

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**Os Gestores de Saúde na Atenção Primária a
Saúde e o seu papel Capacitara Atuação
Satisfatória**

Valdete Lourenço da Silva

Sobradinho, RS, Brasil

2011

Valdete Lourenço da Silva

Trabalho apresentado ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof^a Msc. Neida Luiza Kaspary Pellenz

Sobradinho, RS, Brasil

2011

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização
Pública em Saúde EaD

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o
Artigo de Conclusão de Curso

**Os Gestores de Saúde na Atenção Primária a Saúde e o seu papel
Capacitara Atuação Satisfatória**

elaborada por

Valdete Lourenço da Silva

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista

Comissão Examinadora

Prof^a. Ms. Neida Luiza Kaspary Pellenz

(Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)

Prof^a. Dr. Suzinara Beatriz Soares de Lima

(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Prof^a. Ms. Fernanda Sarturi

(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Sobradinho, 2 de julho de 2011.

RESUMO

Artigo de Revisão para Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

Os Gestores de Saúde na Atenção Primária a Saúde e o seu papel Capacitara Atuação Satisfatória

AUTORA: Valdete Lourenço da Silva

ORIENTADORA: Prof^ª. Ms. Neida Luiza Kaspary Pellenz

Data e Local da Defesa: Sobradinho, 2 de julho de 2011.

Esta pesquisa do tipo bibliográfica visa analisar e refletir sobre a relação entre os Gestores da Atenção Básica em Saúde e o aprimoramento profissional para atuarem na gestão, um tema de extrema importância para o Sistema Único de Saúde. Tem como objetivo mostrar a importância do papel do gestor no planejamento e coordenação dos serviços de saúde, a busca por eficiência e eficácia da gestão dos serviços voltados para a Atenção Básica, visando viabilizar e contribuir para elevar a qualidade dos serviços prestados aos clientes usuários dos serviços. Verificou-se que o profissional apto a execução da gestão favorece o desenvolvimento dos serviços e articulações intersetoriais; entre atenção e controle social. Em contrapartida foram encontrados vários desafios que precisam ser superados para a formação de um profissional capaz de atuar nos moldes do SUS com qualidade e efetividade. Recomendam-se mais estudos e discussões que envolvam o tema proposto, elaboração de projetos que possam contribuir para o desenvolvimento profissional dos gestores e demais ações cabíveis que possam proporcionar aprimoramento da formação dos profissionais e melhoria da assistência prestada.

Palavras-chave: Atenção Primária; Gestores de Saúde; Capacitação profissional.

ABSTRACT

Artigo de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

Managers in Health Primary Health Care and its role will enable Fair Practices

AUTORA: Valdete Lourenço da Silva

ORIENTADORA: Prof^a. Ms. Neida Luiza Kaspariy Pellenz

Data e Local da Defesa: Sobradinho, 2 de julho de 2011.

This bibliographic research aims to analyze and reflect on the relationship between the Managers of Primary Health Care and professional development to work in management, an issue of extreme importance for the Unified Health System Aiming. Taking as objective the show the importance of the role of managers in planning and coordination of health services, the search for efficiency and effective management of services aimed at primary care, order facilitate and contribute to raising the quality of services provided to clients of the services. It was found that the professional able to implement the management favors encourages the development of services and inter-sectoral; between attention and social control. On the other hand were found several challenges that must be overcome for a the formation of professional able to act in the manner of SUS with quality and effectiveness. Recommended if further studies and discussions involving the proposed theme, development of projects that may contribute to the professional development of managers and other reasonable actions that may provide improvement of professional training and improvement of care.

Descriptors: Primary Care; Managers Health; Professional Training.

SUMÁRIO

Artigo Científico – Título.....	3
Resumo	4
Abstract	5
Introdução	7
Metodologia.....	10
Resultados e discussão.....	11
Considerações Finais	20
Referências	23

Artigo Científico

Introdução

A crise no sistema de saúde brasileiro ao longo de décadas vem se arrastando, sendo que vários fatores contribuíram para o agravamento da caótica situação da saúde no país destacando neste contexto o cenário da saúde pública.

