anteriormente, alguns dos informantes sugeriram algumas medidas que poderiam incrementar e qualificar a atuação das CIBs:

- reorganização do trabalho das CIBs, aprimorando o processo de discussão e respeitando os prazos para a apresentação de assuntos da pauta, de modo a tornar as reuniões mais dinâmicas e produtivas;
- implantação de CIBs Regionais, como forma de democratizar o debate e ampliar a participação dos gestores municipais;
- aprimoramento e maior autonomia para o trabalho das CIBs Regionais;
- desenvolvimento de atividades periódicas de capacitação para os técnicos municipais e estaduais, sobretudo para os novos gestores, com vistas a reduzir os efeitos negativos da rotatividade de representantes nas CIBs;
- garantia de recursos financeiros específicos para as CIBs, de modo a incentivar a participação de seus membros em reuniões e outras atividades.

Comissões Intergestores Bipartite Regionais

De acordo com levantamento realizado pelo Departamento de Apoio à Descentralização (DAD/SE/MS) em setembro de 2004, as CIBs Regionais já estavam criadas e implantadas em 11 estados (42 % do total) de todas as regiões do País; na mesma ocasião, havia a previsão de implantação imediata em mais três estados.

Dos nove estados considerados neste estudo, somente em três deles as CIBs Regionais não estavam implantadas ou estavam inativas. Portanto, foi incluída uma CIB Regional de cada um dos seis estados restantes.

- Perfil organizativo e processo decisório das Comissões Intergestores Bipartite Regionais

Como a implantação das CIBs Regionais é recente, a sua estrutura organizacional encontra-se em uma fase de constituição e aprimoramento. Todos os relatórios da pesquisa de campo destacaram o fato que as CIBs Regionais estão menos estruturadas do que as CIBs Estaduais.

Do mesmo modo que nas CIBs Estaduais há um cronograma anual e uma previsão de periodicidade mensal para as reuniões plenárias das CIBs Regionais, os registros de atas analisados, considerando todas as CIBs Regionais de seis estados, evidenciam que em pelo menos quatro deles há uma periodicidade mensal para essas reuniões regionais.

Na amostra do estudo, há somente um estado que implantou Câmaras Técnicas para organizar as demandas de suas CIBs Regionais.

As atividades de convocação e preparação das reuniões, assim como a definição de pautas, geralmente são realizadas pelas Secretarias-Executivas das CIBs Regionais (quando existem) ou diretamente por técnicos das regionais das SES (ou similares) que recebem os pleitos encaminhados pelas secretarias municipais e pelas instâncias regionais do estado.

Os prazos para a submissão dos pontos da pauta variam de estado para estado.

No que diz a respeito aos grupos de trabalhos temáticos, somente algumas das CIBs Regionais pesquisadas contam com esse suporte organizacional.

O processo decisório das CIBs Regionais não é diferente do que foi relatado anteriormente para as CIBs Estaduais. A diferença é que as decisões pactuadas nas CIBs Regionais devem ser encaminhadas para as CIBs Estaduais para homologação.

- Atuação da representação municipal nas CIBs Regionais

Existem duas modalidades de participação dos municípios nas CIBs Regionais. Em alguns estados todos os secretários municipais de Saúde da microrregião são membros do colegiado. Em outros, somente alguns secretários municipais têm assento nas reuniões plenárias, representando os seus pares.

A participação dos representantes municipais, de forma geral, foi avaliada positivamente pelos informantes que atuam nas CIBs Regionais. Essa representação é feita diretamente pelos secretários municipais de Saúde ou por técnicos indicados por eles. A representação municipal feita por técnicos tem sido questionada por alguns informantes, que sugerem o risco de subestimação das CIBs Regionais como instâncias de discussão e pactuação políticas.

Dos discursos de alguns entrevistados, surge também a preocupação com a falta de articulação entre os gestores municipais, que às vezes tendem demandar questões diretamente para as CIBs Estaduais, sem antes discuti-las no âmbito regional.

- Autonomia das CIBs Regionais

Uma questão que aflorou em vários momentos do estudo diz respeito às margens de autonomia das CIBs Regionais. De fato, para que se possa falar de uma verdadeira descentralização do processo de gestão, é preciso que haja um adequado grau de autonomia.

Da análise das entrevistas efetuadas, sobressaem duas visões distintas. Uma parte dos informantes reconhece que as CIBs Regionais dispõem de uma adequada margem de autonomia, sobretudo em relação às questões de interesse local que não interferem com as normas do SUS, nos âmbitos estadual e federal. Outros informantes assinalam que a autonomia das CIBs Regionais é “restrita” e “insuficiente”; consideram que se trata de uma instância de caráter mais propositivo do que deliberativo, de um espaço mais voltado para atividades de informações do que propriamente de decisões.

Conforme já descrito, de acordo com a revisão dos seus regimentos internos, as resoluções das CIBs Regionais devem ser analisadas e homologadas pelas CIBs Estaduais. De fato, em caso de desacordo, as CIBs Estaduais tendem a retornar a demanda para o âmbito regional, induzindo novas discussões e a constituição do consenso.

Não há nenhuma referência da não homologação, da parte das CIBs Estaduais, de pactos realizados no âmbito das CIBs Regionais.

