



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

DENISE ELAINE GAROZI

**Perfil do gestor municipal da saúde e a percepção da
Estratégia Saúde da Família – DRS IX – Marília/SP**

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Junior

**Botucatu
2014**

DENISE ELAINE GAROZI

Perfil do gestor municipal da saúde e a percepção da
Estratégia Saúde da Família – DRS IX – Marília/SP

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva –
área de concentração Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Junior

Botucatu
2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 8/5651

Garozi, Denise Elaine.

Perfil do gestor municipal da saúde e a percepção da Estratégia Saúde da Família – DRS IX – Marília-SP / Denise Elaine Garozi. - Botucatu, 2014

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Antonio Luiz Caldas Junior.

Capes: 40602001

1. Cuidados primários de saúde. 2. Saúde - Administração. 3. Família - Saúde e higiene. 4. Programa Saúde da Família (Brasil).

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Gestão em saúde; Saúde da família.

DENISE ELAINE GAROZI

Perfil do gestor municipal da saúde e a percepção da
Estratégia Saúde da Família – DRS IX – Marília/SP

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Junior.

Comissão examinadora:

Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Junior
FMB - UNESP

Prof^a. Dr^a. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte
FMB - UNESP

Prof^a. Dr^a. Roseli Ferreira da Silva
Universidade Federal de São Carlos

Prof^a. Dr^a. Edinalva Neves Nascimento
UNESP/Marília

Botucatu/SP, 29 de outubro de 2014.

Dedicatória

*Aos meus pais, Devanir e Célia,
pelo incentivo em buscar novos
conhecimentos e por ensinarem
que o saber jamais nos será
"roubado"...*

*Aos meus irmãos, Céli e Luís
Fernando, por participarem dos
momentos mais difíceis deste estudo,
e em especial ao meu irmão pelo
apoio na realização das entrevistas, e
companhia nos caminhos
desconhecidos...*

*E a todos os Gestores da Saúde,
que lutam por um SUS
melhor!*

Agradecimentos

Obrigada a Deus, por me proteger, fortalecer e realizar os meus sonhos mais secretos...

Ao Prof. Dr. Caldas, que me acolheu e não mediu esforços para me incentivar na busca de meu sonho. Agradeço, em especial, pela sua paciência e sabedoria. Um homem íntegro, que luta pelo bem estar das pessoas e consegue transmitir seus conhecimentos e valores aos que o rodeiam. Obrigada pela confiança, apoio e superação! Minha eterna gratidão.

Às Professoras Doutoras Roseli Ferreira da Silva, Marli Teresinha Cassamassimo Duarte e Edinalva Neves Nascimento por participarem da banca de qualificação, pela disponibilidade e contribuições fornecidas na adequação deste estudo.

À Enf. Cássia Regina Fernandes Biffe Peres por ser o elo entre a discente e o orientador. Muito obrigada!

À Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, por acreditar e capacitar profissionais da saúde.

Aos funcionários do Comitê de Ética em Pesquisa-UNESP, em especial Alberto Santos Capelluppi.

Às Bibliotecárias Rosemeire Aparecida Vicente e Luciana Pizzani.

Aos funcionários do Departamento de Saúde Pública da UNESP Botucatu, em especial à Lucilene Cabral.

Ao corpo docente da Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNESP.

Ao Departamento Regional de Saúde de Marília (DRS IX) pela atenção e autorização deste estudo.

À Enf. Akemi Fuonke Ferreira e ao Dr. Manoel Geraldo Ferreira pelo apoio dado à pesquisa.

Aos Secretários Municipais de Saúde, em especial aos participantes desta pesquisa.

Aos meus amigos de viagens e lutas compartilhadas, Fernando Garbi e Sílvia Vasconcellos.

À Prof. Elza de Fátima Ribeiro Higa que sempre me incentivou na realização do mestrado e colaborou na revisão do pré-projeto de pesquisa.

Ao amigo e Prof. Julio Yukawa Morita, pelo apoio na língua inglesa.

À profissional Joaneze Murata por me ouvir e partilhar da ansiedade, nos momentos finais desta pesquisa.

Enfim, a todos os familiares, amigos e colegas de trabalho que compreenderam a minha ausência, e que me apóiam no crescimento profissional.

"Tudo posso Naquele que me fortalece."

(Filipenses 4:13)

Resumo

Garozi, Denise Elaine. Perfil do gestor municipal da saúde e a percepção da Estratégia Saúde da Família – DRS IX – Marília-SP / Denise Elaine Garozi. - Botucatu, 2014

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se política oficial do Ministério da Saúde na década de 1990 e, definiu uma equipe mínima e uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde visando um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. O objetivo deste estudo foi analisar os perfis de secretários municipais de saúde de um Departamento Regional de Saúde (DRS) e suas percepções sobre a implantação da ESF. A partir da hipótese norteadora de que a formação e as ações dos gestores locais de saúde podem ter impacto nas políticas públicas, surgiu a proposta de investigar quem é, na atualidade, o secretário da saúde. Este é um estudo de natureza qualitativa, tipo de pesquisa exploratória. Foi realizado em duas etapas, sendo que a primeira etapa da pesquisa consistiu na coleta de dados sobre o perfil do gestor municipal da saúde. E, a segunda etapa, através de uma amostra intencional, foram realizadas entrevistas, com questões semi-estruturadas, versando sobre a implantação da ESF, e os dados foram submetidos à análise qualitativa por meio da técnica de análise de conteúdo. Como resultado, caracterizou-se o perfil dos gestores, os quais são adultos jovens e apresentam elevada formação, com nível superior completo na área da saúde e pós-graduação. Os gestores aprovam a ESF e apontam as fortalezas e dificuldades desta modalidade na APS. Conclui-se que a grande expectativa resulta na preocupação dos gestores quanto à formação e capacitação dos profissionais para atuarem com competência na APS. Espera-se com este estudo, gerar pesquisas mais amplas sobre as políticas inovadoras no SUS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Saúde da Família.

Abstract

Garozi, Denise Elaine. Municipal health manager profile and the perception of the Family Health Strategy - RHD IX - Marilia-SP / Denise Elaine Garozi. - Botucatu, 2014

The Family Health Strategy (FHS) has become official policy of the Ministry of Health in the 1990s and it defined a minimal staff and a new logic for the health work process aiming a model centered on the problems of individuals and their families. The objective of this study was to analyze the profiles of municipal health secretaries of a Regional Health Department (RHD) and their perceptions about the implementation of the FHS. From the guiding hypothesis that the formation and actions of local health managers can have an impact on public policy, it was proposed to investigate who is, at present, the secretary of health. This is a qualitative study, type of exploratory research. It was conducted in two steps, with the first step of the research consisted of the collection of data of the municipal health manager. And the second step, through an intentional sample, interviews were conducted with semi-structured questions, about the implementation of the FHS, and the data were subjected to qualitative analysis through content analysis technique. As a result, it was characterized the profile of managers, who are young adults, with college degrees in health and post graduation. Managers approve the FHS and point out the strengths and difficulties of this modality in PHC. We conclude that the high expectation results in the concern of managers in the formation and training of professionals to work with competence in PHC. It is hoped that this study generates more extensive research on innovative policies in the Health System.

Keywords: Primary Health Care; Health Management; Family Health.

Lista de Figuras

Figura 1 - Estado de São Paulo segundo Departamentos Regionais de Saúde, 2012.	44
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos Secretários Municipais da Saúde entrevistados, segundo sexo e faixa etária, DRS IX Marília-SP, 2013.	55
Tabela 2 – Distribuição dos Secretários Municipais da Saúde, segundo tempo de trabalho na função, DRS IX Marília-SP, 2013.	56
Tabela 3 – Distribuição dos Secretários Municipais da Saúde entrevistados, segundo escolaridade, DRS IX Marília-SP, 2013.	57
Tabela 4 – Distribuição dos Secretários Municipais da Saúde entrevistados, com formação em nível superior completo, segundo categorias profissionais de saúde, DRS IX Marília-SP, 2013.	58
Tabela 5 – Distribuição do perfil dos nove Secretários Municipais da Saúde entrevistados na segunda etapa da pesquisa, DRS IX Marília-SP, 2013.	59

Lista de Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais da Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
DOE	Diário Oficial do Estado
DRS	Departamento Regional de Saúde
EAB	Equipes de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
GVE	Grupo de Vigilância Epidemiológica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto

PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

Sumário

1. INTRODUÇÃO	18
1.1 O Sistema Único de Saúde: fundamentos e diretrizes	18
1.2 A Estratégia Saúde da Família	25
1.3 Gestores Municipais da Saúde no Brasil	31
2. OBJETIVOS	41
3. MÉTODO	43
3.1 Tipo de estudo	43
3.2 Cenário da pesquisa	44
3.3 Primeira Etapa do Estudo	47
3.3.1 População	47
3.3.2 Coleta de dados	47
3.4 Segunda Etapa do Estudo	48
3.4.1 Sujeitos	49
3.4. 2 Coleta de dados	49
3.4. 3 Análise dos dados	50
3.5 Realização do Pré-teste do questionário e roteiro da entrevista	53
3.6 Equipamentos, materiais permanentes e outros investimentos necessários	53
3.7 Procedimentos Éticos	53
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
4.1 Perfil dos Secretários Municipais de Saúde - Primeira Etapa.	55
4.2 Perfil dos Secretários Municipais de Saúde - Segunda Etapa.	58
4.3 A palavra dos Secretários Municipais de Saúde	60
4.3.1 Gestor Municipal da Saúde: perfil e caracterização	60
4.3.2 Gestor Municipal da Saúde e a ESF.	65
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	85
ANEXO A	92
APÊNDICE A	93
APÊNDICE B	94
APÊNDICE C	95

Interesse pela pesquisa

A história acadêmica e trajetória profissional da pesquisadora contribuíram com a ideia deste estudo. Com formação no curso de Enfermagem, pós-graduação em Aprimoramento Básico em Saúde Mental, Especialização em Saúde da Família, Especialização em Gestão de Hospitais e Sistemas de Saúde, e Aperfeiçoamento em Formação de Facilitadores de Educação Permanente, surgiram várias inquietações.

Através da experiência de trabalhar durante 15 anos e meio na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Marília-SP, sendo: sete anos, como Enfermeira junto à primeira equipe de Saúde da Família do município de Marília-SP, com início no ano de 1998, e oito anos e meio na Coordenação/Apoio da ESF, no mesmo município, foram vivenciadas as práticas de implantação e construção do processo de trabalho nas equipes e participação como membro técnico na organização desta nova modalidade de trabalho coletivo.

Tais vivências colaboraram na reflexão sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), a qual passa por constantes e diversas transformações. Considerada como “a porta de entrada” preferencial do sistema de saúde, pode-se afirmar que a APS torna-se complexa e necessita de recursos humanos capacitados para executar suas funções. Olhando para o Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se que este é constituído por: organogramas, fluxogramas, protocolos, relatórios de gestão, trabalho em equipe, assessorias, conselhos de saúde, diversas esferas de gestão, inserção das instituições de ensino, participação social, projetos, estabelecimentos de saúde, entre outros. Frente ao cenário da prática cotidiana na APS, surgiram várias curiosidades e indagações: se a formação e capacitação dos principais “articuladores da rede SUS” estão relacionadas com a gestão em saúde; se há compreensão dos gestores públicos sobre a implantação das novas políticas de saúde em nosso país; se existe a preocupação dos gestores locais em adquirirem saberes técnicos, administrativos e políticos; como se dá a

participação da universidade na formação dos gestores em saúde. Enfim, são inúmeros os incômodos, mas pontua-se a pergunta norteadora: quem são os gestores municipais de saúde e como contribuem na implantação de políticas inovadoras?

Com os valores e conhecimentos adquiridos anteriormente e, conhecendo a história da saúde pública do Brasil, surge a proposta de investigar quem é, na atualidade, o gestor local da saúde; além de fornecer elementos de reflexão aos cidadãos e usuários do SUS, às Secretarias de Saúde, às universidades e a quem possa interessar, viabilizando ou não inovadoras práticas na APS marcadas pelo compromisso com as necessidades e demandas da população.

Conforme a Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), pode-se afirmar que o Pacto pela Saúde, entendido como um conjunto de reformas institucionais entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do SUS, avança na efetivação do controle social ao determinar que os gestores assumam publicamente suas responsabilidades; e que, os “termos de compromisso de gestão”, os quais devem ser aprovados nos respectivos conselhos de saúde, implicarão na qualificação dos processos de planejamento, programação e avaliação das políticas de saúde.

Uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, implica no trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. Coloca em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Esta pesquisa exibirá, na introdução uma contextualização sucinta do SUS, seus princípios e diretrizes; e trará a adesão da Estratégia Saúde da Família no Brasil, as facilidades e dificuldades de implantação. Além disso, será abordado o perfil dos secretários

municipais de saúde no Brasil. Os objetivos e o método da pesquisa apresentados, foram essenciais na análise e discussão dos resultados. Boa leitura e reflexão!



1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - FUNDAMENTOS E DIRETRIZES

Dentre as origens do SUS, vamos encontrar com destaque, em 1978, a Conferência de Alma Ata, onde o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) foi conjuntamente consolidado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e outras entidades, como proposta de estratégia política mundial para desenvolvimento social (DIESFELD, 1997). Resultado de um processo de discussão de vários anos, a Declaração de Alma Ata afirmou a saúde como um direito humano universal e estabeleceu como princípios a equidade, o envolvimento comunitário, a prioridade à prevenção, o uso de tecnologia adequada e a abordagem intersetorial (WHO/UNICEF, 1978).

A APS foi, por conseguinte, definida pela OMS como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato com os indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WHO/UNICEF, 1978).

No Brasil, o SUS foi imaginado e modelado graças à ampla mobilização da sociedade, da intelectualidade acadêmica e de profissionais de saúde, em um processo crescente que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que aprovou a proposta de criação de “um sistema único de saúde” (CUNHA e CUNHA, 2001).

Cabe lembrar que, antes da criação do SUS, o Ministério e as Secretarias Estaduais de Saúde desenvolviam quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e

prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, e a assistência à saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e seus dependentes, não tendo caráter universal (SOUZA, 2002a).

Segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS, 2009), em 1988, o SUS foi consagrado pela Constituição Federal, estabelecendo a saúde como um dever do Estado e um direito de cidadania, que equivale ao direito à própria vida. No contexto do SUS, as ações e serviços de saúde constituem um direito social que deve ser assegurado pelo Estado e gerido sob responsabilidade das três esferas autônomas de governo (federal, estadual e municipal), conforme o pacto federativo brasileiro. O SUS segue uma mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos, em todo o território nacional. Não se trata, portanto, de uma prestação de serviço ou uma instituição, mas de um “sistema” estruturado em nível nacional, composto por unidades, serviços e ações que interagem, objetivando um fim comum, baseado nos seguintes princípios doutrinários (CONASEMS, 2009):

- **Universalidade** – A saúde entendida como um direito de todos e um dever do Estado, sem distinções, restrições e qualquer custo.
- **Integralidade** – As ações de saúde combinadas e voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de cada cidadão: o SUS tem obrigação de oferecer atenção integral à saúde, de forma individual e/ou coletiva, em todos os níveis de complexidade.
- **Equidade** – O SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, tratando diferentemente os diferentes para atingir a igualdade e as necessidades de saúde.