O sistema nacional de saúde brasileiro foi reestruturado através da Reforma Sanitária Brasileira que ampliou o conceito de saúde. A Reforma Sanitária surgiu no início da década de 70 com caráter oposicionista ao regime militar, implicava uma reestruturação político administrativo institucional; e a idealização de vincular a saúde ao princípio de cidadania plena, que reconhece o direito igual a todos os cidadãos. O projeto entre outras estratégias objetivava a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que visava romper a persistente dicotomia entre os dois órgãos, além de proporcionar uma integralidade às ações de saúde. Sendo que para alcançar o objetivo almejado ocorreram varias lutas e mobilizações dos profissionais de saúde, que se articularam ao movimento popular.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), a saúde não deve ser concebida como um conceito abstrato e sim definida no contexto histórico em que determinada sociedade esta inserida, levando em consideração o momento de seu desenvolvimento, cabendo a população conquistá-la em suas lutas cotidianas.

A Constituição Federal de 1988 segundo Simões (2003) procurou garantir a saúde como um direito de todos e um dever do estado asseverado mediante políticas sociais e econômicas; com o propósito de reduzir o risco de doença e de outros agravos e propiciar o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a elaboração de ações e serviços públicos de saúde que integrassem uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as

seguintes diretrizes: a descentralização com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade; o sistema único de saúde financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

A concepção do SUS foi baseada na elaboração de um modelo de saúde voltado para as demandas populacionais, com o intuito de firmar o compromisso do estado para com o bem-estar social dentro do contexto da saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania, cidadania esta perdida durante o período da ditadura militar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Neste contexto para estruturar a Atenção Primária a Saúde foi criado em (1994) Programa de Saúde da Família – PSF. Uma estratégia de reorientação do modelo assistencial que visava à melhoria da saúde e a qualidade de vida dos cidadãos, desenvolvendo ações de prevenção, manutenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e a promoção da saúde de forma integral e contínua. Para isto, os serviços prestados neste programa são realizados por equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, que estão localizadas em uma área geográfica delimitada (ROSA et al, 2005).

Na 12ª Conferência Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2004) foi enfatizada a necessidade de sanar problemas referentes à área de recursos humanos e a qualidade dos serviços. Nesta conferência houve a mobilização de dez eixos temáticos: direito à saúde, a seguridade social e a saúde, a intersetorialidade das ações de saúde, as três esferas de governo e a construção do SUS, a organização da atenção à saúde, controle social e gestão participativa, o trabalho na saúde, ciência e tecnologia e a saúde, o financiamento da saúde, comunicação e informação em saúde.

Surgindo assim a necessidade de atuação de gestores que segundo o Ministério da Saúde são:

[...] as entidades encarregadas de fazer com que o SUS seja implantado e funcione adequadamente dentro das diretrizes doutrinárias, da lógica organizacional e seja operacionalizado dentro dos princípios anteriormente esclarecidos. Haverá gestores nas três esferas do Governo, isto é, no nível municipal, estadual e federal (BRASIL, 1990, p.6).

Os gestores que atuam nas três esferas do governo devem ter atributos para atuarem de forma satisfatória como: planejamento, supervisão, chefia liderança, comunicação delegação de poderes, pensamento estratégico, administração de conflitos, antecipação, poder decisório, educação permanente com capacitação em serviço, manejo financeiro, criatividade. E o mais importante estarem capacitados para atuar para não comprometerem a gestão em que estão inseridos.

Os objetivos desta pesquisa são: apresentar e discutir os desafios enfrentados pelos gestores de saúde na atenção primária, ressaltando o papel dos gestores e suas atuações, a capacitação dos mesmos para uma atuação satisfatória, conhecer a realidade da gestão da saúde pública brasileira nas suas esferas.

Para alcançar esses objetivos foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica com referencial teórico baseado na literatura científica feita através de artigos e livros científicos da área.

Metodologia

Trata-se de pesquisa bibliográfica descritiva, realizada na base de dados Scielo, com utilização das palavras-chave: Gestão na Atenção Primária; Gestores de Saúde; Capacitação profissional. Após análise dos conteúdos relacionados à Gestão, com base em artigos, revistas, livros, dissertações, dentre outras publicações.