- Potencialidades, desafios e propostas de aprimoramento na visão dos informantes

Há um reconhecimento comum da importância estratégica das CIBs Regionais para alcançar níveis mais avançados de descentralização do SUS e para melhorar a participação dos municípios na discussão e na pactuação das questões relacionadas à saúde.

Porém, conforme já observado, foram muitas as dificuldades apontadas pelo estudo, sobretudo no que diz respeito à organização e ao funcionamento dessas instâncias regionais. A maioria dos informantes enfatizou a necessidade de acelerar o processo de implantação e de aprimoramento das CIBs Regionais.

Quando perguntados sobre os aspectos que precisariam ser aprimorados, os informantes identificaram algumas propostas que, na opinião deles, contribuiriam para melhorar o desempenho desse órgão colegiado:

- dar mais visibilidade e maior autonomia para as CIBs Regionais, valorizando as decisões pactuadas em nível regional e discutindo ali todos os assuntos pertinentes a esse âmbito;
- incrementar a participação dos gestores municipais;
- implantar Câmaras Técnicas ou outras sistemáticas que possam aprimorar o seu desempenho;
- investir na capacitação dos membros das CIBs Regionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há o reconhecimento da parte dos entrevistados de que a implantação das CIBs teve um papel fundamental na agilização da descentralização e na construção de consensos entre os gestores, além de ter representado um fator de inclusão de todos os estados no debate e na elaboração de propostas para o aprimoramento do SUS. Conforme observado na análise dos resultados, as CIBs Estaduais apresentam dinamismo e vitalidade, pois, na maioria dos estados, reúnem-se regulamente e contam com uma participação considerada como satisfatória.

Há ainda o reconhecimento de dificuldades organizacionais e da existência de tensionamentos acerca da definição de competências e atribuições. No entanto, essas dificuldades e esses tensionamentos estão dimensionados em uma perspectiva processual, cujas expectativas geralmente são positivas.

Os próprios informantes sugerem iniciativas de aprimoramento para as CIBs Estaduais e Regionais, que podem ser consideradas na perspectiva da qualificação positiva dos processos de gestão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Vozes, 1995.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Persona Edições 70, 1979.

BRANDÃO, M. H. *Estudo sobre os pactos de gestão estabelecidos entre Estado e municípios, a partir da implantação da NOB-SUS 01/96*. 2002. Dissertação (Mestrado)–Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB 01-SUS 96*. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência a Saúde–NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jan. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993. Estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde aprovando a Norma Operacional Básica SUS 01/93. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 maio 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Análise de alguns aspectos do processo de descentralização no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Situação das Comissões Intergestores Bipartite por estado*. Brasília, 2001.

CARVALHO, G. Comissões intergestores tripartite e bipartite. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Subsídio do Conselho Nacional de Saúde*. Brasília, 1998.

COHEN, E.; FRANCO, R. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage, 1989.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 269-291, 2001.

PATTON, M. Q. *Utilization-Focused Evaluation: the new century text*. Thousand Oaks: Sage, 1997.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupo de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p. 81-92, 1997.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 23, n. 53, 1999.

SILVA, I. F.; LABRA, M. E. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 22-41, 2001.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p. 269-291, 2001.



ANEXOS

ANEXO A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM REPRESENTANTES DA CIB ESTADUAL

Introdução

1. Há quanto tempo você atua na CIB?
2. A partir de sua experiência, como está funcionando a CIB estadual?

Organização e funcionamento da CIB

3. Preparação de reuniões (periodicidade, definição de pauta, porta de entrada, prazo de pedido de pauta e respeito deste)
4. Processo de decisão (como se dá o processo decisório? É difícil chegar ao consenso? há temas que geram mais conflitos? Quais? Geralmente, como são resolvidos esses conflitos?)
5. Câmara Técnica (tem Câmara Técnica? Qual é o seu papel, como funciona? É paritária?)
6. Grupo de trabalho por tema (existem comissões ou grupo de trabalho por tema? Qual é a importância desses grupos de trabalho? Qual é a dinâmica de trabalho desses grupos? São paritários?)
7. O secretário de Saúde do estado, participa das reuniões da CIB? Quem coordena a CIB?)
8. Como é a organização dos representantes do Cosems? São feitas reuniões entre os secretários municipais antes das reuniões da CIB?
9. Participação dos secretários (como é a participação dos representantes dos municípios na CIB?)
10. Representatividade (na sua opinião, os representantes dos municípios na CIB conseguem representar todos os municípios do estado?)

CIB Regionais

11. Como estão funcionando as CIBs regionais? As CIBs regionais têm autonomia? Que nível de autonomia? Elas têm relação com as CIBs regionais?

Relações

12. Como é a relação entre diversas instâncias? (Conselho Estadual de Saúde, SES, Cosems)

Para finalizar

13. Como você percebe a qualidade dos processos de decisão e pactuação realizados na CIB?
14. De acordo com a sua experiência, o que poderia ser aprimorado no trabalho da CIB?

ANEXO B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM REPRESENTANTES DA CIB REGIONAL

Introdução

1. Há quanto tempo você atua na CIB regional?

Organização

2. A partir de sua experiência, como está funcionando a CIB regional?

3. Preparação reuniões (periodicidade, definição de pauta, porta de entrada)

4. Processo de decisão (como se dá o processo decisório? É difícil chegar ao consenso? Há temas que geram mais conflitos? Quais? Como geralmente são resolvidos esses conflitos?)