- **Participação social** – A Constituição Brasileira garante a participação dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços no processo de formulação das políticas de Saúde, assim como no controle de sua execução, que é exercido por meio dos conselhos e das conferências de saúde, obrigatórios nas três esferas de governo.

A organização do sistema de saúde também deve seguir alguns preceitos ou diretrizes (CONASEMS, 2009):

- **Regionalização** – A rede de serviços do SUS deve ser planejada e organizada no contexto de uma área delimitada, de modo a permitir o conhecimento dos problemas locais e identificação das prioridades de intervenção. Garante-se assim o acesso de todos os cidadãos a ações que resolvam seus problemas de saúde, sejam individuais ou coletivos, otimizando-se os recursos disponíveis. A regionalização é um pressuposto que orienta a descentralização das ações e serviços de saúde, os processos de negociação e pactuação entre os gestores, além da identificação e construção das “Regiões de Saúde”.

- **Hierarquização** – O acesso da população à rede do SUS deve se dar por meio dos serviços de Atenção Básica, que precisam estar qualificados para o atendimento e a resolução dos principais problemas dos usuários. Os problemas que não puderem ser solucionados na Atenção Básica devem ser encaminhados aos serviços de maior complexidade, também conhecidos como atenções secundária e terciária ou como atenção especializada. Esses serviços devem se articular entre si e criar condições para haver complementaridade de ações, segundo as necessidades da atenção básica, ordenadora e coordenadora da rede de atenção, aumentando a resolubilidade e contribuindo para a Integralidade. Para isso, é necessário planejamento estratégico e normativo da região de saúde, que materialize a rede de atenção, suas prioridades, seus pactos de cuidado incluindo seus fluxos e instrumentos, seus mecanismos reguladores, seus sistemas logísticos e de apoio, sendo essa uma das atribuições dos CGR - Colegiados de Gestão Regional.

- **Resolubilidade** – Cada serviço deve ser responsável por resolver os problemas de saúde que lhes são apresentados pelos usuários ou pelo conjunto da comunidade, de acordo com sua estrutura e capacidade tecnológica, acolhendo os usuários de saúde na referência e na contra-referência.
- **Descentralização** – Baseia-se no entendimento de que a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde deve ser distribuída entre as esferas de governo, considerando-se que a chance de acerto de uma decisão será maior se ela for tomada por quem está próximo do fato que a mobiliza. A principal estratégia de descentralização adotada pelo SUS foi a municipalização da saúde, materializada pelo “comando único” sobre o Sistema de Saúde, que reforça o poder municipal sobre a gestão da saúde.

De acordo com Barbara Starfield (2002), as principais características da APS são:

- Constituir a **porta de entrada** do serviço — espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Dessa forma, a autora fala que a APS é o Primeiro Contato da medicina com o paciente.
- **Continuidade** do cuidado — a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de *longitudinalidade*.
- **Integralidade** — o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhada a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua co-responsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.

- **Coordenação** do cuidado — mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que portanto têm pouco diálogo entre si.

Para que se possa discutir o papel de cada esfera de governo no SUS é importante definir quais são as funções gestoras no SUS e quem são seus gestores em cada esfera de governo. Os gestores do SUS são, pois, aqueles nomeados para o desenvolvimento das funções executivas da saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde (CONASS, 2003a).

Segundo o Conasems (2009), é muito importante harmonizar a vitoriosa proposta política de governo do prefeito eleito com as demandas da comunidade, da sociedade organizada, dos trabalhadores da saúde, e com os demais atores políticos no município. O gestor da saúde que administra com responsabilidade garante um permanente espaço para a articulação entre a secretaria municipal de saúde e estes atores, com base nas atribuições constitucionais. Nesta tarefa é fundamental a participação do Prefeito Municipal.

Essa afirmação pode ser constatada por meio da redação contida na Constituição Federal (BRASIL, 1998):

CF - **Art. 23.** É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

I - zelar pela guarda da Constituição, das leis e das instituições democráticas e conservar o patrimônio público;

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.

CF - **Art. 30.** Compete aos Municípios:

I - legislar sobre assuntos de interesse local;

(...)

VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

(...).

O Processo de implantação do SUS tem sido orientado por instrumentos chamados Normas Operacionais, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios possam assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do Sistema (CONASS, 2003a).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde. O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". Neste sentido, atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

I -Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012a).

O SUS vem inovando e aposta em um novo modo de trabalho – o coletivo, confrontando com a “persistente hegemonia médica e assistência curativa”. Esta nova modalidade de ação exige que exista vínculo com o usuário SUS, sua família e comunidade, que o planejamento de ações seja descentralizado, que os processos de trabalho sejam revistos e diversificados, com incorporação de novos profissionais e de suas relações. Estas exigências e a busca de experiências exitosas nacionais e internacionais apontaram já nos anos 90, para a consolidação de uma nova estratégia de condução dos cuidados à saúde no SUS, denominada “Saúde da Família” (BRASIL, 2011b).

Com o incentivo do Ministério da Saúde, através de portarias e programas de valorização da APS, ocorre o fortalecimento da descentralização no SUS com impacto importante para os municípios, principalmente no que diz respeito à responsabilização de ações voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

1.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família - PSF teve início quando o Ministério da Saúde formulou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebeu a importância dos agentes nos serviços básicos de saúde no município e começou a enfocar a família, e não somente o indivíduo, como unidade de ação programática de saúde, introduzindo a noção de cobertura por família (ROSA; LABATE, 2005).

Adotada no Brasil como elemento fundamental para a organização do modelo de atenção do SUS, a Estratégia de Saúde da Família – ESF – teve seu início com a instituição do PACS, que foi concebido, entre outras finalidades, para servir de elo entre a comunidade e

os serviços de saúde. Aconteceu, a princípio, em municípios com grande extensão rural e poucos recursos para realizar suas ações de saúde. Essa experiência permitiu maior veiculação de informações importantes para as ações de vigilância e para a própria organização da atenção à saúde nos municípios, favorecendo a gestão dos processos de descentralização e regionalização do SUS. Tornou-se política oficial do Ministério da Saúde em 1991, com a criação do PACS em todo o território nacional. Em 1994, tendo como referência as experiências desenvolvidas em países como Canadá, Cuba e Inglaterra, e em função dos bons resultados obtidos com o PACS, criou-se o PSF, que define uma equipe mínima e uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde visando um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. O PSF significou a adoção de uma postura mais ativa das Equipes de Saúde frente aos riscos e danos aos quais as populações dos territórios sob sua responsabilidade se viam submetidas (FARIA et al., 2008).

A ESF implica a implementação de uma série de ações que apontam para a reorientação do modelo de atenção, em que a atenção básica é a porta de entrada de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, com a garantia dos direitos de acesso à informação e às ações de atenção integral, com referência e contra-referência aos demais níveis do sistema, e com estímulo ao controle social. Nesse sentido é importante frisar o seu caráter de substituição de outros modelos de organização da atenção básica. A substituição somente ocorre, de fato, quando há um compromisso dos gestores e dos profissionais com a mudança proposta, que implica, entre outras coisas, mudança do processo de trabalho e da postura diante dos problemas e demandas da população. Caso contrário, corre-se o risco de se ter Equipes de Saúde da Família atuando exatamente nos moldes do modelo que se deseja superar (FARIA et al., 2008).

O Ministério da Saúde lançou o PSF como Política Nacional de Atenção Básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência

primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. E, desde 2006, reconhece-se que a Saúde da Família não é apenas mais um Programa, mas sim uma Estratégia para uma APS qualificada e resolutiva. Percebendo a expansão da ESF, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2007), estabelecendo que a Saúde da Família é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus fundamentos *possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade*, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Como consequência de um processo de desospitalização e humanização do SUS, tem como ponto positivo à valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar.

O SUS, a partir de 1994, fez uma opção ousada pela saúde da família. A visão da ESF implica a superação dos enfoques mais restritos da APS seletiva ou como o primeiro nível de atenção de uma rede de atenção à saúde. Além disso, carece superar os problemas que têm impedido a institucionalização da APS como estratégia: a fragilidade institucional, a baixa densidade tecnológica, a carência de infra-estrutura adequada, a baixa profissionalização da gestão, os problemas educacionais na graduação e na pós-graduação, os problemas nas relações de trabalho, a carência de políticas de carreiras e salários; a fragilidade do trabalho multiprofissional; e as deficiências dos modelos de atenção à saúde. Não obstante esses problemas, a APS cobre, com esse modelo, mais de 50% da população brasileira (OPAS, 2011).

A ESF é, pois, um elemento dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde. A velocidade de expansão da Saúde da Família no Brasil indica a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita

a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. A Saúde da Família é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, residentes em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as Equipes Saúde da Família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2012b).

A ESF visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o PACS. Tal Portaria pontua os itens necessários à ESF (BRASIL, 2012a):

I - Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família - eSF) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes

comunitários de saúde, podendo se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal;

II - Número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por eSF, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada eSF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma eSF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas eSF e com carga horária total de 40 horas semanais; e

V - Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da eSF, à exceção dos profissionais médicos. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na eSF, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

A nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou no reconhecimento de

um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de eSF, houve a inclusão de Equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e eSF para as Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2012a).

Apesar da clara importância das condições ambientais e sociais, incluindo nutrição e habitação, o melhor acesso aos serviços de saúde faz a diferença, particularmente para aqueles que têm sido relativamente privados deles. As melhorias no acesso à atenção em virtude da aprovação de legislação para fornecer financiamento e/ou serviços para a atenção de indivíduos socialmente desfavorecidos são seguidos por melhoras na saúde. Os exemplos incluem taxas de mortalidade neonatal mais baixas, através de intervenções que reduzem o estresse no trabalho de mulheres gestantes e a atenção pré-natal regionalizada (STARFIELD, 2002).

No Brasil, em que pesem mais de duas décadas de experimentação da ESF, têm sido verificados problemas e desafios que apontam para a necessidade de se produzir avanços no que se refere a questões estruturais, a exemplo do financiamento insuficiente, da ausência de política de pessoal, da coexistência de modelo de unidades básicas e de ESF, da capacidade da ESF se constituir, de fato, no ordenador e organizador do sistema de saúde. Além disso, tem sido apontada a necessidade de se alterar a gestão processos de organização do trabalho das equipes de saúde da família, superando-se a tradicional organização por profissões, avançando-se na experimentação de trabalho em equipe interdisciplinar (BRASIL/PNH, 2010).

A transição do ‘PSF’ para a ESF é relevante, e as novas legislações contribuem para a expansão da ESF no Brasil. Com a implantação de novas equipes – NASF,

Consultórios na Rua e outras - a acessibilidade ao cidadão é facilitada, porém há que se pensar nos problemas e desafios levantados a partir do trabalho coletivo. Frente a esta mudança de ‘estratégia’ no SUS, cabe analisarmos quem são os gestores municipais da saúde que vem realizando este processo de adesão, implantando unidades e ESF.

1.3 GESTORES MUNICIPAIS DA SAÚDE NO BRASIL

Segundo Miranda (BRASIL, 2005), 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. Além disso, reforça que 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 (BRASIL, 2005b).

A atuação do gestor do SUS efetiva-se por meio do exercício das funções gestoras na saúde. As funções gestoras podem ser definidas como “um conjunto articulado de saberes e

práticas de gestão, necessários para a implementação de políticas na área da saúde” (SOUZA, 2002b).

Podem-se identificar quatro grandes grupos de funções – macro-funções gestoras na saúde. Cada uma dessas compreende uma série de subfunções e de atribuições dos gestores (SOUZA, 2002b):

- a. formulação de políticas/planejamento;
- b. financiamento;
- c. coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados);
- d. prestação direta de serviços de saúde.

Na macro-função de formulação de políticas e planejamento, estão incluídas as atividades de diagnóstico da necessidade de saúde, a identificação das prioridades e a programação de ações (SOUZA, 2002b).

Segundo o CONASEMS - ao compor sua equipe, o secretário municipal de saúde deve ter em vista que a instituição que dirige é a responsável por assumir a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde do SUS no âmbito municipal. Assim, deve selecionar profissionais capazes de conduzir política e tecnicamente as questões relacionadas à área da saúde. A equipe deve estar apta a lidar com planejamento, administração, organização e o financiamento dos serviços, além de desenvolver políticas intersetoriais, integrando Saúde, Educação, Saneamento, Meio Ambiente, Transporte, Segurança e outros setores. Na medida do possível, é desejável, ainda, que especialistas em Saúde Pública componham as equipes. Torna-se essencial o investimento do setor público na formação dos profissionais que atuam no SUS (BRASIL, 2009).

Para o Conasems (2009), é muito importante que o secretário possua uma boa sustentabilidade e representação política no governo municipal, mas a gestão do SUS não

possui apenas a perspectiva política. O conhecimento técnico em saúde pública e de planejamento estratégico são as bases para uma boa governabilidade. O gestor deve permanentemente se manter atualizado acerca das questões técnicas de maior relevância.

Na busca de informações sobre os perfis dos secretários da saúde, encontramos poucos estudos realizados. A seguir, veremos alguns estudos encontrados na revisão da literatura sobre os gestores municipais de saúde no Brasil.

Na década de 90, sobre este tema, Fleury et al (1997) realizaram pesquisa partindo da hipótese de que a descentralização, poderia estar induzindo modificações na composição e na direcionalidade do poder local, através de alterações provocadas no perfil do gestor e no processo de gestão. Para verificar esta hipótese, o gestor foi investigado em seus perfis sócio-econômico e profissional. Um questionário foi enviado aos 4.973 municípios brasileiros, sendo que o índice de retorno foi de 28,6%, ou seja, de 1.422 questionários.

Os dados revelaram que a maioria dos secretários (68,5%) tinha idade entre 30 e 50 anos e forte presença feminina (39,7%), embora minoritária. A maioria dos gestores nasceu em municípios distintos daquele que exercia o cargo (67,5%), revelando a mobilidade intermunicipal. A maioria expressiva apresentou no mínimo, o nível superior completo (73%), sendo que destes, 72,5% eram da área biológica-médica – 42,7% formados em medicina e os demais formados principalmente em odontologia (11,3%) e em enfermagem (10,4%). Quase a metade dos secretários (43,2%) nunca tinha exercido a função, sendo que a maioria ocupava o cargo pela primeira vez (83,4%) (FLEURY et al., 1997).