O período de desenvolvimento da pesquisa bibliográfica compreendeu o espaço de março a julho de 2011, na coleta e análise de conteúdo, o que permitiu uma descrição objetiva e sistematizada, numa tentativa de caracterizar os desafios enfrentados pelo Gestor nos Serviços de Saúde. A pesquisa dividiu-se em dois momentos, onde o primeiro momento se caracterizou pela busca dos resumos e posterior leitura; no segundo momento foram selecionados os resumos que abordavam a Gestão na Atenção Primária, o Gestor de Saúde e a Capacitação Profissional, incluindo estes temas para discussão.

Como critério de inclusão foi selecionado artigos que abordassem a gestão em saúde como tema central ou ainda os que incluíam a importância do papel dos gestores de saúde e sua capacitação. E como critério de exclusão os artigos que não relacionavam a gestão em saúde na atenção primária com a atuação dos gestores e sua capacitação, e que não incluíam a gestão da atenção primária.

Para análise dos resultados, optou-se por Minayo (2004), definindo a sistematização do conteúdo em categorias descritas a seguir. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente por livros e artigos. (...) *A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.* (GIL, 1999, p.65)

Apresentação dos resultados

Em virtude de não ter encontrado nenhum resultado para as palavras-chave de forma agrupada, a pesquisa deu-se com as palavras-chave de forma isolada. Abaixo o Quadro 1 traz os resultados do primeiro momento da pesquisa.

Quadro 1 – Resumos disponíveis sobre gestão da atenção primária, gestor de saúde, capacitação profissional.

Palavras - chave	Total por assuntos
Gestão da Atenção Primária	37
Gestores de Saúde	26
Capacitação Profissional	305
Total por período	368

Fonte: SCIELO, Os Gestores de Saúde na Atenção Primária a Saúde Versus Capacitação Para uma Atuação Satisfatória, 2011.

Como se verifica no quadro 1 foi encontrado 37 resumos com a palavra chave Gestão da Atenção Primária; 26 com a palavra-chave Gestores de Saúde e com a palavra-chave Capacitação Profissionais forma 368 resumos.

Quadro 2 – Resumos que incluíam a gestão em saúde como tema central ou ainda os que incluíam a importância do papel dos gestores de saúde e sua capacitação.

Ano Palavras chave	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total por assuntos
Gestão da Atenção Primária	01	-	-	02	03	06	12
Gestores de Saúde	02	04	03	04	04	03	20
Capacitação Profissional	-	-	-	-	06	02	08
Total por período	03	04	03	06	13	11	40

Fonte: SCIELO (2005 – 2010), Os Gestores de Saúde na Atenção Primária a Saúde Versus Capacitação Para uma Atuação Satisfatória, 2011.

Como se verifica no quadro 2 foi encontrado 12 artigos com a palavra chave Gestão da Atenção Primária; 20 com a palavra chave Gestores de Saúde e 08 com a palavra - chave Capacitação Profissional. Sendo que estes resumos incluíam a gestão em saúde como tema central ou ainda os que incluíam a importância do papel dos gestores de saúde e sua capacitação.

O universo da pesquisa foi constituído por 40 artigos na base de dados Scielo.

Discussão dos Resultados

Neste estudo verificou - se que os problemas relacionados a atuação dos gestores de saúde foram ocasionados ao longo do tempo pelos modelos de saúde adotados no país, que não definiam com clareza o campo de atuação nem a responsabilização dos gestores. Neste contexto destaca-se o modelo de saúde previdenciário ou hegemônico que priorizava a medicina curativa, centrada no papel médico/hospitalocêntrico modelo incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os deficitários indicadores de saúde. Fato que dificultou a atuação dos gestores, pois este modelo não permitia ter uma visão ampliada do processo e nem alcançar a real dimensão dos problemas de saúde, suas diversidades e particularidades; os poucos indicadores não forneciam informações fidedignas sobre a saúde da população, e a priorização da prática curativista em detrimento das práticas de promoção e prevenção a saúde inviabilizava a solução dos problemas inseridos no contexto da saúde coletiva; as questões assistenciais ficavam a cargo da Previdência Social e as ações ditas coletivas passavam a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde limitando e indefinido o papel do gestor, não enfocando a gestão do sistema na sua totalidade.