5. Câmara Técnica (tem Câmara Técnica? Qual é o seu papel, como funciona? É paritária?)

6. Participação dos secretários (como é a participação dos representantes dos municípios na CIB regional?)

Para finalizar

7. Como você percebe a qualidade dos processos de decisão e pactuação realizados na CIB regional?

8. As CIBs regionais têm autonomia? Que nível de autonomia? Elas têm relação com a CIB estadual?

9. De acordo com a sua experiência, o que poderia ser aprimorado no trabalho da CIB regional?



ANEXO C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS CONSELHEIROS ESTADUAIS DE SAÚDE

1. Há quanto tempo você atua no CES?
2. Você assiste regularmente às reuniões da CIB?
3. A partir de sua experiência, como está funcionando a CIB estadual?
4. Como você percebe a relação do CES com a CIB?
5. A CIB consulta o CES sobre algumas questões específicas?
6. Como você percebe os processos de decisão e pactuação realizados na CIB?
7. Já ocorreu do CES acolher recursos relativos ao que já tenha sido pactuado na CIB?
8. Na sua opinião, o que poderia ser aprimorado na CIB?

EQUIPE TÉCNICA

Potencialidades e desafios das Comissões Intergestores Bipartites – resultados de um estudo nacional

Pesquisador:

Mauro Serapioni – DAD/SE

Contato: mauro_serapioni@hotmail.com

Colaboradores:

Aluísio Ferreira Celestino – DAD/SE

Alexandra Jochims Krueel – DAD/SE

Graziella Lage Oliveira – DAD/SE

Márcia Leopoldina Corrêa – DAD/SE

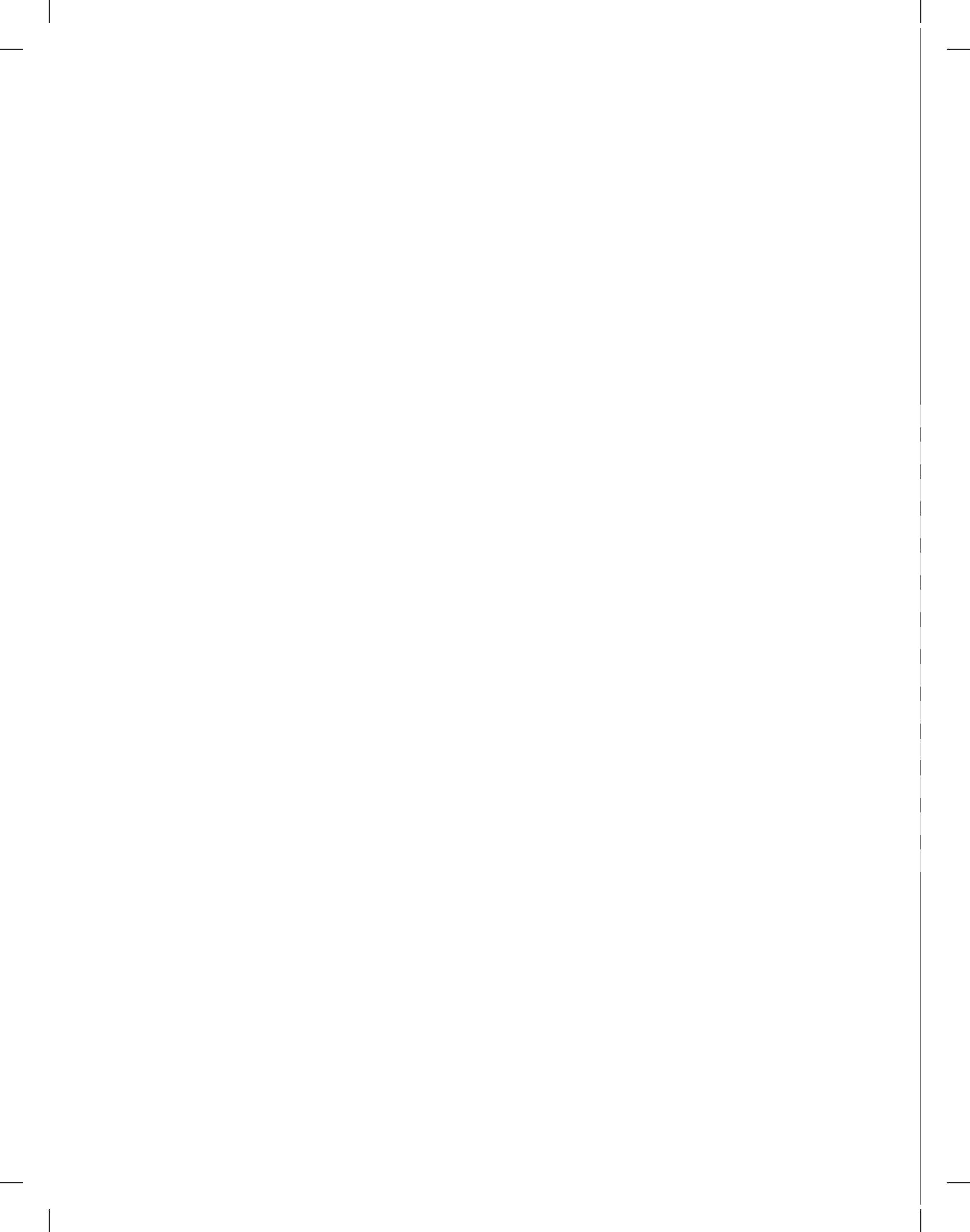
Michelly Santos de Andrade – DAD/SE

Robson Roque de Oliveira – DAD/SE

Valéria Rodrigues – DAD/SE

Vânia Socorro Cantanhede – DAD/SE





QUESTÕES EVIDENCIADAS PELOS ESTUDOS

Alcides Silva de Miranda¹

¹ Consultor da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) junto ao Departamento de Apoio à Descentralização (DAD/SE/MS), doutor em Saúde Coletiva (UFBA) e professor adjunto do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (DSC/Famed/UFC).



Conforme afirmado na introdução desta publicação temática, os estudos relatados possuem um caráter mais exploratório. Suscitam, pois, hipóteses, pressupostos e questões que podem orientar outros estudos sobre a gestão no âmbito do SUS, ou mesmo a definição de iniciativas de apoio e cooperação interinstitucionais.

Em tal perspectiva, torna-se possível sumarizar algumas das questões evidenciadas nos estudos, de modo a produzir subsídios a partir de sua recorrência e significados.

As opiniões de prefeitos e secretários municipais de Saúde

Uma primeira série de levantamentos trata das opiniões de gestores públicos municipais a partir de dois períodos governamentais subseqüentes, com prefeitos e secretários municipais de Saúde em término ou em início de gestão governamental. Opiniões variadas acerca de várias questões atinentes ao campo da gestão pública em saúde (positividades, problemas, demandas de apoios, etc.).

Tratam-se de levantamentos realizados a partir de questionários semi-estruturados, com a possibilidade de respostas espontâneas. As respostas foram analisadas e categorizadas, em termos de aproximação de significados inerentes a temas e códigos típicos do universo simbólico do SUS.

A primeira questão apresentada para respostas espontâneas de prefeitos refere-se à citação de pontos positivos do SUS.

De início, é notável a evidência dada pelos prefeitos quanto a temas referidos a alguns princípios constitucionais do SUS, especialmente o da universalidade. O Brasil é um dos poucos países que adotam constitucionalmente o direito social e universal aos bens e serviços de Atenção Integral à Saúde. Esse caráter de universalidade tem ocasionado contestações e questionamentos da parte de um certo senso comum entre economistas, em razão da necessidade e perspectiva de constante ampliação da cobertura de serviços e garantia de acessibilidade plena, a partir de uma base restrita de financiamento orçamentário. Tendo em vista essa polêmica sobre a sustentabilidade econômica de sistemas universais de saúde, o levantamento demonstra claramente que os prefeitos reconhecem e valorizam tal princípio e o apontam como uma inequívoca positividade.

Os prefeitos também citam espontaneamente temas referentes ao princípio da integridade, do mesmo modo evidenciada como uma positividade. Proporcionalmente, referem poucos temas no que diz respeito ao princípio da equidade e do controle social. Mas, não

chegam a citar de um modo significativo vários outros temas relacionados com outros princípios ou diretrizes organizativas do SUS.

Cabe uma ressalva quanto aos temas relacionados com a diretriz da descentralização política e administrativa, evidenciados significativamente como uma positividade, embora muitas das questões descritas depois como problemas do SUS decorram também de tal diretriz.

No que concerne mais propriamente às práticas de gestão pública em saúde, os temas mais citados como positivities referem-se às relações e ações de cooperação entre os gestores.

Em se tratando das observações acerca das respostas de prefeitos sobre as positivities do SUS, algumas questões podem ser apresentadas:

- quais seriam as motivações para o reconhecimento de alguns princípios do SUS como as positivities mais referidas espontaneamente (mesmo no caso dos prefeitos em fase final do seu período de gestão)?
- quais seriam os significados e os sentidos de tal reconhecimento em termos de evidências sobre a implantação e implementação de políticas derivadas de tais princípios citados (no caso dos prefeitos que estavam encerrando um período de gestão governamental) ou mesmo em termos de intenções, pretensões e conteúdos propositivos (no caso daqueles prefeitos que iniciam um mandato eletivo)?

Quanto aos principais problemas do SUS, matéria da segunda questão apresentada aos prefeitos, são evidenciados ordinariamente temas relacionados com:

- as insuficiências ou deficiências de infra-estrutura (principalmente quanto ao financiamento e aos insumos);
- as dificuldades para a (re)organização dos sistemas de serviços; e
- a pouca utilidade das tecnologias ou dos instrumentos de gestão existentes (notadamente daqueles orientados para o planejamento institucional e para a regulação da oferta de serviços).

Também chama a atenção, a exigüidade das citações de temas sobre os problemas decorrentes das políticas e da gestão de pessoal (para alguns: recursos humanos). Tema bastante enfatizado pelos secretários municipais de Saúde, mas pouco referido pelos prefeitos.

Do mesmo modo, algumas questões de estudo podem ser apresentadas:

- para além dos problemas estruturais, quais as dificuldades encontradas para a reorganização dos sistemas de serviços?