No estado de Mato Grosso, Rocha (2003) realizou uma pesquisa em 2003, procurando identificar a adesão dos gestores municipais ao ‘PSF’. Foram realizadas entrevistas com gestores da saúde, em municípios onde o programa estava implantado há mais de um ano e que os profissionais estavam participando do processo de capacitação. Concluiu-se que os gestores apresentaram algumas características em comum: naturais de outros

Estados; com experiência em administração pública não tinham formação na área da saúde; desempenhavam papel atuante na sociedade, através da participação em conselhos e entidades de serviço; tinham dedicação exclusiva à secretaria e sentiam-se apoiados no desempenho dos trabalhos, tanto pelas autoridades públicas, quanto pelos órgãos federal e estaduais, assim como pela comunidade (ROCHA, 2003).

Com relação às motivações para implantar o ‘PSF’ foram apontados a necessidade do desenvolvimento de trabalhos preventivos e os incentivos financeiros oferecidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde. Relacionou-se sua importância à facilidade de acesso da população aos serviços, à humanização da saúde e à realização das atividades preventivas. Dentre as dificuldades de execução do programa, foram destacadas: a falta de perfil adequado do profissional médico e a dificuldade de trabalhar em equipe. Além de outras, não menos importantes como: a rotatividade dos profissionais por questões financeiras, o descrédito cultural no funcionário público e o desconhecimento de orientações específicas para edificar e equipar as unidades de saúde.

Constatou-se ainda que, os gestores eram extremamente dedicados ao cargo, entusiasmados com a proposta do ‘PSF’, sentiam vontade de ampliar as ações, implantar mais equipes e conferir resolutividade ao serviço de saúde. Porém, ao mesmo tempo, se sentiam frustrados com as atitudes dos profissionais, em especial o médico (ROCHA, 2003).

Vilar (2005), buscando responder a pergunta “Quem são os gestores de saúde do Estado do Rio Grande do Norte?” realizou uma pesquisa, por meio de 127 questionários, sobre características sociais e profissionais dos secretários municipais de saúde (gestão iniciada em 2005) do Estado do Rio Grande do Norte, além de identificar aspectos relevantes para o planejamento dos processos de capacitação destinados à qualificação da gestão municipal. Verificou-se que: a maioria era do sexo feminino (63%), com mais de 40 anos de idade (predominando a faixa etária entre 41 e 50 anos), possuía curso universitário (71%),

com predominância nos cursos de enfermagem, odontologia e medicina; no entanto, também foram identificadas ciências humanas e sociais e a grande maioria não participou de processos de capacitação na área da gestão em saúde. Outra informação relevante deste estudo, é que a maior parte dos secretários (53%) exercia o cargo pela primeira vez. Para esta autora, é importante caracterizar os gestores municipais de saúde, pois significa identificar e compreender suas necessidades, na perspectiva de proporcionar processos educativos mais adequados às suas exigências.

Pinto Sobrinho (2006), com o objetivo de identificar o perfil da formação profissional de gestores das Secretarias Municipais da Saúde do Rio Grande do Sul na gestão 2004/2008 buscou criar subsídios para o desenvolvimento de capacitações específicas. Concluiu que: frente à inserção da mulher nos postos de trabalho e no mundo da política, não houve distinção de gênero para ocupação do cargo de Secretários Municipais; 61% dos gestores eram graduados academicamente; a maioria era jovem, com ensino superior completo voltado para área da saúde, e, em menor grau, para áreas administrativas; em geral, atuavam ou já haviam atuado em sua área e tinham em média 20 anos de experiência. Os municípios de menor porte comportavam gestores sem nenhum tipo de formação específica, contemplando profissões das mais variadas: balconista de farmácia, motorista, fotógrafo, agricultor, desenhista, policial, corretor de imóveis, vigilante, representante comercial entre outros. A maioria nunca estivera em exercício de atividade pública como gestor. Indicavam que o nível satisfatório da saúde em seus municípios se devia a um fator preponderante: o envolvimento das equipes com o trabalho.

Também no Estado de Mato Grosso, Luna (2008) realizou pesquisa sobre o Perfil dos Gestores Municipais de Saúde, em 52,4%, dos 141 Gestores Municipais de Saúde. Concluiu-se que: a maioria dos Secretários (75,5%) tinha idade entre 30 e 49 anos e 55,4% do sexo feminino; 24,3% eram mato-grossenses e 39,1% tiveram a sua última procedência fora

do estado; a quase totalidade (95,7%) morava no município que exercia o cargo; grande parte possuía o ensino superior completo ou não (66,2%); mais da metade (52,7%) referiram estar exercendo profissões fora da área da saúde antes de ocupar o cargo de gestor; mais da metade (60,7%) apresentaram trajetória profissional com mais de uma função desempenhada; quase dois terços (63,5%) disseram conhecer parcialmente o SUS, 21,6% muito bem e 13,5% conheciam pouco; mais da metade (52,7%) nunca trabalhou no sistema público de saúde; dos que trabalharam no SUS, 64,7% exerceu funções técnicas e apenas 29,4% desempenhou função de gestor; grande parte (64,9%) ocupava pela primeira vez o cargo. Constatou a existência de um déficit parcial de formação e de experiência para ocupar o cargo de Gestor do Sistema Municipal de Saúde.

Luna (2008) também constatou que a maioria dos Gestores (87,8%) reconhece a ESF como importante mudança introduzida no SUS pela PNAB, valorizando e mantendo o que foi feito, bem como com uma concepção mais avançada sobre a estratégia, ou seja, não somente para as regiões e pessoas mais pobres; e que pode ser ofertada não de forma improvisada.

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 (BRASIL, 2005b).

Em âmbito nacional, 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, no período de 2001 a 2008, envolvendo prefeitos e secretários municipais da saúde, secretários estaduais, Conselhos de Secretários Municipais da Saúde (COSEMS) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Dentre os secretários municipais que responderam aos questionários e estavam em fase final de governo (em 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 início ou reinício de gestão (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 municipais de saúde enfatizaram a implantação de programas governamentais de saúde em seus municípios - com exceção daqueles secretários oriundos das regiões Norte e Centro-Oeste (BRASIL, 2005b).

Os principais problemas citados pelos secretários municipais de saúde também estavam relacionados com as condições estruturais e funcionais dos sistemas de saúde, particularmente a insuficiência do financiamento. No entanto, a citação mais frequente (42,6%) referiu-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 (BRASIL, 2005b).

Neste espaço especial de governança e ações descentralizadas, de uma nova forma de se fazer a gestão do sistema e dos serviços de saúde, ganha destaque a figura do Secretário Municipal de Saúde que, por força constitucional é o dirigente do sistema nesta esfera de governo.

Vimos que as pesquisas realizadas revelam que os gestores municipais de saúde apresentam predominância na faixa etária de 30 a 50 anos e no gênero feminino. Algumas regiões do país apresentam índice de escolaridade elevado, na formação dos secretários municipais. Entretanto, há gestores com formação na área administrativa e alguns sem formação nenhuma na área da saúde, como citado em municípios de menor porte, no Rio Grande do Sul. A maioria dos secretários exerce pela primeira vez o cargo, e são considerados extremamente dedicados à função. Como facilidades para a implantação da ESF foram pontuadas a necessidade de implantação de programas voltados à prevenção e a efetivação das diretrizes organizativas do SUS. Como pontos negativos, ressaltaram a falta de perfil adequado dos profissionais, a dificuldade do trabalho em equipe e a insuficiência do financiamento.

Justifica-se assim a realização do presente estudo que busca conhecer o perfil dos atuais gestores municipais de saúde e sua influência no desenvolvimento do SUS. Considera-se que sua formação, seus conceitos e ações podem ter impacto nas políticas públicas de

saúde municipais em nosso país, na medida em que respondem diretamente pela implantação e desenvolvimento da prioritária ESF, do conhecimento e enfrentamento dos problemas a ela relacionados e das transformações dela decorrentes.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

- Analisar os perfis dos secretários municipais de saúde de um Departamento Regional de Saúde (DRS) do interior do estado de São Paulo e suas percepções em relação à implantação da Estratégia Saúde da Família.

Objetivos específicos

1. Caracterizar o perfil dos gestores municipais de saúde quanto a sexo, idade, escolaridade, formação profissional e tempo de trabalho na função de secretário de saúde.
2. Analisar suas concepções, valores e interpretações frente às políticas públicas inovadoras em Atenção Primária à Saúde e, em particular à Estratégia Saúde da Família.
3. Analisar as facilidades e dificuldades do trabalho como secretário de saúde no âmbito da atenção primária, com foco na Saúde da Família.

3. MÉTODO

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Este é um estudo de natureza qualitativa, tipo de pesquisa exploratória com delineamento em estudo de campo.

Para Minayo (1994) a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa exploratória tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. Muitas vezes as pesquisas exploratórias constituem a primeira etapa de uma investigação mais ampla (GIL, 2008).

O delineamento refere-se ao planejamento da pesquisa e considera o ambiente em que são coletados os dados. Os estudos de campo procuram muito mais o aprofundamento das questões propostas do que a distribuição das características da população segundo determinadas variáveis. Como consequência, o planejamento do estudo de campo apresenta maior flexibilidade, podendo ocorrer mesmo que seus objetivos sejam reformulados ao longo do processo de pesquisa (GIL, 2008).

3.2 Cenário da pesquisa

A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se faz através dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Por meio deste Decreto o estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil. A Figura 1, apresentada a seguir, mostra a divisão do estado nos Departamentos Regionais de Saúde.

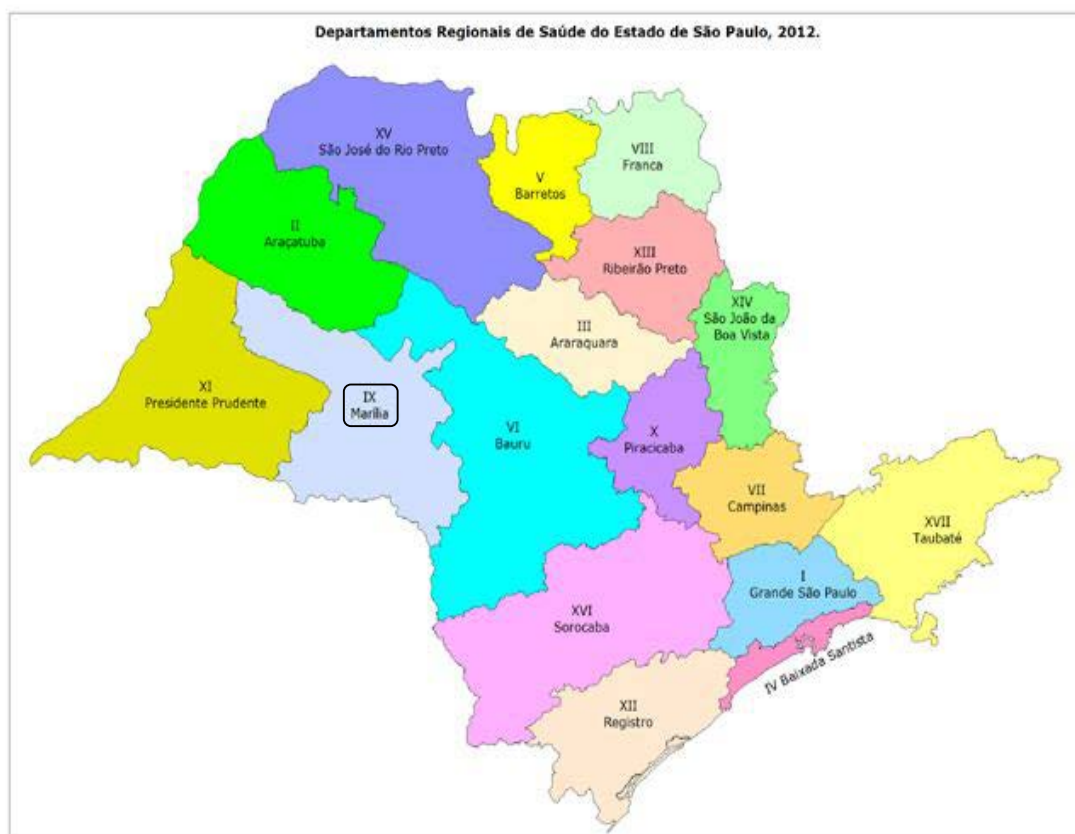


Figura 1 - Estado de São Paulo segundo Departamentos Regionais de Saúde, 2012.

O Departamento Regional de Saúde (DRS) IX – Marília/SP é constituído por 62 municípios: Adamantina, Álvaro de Carvalho, Alvinlândia, Arco Íris, Assis, Bastos, Bernardino de Campos, Borá, Campos Novos Paulista, Cândido Mota, Canitar, Chavantes,

Cruzália, Echaporã, Espírito Santo do Turvo, Fernão, Flórida Paulista, Florínia, Gália, Garça, Guaimbê, Guarantã, Herculanópolis, Iacri, Ibirarema, Inúbia Paulista, Ipaussu, Júlio Mesquita, Lucélia, Lupércio, Lutécia, Maracá, Mariápolis, Marília, Ocaçu, Óleo, Oriente, Oscar Bressane, Osvaldo Cruz, Ourinhos, Pacaembu, Palmital, Paraguaçu Paulista, Parapuã, Pedrinhas Paulista, Platina, Pompéia, Pracinha, Queiroz, Quintana, Ribeirão do Sul, Rinópolis, Sagres, Salmourão, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo, Tarumã, Timburi, Tupã, Ubatuba, Vera Cruz.

Na área geográfica do DRS IX – Marília/SP, estão presentes o Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) de Marília (com área de abrangência de 19 municípios – região de saúde de Marília) e o subgrupo de Vigilância Epidemiológica de Tupã (com área de abrangência de 18 municípios, regiões de saúde de Adamantina e Tupã); o GVE de Assis, que possui em sua área de abrangência 25 municípios (regiões de saúde de Assis e Ourinhos), além do laboratório de Saúde Pública – Instituto Adolfo Lutz.

Segundo o Mapa Regional de Saúde (2013), os 62 municípios do DRS Marília dividem-se em cinco Regiões de Saúde, com uma população estimada em 2010 (IBGE) de 1.068.468 habitantes, sendo 20,3% jovens, 65,4% adultos e 14,4% idosos; 50,5% do gênero feminino e 49,5% masculino. Na faixa etária de 65 a 80 anos e mais com relação ao total desta população temos uma maior concentração do sexo feminino, correspondendo a 55,5%. Os municípios sede das Regiões de Saúde são os que concentram as maiores populações: a região de Marília corresponde 33,8%; Assis 22,1%; Ourinhos 20,4% e Tupã 11,7% da população do DRS. A Região de Saúde de Adamantina corresponde a 12,0%, sendo caracterizada por uma maior concentração de homens na faixa etária de 15 a 49 anos, característica atribuída à presença de seis presídios masculinos na área. A maior concentração populacional dá-se no município de Marília, que apresenta o maior PIB (Produto Interno Bruto) da região, sendo município polo de desenvolvimento industrial, propiciando o

deslocamento populacional para região.