O Brasil apresenta um sistema político federativo constituído por três esferas de governo União, Estados e Municípios. Na Constituição da República de 1988 essas esferas possuem entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica (MINISTERIO DA SAUDE 1998). No âmbito das políticas de saúde o

processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu a partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde 8080, havendo negociações com representações dos secretários estaduais e municipais de saúde. Sendo o Sistema Único de Saúde constituído pelo conjunto das ações e dos serviços de saúde sob gestão pública com a formulação de propostas de reorientação dos serviços, apresentaram alternativas ao modelo hegemônico, pautadas nos princípios do SUS. A partir da implantação do SUS é possível visualizar com mais clareza o papel dos gestores de saúde, através da descentralização cada esfera assume a representação e responsabilização de ações mais definidas. Orientado pelas Normas Operacionais (NOB) que foram criadas para orientar o processo de gestão do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais para definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade do sistema, amenizando o confuso e ineficaz processo de gestão vigente no país.

Através das Normas Operacionais - NOB são definidos os critérios e competências de cada esfera de governo para que Estados e Municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS e voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. Desde a implantação do SUS foram elaboradas três Normas operacionais em 1991, 1993 e em 1996.

A Norma Operacional Básica – NOB/SUS 91 foi implantada pela Resolução n.º258 em Janeiro de 1991 tinha como finalidade a operacionalização de disciplinar e ordenar a transferência de recursos. Para isso foi criada a regulamentação dos pagamentos feitos por produção e definição de critérios de internação. Os Estados e Municípios deveriam estar aptos através da hierarquização da rede sanitária e criação de Fundos e Conselhos de Saúde, com isso os municípios passaram a ter maior participação, porém a gestão do Sistema Único de Saúde permaneceu centralizada no nível federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991).

Essa NOB encontrou dificuldades na sua implantação a maioria dos municípios não atendia as exigências estabelecidas para assumir a gestão, o método de pagamento de serviços era pouco eficaz sendo avaliados pela quantidade de procedimentos executados, sem priorizar a qualidade dos serviços e

os resultados alcançados, criando meios para corrupção, privilégios e diversos empecilhos para os municípios; fortalecimento e crescimento dos serviços médicos assistencialistas visto que o repasse financeiro estava condicionado a esta produção; como resultado a gestão permaneceu centralizada o que fazia com que a atuação dos municípios fosse ineficaz destacando neste contexto a prevalência do modelo de compra de serviços privados de saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS.

Em 1993 foi editada a Norma Operacional Básica - NOB/93 pela portaria do Ministério da Saúde n.º 545, habilitou os municípios à execução do SUS por níveis de gestão incipiente, parcial e semiplena; criação do processo de repasse financeiro fundo a fundo para os municípios em gestão semiplena, onde os municípios assumiam total responsabilidade sobre a prestação de serviços e gerenciamento da rede pública, com isso passaram a ser gestores. A implantação das Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite, como importantes Espaços de negociação, pactuação, articulação, integração, entre gestores. Através dessa NOB houve a ampliação dos serviços ofertados a população, entre eles os de alta complexidade, descentralização política e administrativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

O processo de mudanças começa a tomar rumos mais definidos com a implantação desta NOB, e reflete na ampliação de serviços à população sendo possível visualizar as características do SUS de forma mais concreta.

O Ministério da Saúde (Brasil, 1996) instituiu a Norma Operacional Básica NOB/96 através pela Portaria N.º 2.203, publicada em 6 de novembro, pelo com o tema "*Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*". Foi criada para promover e consolidar o pleno exercício dos municípios, reorganização do modelo assistencial em que os municípios atuam plenamente na gestão e execução da atenção básica de saúde; aumento dos repasses fundo a fundo que deixam de ser repassada somente pelas cotas de serviços produzidos, incorporação das ações de epidemiologia e controle de doenças; aumento dos espaços de negociação e pactuação entre gestores, criação do cartão SUS - Municipal.