- como caracterizar melhor a aplicabilidade e utilidade das tecnologias e dos instrumentos de gestão disponíveis?
- por que a problemática decorrente das políticas e da gestão de pessoal não é realçada nos discursos dos prefeitos?

Também foi perguntado aos prefeitos sobre as suas demandas de apoio e cooperação intergovernamentais, competências legais atribuídas principalmente às esferas de governo estadual e federal.

Conforme esperado, existem muitas referências sobre demandas de mais apoio financeiro, porém, é significativa a alusão dos prefeitos quanto às demandas de mais e melhor apoio técnico, esperado tanto da parte de governos estaduais quanto do governo federal.

Resta caracterizar melhor tais demandas de apoio técnico, pois provavelmente referem-se aos problemas listados anteriormente. Resta também estabelecer algum nexo entre as demandas de apoio técnico e o tema da política, gestão e qualificação de pessoal no âmbito municipal.

As questões apresentadas aos secretários municipais de Saúde não diferem muito daquelas apresentadas aos prefeitos, existe talvez um maior detalhamento e um foco mais orientado para a dimensão cotidiana das práticas de gestão setorial.

Dentre os secretários que responderam aos questionários e estavam em fase final de governo (período de gestão de 2001 a 2004), aproximadamente 40% tinham a certeza ou a expectativa de continuar no posto na gestão governamental seguinte. Mesmo assim, vários dos respondentes queixaram-se da instabilidade institucional, em termos de descontinuidade das políticas governamentais de saúde implantadas no município; atribuindo muitas vezes aos prefeitos a responsabilidade sobre tal problemática.

Efetivamente, por ocasião do levantamento realizado com secretários municipais em (re)início de gestão (período de 2005 a 2008), 33,4% dos respondentes afirmaram que permaneciam em seu cargo desde a gestão anterior.

Quanto aos pontos positivos do SUS, além de também citarem os seus princípios e as diretrizes organizativas, particularmente os da integralidade e descentralização, os secretários de Saúde enfatizam a implantação de programas governamentais de saúde em seus municípios (com exceção daqueles secretários oriundos das regiões Norte e Centro-Oeste).

Como no caso dos prefeitos, os principais problemas citados pelos secretários de Saúde também estão relacionados com as condições estruturais e funcionais dos sistemas de saúde.

de, particularmente a insuficiência do financiamento. No entanto, a citação mais frequente (42,6%) refere-se a problemas típicos da gestão, havendo um destaque especial para as dificuldades de planejamento no âmbito municipal, além de questões relacionadas com a regulação da oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares.

Quando perguntados sobre quais as medidas necessárias para o enfrentamento dos problemas mais citados, os secretários destacaram o incremento das parcerias intermunicipais, ou seja, uma maior cooperação horizontal. Além da distinção quanto à necessidade de contratação e capacitação de pessoal. Pode-se afirmar que há uma grande expectativa quanto aos apoios intergovernamentais, de natureza técnica e financeira, mas o que os secretários denotam é um afã de dispor de pessoal treinado e preparado para atuar no âmbito dos próprios municípios.

Sobre as opiniões dos secretários municipais de Saúde, algumas questões podem ser tematizadas:

- quais as proposições para garantir uma maior constância, estabilidade e continuidade das políticas governamentais de saúde, mesmo com a permuta incessante de secretários municipais?
- em que medida e sob quais condições o planejamento municipal poderia ser melhor efetivado?
- como incrementar as ações de cooperação intermunicipal? Seria uma expectativa quanto à constituição de consórcios de saúde? Em que medida a diretriz da regionalização poderia ser compatibilizada com essa disposição?
- qual tem sido o impacto das iniciativas de organização dos pólos de educação permanente ante a expectativa de “capacitação” de pessoal?

Enfim, essas opiniões de prefeitos e secretários municipais de Saúde ensejam uma série de questões que podem servir para dimensionar as expectativas de quem atua na “linha de frente” da gestão pública do SUS. Para eles, a idéia de qualificação do seu trabalho de gestão implica um cuidado maior para com as atividades típicas de condução política, técnica e administrativa; para com o desenvolvimento e compartilhamento de tecnologias e instrumentos de gestão (planejamento, regulação, avaliação, etc.) mais úteis e compatíveis com a realidade cotidiana de seu trabalho.

Para eles, os princípios e as diretrizes do SUS ainda são o alicerce e os horizontes de sua prática de gestão, embora ainda postos em termos de motivação. O valor de uso, a viabili-

dade e a factibilidade dos princípios e das diretrizes do SUS permanecem como desafios na agenda desses dirigentes municipais.

Outras informações de natureza mais qualitativa, obtidas a partir de um Grupo Focal realizado com alguns secretários municipais de Saúde indicados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), reiteram as opiniões descritas anteriormente. Pode-se acrescentar a crescente preocupação com três questões consideradas relevantes:

- a necessidade de distinção e consideração das complexidades e peculiaridades para a implantação e implementação de políticas de saúde em municípios com portes populacionais diversos;
- a necessidade de definições mais claras sobre as competências e responsabilidades das esferas de governo na gestão dos sistemas e serviços de saúde; e
- a tendência da instituição de uma legislação exclusivamente punitiva para a regulação e controle das práticas de gestão pública em saúde (Lei de Responsabilidade Fiscal, ações do Ministério Público, proposta de Lei de Responsabilidade Sanitária) sem a consideração de outras medidas de apoio logístico com um caráter mais cooperativo.