Na área de abrangência do DRS Marília destacam-se no ranking nacional de IDHM¹ (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) os municípios de Assis (0,829 - 137º), Marília (0,821 - 215º), Pedrinhas Paulista (0,819 - 240º), Pompéia (0,816 - 280º), Ourinhos (0,813 - 331º) e Adamantina (0,812 - 339º). Os piores índices neste DRS são de: Arco Iris (0,708), Guarantã (0,727), Platina (0,735), Mariápolis (0,739) e Canitar (0,738).

O atendimento de Saúde Bucal é realizado em 86,1% das UBS e a Região de Saúde de Marília tem o maior número de serviço odontológico nas UBS com 94,5% de cobertura, seguida pelas Regiões de Saúde de Tupã com 88,2%, Adamantina com 84,6%, Ourinhos com 83,7% e Assis com 74,1% das unidades.

O número de equipes de ESF cadastrado junto ao Ministério da Saúde totaliza 201, representando que 81,0% das UBS têm implantada a estratégia da Saúde da Família, garantindo a presença do agente comunitário da saúde.

A situação das Unidades de Saúde com relação aos equipamentos de urgência e emergência é preocupante, principalmente se considerarmos que a maioria dos municípios não dispõe de hospital ou outro serviço de atendimento às urgências. Entretanto, somente 128 UBS (49,6%) contam com o *kit* de urgência, imprescindível nas UBS que realizam aplicação de medicamentos e imunobiológicos injetáveis.

O DRS Marília conta na totalidade com 40 hospitais conveniados ao SUS, sendo: 31 hospitais gerais, 7 hospitais psiquiátricos, 1 hospital de cuidados prolongados neurológico e 1 maternidade, dos quais 19 hospitais estão sob gestão estadual e 21 hospitais sob gestão municipal. Há também sete hospitais privados não vinculados ao SUS.

¹ O índice de desenvolvimento humano (IDH) foi criado para medir o nível de desenvolvimento humano dos países a partir de indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (expectativa de vida ao nascer) e renda (PIB per capita), mas também é utilizado para aferir o nível de desenvolvimento humano de municípios. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDH municipal (IDHM) são mais adequados para avaliar as condições de núcleos sociais menores. No último levantamento realizado, o município brasileiro com o melhor índice alcançou 0,919 (São Bernardo do Campo – SP).

3.3 Primeira Etapa do Estudo

3.3.1 População

Esse estudo foi dividido em duas etapas, sendo que a primeira se referiu à aplicação de Questionário (Apêndice B), sem critério de exclusão por parte da pesquisadora, para a caracterização de perfil dos secretários municipais de saúde. Nesta primeira etapa, a totalidade dos secretários dos municípios situados na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde (DRS) IX – Marília/SP foi considerada, ou seja, 62 (100%) sujeitos. Entretanto, dela participaram efetivamente 43 (69,4%) gestores.

3.3.2 Coleta de dados

Foi elaborado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice A, para a aplicação do questionário. O TCLE apresentou aos Secretários Municipais de Saúde a justificativa para este estudo, os objetivos da pesquisa e os contatos necessários. Além disso, o termo salientou a importância de sua ciência e participação de livre/espontânea vontade a fim de respeitar os princípios éticos norteadores (COZBY, 2003).

Como instrumento de coleta de dados foi elaborado um Questionário (Apêndice B) para caracterização de perfil dos secretários municipais de saúde. As informações obtidas através do questionário aplicado foram codificadas e tabuladas caracterizando o perfil do gestor.

Os questionários foram enviados por meio eletrônico (e-mail), com até três tentativas, e também via correio (com autenticação de recebimento e correspondência quitada, para remissão do Termo de Consentimento e do questionário). Nesta etapa, o primeiro questionário foi enviado em 14/06/2012 e, em 18/10/2012 foi recebido o último retorno via e-mail. Entretanto, via correio foram aceitas as restituições do questionário e o Termo de Consentimento até o mês de dezembro de 2012, por ser o último mês da gestão do governo

municipal. Vale ressaltar que, a maioria dos gestores, respondeu os documentos antes das eleições (Outubro/2012). Dentre todos os convidados a participar, 19 (30,6%) sujeitos recusaram-se a responder ao questionário.

Dos questionários distribuídos, conforme já mencionado acima, foram devolvidos 43, representando um percentual de 69,4% do universo. A restituição do questionário foi maior que o de pesquisas de igual interesse, como as realizadas por Fleury et al. (1997), de abrangência nacional, que obteve 28,6% e a realizada por Luna (2008) no Mato Grosso, atingindo 52,4% de retorno. Por outro lado foi menor do que a proporção de retorno alcançada por Vilar (2005) no Rio Grande do Norte, com 77% de retorno. Considera-se positiva a restituição dos questionários e espera-se que contribua no conhecimento da realidade da gestão municipal de saúde.

3.4 Segunda Etapa do Estudo

Esta etapa caracterizou-se na realização de Entrevista para verificar as percepções em relação à implantação da ESF no município.

Durante a pesquisa vivenciou-se o período de Eleições Municipais em outubro de 2012 o que resultou na troca da maioria dos sujeitos participantes da primeira etapa da pesquisa. Devido à pesquisa qualitativa não utilizar o critério de representatividade numérica para testar conceitos teóricos, optou-se em delimitar uma amostra intencional para dar sequência à segunda etapa da investigação, de acordo com os seguintes critérios de inclusão dos Secretários Municipais de Saúde:

- Atuação há dois anos ou mais na função garantindo que o gestor municipal tenha permanecido no cargo após a troca de governo municipal (ano de 2013);
- De ambos os sexos e diversidade de idades e escolaridades;

- De municípios que aderiram à Estratégia Saúde da Família garantindo cenários que implantaram e vivenciam a ESF.

Nota-se que a amostra intencional teve o objetivo de garantir diversidade de perfis dos sujeitos. Para Gil (2008) a *Amostragem por tipicidade ou intencional* constitui um tipo de amostragem não-probabilística e consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população.

Deste modo, dos 43 secretários que participaram da primeira etapa da pesquisa, restaram 12 para a segunda etapa.

3.4.1 Sujeitos

Nesta etapa do estudo a amostra intencional resultou em 12 secretários municipais da saúde, entretanto, existiram duas recusas e uma troca de gestor durante o período, logo, totalizaram nove sujeitos para a aplicação da entrevista semi-estruturada na segunda etapa.

3.4.2 Coleta de dados

Os nove sujeitos foram contactados (via telefone) e agendada previamente a entrevista em cada município. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora nas Secretarias Municipais de Saúde, utilizando um Roteiro de Entrevista (Apêndice C) para verificar as percepções em relação à implantação da ESF no município. Gil (2008) define *Entrevista* como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social, mais especificamente, uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

As entrevistas foram gravadas após a permissão dos gestores e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice A. Cada entrevista teve uma duração média de 15 minutos.

A realização das entrevistas ocorreu no período de 17/06/2013 à 16/09/2013. No dia 17/06/13 foram percorridos quatro municípios (281 quilômetros) e realizadas três entrevistas, havendo uma recusa presencial. Em 29/07/2013 foram percorridos três municípios (264 quilômetros) e realizadas três entrevistas. Em 02/09/2013 foi visitado um município (83,7 quilômetros) e realizada uma visita. Por fim, no dia 16/09/2013 foram percorridos dois municípios (219 quilômetros) e realizadas duas entrevistas. Portanto, totalizando mais de 800 quilômetros.

3.4.3 Análise dos dados

Para a análise dos dados desta etapa da pesquisa os secretários foram identificados com a letra “S” (de 01 a 09).

Nesta segunda etapa, recorreu-se à pesquisa qualitativa e, por meio de um roteiro semi-estruturado, foi realizada a abordagem dos dados obtidos pelas entrevistas por meio da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2009). Segundo esta autora, a *Análise de Conteúdo* é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2009).

Para uma aplicabilidade coerente do método, de acordo com os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados, a Análise de Conteúdo deve ter como ponto de partida uma organização. As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos, conforme Bardin (2009):

1. A pré-análise: nesta fase, o pesquisador faz uma leitura flutuante, atividade onde se estabelece o primeiro contato com os documentos a serem analisados, deixando-se tomar contato exaustivo com o material. Além da leitura flutuante, o investigador faz a escolha dos documentos, ou seja, procede a demarcação do universo de documentos sobre os quais proceder-se-á a análise, portanto, constituindo o corpus, “conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 2009). A autora recomenda que se determine, também, a operação de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados. Como último procedimento da pré-análise, recomenda-se a preparação do material no sentido de reuni-lo, no caso, de entrevistas gravadas. Estas deverão ser transcritas na íntegra, facilitando, desta maneira, a manipulação para a análise.
2. A exploração do material: ocorre logo após a pré-análise e consiste numa fase longa de dedicação, de operações de codificação, enumeração, classificação e agregação, em função de regras previamente formuladas. Nesta fase o material é codificado, ou seja, submetido a um "processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo" (BARDIN, 2009). Para organização da codificação são necessárias três escolhas: - o recorte (escolha das unidades); - a enumeração (escolha das regras de contagem); e - a classificação e a agregação (escolha das categorias). Para realizar o recorte do material, torna-se necessária à leitura do mesmo e a demarcação dos "núcleos de sentido", ou seja, das unidades de significação. Estas unidades podem ser chamadas de unidades de registro que nada mais são

do que um segmento de conteúdo a ser considerado como unidade de base, visando à categorização. No caso de uma análise temática, o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado. Logo, fazer uma análise temática consiste em descobrir os temas que são as unidades de registro neste tipo de técnica de análise, que corresponde a uma regra para o recorte. Após o recorte, procede-se à contagem das unidades de significação, conforme as regras estabelecidas pelo codificador que, posteriormente, passará a classificá-las e a agregá-las em categorias.

3. O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: no caso de análise de conteúdo qualitativo, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. De posse destes dados significativos, o investigador poderá, então, propor inferências e interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2009).

Para Minayo (1994) a palavra *categoria*, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias, ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.

Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. Na pré-análise foram realizadas: a leitura flutuante, a escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e a preparação para a análise. Na fase de exploração, as mensagens transcritas foram analisadas e separadas em recortes que se familiarizavam quanto ao tema; e optou-se por agregar estas informações construindo assim categorias que se transformaram nos temas específicos deste estudo, como descrito adiante, nos Resultados e Discussão.

3.5 Realização do Pré-teste do questionário e roteiro da entrevista

Cabe ressaltar que após a formulação do questionário e roteiro da entrevista foi estabelecido contato por telefone e e-mail com o secretário de saúde de um município pertencente ao DRS XI – Presidente Prudente/SP, não participante da regional onde foi aplicada esta pesquisa, e solicitada a participação deste gestor na realização do pré-teste, antes da aplicação destes instrumentos.

3.6 Equipamentos, materiais permanentes e outros investimentos necessários

Foram utilizados como equipamentos e materiais permanentes: computador, impressora multifuncional, aparelho telefônico fixo (para contatos prévios às entrevistas), celular e tablet com gravador de áudio, além de veículo próprio para deslocamento entre os municípios participantes.

Além de investimentos financeiros com despesas de combustível (viagens) e correio (postagens e restituições dos documentos) foram utilizadas horas em haver do emprego, uma vez que a pesquisadora tem vínculo trabalhista celetista, ficando impossibilitada de concorrer à bolsa de estudos, tendo que repor durante dois anos (2012 a 2014) a carga horária investida na coleta de dados.

3.7 Procedimentos Éticos

O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, sendo aprovado sob o Protocolo CEP 4268/2012 (Anexo A). Para a realização do estudo buscou-se a autorização do Diretor Regional de Saúde do DRS IX.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os dados obtidos do perfil dos gestores municipais da saúde na Primeira e na Segunda Etapa, além da análise dos discursos dos secretários entrevistados na Segunda Etapa da pesquisa.

4.1 Perfil dos Secretários Municipais de Saúde – PRIMEIRA ETAPA

Na Tabela 1, observa-se que dentre os 43 secretários que responderam o questionário, 19 (44,2%) eram do sexo masculino e 24 (55,8%) do sexo feminino. Esses dados aproximam-se dos encontrados por Luna (2008), quando verificou que 55,4% dos secretários do Mato Grosso eram do sexo feminino e também dos encontrados na pesquisa de Vilar (2005) no Rio Grande do Norte, onde 63% eram do sexo feminino.

Tabela 1 – Distribuição dos Secretários Municipais da Saúde entrevistados, segundo sexo e faixa etária, DRS IX Marília-SP, 2013.

Faixa etária \ Sexo	Masculino		Feminino		Total
	Nº	%	Nº	%	
21 – 30 anos	01	5,3%	02	8,3%	03
31 - 40 anos	05	26,3%	10	41,7%	15
41 - 50 anos	05	26,3%	07	29,2%	12
51 - 60 anos	07	36,8%	05	20,8%	12
61 e + anos	01	5,3%	-	---	01
Total	19	100%	24	100%	43

A idade variou entre 24 e 61 anos, com predominância na faixa etária de 31 a 40, correspondendo a 15 gestores (34,88%). Comparando com os estudos analisados anteriormente, a faixa etária entre 31 a 50 anos representa 62,8% aproximando da pesquisa de

Fleury et al. (1997) em nível nacional, onde 68,5% dos gestores tinham idade entre 30 a 50 anos e da pesquisa de Luna (2008) onde 75,5% tinham entre 30 e 49 anos.

Conclui-se que na regional do DRS IX – Marília/SP a maioria dos gestores da saúde são adultos jovens, e que apenas um sujeito apresenta idade superior a 60 anos. Portanto, dos 43 participantes da primeira etapa, somente 01 (2,3%) pode ser considerado idoso.

A Tabela 2, a seguir, nos revela o tempo de trabalho dos gestores, nesta função.

Tabela 2 – Distribuição dos Secretários Municipais da Saúde, segundo tempo de trabalho na função, DRS IX Marília-SP, 2013.

Tempo de trabalho	Número	%
< de 1 ano	03	7,0%
1 a 4 anos	21	48,8%
5 a 9 anos	12	27,9%
10 a 14 anos	04	9,3%
15 a 20 anos	01	2,3%
Não informaram	02	4,7%
Total	43	100%

No que diz respeito ao tempo trabalhado na função de secretário municipal da saúde, observa-se que no período de 1 a 9 anos, a maioria dos gestores da saúde, isto é, 33 (76,7%) permanecem em média, durante dois mandatos na gestão municipal; com relevante queda da permanência após 10 anos. Observa-se também que dos 43 gestores pesquisados, somente um (2,3%) permanece atuando há mais de 15 anos; o que comprova a “instabilidade institucional” citada nas pesquisas do Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde.