Esta NOB proporcionou uma nova trajetória de modelo de saúde, em que as ações passam a integradas envolvendo promoção, prevenção e recuperação da saúde, estabeleceu a responsabilização de cada gestor, de cada instância de governo, adequação e ampliação da implantação do Programa de Saúde da Família

no país, incentivo à produção de medicamentos genéricos. A gestão dos municípios agrega mais benefícios à população, melhor enfrentamento dos problemas, melhor definições das prioridades e de investimentos de recursos.

A Norma Operacional Assistência a Saúde - NOAS/SUS implantada em pela portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2001 estabeleceu o aprofundamento do processo de descentralização, e de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e enfatizava proporcionar aumento na equidade. Ressaltando também as responsabilidades, requisitos e prerrogativas dos gestores as origens e o processo de implantação do SUS nos âmbitos municipais e estaduais. A NOAS proporcionou aos Estados desempenharem a Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena de Sistema Estadual; e aos Municípios a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

No nível Federal o papel de gestor é de responsabilidade do Ministério da Saúde o qual deve liderar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando riscos e necessidades nas diferentes regiões para a melhoria da qualidade de vida do povo brasileiro, contribuindo para o seu desenvolvimento. Ou seja, ele é o responsável pela formulação, coordenação e controle da política nacional de saúde no planejamento, financiamento, cooperação técnica o controle do SUS. A nível Estadual o gestor é representado pelo secretário estadual de saúde, sendo responsável pela coordenação das ações de saúde do seu estado. Corrigir as distorções no plano diretor municipal e induzir os municípios ao desenvolvimento de ações. E a nível Municipal, compete aos gestores programar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, avaliar e programar as ações de saúde em função da problemática da população do município em que está inserido. O município tem maior responsabilização pelas ações de saúde para a sua população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 27-28).

Em cada esfera de governo cabe ao gestor articular com os demais setores da sociedade que têm interferência direta ou indireta na área da saúde, bem como representantes da população fomentando sua integração e participação no processo, e no controle da execução; ampliando assim a representação democrática

das várias partes da sociedade. Sendo a intersectorialidade o agente integrador entre o gestor e as experiências das políticas setoriais, proporcionando inovação na gestão pública. Dentro das funções gestoras na saúde no contexto do SUS estão quatro macro-funções que consistem na formulação de políticas e planejamento; prestação direta de serviços de saúde, financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação do sistema, das redes e dos prestadores públicos ou privados.

Cada Norma Operacional foi criada diante das necessidades da população e da organização do SUS no país respectivamente. Percebe-se que uma NOB veio para complementar à outra, na tentativa de orientar o ajustamento do processo de implantação do SUS, tendo o governo federal papel indispensável no processo proporcionando aos Estados e Municípios condições para atuarem na gestão; de forma descentralizada e estarem aptos a oferecerem serviços de qualidade com assistência integrada aos usuários. Individualmente cada NOB trás aspectos positivos e negativos que precisam de alterações, sendo estas necessárias para que o processo seja aperfeiçoado. Lidar com questões referentes à saúde é um trabalho complexo, pois lida com o contexto de situações reais que mudam constantemente de acordo com variados fatores específicos, e através das NOBS o SUS busca a orientação para atuação adequada e eficaz do sistema.

A resolução nº333 segundo o Conselho de Saúde (2003) foi implantada em 4 de Novembro de 2003 que tratava sobre as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde que simbolizou um grande avanço na ampliação de espaços; e empoderamento e intervenção da população, através dos Conselhos são formuladas e propostas estratégias de políticas de saúde, bem como o controle da execução das mesmas. Novos personagens para atuarem no processo de gestão com a construção de espaços coletivos de gestão, apontadas como alternativas para possibilitar maior participação dos trabalhadores e da população, objetivando a participar de instâncias de decisão locais, regionais e nacional, para o exercício do controle social.