Os secretários municipais chegam a sugerir a instituição de uma modalidade de “acreditação” para sistemas municipais de saúde, de modo a conferir um estatuto de competência e controlar as condições mínimas de estrutura e qualidade para o seu funcionamento. Ao que parece, o termo “acreditação” é utilizado com uma conotação diferente do sentido da “habilitação” em determinadas modalidades de gestão (conforme previsto nas normas operacionais do SUS).

As condições de funcionamento dos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (Cosems)

Esse levantamento, realizado a partir de questionários respondidos por presidentes de Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), denota uma série de características estruturais e funcionais dessas entidades representativas de secretários municipais de Saúde. Expressa também as expectativas e opiniões desses dirigentes quanto ao campo da gestão pública em saúde.

No geral, os Cosems já possuem uma estrutura organizativa e uma funcionalidade consideradas como razoáveis, embora ainda requeiram investimentos, principalmente na qualificação e disponibilização de assessorias técnicas próprias e apoio interinstitucional.

Os dirigentes de Cosems preocupam-se particularmente com as dificuldades relacionadas com a precarização dos vínculos e das relações de trabalho; com a falta ou pouca qualificação de pessoal; com a pouca integralidade das ações de gestão setorial e dos serviços; e com a insuficiência ou inadequação das políticas de comunicação (particularmente midiática).

As expectativas e sugestões giram em torno do incremento de apoio interinstitucional da parte do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e do próprio Conasems, além da diretiva de reforço das representações descentralizadas, seja no âmbito municipal, seja no regional.

Os modos de gestão em Secretarias Estaduais de Saúde

Esse estudo, realizado a partir de Análise Categorical e Temática dos discursos de gestores estaduais, destaca os modos de direção e condução das Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Para essa finalidade, são considerados alguns sistemas de direção com os seus componentes: planejamento, processo decisório, agenda dos dirigentes, gerenciamento, orçamentação, monitoramento, controle, avaliação, formação de pessoal, etc.

De início são apresentadas duas descrições que são coincidentes com aquelas produzidas em outros estudos desta publicação:

- a predominância do sexo masculino e da categoria médica na caracterização do perfil típico dos dirigentes;
- a grande rotatividade de secretários estaduais de Saúde no decorrer de um mesmo período de gestão pública (por exemplo, entre 2003 e 2005 houve aproximadamente 60% de permutas em relação ao total desses cargos nos estados brasileiros).

Nesse estudo são referidas várias opiniões dos dirigentes estaduais sobre a atuação do Ministério da Saúde (MS). Há uma constatação de que essa atuação desconsidera historicamente as diferenças regionais, promovendo uma condução normativa uniforme, rígida e burocrática, que trata indistintamente situações e condições diversas. Constata-se também uma dificuldade de avaliação da parte do MS, particularmente de monitoramento, das políticas implantadas e implementadas nacionalmente. Há queixas sobre a atuação direta do MS junto aos municípios, sem a intermediação ou mesmo a ciência das Secretarias Estaduais de Saúde.

Também é ressaltado positivamente o papel exercido pelo Ministério da Saúde de apoio e cooperação intergovernamentais.

Quanto ao tema do planejamento das SES, algumas características podem ser realçadas a partir dos discursos de alguns entrevistados:

- existe pouca previsibilidade e compatibilidade entre os planos orçamentários de governo e os planos estaduais de saúde;
- embora haja a afirmação de que a maior parte das SES realiza sistematicamente o planejamento de suas ações, a maioria dos entrevistados não soube precisar quais eram os métodos de gestão utilizados;
- predomina um processo descendente de planejamento, geralmente os núcleos dirigentes sediados nas capitais são os responsáveis pela confecção dos planos estaduais de saúde;
- existe uma participação restrita de outros atores sociais de fora das SES na definição das prioridades dos planos;
- embora existam formalmente os planos de saúde, são as agendas de prioridades de governo, em si e de forma não sistemática, que realmente orientam os processos de gestão;
- embora existam formalmente os planos de saúde, predominam as reações improvisadas ante a emergência cotidiana de problemas “não-estruturados” (problemas sem processamento técnico e político);
- uma prioridade corrente e comum aos planos das SES é a da ampliação da oferta e acessibilidade de serviços assistenciais de média e alta complexidades;
- muitos entrevistados mostram-se descrentes quanto à aplicabilidade cotidiana e a utilidade dos métodos e técnicas de planejamento institucional.

Apesar das constatações anteriores, são abundantes as referências de que existe coerência entre os planos de governo e os planos de saúde nos estados.

Considerando que essas dificuldades referentes aos processos de planejamento institucional também são comentadas pelos secretários municipais de Saúde, denota-se uma questão recorrente: há uma espécie de *sensu comum* em que se valoriza a pertinência do planejamento, mas uma constatação de sua pouca aplicabilidade ou utilidade em termos práticos na gestão cotidiana.

O mesmo acontece com as dificuldades referidas quanto aos processos de programação, particularmente da Programação Pactuada e Integrada (PPI): reconhecimento da pertinência e constatação da exígua aplicabilidade em condições reais.