Os dados da Tabela 3 revelam o alto índice de escolaridade dos secretários entrevistados do DRS IX – Marília/SP, sendo que 34 (79,0%) gestores apresentam formação com nível superior completo; e destes, quatro apresentam graduação em dois cursos diferentes. Tal índice superou as pesquisas já realizadas por Fleury et al. (1997), Vilar (2005) e Pinto Sobrinho (2006) que constataram respectivamente 73%, 71% e 61%, de gestores graduados. Além da pesquisa de Luna (2008), sendo 66,2% dos gestores com ensino superior completo ou não.

Tabela 3 – Distribuição dos Secretários Municipais da Saúde entrevistados, segundo escolaridade, DRS IX Marília-SP, 2013.

Escolaridade	Número	%
Ensino médio incompleto	01	2,3%
Ensino médio completo	07	16,3%
Superior incompleto	01	2,3%
Superior completo	12	27,9%
Superior completo e pós-graduação	22	51,2%
Total	43	100%

Ainda em relação à escolaridade, observamos também que dos 43 secretários, 22 (51,2%) informaram ter realizado pós-graduação (Especialização, Mestrado e/ou Doutorado). Os cursos de nível médio citados foram: Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Radiologia, Instrumentação Cirúrgica, Técnico em Contabilidade, Técnico em Enfermagem. Os cursos de formação no nível superior são diversos, sendo que os que prevaleceram, foram: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, e Odontologia.

Na Tabela 4 pode-se avaliar a graduação dos gestores por categoria profissional, segundo a Resolução 287, do Conselho Nacional de Saúde (1998).

Tabela 4 – Distribuição dos Secretários Municipais da Saúde entrevistados, com formação em nível superior completo, segundo categorias profissionais de saúde, DRS IX Marília-SP, 2013.

Categorias profissionais	Número	%
Área da saúde	23	67,6%
Outras áreas	07	20,6%
Não referiram o curso	04	11,8%
Total	34	100%

Observa-se que 23 (67,6%), isto é, a maioria dos gestores tem formação na área da saúde. Nota-se que dos 34 (100%) avaliados com formação em nível superior, quatro (11,8%) não referiram o nome do curso realizado.

Antes da pesquisa, uma hipótese desta autora era a de que haveria uma grande porcentagem de profissionais médicos atuando como secretários municipais. Entretanto, constatou-se que apenas um (2,3%) gestor, dos 43 que responderam ao questionário da primeira etapa, tem formação no curso de Medicina. Diferente da pesquisa de Fleury et al. (1997) onde avaliou-se que dos 72,5% dos gestores graduados na área biológica-médica, 42,7% tinham formação em Medicina.

Em relação aos municípios avaliados na primeira etapa (total: 43), somente três não aderiram à Saúde da Família, o que reforça a alta adesão da ESF nesta Regional de Saúde.

4.2 Perfil dos Secretários Municipais de Saúde – SEGUNDA ETAPA

Na segunda etapa da pesquisa será analisado o perfil dos gestores entrevistados e respectivamente os discursos dos mesmos.

A Tabela 5 revela os nove gestores da segunda etapa, neste momento apenas para retratar as características individuais dos sujeitos (S1 a S9). Optou-se em não citar a ordem numérica dos perfis, a fim de manter os procedimentos éticos desta pesquisa.

Tabela 5 – Distribuição do perfil dos nove Secretários Municipais da Saúde entrevistados na segunda etapa da pesquisa, DRS IX Marília-SP, 2013.

SEXO	IDADE (anos)	ESCOLARIDADE	TEMPO DE ATUAÇÃO (como Secretário)
M	32	Superior completo e PG	06 anos
F	34	Superior completo e PG	04 anos
F	37	Superior completo e PG	04 anos
F	44	Superior completo	12 anos
M	46	Ensino Médio Completo	16 anos
F	48	Ensino Médio Completo	02 anos
F	52	Superior completo e PG	04 anos
F	58	Superior completo	08 anos
M	61	Superior completo	03 anos

PG = Pós-graduação

Observou-se que, dos gestores entrevistados, três (33,3%) são do sexo masculino e seis (66,7%) do sexo feminino.

A faixa etária de maior frequência (66,7%) para ambos os sexos foi de 31 a 50 anos, com apenas um sujeito com idade superior a 60 anos, no sexo masculino.

Analisando a distribuição dos gestores entrevistados, segundo o tempo de trabalho, confirmou-se que a ‘instabilidade institucional’ do gestor ocorre devido às eleições a cada quatro anos. Os sujeitos da pesquisa foram entrevistados após a troca de governo municipal, isto é, após a eleição de 2012. Portanto, verifica-se que sete (77,8%) encontram-se no segundo mandato de governo e que apenas dois (22,2%) permanecem há mais de 10 anos no referido cargo. Fica a dúvida aqui se tais mudanças podem interferir no processo de continuidade das políticas públicas do município.

No que diz respeito à escolaridade dos gestores entrevistados, analisou-se que apenas dois (22,2%) apresentam ensino médio completo, sendo que um sujeito referiu ter realizado curso técnico em enfermagem e o outro não referiu. Verificou-se também que sete (77,8%) apresentam formação em nível superior completa, sendo que destes, quatro (44,5%) realizaram cursos de pós-graduação.

Cabe ressaltar que, os cursos de graduação citados pelos gestores entrevistados foram: Administração, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia e Pedagogia.

4.3 A palavra dos Secretários Municipais de Saúde

Como já descrito no Método, a abordagem dos dados colhidos pelas entrevistas foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, segundo Laurence Bardin (2009). Da exploração do material discursivo, revelaram-se duas categorias temáticas relacionadas às experiências em ser gestor da saúde, às concepções e valores das políticas públicas inovadoras e as facilidades/dificuldades na atuação como secretário da saúde; a saber:

4.3.1 – Gestor Municipal da Saúde: perfil e caracterização

4.3.2 – Gestor Municipal da Saúde e a ESF

4. 3.1 - Gestor Municipal da Saúde: perfil e caracterização

Os gestores entrevistados evidenciaram em suas falas que o cargo de secretário municipal da saúde é permeado de ‘disponibilidade’:

“... exercer a profissão de gestor em saúde, que não tem dia e nem hora para acontecer, né!? (S1)

“É estar 24 horas preocupado com a saúde do município.” (S2)

“Ser secretária é 24hs por dia né!? Então, a primeira coisa que o prefeito pediu ‘pra’ que eu não desligasse o celular e que este celular ficasse na cabeceira da cama. Eu me dedico, não tem hora de almoço,

hora nada, eu estou aqui exclusivamente ‘pra’ trabalhar, eu visto a camisa mesmo, não importa se é um ou outro prefeito, eu estou aqui para trabalhar” (S3)

Por ser um cargo de confiança, nota-se que os gestores sentem-se responsáveis em administrar os assuntos relacionados à área da saúde, e em municípios de pequeno porte observa-se que o acesso ao prefeito é bastante facilitado para a resolução dos problemas.

Os relatos traduzem outras responsabilidades, relacionadas com ‘o ser secretário’ da saúde:

“Além de fazer a gestão, administração de todos os programas; é estar em contato com a população conhecendo de perto o problema de cada um.” (S1)

“Uma pessoa principalmente preocupada não em ter um cargo, mas sim em resolver os problemas da população que são imensos.” (S2)

“Fazer o bem para as pessoas, buscar um sistema mais organizado para a população.” (S4)

“Ter ‘resolutividade’ com os pacientes e fazer gestão do dinheiro público.” (S5)

“Comungar com que o SUS preconiza. Entender o sistema na sua forma de atendimento, na sua forma de porta de entrada e ter a equipe consciente do propósito, que é a atenção básica.” (S6)

A preocupação de gerenciar fica evidente nestes profissionais e, os relatos expressam a necessidade de conhecimento da população assistida e seus respectivos problemas.

A palavra “compromisso” aparece em várias falas. Um dos sujeitos entrevistados também referiu que:

“É um desafio muito grande. Não é muito fácil. É um presente de grego. Mas a gente ganha muito conhecimento e acaba superando as dificuldades por conta do conhecimento que a gente adquire ao longo do tempo.” (S8)

É interessante analisar que, o momento da entrevista traz a oportunidade de elencar pontos obscuros da gestão. Entretanto, para os sujeitos desta pesquisa a ‘negatividade’ da função não apareceu, se destacando o comprometimento dos gestores na direção de um sistema de saúde no âmbito municipal.

Um grande desafio, além *cuidar da saúde de um município* (S9), é a transição de governo vivenciada pelos gestores:

“A gente está vindo de um segundo mandato, mas de uma nova eleição né!? ... Então, até a gente conseguir se engajar de novo é quase um ano, ‘pra gente’ conseguir se encontrar. Porque você está com todo um sistema na sua mão, mas que falta muito recurso. E, o recurso que tem é mal aplicado, então isto deixa a gente meio triste né?, de tentar gerenciar.” (S9)

Nota-se que a transição de um governo municipal tem impacto na organização do processo de trabalho de uma Secretaria da Saúde, mesmo o gestor permanecendo na função.

Segundo o Conasems (BRASIL, 2009) alguns gestores de municípios de diferentes portes acabam “conformando-se” em manter o instituído, tendo em vista as enormes dificuldades para operar as mudanças nos processos de produção do cuidado em saúde. O modelo hegemônico tem sido forte o suficiente para resistir às tentativas de reforma das práticas sanitárias. Por este motivo entendemos que os gestores municipais devem enfrentar o desafio de mudar não somente os processos de trabalho centrados no médico e na medicalização, mas também a forma como se faz a gestão do sistema e dos serviços de saúde.

Alguns sujeitos da pesquisa afirmam que ser gestor é uma missão, um desafio, um sonho:

“Ser secretário não é só uma profissão é uma missão. Nós temos o papel e a responsabilidade de assumirmos o compromisso de uma cidade toda né!? Então, tratar com igualdade, com equidade, com perseverança e pensar num SUS como modelo revolucionário.” (S7)

“Para mim é um desafio, né!? Cuidar da saúde de um município é bem complicado, bem complexo. Ser secretário da saúde é um sonho. A gente sempre fala que tem que ser louco, acho que é isto mesmo.” (S9)

No olhar dos gestores, se eles fossem o ‘prefeito’, escolheriam um secretário da saúde:

“... com formação em gestão e também com disponibilidade.” (S1)

“... no meu modo de ver, tem que ser uma pessoa ligada a área da saúde, com formação em alguma área da saúde.” (S2)

“Olha, primeira coisa, ser honesto, segunda coisa dedicação e vestir a camisa, e tratar bem a população, porque é o que ‘eles’ mais querem.” (S3)

“Com formação acadêmica na área, que conheça na verdade de saúde. Formação na área da saúde.” (S4)

“Ser da área da saúde. E também ter ‘resolutividade’ quanto aos pacientes, quanto à cidade.” (S5)

“Escolheria uma pessoa dedicada, uma pessoa flexível, principalmente que tem um bom relacionamento com a população.” (S6)

“Alguém que tivesse um compromisso de olhar com igualdade. Tratar o mais carente com humildade, com responsabilidade.” (S7)

“Tem que ser uma pessoa que tem muita paciência, muito jogo de cintura, tem que ser carismática também. Ter comprometimento, da total confiança.” (S8)

“Uma pessoa extremamente técnica, que fosse formada nessa ‘parte’ de administração, recursos humanos. Teria que ser uma pessoa que já trabalha na área da saúde há muito tempo.” (S9)

Interessante analisar o enfoque em relação ao “perfil ideal do secretário”, onde a busca de conhecimentos pelo gestor está atrelada ao gerenciamento. O perfil político e a formação na área administrativa também revelam características essenciais para um bom gestor, na interpretação dos discursos. Ressalta-se aqui o posicionamento do Conasems (2009), quando cita que além da representação política, o gestor deve ter conhecimento técnico em saúde pública e de planejamento estratégico.

Avalia-se também, a necessidade do Secretário da Saúde conhecer a área da saúde e ter uma “ampla visão” da população assistida. Além disso, percebe-se a importância do apoio do Estado e da União no investimento dos municípios, principalmente para quem participa da administração do SUS no nosso país, segundo discurso a seguir:

“Um secretário hoje tem que ter um perfil voltado não só para parte de medicamentos, não só para parte médica, não só para a parte odontológica, mas ele vê um SUS hoje, uma saúde com novo modelo. Hoje nós temos aí muitos convênios que o Estado e a União favorecem que o secretário participe e traga para os municípios né?! Construção de UBS, construção de academia, enfim, equipamentos. Então esse secretário tem que estar com uma mente voltada não só para o assistencialismo, mas uma projeção das unidades cada dia melhor.” (S7)

A valorização da infra-estrutura e da ambiência dos estabelecimentos da saúde na APS passa a ter ‘visibilidade’ na gestão do SUS, e o apoio intergovernamental é peça fundamental ao estímulo dos municípios. Na mensagem anterior este apoio se revela e reforça que, para garantirmos uma melhor qualidade na assistência, o investimento financeiro na infra-estrutura das UBS não pode ser omitido.

Nota-se, na transcrição das falas dos sujeitos que o ‘ser secretário’ também é permeado por angústias, que aparecem no meio das mensagens, de forma indireta:

‘... é dedicação mesmo e gostar daquilo que faz, porque se você não gostar daquilo que faz ‘é’, não adianta ficar aqui, porque aqui é barra pesada.” (S3)

“Tem que ter jogo de cintura, porque senão você abandona o barco no meio do caminho. Não é fácil... A gestão, o recurso... se você não gestar estes recursos de acordo com as normas né? É complicado. Tem que buscar este conhecimento, senão você não consegue gerenciar.” (S8)

“Se você não tiver esta questão política você não consegue lidar com todas as diversidades que tem dentro da saúde...” (S9)

O SUS tem entre as suas fraquezas, as dificuldades referentes à insuficiência de financiamento e de apoio técnico. O gestor municipal deve ter clareza de suas limitações e buscar superá-las de forma responsável. Isto pode significar o espaço entre o sucesso e a

reprovação do projeto de saúde e principalmente no crescimento ou não da qualidade de vida e saúde da população de seu município. (CONASEMS, 2009)

4.3.2 – Gestor Municipal da Saúde e a ESF

Para os gestores municipais entrevistados, a ESF:

“... é um modelo excelente no Brasil, porque os profissionais saem do ‘palco’ e vão até a casa do morador, vão até as ocorrências.” (S1)

“Desde que pessoas engajadas, comprometidas com o trabalho, a ESF é a solução dos problemas de saúde no nosso país. (S2)

É através da ESF que os gestores ficam informados sobre a situação do município, e que o atendimento passa a ser não mais o indivíduo, e sim a família:

“Eu acho que é tratar o cliente como família. Quando você vai atender um paciente hoje você tem que pensar no bem estar de toda família, não pode ser mais o individual, mas sim o coletivo.” (S7)

A família passa a ser o ‘núcleo’ da assistência na ESF, pois cada indivíduo tem uma representatividade na família; o que faz com que a equipe de saúde aprenda a realizar planos terapêuticos. A discussão em equipe de casos clínicos, principalmente se mais complexos, é um recurso clínico e gerencial importantíssimo. A presença da equipe do NASF contribui nesse espaço de construção da clínica e privilegia o apoio matricial.