Para que os Conselhos de Saúde atuem com efetividade no processo de gestão é necessário superar desafios entre os quais se destacam: o déficit no acesso as informações que prejudicam o andamento do processo, o uso arbitrário de autoridade política para boicotes ou incentivos a questões de interesse do

governo, o uso de linguagem técnica que prejudica a clareza na compreensão dos assuntos discutidos pelos participantes destacando representantes da população; a assimetria entre os participantes; pouca participação da população que ocorre por desmotivação, desinteresse e desinformação e a manipulação política.

Em 2006 foi instituído pelo Ministério da Saúde o Pacto pela Saúde para suprir a necessidade de qualificação da gestão do SUS, objetivando o fortalecimento da gestão solidária entre as três esferas de gestão do SUS a União, Estados e Municípios; visando as demandas dos clientes usuários dos serviços, com o intuito de atender as necessidades dos mesmos. O Pacto pela Saúde reafirma no campo da Saúde preconizado na Constituição Federal, que prevê a coresponsabilidade e a cooperação entre os entes federados. Formado por três pactos o Pacto Pela Vida que estabelece compromissos de atingir metas sanitárias entre os gestores do SUS; o Pacto em Defesa do SUS que determina os compromissos políticos envolvendo o governo e a sociedade civil; e o Pacto de Gestão que define as responsabilidades sanitárias de cada gestor municipal, estadual e federal para a gestão do SUS, nos aspectos da gestão do trabalho, educação na saúde, programação pactuada e integrada, descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, regulação das ações e serviços, monitoramento e avaliação, auditoria e participação e controle social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Leva-nos a refletir que para a saúde pública é primordial a prestação de cuidados a saúde que envolve interesses variados, que envolvem os clientes e suas necessidades específicas, e a devida complexidade do processo exige a atuação de múltiplos profissionais e gestores dos serviços e seus interesses. No campo da saúde destaca-se a complexidade e intersetorialidade do sistema.

Faz-se necessário potencializar a compreensão dos dirigentes sobre o contexto dos processos organizacionais, na prática gerencial, nos dispositivos coletivos e de seu papel neles. Assim, leva nos a refletir e explorar suas vivências sobre a dinâmica organizacional, buscando ampliar a visão quanto às possibilidades de regulação e governabilidade.

Azevedo (2010), afirma que compreendemos a prática gerencial como espaço potencial para encontro da heteronímia, das forças dominantes do

conformismo, as forças disjuntivas, e as forças instituintes, que procuram favorecer o vínculo do trabalho dos profissionais nas suas diferenças, proporcionando um grau de reconhecimento com as organizações públicas de saúde e sua missão.

Partindo dessa concepção a gestão estratégica pode ser utilizada de forma plena nos serviços de saúde sendo primordial o uso de instrumentos no processo gerencial: somente a análise dos dados, definição da missão, dos processos, dos recursos, necessidades, desenvolvimento e monitoramento dos planos de ação elaboração de políticas para conferir viabilidade aos planos e processos de avaliação contínua, suporte político para que o gestor possa ter a aprovação e sustentação de planos de ação. Um desafio enfrentado pelos gestores diante da complexidade do Sistema Único de Saúde – SUS é proporcionar adequação da gestão visando eficiência e efetividade, diante dos poucos recursos investidos na saúde, no déficit de profissionais e qualificação dos mesmos, e sobrecarga de demanda social.

Levy A (2001) enfatiza que é necessário o emprego de métodos dinâmicos e interativos grupais, proporcionando aos profissionais e dirigentes a compreensão das relações dinâmicas entre organização, sofrimento e produção de sentido. Estes devem intervir tanto nos processos de influência nas organizações de saúde, como naqueles voltados para formação gerencial. A posição de gestor deve-ser coerente com o perfil de competências de acordo com a literatura que subsidia as competências gerenciais, enfatizando o comportamento organizacional que é representado como um conjunto de valores éticos, morais e sociais que tem a aprovação do grupo de profissionais que participam dos processos da instituição.

Um dos pontos mais importantes na estratégia de gestão é identificar e analisar quais os interesses comuns e os conflitos existentes entre as instituições, buscar articulações que fortaleçam as alianças e neutralize os adversários.