Os planos e as programações têm servido muito mais como respostas figurativas perante exigências formais.

Do mesmo modo, comenta-se que a prestação de contas das SES, salvo os relatórios de gestão que são discutidos no âmbito dos Conselhos Estaduais de Saúde, possuem um caráter restrito, burocrático (no sentido pejorativo desse termo) e demasiadamente formal.

Uma análise sobre os processos decisórios no âmbito das SES reforça a constatação de que a agenda dos dirigentes está pautada muito mais por problemas pontuais, que exigem respostas imediatas ou de curto prazo, do que por problemas *quase-estruturados* (processados tecnicamente e politicamente), considerados numa perspectiva estratégica como mais apropriados para a ação planejada. O estudo identifica uma insuficiência dos modos de processamento técnico-político dos problemas e das demandas que sobrecarregam a agenda dos dirigentes, predominando a triagem de problemas realizada pelas chefias de gabinete.

Geralmente, não existem uma logística e tecnologia especializadas na condução de crises, o chamado “gabinete de crises”; muito menos pessoal treinado e habilitado para atuar em tais situações críticas.

Outra constatação de alguns discursos refere-se à ausência de uma sistemática adequada para o monitoramento, o controle e a avaliação das medidas e ações governamentais implementadas. Dificuldade que é aludida tanto às secretarias estaduais quanto ao Ministério da Saúde.

A autora do estudo observa que não identificou nenhuma iniciativa de formação, capacitação ou educação permanente, orientada especificamente para os conteúdos e as tecnologias da gestão em saúde propriamente dita. É claro que em alguns dos estados considerados existem as “escolas de governo”, mas não foram modalidades de ensino e aprendizado orientadas especificamente para o campo da gestão.

Nos comentários dos entrevistados sobre os desenhos organizacionais das SES, constata-se a reprodução da fragmentação ou desintegração de nichos de poder técnico e administrativo, as tão faladas “caixinhas” de programas e financiamentos, que, da mesma forma, também são aludidas ao MS.

Dentre os obstáculos mais referidos ao exercício qualificado como adequado para a gestão estadual, as questões mais recorrentes são precisamente as que denotam os problemas de fragmentação organizacional, além de queixas sobre a burocratização e centralização administrativas.

Uma preocupação constante entre os entrevistados refere-se ao entendimento de que as práticas de gestão pública em saúde deveriam estar orientadas para dar respostas mais ade-

quadas às necessidades de saúde da população. Tal preocupação pode ser entendida mais como uma pretensão que reitera um propósito finalístico da gestão dos sistemas e serviços de saúde: proporcionar respostas compatíveis para com as necessidades ou demandas identificadas. Denota-se uma dificuldade para estabelecer a sensibilidade, a seletividade e o processamento de tais necessidades ou demandas de saúde a partir dos recursos, das tecnologias e dos instrumentos de gestão existentes.

Em razão dos temas inseridos no roteiro das entrevistas aplicadas nesse estudo, são evidenciados os problemas e as dificuldades inerentes às práticas de gestão. O que não significa necessariamente um juízo negativo. Apesar de tantas dificuldades comentadas nos discursos sobre os modos de gestão estadual em saúde, existe o relato de medidas inovadoras, expressas como positivities:

- mudanças nas práticas de gestão e de trabalho;
- exercício de gestão compartilhada com municípios;
- informatização de sistemas de informações;
- melhoria do processo de controle institucional e administrativo;
- repasse de recursos financeiros por premiações;
- melhorias na estrutura organizativa;
- outras.

A atuação das Comissões Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde

Outro trabalho de pesquisa avaliativa com um escopo metodológico mais qualitativo é o estudo sobre a atuação das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) Estaduais e Regionais, desenvolvido por um consultor contratado pelo Departamento de Apoio à Descentralização (DAD/SE/MS) com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Trata-se de um estudo realizado a partir de entrevistas com representantes de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que atuam em nove CIBs Estaduais e seis CIBs Regionais, selecionadas como amostras a partir de determinados critérios de inclusão (distribuição por regiões do País, tempo de funcionamento das CIBs, etc.).

O enfoque do estudo está orientado para a caracterização sobre os modos de funcionamento e o processo de decisões das CIBs, assim como para as opiniões de seus atores em termos de participação e representação.

Algumas CIBs Estaduais, principalmente aquelas dos estados mais populosos, operam com o trabalho de Câmaras Técnicas Bipartite. Essas Câmaras Técnicas preparam e proces-

sam informações e subsídios, estabelecendo as condições para a definição prévia das pautas de reuniões plenárias e, muitas vezes, mesmo a antecipação de acordos. Outras CIBs operam sem o trabalho de Câmaras Técnicas, sendo que, nesse caso, são os técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde que terminam por realizar a preparação e o processamento de informações e subsídios para as reuniões plenárias. Também pode ocorrer a convocação de grupos de trabalho temáticos bipartite para a execução de tarefas específicas.

Em geral, as reuniões das CIBs Estaduais são regulares e têm uma periodicidade mensal, definida por um cronograma anual prévio. Na maior parte dos casos, as reuniões acontecem na sede das Secretarias Estaduais de Saúde, portanto nas capitais dos estados. A definição das pautas geralmente acontece às vésperas das reuniões plenárias e possui um caráter de informalidade.

As reuniões das CIBs Estaduais primam pela busca de mediações, expressas por consensos e pactos, em termos de decisões. Mediações essencialmente políticas, mas com a consideração das dimensões técnica e administrativa. Muitas vezes ocorrem conflitos de interesses e posicionamentos, nesses casos utiliza-se a tática de adiamento das decisões até a constituição das necessárias mediações. Nesse particular, os achados do estudo corroboram as mesmas evidências apontadas por outros estudos publicados sobre as Comissões Intergestores do SUS.

Em termos de participação e representatividade dos secretários municipais de Saúde nas CIBs Estaduais, existem opiniões que denotam uma proeminência de municípios de maior porte ou que possuem a modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde na definição das pautas das reuniões plenárias e na negociação de seus interesses particulares. Como a representação das capitais nas CIBs é fixa, seria interessante mapear quais são os outros municípios que permanecem mais tempo com a função de representatividade, os critérios de sua escolha, etc. Do mesmo modo, existem relatos em outros estudos sobre esse questionamento de representatividade, expresso na constatação de um grupo específico de municípios com maior capacidade de vocalização e representação de demandas e interesses.

Dentre as questões problemáticas ao trabalho das CIBs, também são citadas a instabilidade e rotatividade de gestores de saúde. Além de outras:

- prazos exíguos para a tomada de decisões;
- interposição e confusão de prerrogativas e competências entre as CIBs e os Conselhos Estaduais de Saúde;

- concentração de especialização técnica no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde e, em contrapartida, dificuldade de especialização da parte da representação municipal;
- impraticabilidade dos planos estaduais de saúde;
- insuficiente autonomia decisória das CIBs Regionais;
- ausência de critérios mais equânimes na distribuição de recursos financeiros entre os municípios.

No que concerne especificamente à atuação das CIBs Regionais, convém assinalar que na época do estudo (final de 2004) já existiam dez em funcionamento e três em fase de implantação, o que corresponde a 50 % do total de estados.

Diferentemente do âmbito estadual, as reuniões das CIBs Regionais são irregulares e geralmente ocorrem após a convocação feita por parte de sua representação estadual (técnicos das delegacias regionais das SES ou similares).

Existem CIBs Regionais que contam com a representação, muitas vezes informal, de todos os municípios da região; outras tantas operam somente com uma representação municipal menor, muitas vezes rotativa.

Em todos os casos, as CIBs Regionais devem encaminhar as suas decisões pactuadas para a homologação nas CIBs Estaduais. A questão sobre o grau ou a margem de autonomia das CIBs Regionais ante às suas similares estaduais divide as opiniões. Há quem considere adequado o grau de autonomia, outros reivindicam uma maior autonomia para a discussão de temas locais e uma melhor definição de prerrogativas e competências.

É opinião corrente o juízo de grande valor e o reconhecimento do impacto positivo da existência e atuação das CIBs, tanto estaduais como regionais. Acredita-se que são instâncias de importância capital para a regulação do processo de descentralização político e administrativo do SUS.

Os elementos recorrentes e proeminentes dos estudos em questão

Embora os estudos apresentados nesta publicação possuam características distintas, tendo em vista os seus diversos escopos temáticos e metodológicos, existem algumas convergências que podem ser ressaltadas.

São diversas as evidências postas em questão a partir das opiniões e dos discursos considerados no conjunto desses estudos, no entanto, existem três problemáticas que são exaustivas, recorrentes e proeminentes:

- insuficiência e/ou deficiência das políticas e estratégias de formação de pessoal, principalmente para aqueles dirigentes e técnicos que atuam no âmbito da gestão municipal de saúde;
- pouca utilidade e aplicabilidade de tecnologias e instrumentos de gestão, notadamente aqueles referidos ao planejamento, à programação e à regulação da oferta de serviços; e
- instabilidade e alta rotatividade de gestores de saúde, com o comprometimento da permanência, continuidade e longitudinalidade das políticas públicas de gestão setorial.

É claro que, para uma caracterização mais criteriosa do que poderia ser considerada uma gestão de boa qualidade, muitas outras questões poderiam ser tematizadas. Os estudos ora apresentados estão repletos de questões dessa natureza.

As várias questões problematizadas nos estudos podem servir para ilustrar um entendimento comum, embora parcial e incompleto, sobre noções de qualidade para a prática de gestão governamental no SUS.

Convém destacar que tais questões, mesmo quando problematizadas, são apresentadas na perspectiva da inovação, do crescimento, da consolidação e da legitimação do SUS. Afinal, a gestão governamental do SUS é essencialmente uma prática social de âmbito setorial, cujo valor de uso refere-se a uma intermediação (direção, comando, condução e difusão) das políticas públicas de saúde. A direcionalidade das políticas de saúde está estabelecida em lei (fundamentos ético-normativos e estratégias de horizonte), compete aos seus gestores a garantia e viabilização de um direito social de relevância pública, a partir de sua factibilidade, sustentabilidade, responsividade e utilidade em condições reais.



A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada
na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde
pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Normalização, revisão, editoração, impressão e acabamento)
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, março de 2006
OS 0435/2006