Reforçando a aprovação dos sujeitos entrevistados em relação à ESF, cabe a citação de alguns recortes:

“A ESF dá esta abertura: para que a gente faça este trabalho fora da Unidade.” (S1)

“Eu acho que todas as cidades deviam de ter isso, porque através da ESF você fica sabendo tudo do município. Hora que eu peço ‘pra’ fazer um levantamento quantos índices tem isso, quantas pessoas são assim, hipertensas, diabéticos, fumantes, as agentes comunitárias sabem tudo.” (S3)

“A ‘modalidade’ ESF é um dos melhores ‘programas’ que a gente tem, é... teria né? no Brasil. Hoje você precisa saber de um paciente,

você liga para o ACS e ele te passa tudo na hora e sabe todos os problemas daquela família e tudo o mais.” (S9)

A ESF avançou em sua concepção em dois aspectos principais. Primeiro, optou por um modelo de saúde da família que se propõe a atuar segundo os princípios da determinação social da saúde por meio de ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças. Segundo, incorporou, desde o princípio, a ideia de uma equipe multiprofissional que envolve médico generalista, enfermeiro generalista, técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde, equipe de saúde bucal e, eventualmente, outros profissionais de saúde. A introdução do agente comunitário é um enorme diferencial do modelo de ‘PSF’ porque cria um relacionamento íntimo entre as equipes e as famílias (OPAS, 2011).

Rosa e Labate (2005) acreditam que a ESF tem potencialidades como estratégia para mudança do modelo assistencial, mas verifica-se a necessidade de flexibilizar as tarefas estabelecidas para o seu funcionamento, assim como conscientizar não somente os profissionais de saúde e universidades para o aprimoramento de conhecimentos no que se refere a uma abordagem às famílias, trabalho em equipe, assistência humanizada, mas, também, conscientizar os gestores e a população da importância da sua participação no planejamento das ações uma vez que é um trabalho de parceria ESF/Família/Comunidade.

Observa-se que para os gestores desta pesquisa:

“A ESF é um modelo que vem ‘pra’ ser melhorado mês a mês, ano a ano, e é um processo longo e trabalhoso... Então quando você procura por aquela área, alguém vai te informar a real situação que aquela família se encontra. Isso é muito positivo né? Você começa a ver quem são os seus acamados, quem são suas gestantes, quem são seus hipertensos, seus diabéticos. O que cada um necessita, não é?!... Você consegue deslumbrar e visualizar isso, quem é o seu cliente.” (S7)

“A estratégia, trouxe pra gente esta aproximação né?, com os pacientes; que a gente não tinha... Apesar de termos quatro equipes aqui, elas tem assim características únicas né?, nenhuma é igual a outra aqui. Então cada equipe tem a sua característica, seu problema, tem seus pontos fortes, pontos fracos... a ESF serve politicamente para o município todo, porque assim, hoje eu tenho condições de

chegar e passar para o departamento social que tem uma família que 'tá' precisando de cama, de roupa de cama, roupa de banho, e tudo o mais. Então a gente tem esta parceria, e antes a gente não tinha...e tem como acudir isso tudo antes da coisa já não ter mais o que fazer, né?!” (S9)

É notável a aproximação dos gestores com as áreas adscritas dos territórios da ESF, através dos profissionais das equipes de saúde; o que facilita o diagnóstico dos territórios e de seus respectivos clientes, assistidos em cada município. Além de favorecer a intersectorialidade entre os diversos departamentos, como no exemplo citado no parágrafo anterior, envolvendo outras secretarias quando necessário.

Para Mendes (2002), a intersectorialidade pode ser definida como um dos elementos centrais para a operacionalização da APS nos serviços de saúde, compreendendo a capacidade de articular os vários setores presentes tanto no nível mais operacional, local onde as ações são ofertadas à população, como nos níveis regional e central, com uma dimensão mais voltada ao planejamento e com potencialidade de articular setores fundamentais que podem desencadear mudanças mais efetivas e duradouras para o setor saúde.

Segundo os gestores entrevistados, para a ESF ter êxito, o trabalho em equipe tem que acontecer de forma articulada:

“... tem que ter muito comprometimento também... a equipe toda tem que estar agindo em conjunto, né?... o médico, o enfermeiro, os ACS; se eles não 'sair' a campo buscando o problema, a estratégia não caminha... É muito bonito no papel, mas se a equipe não trabalhar legal, não funciona.” (S8)

Como já visto, na pesquisa do Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, o trabalho em equipe torna-se imprescindível para o sucesso da ESF, transformando-se em dificuldade quando a articulação entre os profissionais não acontece na prática.

Para os gestores:

“A ESF é importantíssima, necessitando com certeza de mais atenção no que diz respeito aos recursos financeiros.” (S5 e S6)

“A ESF é diante do SUS, a menina dos olhos da saúde. Não é só trabalhar com o curativo e sim com a prevenção... Se você conseguir resolver 80% das solicitações do cidadão, você vai diminuir pronto-socorro, você vai diminuir internações, então tem muito serviço ‘pra’ saúde da família, de grande importância.” (S5)

Segundo a OPAS (2011), a questão do financiamento insuficiente do SUS deve ser encarada em toda sua complexidade para não transformá-la em um problema que pode ser solucionado pelo aumento puro e simples dos recursos financeiros. Recursos novos para o SUS são absolutamente necessários, porém é fundamental um esforço concomitante de mudança da forma como o SUS está organizado, de um sistema fragmentado para um sistema integrado.

A insuficiência do financiamento no SUS é tema relevante da maioria dos estudos. Entretanto, a preocupação da quantidade de recursos financeiros deve estar atrelada com a qualidade no investimento destes recursos. Como referido por um dos sujeitos da pesquisa, que com a resolução de problemas na APS, temos diminuição de hospitalizações; há a necessidade de avaliar tal impacto, e reverter tal recurso com alocações eficientes no SUS.

Os sujeitos desta pesquisa pontuaram como facilidades da ESF: o apoio político, reunião da equipe de saúde, articulação com a comunidade, trabalho em equipe, captação de profissionais (através de concurso público), acesso da população a novos tratamentos e medicamentos, porta de entrada como acesso aos usuários SUS, avaliação da melhoria da qualidade através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), diminuição de custos e internações, promoção de saúde, visita domiciliar inclusive pelo médico, reconhecimento da área adscrita e diagnóstico da população atendida, vínculo e responsabilização.

Comprovam-se tais afirmações, nos recortes dos próximos parágrafos:

“Não tive tanta dificuldade, porque o prefeito era a favor né? A hora que você precisa a ESF ‘tá’ ali, se eu preciso de uma reunião no bairro a estratégia ‘tá’ ali... Então uma vez por mês, toda sexta-feira,

a gente faz a reunião... Então você vê a importância da estratégia.” (S3)

“Sim, trouxe uma contribuição, inclusive os profissionais de saúde da família é uma equipe mínima né?... e a gente vem tentando agregar esta estória de que os outros profissionais como fisioterapeutas... ‘fono’, que não estão contemplados, faça um trabalho junto da equipe saúde da família; isso soma e bastante né?... Inclusive tem que acontecer reuniões e eles acabam se conversando melhor e se tratando melhor por conta deste trabalho em equipe.” (S1)

Nota-se que a reunião de equipe acontece por necessidades ‘políticas’, isto é, existem demandas do próprio prefeito para realização de reuniões ou por entenderem que *‘tem que acontecer’* (S1). Entretanto, percebemos que este espaço de encontro, apesar de não acontecer semanalmente, é visto como facilidade pelos secretários.

Para Silva e Trad (2005), a reunião tem desempenhado uma função importante enquanto possibilidade dos diversos membros da equipe conhecerem reciprocamente o trabalho do outro e de discussão dos problemas que se apresentam na prática cotidiana da equipe.

Sobre as condições de trabalho, considera-se que a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde da família, as dificuldades estruturais, como falta de medicamentos, materiais e retaguarda de outros níveis de atenção, além da insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática de generalista, levariam à alta rotatividade dos médicos (CAPOZZOLO, 2003). Entretanto, para alguns gestores entrevistados, a contratação de médicos é citada como uma ‘facilidade’, e a troca de médico como ‘positiva’:

“Até hoje não tivemos dificuldade de contratar médico para o ‘PSF’. Toda a nossa equipe, eles são concursados: médico, enfermeiro, ACS. Então acaba tendo uma gestão até melhor!... Olha, eu acho que a contribuição trouxe mais um contato direto com a população e a oferta de um tratamento mais qualificado, a gente conseguir ter um olhar maior e as pessoas ter um contato também maior com os serviços de saúde, como na busca de novos medicamentos, realização de exames, a facilidade de ter esta porta de entrada, esta porta de acesso.” (S4)

“A equipe a gente conseguiu desenvolver bem a contratação. Até médicos, que geralmente é dificultoso ‘né’ no país... e a gente graças a Deus aqui nós temos quatro médicos que fazem um bom trabalho. Melhorando a cada dia, agora nós temos aí o PMAQ que é o plano de melhoria na qualidade, que já melhorou bastante. Nosso município já está recebendo 100% do programa... É a política da saúde da família, é a prevenção. É o contato direto com a população, é a porta aberta direta com a população.” (S6)

“Nós mudamos de médico saúde da família... e ele tem uma abertura maior ainda, a outra médica cumpria a carga horária belezinha, mas assim ela ia só nos acamados... Então eu senti assim, uma flexibilidade bem legal da parte dele. A população que tem dificuldade vai ser atendida na casa. Eu achei legal esta questão que ele colocou. Não precisa ser acamado, basta ter uma dificuldade. Ele vai ‘tá’ indo.” (S8)

Segundo Mafra (2010), o crescimento das equipes e do cadastro da população na ESF mostrou-se associado, ainda, à redução dos valores totais das internações. Pôde-se concluir, portanto, que, além de todos os benefícios proporcionados pela atenção básica no atendimento das populações necessitadas, uma parcela equivalente a uma pequena parte dos valores investidos é revertida em benefício do erário em função das economias geradas pelas internações evitadas. Há gestor que concorda:

“Ela diminui custo né?, é eu acho que a ESF bem feita, bem realizada com qualidade você diminui custo, é a gente diminuiu internação em doenças cardíacas né?, em diabetes... Então aqui a gente não tem nenhum amputado. Depois nestes anos que tem a saúde da família diminuiu caso de crianças com doenças, vários tipos de doenças, a gente vai na casa e orienta as pessoas quanto a doença respiratória, H1N1, né... A médica que atende tem formação de pediatra, mas ela está como clínico geral. Olha por enquanto a gente não tem tido falta de médico neste período de quatro, cinco anos quase. A gente tem um pronto-atendimento de 24h e tem a saúde da família 8h.” (S5)

Na percepção dos gestores entrevistados a ESF também apresenta dificuldades: ausência da integralidade do cuidado, contratação médica no início da implantação do ‘PSF’, a não aceitação da ESF pela comunidade, o não cumprimento da carga horária por alguns profissionais, ausência de profissionais com competência para atuar na APS, carência na

infra-estrutura e ambiência das UBS, re-divisão territorial devido à expansão da ESF e insuficiência de recursos financeiros na área da saúde.

No diz respeito à ausência da integralidade do cuidado, pode-se observar um dos relatos:

“A dificuldade é de fato acontecer... Então a gente sempre tem que ‘tá’ incentivando ‘pra’ que as práticas aconteçam fora da unidade também né? Então acho que a dificuldade é incorporar de fato esta integralidade da atenção.” (S1)

Diferente dos dias de hoje, onde os sujeitos da pesquisa apontam como ‘positiva’ a garantia de médicos na ESF, principalmente através de concurso público; os mesmos falam da dificuldade que foi a contratação dos médicos no momento da implantação do ‘PSF’, há mais de 15 anos atrás:

“A dificuldade maior na época eu lembro foi na contratação de um profissional médico para exercer a ESF. Porque também em 1997/98 era uma coisa bastante nova “pra” época...” (S2)

”A grande dificuldade também foi a questão médica, né? E a forma de contratação, que é o pior, que até hoje eu vejo isso em muitos municípios.”(S9)

Segundo o Conass (2013), em 08 de julho de 2013, o Governo Federal lançou o “Programa Mais Médicos”, com o objetivo de ampliar o número de médicos nas regiões de maior vulnerabilidade social por meio de uma chamada pública para contratação desses profissionais. O programa prevê ainda o aumento do número de vagas de medicina e de residência médica no país e a inclusão de um novo ciclo no currículo da graduação para atuação, por dois anos, na rede pública de saúde.

Para Scheffer (2001) os estudos disponíveis ainda não foram suficientes para aprofundar o debate sobre a adequação da oferta de médicos no país. A tarefa não é mesmo simples, pois o problema tem relação não só com a densidade demográfica e o quantitativo de profissionais, mas com os postos de trabalho ofertados, as jornadas de trabalho, as condições de exercício profissional e remuneração, o perfil e a disponibilidade de especialidades

médicas, com as políticas públicas e os interesses privados, com as demandas e os problemas de saúde da população, e com as desigualdades sociais e econômicas do país. Na pesquisa Demográfica Médica no Brasil (2011), a base populacional nacional foi tomada do IBGE, 2010, totalizando 190.732.694 de habitantes. Por esses números, o país tem 1,95 médico registrado para cada 1.000 habitantes, com diferenças regionais significativas.

Entretanto, nas mensagens dos gestores, o não cumprimento da carga horária é citado com ênfase no profissional médico:

“Uma das grandes dificuldades do ‘PSF’ acho que tem a ver com a carga horária do médico e a disponibilização de mais profissionais dentro da área (S4). Mesmo a gente tendo todas as dificuldades com o médico, questão de horário, cumprimento de horário...” (S9)

Nos discursos, percebe-se que os sujeitos indicam a falta da disponibilização de profissionais com formação adequada na APS como grande dificuldade no desenvolvimento da ESF:

“Dificuldades, na época foram: a falta de conhecimento um pouco do que era a ESF e a dificuldade em conseguir profissionais adequados. É... se não fosse esta falta toda de profissionais capacitados e interessados no ‘programa’, seria um ‘programa’ assim de excelência.” (S9)

O perfil do ACS também parece ter impacto na contribuição da assistência prestada pela equipe da ESF:

“A gente teve um pouquinho de problema na escolha dos Agentes Comunitários, o perfil do ACS “pra” executar tarefa, mas nós tivemos um apoio do DRS de Marília.”(S2). Por que antigamente os ACS tinham que ter um nível de escolaridade mínima né?E, hoje já se exige até curso técnico, aqui todos tem curso técnico....” (S9)

Além disso, a formação deste profissional apresenta-se como exigência, por parte de algumas SMS, para a contratação dos mesmos.