O desenvolvimento dos gestores de saúde refere a um processo de crescente complexidade e, portanto, não obtido por meio de um caminho linear. A construção do desenvolvimento profissional perpassa entre evolução e continuidade. A continuidade da formação permite reconhecer quais as necessidades e os problemas enfrentados pelos gestores. Sendo que o processo de formação continuada deve conduzir à autonomia profissional e de que um bom profissional é

um ser reflexivo, que não obstante o caráter problemático e indefinido das situações de saúde é capaz de interferir de forma interativa.

Variadas questões norteiam o profissional de saúde entre elas uma renumeração satisfatória, valorização profissional, segurança, infra-estrutura adequada para execução do trabalho, plano de carreira, entre outros. A formação continuada deve ser efetuada com uma postura de reflexão crítica sobre as práticas e de reconstrução permanente de uma identidade pessoal e profissional em interação mútua em que os gestores de saúde devem ser reconhecidos em seus processos de construção de autonomia profissional (CECCIM 2004). Visando suprir a desqualificação profissional que assola a classe e capacitá-la para atuar dentro das exigências do perfil profissional solicitados na atualidade.

Para explicar um modelo de programa de educação continuada tem-se o criado pelo Ministério da Saúde visando desempenhar seu papel na formação dos gestores de saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS estruturaram o “Programa Nacional de Qualificação de Gestores e Gerentes do SUS”; componente do programa Mais Saúde: direito de todos - 2008/2011 que vai de encontro ao Plano Regional de Educação Permanente do Pacto de Gestão do Ministério da Saúde. E em parceria firmada com a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP a quem coube a coordenação do Curso Nacional de Qualificação dos Gestores do SUS em nível de aperfeiçoamento.

Segundo a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca o curso objetiva disponibilizar:

“O desenvolvimento de capacidades para a gestão dos diferentes níveis do SUS, na perspectiva de formar equipes gestoras, referenciadas na regionalização da atenção à saúde, ampliar as capacidades profissionais pertinentes à gestão, colaborando para o fortalecimento institucional; contribuir para a constituição e fortalecimento de equipes gestoras de caráter regional; promover, a partir da prática, a reflexão acerca dos conteúdos essenciais e inerentes à gestão; contribuir com o desenvolvimento de políticas de educação permanente, mediante experiências inovadoras no campo da formação de gestores – como aluno-equipe – referenciadas na regionalização, na modalidade da educação a distância (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2008, p.02)”.

A capacitação profissional vai além do acúmulo de saberes técnicos, pois consiste em um dos aspectos de transformação das práticas, neste sentido os cursos devem ser focados no cotidiano em que os profissionais estão inseridos e que possam contribuir na solução de problemas por eles enfrentados, visando aumento na qualidade dos serviços prestados. Neste intuito foram criados programas voltados para ações de educação permanente, capacitação, formação para melhorar a qualificação profissional. Visando sanar os problemas referentes à despreparação dos gestores para atuar na Atenção Primária em Saúde.

Considerações Finais

A estratégia de aprimoramento e capacitação profissional oferece benefícios como o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, possibilita a articulação entre o Sistema de Saúde e as instituições de ensino, a reorganização dos serviços e processos formativos, transformando as práticas educativas e as de saúde. Também, proporcionando a superação de agravos que dificultam a atenção integral e de qualidade e que torna deficitária a resolutividade e eficácia das ações de gestão e atenção a saúde.

Percebemos no decorrer desta pesquisa o fato da gestão em saúde pública não caber somente aos gestores que a representam junto ao governo no nível, federal, estadual e municipal representados por secretários de saúde que são nomeados por cargos comissionados, herança do manipulável, arcaico e dúbio sistema político que vigora no país; para essa categoria profissional indecorosamente não há concursos públicos e nem a exigência de formação na área de atuação. Conclui-se o processo de gestão envolve vários atores inseridos nas esferas de governo que desempenham funções gestoras e a população que é representada pelos participantes nos Conselhos de Saúde.