A resistência da população na implantação da ESF ocorre principalmente devido a inserção do médico generalista, em detrimento da ausência dos médicos especialistas (Pediatra e Ginecologista):

“A população, ‘eles’ aceitaram parcialmente a ESF... até hoje ainda não entendeu bem como é a Estratégia da Família. Eles cobravam muito isso daí a ausência do pediatra na unidade, principalmente o pediatra e o Ginecologista. Tanto que em 2009 a gente colocou um pediatra e um ‘GO’ em cada ESF, que faz um rodízio.” (S2)

“Foi difícil assim, a unidade de saúde daqui aceitar entendeu?! Porque muitos eram contra o PSF.” (S3)

Outra dificuldade citada pelos gestores é a carência de infra-estrutura das unidades:

“O município consta com este único setor de serviço de saúde, né? Então, todo tipo de atendimento ele afunila e cai aqui neste lugar, centro de saúde e ‘PSF’.” (S4)

“A dificuldade realmente é esta né?... de estar junto. E eu tenho um sonho realmente de que a hora que montar ‘pro’ outro lado, desmembrar; eu tendo duas portas de entrada isso melhora bastante...” (S8)

Avalia-se que equipes foram implantadas em Centros de Saúde já existentes nos municípios, o que pode explicar a difícil compreensão de alguns profissionais quanto aos objetivos específicos da ESF, principalmente em relação à importância de deslocamentos para realização de visitas e atendimentos programados, conforme preconizados.

Torna-se relevante refletir sobre uma dificuldade elencada pelos sujeitos desta pesquisa, surgida com a expansão da ESF através da re-divisão territorial, quando vários municípios são obrigados a inserirem novas equipes e a comunidade não compreende esta transição necessária. O próximo discurso traduz esta fragilidade:

“Dificuldades eu acho assim quando você começa a pensar em localização das ‘UBS’, né? Nós somos uma cidade hoje de aproximadamente 6.000 habitantes... Quando você coloca uma outra unidade em um outro determinado local né?... As pessoas não aceitam num primeiro momento esta mudança, né? A separação de prontuários de uma unidade e de outra, né? Aí você vê que cada uma de repente tem algo um pouco diferente, porque de repente aquela área eu tenho mais hipertenso, esta área eu tenho mais gestante, esta área eu tenho mais criança, enfim...” (S7).

Acredita-se que, com a expansão da ESF e novas re-divisões territoriais, o vínculo com a antiga equipe é ‘quebrado’ e acaba por fragilizar a inserção da nova equipe, principalmente na resistência da transferência de prontuários para a nova Unidade, como foi revelada na fala de um dos sujeitos.

Nas entrevistas realizadas, percebe-se que há um enfoque sobre as fragilidades de profissionais em relação ao vínculo com as famílias e no diagnóstico da clientela adscrita; evitando assim a mudança de fluxo e/ou modelo no atendimento SUS:

“Ainda é um ‘programa’ que você consegue estar dentro da casa do paciente... também acho assim, me entristece um pouco, porque eu acho que o ‘PSF’ perdeu um pouco da característica dele, que é a parte curativa e tudo. Hoje tem alguns lugares que a gente tem acompanhado e que também ele virou meio que um pronto-atendimento ... Então acho que o ‘programa’ é excelente, mas a gente precisa tentar cada vez mais voltar, tentar resgatar a modalidade de ESF como é ‘pra’ ser, ou seja, através de pagamento de melhor remuneração dos profissionais. Alguma coisa precisa ser feita para gente conseguir ter um atendimento de qualidade nestes locais.”(S9)

Cabe ressaltar que, apesar do ‘PSF’ já ser reconhecido como ‘Estratégia’, os diversos gestores ainda se referem como ‘Programa’, o que foi perceptível nas mensagens.

Ao mesmo tempo em que os gestores ressaltam o conhecimento dos territórios, principalmente pelos ACS, também encontramos profissionais que realizam uma assistência voltada ao ‘pronto-atendimento’, divergindo da proposta da ESF, a qual sugere o atendimento agendado e visitas domiciliárias.

Para Rosa e Labate (2005), a ESF propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutive a toda população.

A fim de avaliar esta ‘nova dinâmica’, durante as entrevistas certificou-se que, frente à implantação da ESF várias são as experiências dos gestores municipais. A maioria participou do início do “PSF”, conforme se verifica, a seguir:

“Quando eu entrei não havia implantado ainda a ESF no município. Então eu participei desde o início. Inclusive eu participei da formação dos profissionais na primeira equipe.” (S1)

“Eu fui criador do primeiro ‘PSF’ na época era chamado aqui no município eu acho que em 97 ou 98, quando foi criada a primeira unidade. Eu era secretário na época.” (S2)

“Sim, eu plantei os três. Foi comigo que implantou...” (S3)

“Foi um modelo novo que nós implantamos no município né? Nós demos a cara a bater, como eu sempre digo, não tem uma receita definida, não é um bolo que está pronto. Você começa a confeccionar o modelo do que você quer né? Talvez o que é de uma cidade não se adapta a outra...” (S7)

“Eu já estava aqui, a gente que implantou todas as equipes desde o começo.” (S9)

Os discursos revelam as experiências da implantação e enfocam que cada município tem a sua ‘especificidade’, que não existe uma fórmula pronta para a implantação da ESF.

Durante a implantação do ‘PSF’ na década de 1990, nem todos eram gestores, mas a maioria já atuava na saúde pública, em outras funções:

“Antes de ser secretário eu fui agente comunitário... Já existia o PSF, mas nós demos grandes passos aí na saúde. O primeiro contato foi como ACS.” (S4)

“Então como enfermeira eu trabalhei na saúde da família. Fora daqui eu trabalhava. Estou na rede pública há 12 anos, eu sempre sou uma defensora da saúde da família.” (S5)

“Eu era funcionária já da unidade básica, né? Eu acompanhei assim no meu papel de auxiliar de enfermagem... eu tive pouca aproximação.” (S8)

A resolubilidade, uma das diretrizes do SUS, aparece novamente em uma das falas e a aprovação da ESF é ressaltada:

“Então é assim, meio que um filho. Tanto que é um ‘programa’ que eu acredito muito, que tem muita resolução ‘pra’ gente, e a gente, agora ano que vem, nós vamos implantar mais uma aqui.” (S9)

“A gente tem que ver cada especificidade de cada município. Mas eu vejo assim, algo crescente, algo que vale a pena investir. Não é algo de dois meses, um ano, mas sim a médio e longo prazo.” (S7)

No próximo depoimento, nota-se a dificuldade na organização do processo de trabalho e a valorização dada à presença do profissional médico na ESF:

“Depois que eu assumi a Secretaria em 2010, que eu fui sentir a dificuldade realmente de uma ESF montada como é a nossa aqui. Ela é montada junto com a Unidade Básica... Aí o que acontece: como o médico da família normalmente está na unidade, se chega um caso na urgência, nem que não seja urgência; aí o médico acaba não saindo né? no período que ele se programou, porque chegou aquele paciente e o outro médico deveria estar e não está... Pretendo desvincular a Saúde da Família daqui da unidade básica ‘pra’ ver se melhora as ações específicas dela. ... Eu pretendo desmembrar. Eu vou ter duas portas de entrada... Aí um se tranquiliza porque o outro médico ‘tá’ lá. Ai é cada um na sua função.” (S8)

Cabe analisarmos, frente a esta fala, a implantação de novas equipes em centros de saúde já existentes. O quanto impacta na assistência o não cumprimento da carga horária do profissional médico. Questiona-se aqui, se realmente a divisão estrutural irá garantir ações de boa qualidade.

Fracolli e Zoboli (2004) afirmam que organizar um serviço de saúde significa montar algo que altere as condições de saúde do território, interferindo positivamente no modo de produção dos riscos e dos sofrimentos. O grande desafio é articular os diferentes setores de produção de uma Unidade Saúde da Família em uma gestão compartilhada que responda pelo acesso dos usuários com acolhimento, vínculo e resolubilidade.

A partilha das expectativas foi bastante interessante, pois surgiram diversos anseios dos Secretários Municipais de Saúde. A crença é que:

“O principal atendimento esteja na atenção básica para evitar outros problemas. Uma vez que, a atenção básica não feita de qualidade, a atenção secundária e terciária vai ser cada vez maior o custo com elas.” (S1)

Podemos constatar isso na fala de outro gestor:

“A gente tem uma angústia muito grande com a média e alta complexidade, para ela se realmente se realizar né?, depois a gente tem uma dificuldade muito grande com os hospitais... então a gente gostaria muito, espera muito é que tenha esta sintonia entre ministério, estado e municípios para que a gente possa atender melhor a nossa população e agilizar mais o atendimento né?, ter uma agilidade maior.” (S6)

Segundo Mendes (2011), uma APS de qualidade só existirá se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao nível de atenção primária, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita e o exercício da responsabilização econômica e sanitária em relação a ela.

Constata-se, nas expectativas dos sujeitos entrevistados, que a ESF necessita de maior investimento financeiro:

“Os financiamentos da saúde no Brasil, pelas esferas federais e estaduais, devem ser revistos porque hoje o município ele não consegue mais atender as necessidades básicas que são prioritárias no sistema. Então teria que aumentar esta co-gestão no financiamento na esfera estadual e federal para que a gente conseguisse fazer melhor essa promoção de saúde e esta integralidade da atenção aos usuários do sistema público de saúde.” (S1)

“Só que acho que deveria ter através do ministério da saúde, através do estado, secretaria de estado, uma atenção melhor, parte de recursos financeiros para que a estratégia com certeza pudesse ter um desempenho maior e melhor (S6). Mas o que pesa muito é o pagamento do médico, é um pagamento excessivo. Aí o município não agüenta.” (S3)

“Aqui é um município que o prefeito é pra gastar 15% e a gente está gastando 23%... Então o Estado tem posto pouco dinheiro... Precisaria de mais financiamento.” (S5)

Evidências internacionais destacam a importância de uma orientação dos sistemas nacionais de saúde nesse mesmo sentido. Segundo Starfield (2002):

Não existe nenhuma sociedade que disponha de recursos econômicos ilimitados para custear os serviços de saúde. A atenção superespecializada é mais cara que a atenção primária e, portanto, têm menor acesso a ela as pessoas com dificuldade econômica. (STARFIELD, 2002)

Assim, um sistema de saúde centrado na superespecialização põe em perigo a equidade. (BRASIL/CONASS – 2003a)

Mendes (2011) enfatiza que: o necessário incremento dos recursos financeiros para o SUS deve vir junto com mudanças que permitam alinhar os incentivos econômicos com os objetivos sanitários.

Para que ocorram tais mudanças é necessário que a qualidade da assistência no SUS esteja relacionada com a formação de profissionais com competência para atuarem na saúde coletiva. E, de acordo com os gestores a Educação Permanente contribui nesta formação, conforme o próximo relato:

“Eu acho que pelo que a gente tem visto, estão se fazendo muitos cursos né? de Educação Permanente ‘pra’ gente. A gente ‘tá’ fazendo aqui com os ACS também. Porque os Agentes comunitários muitos ainda não assimilaram o papel principal deles né?... mas eles cumprem o básico, ainda a gente tem que melhorar bastante neste sentido do preparo; e alguns médicos ainda não absorveram também a ESF.” (S2)

A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, colocaria o SUS como um interlocutor nato das instituições formadoras, na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional, e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004)

Apesar de pontuarem a falta de apoios intergovernamentais de natureza financeira, os gestores reforçam como positivos os apoios técnicos e estruturais, em relação ao Ministério da Saúde:

“Agora vêm as implantações do NASF, tem novos modelos que podemos abraçar. Acho que é um momento diferenciado para os secretários municipais, que você pode avançar. Hoje, volto a falar, o Ministério da Saúde ele te dá esta possibilidade de estar ampliando unidade, de estar reformando unidade, de estar fazendo academia da saúde, de conseguir equipamentos novos para as unidades; e isso é um avanço... Somos um modelo aí de hemodiálise, de referência para todo mundo, modelo de Aids né, de combate a isto, tuberculose.” (S7)

Enfim, nota-se que os gestores realmente “abraçam a função”, e se comprometem com o que faz; reafirmando o que Rocha (2003) constatou em sua pesquisa: *‘os gestores são extremamente dedicados ao cargo’*.

Neste contexto, observa-se ainda que a agenda de um secretário municipal da saúde, geralmente é ‘lotada’; sendo que antes da realização das entrevistas, a pesquisadora vivenciou a espera de alguns minutos, ou algumas horas ou não foi recebida, mesmo com agendamento prévio e deslocamento de vários quilômetros.

Vale ressaltar que, durante as entrevistas, diversas vezes ocorreram interrupções, o que leva a acreditar que são atores importantes para as tomadas de decisões e, que a todo instante dizem ‘gostar do que faz, e estarem comprometidos com a população’... E, que:

“Trabalhar na saúde tem que primeiro gostar de saúde, se não entender de saúde não adianta. Não adianta querer colocar eu para consertar o motor do carro que não vou saber. Posso tentar, mas não vou saber.” (S4)

“Nós temos esta missão de fazer um pouco este SUS diferente. Eu saí de um sistema de centro de saúde para a ESF, sou defensor deste processo.” (S7)

“Ser secretário de saúde é um sonho, a gente sempre fala que tem que ser louco, né?!... porque você está com todo um sistema na sua mão. Mas eu sou uma pessoa que tenho muita esperança, e a gente tem profissionais excelentes trabalhando com a gente.” (S9)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, ao abordar o **perfil dos Secretários Municipais** de Saúde da área de abrangência do DRS IX – Marília/SP identificou que a maioria era composta de adultos jovens e apresentava elevada formação educacional e profissional, com nível superior completo preferencialmente na área da saúde, além de cursos de pós-graduação.

Evidenciou que são escassos os estudos voltados aos gestores da saúde no nosso país, e revelou que assumir o cargo de Secretário Municipal de Saúde requer compromisso e disponibilidade.

Ocupando cargo de confiança do Prefeito Municipal, os gestores se empenham no gerenciamento na área da saúde de seus respectivos municípios e aprovam a ESF. A maioria dos sujeitos entrevistados participou da implantação do ‘PSF’, na década de 1990, como secretário ou exercendo outras funções na área da saúde. Entretanto, se recordam da implantação e alguns citam a expansão da ESF vivenciada em seus respectivos municípios, atualmente.

Em relação a um hipotético “**perfil ideal**” de um Secretário Municipal da Saúde os gestores desta pesquisa elencaram algumas características essenciais ao cargo: formação em gestão ou alguma área da saúde, ser honesto, carismático, responsável, dedicado, disponível, gostar do que faz, administrar o dinheiro público, ser flexível, ter bom relacionamento com a população, ter paciência e comprometimento, ser pessoa de total confiança, ter ‘jogo de cintura’, ser pessoa extremamente técnica, ter perfil político, ser pessoa que já trabalha ou tenha conhecimento na área da saúde.

Analisando a **percepção dos gestores sobre a ESF**, detectou-se visão positiva sobre esta estratégia, enfatizando tratar-se de assistência não somente individual, mas também coletiva, expressa, por exemplo, no fato dos profissionais saírem das Unidades de Saúde e irem até os domicílios.

A ESF é vista, pois, como “excelência” ao compor o trabalho em equipe, de forma articulada, e facilitar a aproximação com a comunidade, destacando-se o apoio do Agente Comunitário de Saúde, principalmente na circulação de informações da área adscrita.

Na opinião dos gestores da saúde, uma equipe engajada e comprometida aumenta a resolubilidade dos problemas de saúde. A prática, a partir do diagnóstico territorial e populacional, reflete a atenção voltada para o coletivo, no bem estar da família.

Dentre as **preocupações** com a ESF, surge a perda da característica da Estratégia onde há locais que atuam como pronto-atendimento, valorizando o atendimento individual e curativo. Na opinião de um gestor entrevistado, o resgate da modalidade de ESF dar-se-á através de melhor remuneração dos profissionais.

Outras preocupações relevantes apontadas foram a falta de profissionais capacitados e interessados na ESF, o descumprimento da carga horária pelo profissional médico e o custo elevado com o pagamento deste.

Os recursos financeiros são elencados como **necessidade prioritária** para o desenvolvimento da APS; de outra parte, vários sujeitos afirmam que a melhoria do financiamento na ESF impacta diretamente as ações em outros níveis de atenção à saúde, como, por exemplo, a diminuição de hospitalizações.

O apoio político, a reunião e o trabalho em equipe, o vínculo com a comunidade, a garantia de contratação dos profissionais, a acessibilidade ao SUS e às novas tecnologias, a avaliação da melhoria da qualidade na Atenção Básica, a visita domiciliária, o diagnóstico e a responsabilização da população assistida foram considerados como **facilitadores da ESF**. Para alguns gestores, a contratação e a troca de médicos também foram vistos como facilidades.

As **dificuldades** elencadas pelos entrevistados foram: a falta da integralidade, ausência de profissionais com competência para atuar na APS, o não cumprimento da carga

horária, a não aceitação da ESF pela comunidade, unidades de saúde com carência na infraestrutura e ambiência, a re-divisão territorial devido à expansão da ESF e a insuficiência de recursos financeiros na área da saúde.

Em relação às **expectativas** dos gestores entrevistados, surgem a superação da insuficiência dos recursos financeiros e a participação relevante do próprio município na implantação de políticas inovadoras. A pouca participação do Estado é citada nas mensagens, além da necessidade de que seja revisto o financiamento da saúde pública no Brasil. Vale ressaltar que, um dos sujeitos da pesquisa elencou como positivo o apoio do Ministério da Saúde no investimento de ampliação e reforma de UBS, na construção de Academia da Saúde e na implantação da equipe do NASF.

Uma destacada expectativa refere-se à prática da Educação Permanente em Saúde, a qual está sendo incorporada no cotidiano das equipes, voltada à formação e capacitação dos profissionais para atuarem com competência na APS, inclusive os próprios gestores municipais da saúde, o que impacta diretamente nos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Espera-se com este estudo, que sejam implementadas as políticas públicas municipais e/ou regionais de formação dos gestores, para que possam compreender o funcionamento da ESF e identificar estratégias de enfrentamento das dificuldades encontradas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, A. F. R. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Livro_inteiro_portugues.pdf>. Acesso: abr. 2013.

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. 69. ed. São Paulo: Ave Maria, 1989.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. São Paulo: IMESP, 1988. Seção II – da saúde, capítulo II, título VIII. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assessoria de comunicação social, ABC do SUS/MS**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pontes e obstáculos à apropriação de resultados de estudos e pesquisas para a gestão do SUS. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 165-167, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2003a. 248p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007a. 291 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS**. Brasília, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília, 2005a. 84 p.

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, 2005b. 194 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf>. Acesso em: out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Pacto pela Saúde. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, 2007. 68 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde**. Brasília, 2009. 200 p. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/reflexoes_novos_gestores.pdf>. Acesso em: out. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2011b. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488/GM de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família**. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: out. 2012.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão**: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. 2003. 269 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. p. 242-249.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000. 700 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A gestão da saúde nos estados**: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília, 2007b.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Nota Técnica nº 23/13**. Programa Mais Médicos. Brasília, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução nº 287/98*, de 08 de outubro de 1998. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm>. Acesso em: 13 set. 2014.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri, ABRASCO, 1991.

COZBY, Paul. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 285-304.

DIESFELD, H. J. Das 'Primary Health Care'-(PHC-) Konzept. In: DIESFELD, H. J.; FALKENHOST, G.; RAZUM, O.; HAMPEL, D. (Org.). **Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern**: medizinisches handeln aus bevölkerungsbezogener perspektive. Berlin: Springer, 1997. p. 44-56.

FARIA, H. P. [et al.] Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008. 64 p.

FLEURY, S.; CARVALHO, A. I.; MANOTAS, N.; BLOCH, R.; NEVARES, S. Municipalização da saúde e poder local no Brasil. **Rev. Adm. Publica**, v. 31, n. 5, p. 1 -14, 1997.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 2, p. 143-151, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família: contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 1999, Águas de Lindóia. **Anais...** Águas de Lindóia: APSP, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

JÓIA, C. A. O. **Desafios no desenvolvimento da ESF**. 2011. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3098.pdf>> Acesso em: maio 2014.

LUNA, S. M. M. **Perfil dos gestores municipais de saúde do Estado de Mato Grosso**. Cáceres [MT]: Ed. Unemat, 2008.

MAFRA, F. **O impacto da Atenção Básica em Saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil**. Brasília, 2010. 129 f.

MAPA regional de saúde (versão julho/2013) – DRS IX. Marília, SP, 2013.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006. p. 23-28. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf>. Acesso em: maio 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. Atenção primária a saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. **Rev. Min. Saúde Pública**, v. 3, n. 4, p. 4-26, 2004.

MICHALOSKI, L. C. R. **Caminhos e (des)caminhos da descentralização da vigilância sanitária em municípios do interior do Estado de São Paulo**. Botucatu, SP: [s.n.], 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2010. 407 p.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília, 2011. 113 p.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254 f. Tese (Doutorado) - Faculdades de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 1998.

PERES, C. R. F. B. **O trabalho do agente comunitário de saúde no município de Marília-SP**. Botucatu, SP: [s.n.], 2006.

PINTO SOBRINHO, L. C. (Coord.); MOURA, F.; RODRIGUES, F. M. Identificação do perfil profissional dos responsáveis pela saúde nos municípios do Rio Grande do Sul. In: REDE OBSERVATÓRIO RH DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA. **Perfil profissional e a formação em saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/observatoriorh/img2/capitulo_restante.pdf>. Acesso em: out. 2013.

REHEN DE SOUZA, R. O sistema público de saúde brasileiro. In: NEGRI, B.; VIANNA, A. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002. p. 441-469.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do Programa Estratégia de Saúde da Família (PSF). *Rev. Latino-am. Enferm.*, v. 12, n. 4, p. 658-664, 2004.

ROCHA, M. T. V. S. **O gestor municipal de saúde e o programa de saúde da família: estudos de casos**. 2003. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2003.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. A contribuição da saúde mental para o Programa Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n. 3, p. 230-235, 2003.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: out. 2012.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. (Coord.). **Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina, 2011. 117 p.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: _____. (Ed.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface (Botucatu)**, v.9, n.16, p. 25-38, 2005.

SOUZA, A. A. C. L. O perfil dos secretários municipais de saúde de Minas Gerais e a organização dos programas e projetos. **Rev. Min. Saúde Pública**, v. 1, n. 1, p. 34-43, 2002.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002a.

SOUZA, R. R. **O Sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em Ciências Sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Coordenadoria Geral de Bibliotecas. Grupo de Trabalho Normalização Documentária da UNESP. **Normalização documentária para a produção científica da UNESP**: normas para apresentação de referências segundo a NBR 6023:2002 da ABNT. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.biblioteca.unesp.br/pages/normalizacao.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2012.

VASCONCELOS, M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E. V. (Org.). **Organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

VILAR, R. L. A.; CASTRO, J. L.; CASTRO, J. L. Quem são os gestores municipais de saúde no Rio Grande do Norte? Um estudo sobre o perfil. Pesquisa integrante do Plano Diretor 2004/2005 do Observatório NESC/UFRN, Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (RORHES) coordenada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde, Natal/RN - 2005. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/Quem_sao_%20gestores_RN.pdf>. Acesso em: mar. 2013.

VOLPATO, E. S. N.; SILVA, R. C.; PIZZANI, L. **Manual de apresentação de trabalho científico**: tese, dissertação e monografia. Botucatu: Divisão Técnica de Biblioteca e Documentação, 2014. 35 p.

WHO. UNICEF. **Alma Ata 1978**: primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1978.

ANEXO E APÊNDICES

ANEXO A



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 02 de julho de 2012

330/2012-CEP

Ilustríssimo Senhor
Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Júnior
Departamento Saúde Pública da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezado Dr. Caldas,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4268-2012) "Perfil do gestor municipal da saúde e o processo de adesão à Estratégia Saúde da Família (ESF) na Região de Marília/SP", a ser conduzido por Denise Elaine Garozi, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 02/07/2012.

Situação do Projeto: APROVADO. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

APÊNDICE A

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto de pesquisa: “Perfil do gestor municipal da saúde e o processo de adesão à Estratégia Saúde da Família (ESF) na Região de Marília/SP”
Objetivos da pesquisa e justificativa: O presente projeto versa sobre a necessidade de subsidiar um maior conhecimento quanti-qualitativo a respeito dos responsáveis pela implantação de políticas públicas inovadoras do SUS, nos municípios. Esta pesquisa faz parte do Curso de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. Tal projeto atinge 62 municípios, pertencentes à região do DRS IX (Marília-SP). O objetivo principal é identificar os perfis dos secretários municipais de saúde e a concepção que têm a respeito da implantação da Estratégia Saúde da Família. Sendo assim, através do apoio da Secretaria Estadual da Saúde e Secretarias Municipais da Saúde, estamos realizando a pesquisa “Perfil do gestor municipal da saúde e o processo de adesão à Estratégia Saúde da Família (ESF) na Região de Marília/SP”, tendo como orientador o Prof. Dr. Antonio Luiz Caldas Junior. Neste sentido, convidamos Vossa Senhoria colaborar como sujeito da pesquisa, respondendo ao questionário em anexo. Solicitamos que reenvie o questionário respondido. Segue abaixo, um termo de consentimento que assegurará os princípios éticos que nos norteiam para que possamos utilizar os dados enviados com resguardo de confidencia de identificação dos informantes.

Consentimento Pós-Esclarecido

Eu, _____ declaro que participei de modo voluntário da pesquisa acima descrita, respondendo o questionário em anexo. Declaro ainda que, tomei conhecimentos dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa. Entendi que todos os dados serão confidenciais e que tenho liberdade de retirar meu consentimento de participação a qualquer momento. Recebi esclarecimento sobre compromisso de que minha identificação se manterá confidencial, tanto quanto a informação relacionada com a minha privacidade. Caso tiver alguma dúvida sobre este estudo, sobre meus direitos de participante, ou sentir-me prejudicado(a) pela minha participação, posso entrar em contato com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143, para eventuais esclarecimentos. Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora, consinto em participar desta Pesquisa. Marília/SP, ____ de _____ de 2012. Assinatura do participante: _____ Assinatura da pesquisadora: _____
Observação complementar: Após a aprovação do CEP este documento será elaborado em duas vias, sendo uma de posse sua e outro do pesquisador. As entrevistas serão gravadas, na 2ª etapa da pesquisa. Vale ressaltar ainda que não existe conflito profissional entre pesquisadora e participantes do estudo.

Pesquisadora: **Denise Elaine Garozi**

Orientador: **Antonio Luiz Caldas Junior**

Rua Roberto Bassan, 135 - Jd. Cavalieri II CEP:
17504-190 – Marília (SP)

Distrito de Rubião Junior, s/n
CEP: 18618-970 - Botucatu (SP)

Telefones: (14) -91212589 ou 9665-2589

Telefone: (14) – 9761-9193

e-mail: degat2001@yahoo.com.br

e-mail: caldas@fmb.unesp.br

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO
Município: _____/SP
Sexo: () Feminino () Masculino
Idade: _____ anos
Formação (escolaridade): _____ () completa ou () incompleta
Se nível superior, qual instituição se formou? () Pública ou () Privada
Realizou pós-graduação específica em Gestão de Sistemas/ Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde e/ou Estratégia Saúde da Família? () Não () Sim. Se sim, qual o nível? () Especialização () Mestrado () Doutorado. Especificar: _____
Realizou pós-graduação em outras áreas? () Não () Sim, qual? Especificar: _____
Há quanto tempo atua como secretário(a) de saúde? _____
Já atuou em outro município? () Não () Sim, qual? _____
Em seu município está implantada a Estratégia Saúde da Família? () Não () Sim Se sim, quantas equipes existem? _____

APÊNDICE C

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA

Número do entrevistado:

Município: _____

Data: ____/ ____/ 2013

Perfil - Secretário da Saúde:

1) Para o senhor(a): o que é ser “Secretário da Saúde”?

* motivos que determinaram o convite e aceitação para este cargo

2) Se o Sr. (a) fosse o prefeito, qual o “perfil” escolheria para o Secretário da Saúde?

* elencar características “essenciais” ao perfil

Estratégia Saúde da Família (ESF):

3) Como o Sr.(a) define o papel da ESF no desenvolvimento do SUS, no Brasil?

4) Qual a sua aproximação com a ESF, antes de ser secretário(a)?

5) Participou da implantação e desenvolvimento da ESF em seu município? Se sim: quais dificuldades e facilidades?

* motivos que levaram a implantação da ESF no seu município

6) Que contribuição a ESF trouxe para a Política Municipal de Saúde?

7) Deseja falar algo que não foi questionado?

Muito obrigada por sua participação!