Estes profissionais que desempenham funções gestoras em variados setores como exemplos têm-se: os gestores de redes de atenção a saúde oncologia, urgência e emergência e hemorredes; que atuem no controle, avaliação e auditoria; na atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; em laboratórios públicos, etc.; em programas de atenção à saúde; na Atenção Básica; em fundos municipais e estaduais de saúde; nos âmbitos das vigilâncias em saúde ambiental, sanitária, saúde do trabalhador e epidemiológica; planejamento e programação em saúde; entre outros. Faz se necessário a realização de concursos públicos para admissão destes profissionais com exigência de formação específica na área de atuação; bem como a abolição dos cargos comissionados visto que, ainda prevalece, o lastimável processo de indicação para estes cargos ao assumi-los sem qualificação os “pseudo gestores” colaboram para a alta rotatividade dos

gestores o que prejudica o desenvolvimento e articulação do trabalho, como ocorre com os cargos de gestores ocupados pelos secretários de saúde.

Dentre os empecilhos para a contratação de especialistas em gestão em saúde pública capacitados, destaca-se o fato de que muitos concursos públicos realizados no país para a contratação de servidores públicos muitas vezes não exigem formação específica para a área, não é oferecido treinamento e/ou a capacitação direcionada aos concursados boicotando o objetivo de dar andamento ao processo de gestão.

Na continuidade de imprimir os desafios de construir um sistema de gestão satisfatório deve-se persistir na aposta de buscar alternativas diversas para aperfeiçoamento do processo, erradicação dos resquícios remanescentes do modelo hegemônico, aporte financeiro governamental expressivo para mais investimentos em programas para a capacitação e formação dos gestores, mais estudos e discussões que envolvam o tema proposto. Somente estando apto a atuar os gestores estarão capacitados para desempenhar seu papel com uma atuação satisfatória.

Referências

AZEVEDO, CS. **A Dimensão Imaginária e Intersubjetiva das Organizações de Saúde: Implicações Para o Trabalho Gerencial e Para a Mudança Organizacional**. Ciênc. saúde coletiva 15: 977-986, ND. 2010 Jun. [citado 2011 Mar 05]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/.../online/?>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Construção do SUS: História da Reforma Sanitária**. Brasília, 2006 1ª edição, p.300. [citado 2011 Mar 03]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha do ABC do SUS – Doutrinas e Princípios, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde**. Brasília: DF; 1990. . [citado 2011 Abr 04]. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/radis/web/ABCdoSUS.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conferência Nacional de Saúde (12) 2003. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca – saúde um direito de todos e um dever do Estado, a saúde que temos, o SUS que queremos**. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [citado 2011 Mar 03]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. [citado 2011 Mar 01]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil.../constituicao_compilado.htm.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [citado 2011 Abr 05]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/...>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOAS 01/2001 - Portaria Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001**. [citado 2011 Mar 05]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/.../PortGM_544_11abril_2001.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91. RESOLUÇÃO Nº 258, de 07 de JANEIRO DE 1991**. [citado 2011 Mar 05]. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/.../Resolucao%20258_07_01_1991.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica/SUS nº01/93 Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993**. [citado 2011 Mar 05]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/.../NOB93/nob-info.html>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Portaria No. 2.203,**

publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996. [citado 2011 Mar 05]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Para Entender a Gestão do SUS.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000,48p. [citado 2011 Mar 03]. Disponível em: www.conass.org.br/arquivos/file/paraentenderagestaodosus.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE . **Princípios e Diretrizes Para a NOB/RH-SUS,** 2 ed. Brasília: 2000. P.27-28. [citado 2011 Mar 03]. Disponível em: www.observearh.org.br/nesp/projetos/rhsus/pdfs/nobrhsus.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto de Curso Nacional de Qualificação dos Gestores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008 P.02. [citado 2012 MAR 03]. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/Projetoformulado.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003.** [citado 2011 Abr 03]. Disponível em: [http:// conselho. saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf).

CECCIM RB, FEUERWERKER L. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** Physis - Rev. Saúde Coletiva, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

GIL AC. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 2a. ed. São Paulo: Atlas; 1996;p.65.

LEVY A. **Ciências clínicas e organizações sociais - sentido e crise de sentido.** Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC; 2001; 224 p. [citado 2011 Abr 04]. Disponível em: www.revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/viewFile/262/958.

ROSA et al. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistencial.** *Rev Latino-am Enfermagem* 2005. [citado 2011 Mar 20]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf.