

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
OBSERVATÓRIO RH NESC/UFRN

Quem são os Gestores Municipais de Saúde no Rio Grande do Norte?
Um estudo sobre o perfil*

Janete Lima de Castro^{*}
Jorge Luis de Castro^{**}
Rosana Lúcia Alves de Vilar^{***}

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa destaca algumas características sociais e profissionais dos secretários municipais de saúde (gestão iniciada em 2005) do Estado do Rio Grande do Norte, delineando o perfil dos mesmos, além de identificar aspectos relevantes para o planejamento dos processos de capacitação destinados à qualificação da gestão municipal.

O estudo faz parte de uma série de pesquisas realizadas pelo Observatório de Recursos Humanos¹ do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o perfil dos profissionais e organizações dos setores das estruturas públicas de saúde. Vale salientar que esta é a segunda pesquisa realizada pelo Observatório² sobre o tema.

* Pesquisa integrante do Plano Diretor 2004/2005 do Observatório NESC/UFRN, estão de trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (RORHES) coordenada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde.

* Enfermeira, mestra em administração. Coordenadora do Observatório RH NESC/UFRN.

** Publicitário. Sub-coordenador de informação e investigação em saúde da Secretaria Estadual de Saúde.

*** Enfermeira, mestra em ciências sociais. Professora da UFRN, pesquisadora do NESC/UFRN.

¹ Endereço da página na internet: www.observatorio.nesc.ufrn.br

² A primeira foi realizada em 2001 e encontra-se publicada na página http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/perfil_t02.htm

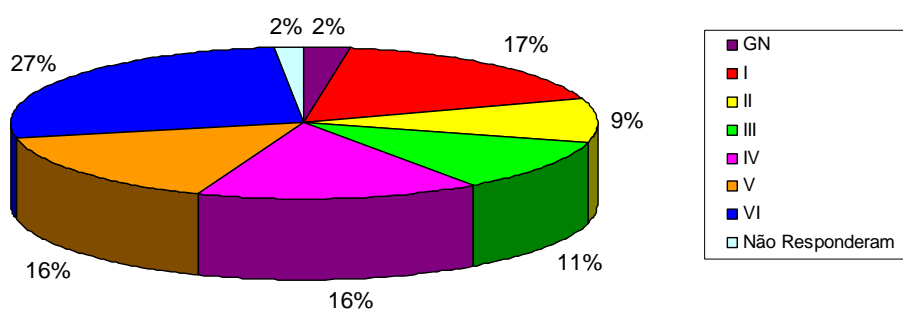
O seu propósito consiste em conhecer quem são os gestores municipais de saúde do Estado do Rio Grande do Norte, tendo em vista subsidiar projetos de capacitação e outras atividades do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/RN) junto ao conjunto dos gestores de saúde.

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa. Os dados foram coletados através de questionários aplicados durante o Seminário do COSEMS/ RN, realizado em março de 2005.

Tendo em vista a ampliação do número de participantes na pesquisa, foram enviados questionários para todos os gestores municipais de saúde que não estiveram presentes ao referido evento, como também aproveitados os momentos de reunião do colegiado de gestores de Comissão Intergestora Bipartite. Do total de questionários distribuídos entre os 166 gestores municipais de saúde do Estado, 127 foram devolvidos devidamente preenchidos, representando 77% do quantitativo de gestores municipais, cuja relação dos municípios inclusos encontra-se no anexo I. Os resultados serão apresentados em tabelas, gráficos e de forma descritiva.

O gráfico 1 apresenta o percentual de respondentes por Regional de Saúde, divisão organizativa utilizada pela Secretaria Estadual de Saúde/RN, demonstrando que a VI Unidade Regional de Saúde (URSAP) concentra a maior quantidade de municípios que colaboraram com a pesquisa, sendo seguida pela I, IV e V URSAP³.

Gráfico 1 – Distribuição dos Secretários de Saúde que responderam os questionários, por Unidade Regional de Saúde do RN - 2005



³ A Secretaria Estadual de Saúde divide o Estado em seis Unidades Regionais de Saúde Pública.

2. A GESTÃO MUNICIPAL EM SAÚDE: RESPONSABILIDADES E DESAFIOS

A política de saúde no Brasil, mesmo diante dos marcos do ajuste neoliberal sob a influência dos processos de globalização, vem se pautando na concepção do Estado democrático e de direito.

Neste sentido, Bravo (1999) destaca como premissas básicas desta política: o interesse público, a universalização do acesso, a descentralização, a democratização e criação de uma esfera pública com controle social, e a adoção de um modelo de atenção com base na integralidade e equidade das ações.

Sobre a descentralização, apesar de o tema admitir diferentes concepções, a maior parte dos autores que o discutem, como Jacobi (1992), Cohn (1994) e Gerschman (1995), consideram que essa ocorre com objetivos associados à democratização. Todavia, como salienta, Arretche (1997), apud Gerschman (2000) a descentralização da política pública pode não eliminar a apropriação privada de bens e serviços do Estado.

Mas, na perspectiva do caráter público do Estado, Gerschman (2000) considera que o estabelecimento de um novo pacto federativo, dando ao processo de descentralização atribuições e responsabilidades diferenciadas entre as instâncias governamentais, requer uma cultura política e institucional sustentada em princípios de universalidade e não exclusão e exige processos de negociação entre os vários segmentos envolvidos.

Cabe evidenciar que estes segmentos compõem o conjunto de sujeitos sociais (gestores profissionais de saúde e usuários) nos diversos níveis da política de saúde. O nível local – o município – como espaço onde as práticas concretas acontecem, na maioria das vezes ainda baseadas em mecanismos tradicionais e interesses consolidados, é um nível de grande importância nos processos de descentralização, por assumir novas funções e ser lócus de mudanças.

Assim, as políticas descentralizadoras representam desafios para a gestão tanto pela assunção de novas responsabilidades, como para instituição de mudanças, E, mesmo considerando que as mudanças não dependem apenas do gestor, é notório que este exerce um papel decisivo na condução política do sistema em todos os níveis governamentais.

Souza (2002) especifica que os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do executivo na saúde, e declara que eles devem atuar em dois sentidos bastante imbricados: o político e o técnico.

No âmbito político, a sua atuação deve ser norteada pela concepção da saúde como direito de cidadania, pelo interesse público e pela adoção de uma prática democrática, na qual se expressa a sua interação com outros sujeitos políticos do jogo democrático, tais como: outros representantes do poder executivo; representantes dos poderes legislativo e judiciário; representantes das entidades corporativas e da sociedade civil.

Campos (2000), discutindo sobre a democracia institucional, realça a importância dos sujeitos e sua capacidade de análise e de intervenção e, enfatizando que na prática nenhum agente isolado produz democracia, assinala que a democracia é uma reforma social, produto da práxis de grupos sujeitos e produtora de sujeitos. Portanto, é um produto social, não existindo sem a atuação deliberada de sujeitos concretos, e depende da capacidade dos mesmos em criar espaços de poder compartilhado. Para este autor, a democracia é ao mesmo tempo construção e instituição.

A atuação técnica do gestor, que não pode ser dissociada da atuação política, se consubstancia através do exercício das funções gestoras na saúde, segundo Souza (2002). Estas funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários à implementação de políticas e medidas coerentes com os princípios do SUS e da gestão pública.

No contexto da operacionalização do SUS, torna-se necessário que o gestor tenha conhecimento sobre o processo regulatório da política de descentralização, expresso em normas operacionais que estabelecem critérios, definições de passos a serem percorridos e procedimentos técnicos, tendo como base um pacto político cooperativo entre as instâncias e instituições do sistema de saúde.

Uma outra discussão – que perpassa o momento – é, que, apesar de todo o aparato legal existente, definindo as atribuições e competências das esferas de governo e da sua direção, ainda persistem dificuldades referentes à dispersão da responsabilidade e ao baixo grau de responsabilização sanitária dos dirigentes, gerentes e equipes de saúde.

Assim pode-se dizer que responsabilidade sanitária significa assumir um compromisso pactuado, visando qualificar a gestão e a atenção no SUS, tendo como referência seus princípios e diretrizes.

Para Vasconcelos (2005), a responsabilização sanitária é mais do que uma atitude individual e deve ser entendida como uma construção sociocultural mediada pelas relações entre sujeitos nas suas práticas políticas institucionais. A definição legal e normativa de responsabilidade, é necessária, porém, insuficiente para garantir a responsabilização.

Um outro aspecto, a ser mencionado, é que a questão da responsabilidade sanitária vem tendo maior foco com a crise na saúde e suas repercussões de cunho negativo, gerando, assim, a necessidade de se repensar o pacto de gestão pela integração do sistema de saúde na concepção de rede e cooperação, através de associação de municípios em sistemas regionais.

Campos (2004) propõe também a criação de mecanismos organizacionais, que tornem a responsabilidade sanitária dos entes federados, dos serviços e dos profissionais de saúde mais precisa e definida, visando à ampliação da eficiência e da eficácia do serviço e a adoção de práticas humanizadas.

Dessa forma, no cenário da atual política de saúde, democratização, qualidade, responsabilidade, eficiência, efetividade e eficácia são componentes fundamentais para garantir o alcance de bons resultados na prestação dos serviços, o que leva à reflexão sobre qual o perfil adequado para o gestor, na perspectiva de corresponder a demandas e incorporar as novas concepções gerenciais.

Para Souza (2002), o modelo de gestão pública com enfoque em diferentes formas de controle, como da qualidade, dos resultados, dos custos e do social, vinculada à responsabilidade social e à democratização, requer uma formação e mudança do perfil do gestor público.

Com essa linha de pensamento, acrescenta que o perfil deste gestor deverá ser delineado, considerando, entre outras, as seguintes dimensões: iniciativa, responsabilidade, bom senso, capacidade de decisão, perseverança, conhecimento atualizado e visão de futuro. Entre as outras dimensões, não citadas, destacamos a cultura democrática, a habilidade de negociar e a cultura solidária.

Um perfil desta natureza impõe a necessidade da preparação dos gestores através de processos educativos contextualizados, participativos e integrados e baseados em ações concretas que contribuam efetivamente para mudanças.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem viabilizando, através de parcerias com instituições de ensino, de serviço e sociedade civil, processos de capacitação na área de gestão para diversos níveis, contribuindo para a readequação dos perfis dos gestores. Contudo, é fundamental a continuidade desses processos na lógica da educação permanente, para possibilitar a participação de novos gestores e para a inclusão e aprofundamento de temas estratégicos.

Para que o profissional adquira o perfil esperado, o seu processo de formação atua como agente norteador, sendo também importante o conhecimento do perfil existente para identificar necessidades de capacitação e caracterizar os sujeitos na perspectiva de direcionar os processos educativos em relação aos objetivos e métodos.

3. RESULTADOS E ANÁLISES

Os dados obtidos delinearão um perfil apresentado, a seguir, através de gráficos, tabelas e quadros, expressando as variáveis pesquisadas.

Gráfico 2 – Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde, por faixa etária. RN - 2005

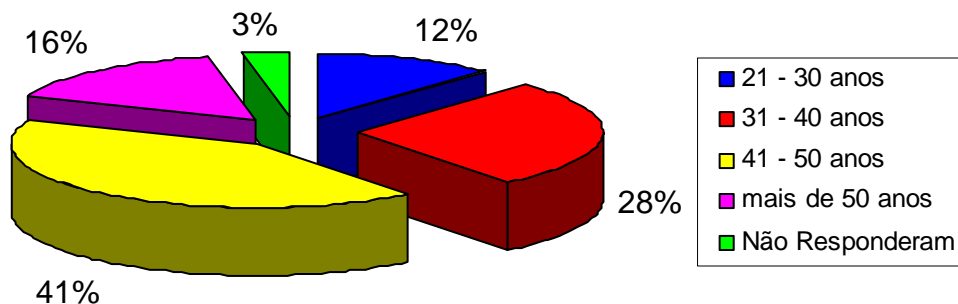
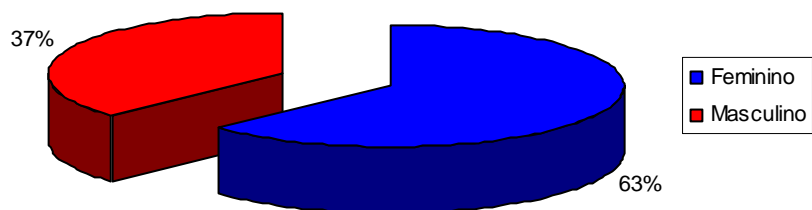


Tabela 1 – Distribuição de Secretários de saúde, por faixa etária, segundo as Unidades Regionais de Saúde, RN-2005

URSAP	FAIXA ETÁRIA								TOTAL
	21 -30 anos	%	31 - 40 anos	%	41 – 50 anos	%	Mais de 50 anos	%	
Grande Natal	0	0	0	0	2	4	1	5	3
I	4	27	2	6	10	19	6	30	22
II	3	20	2	6	3	6	4	20	12
III	1	7	7	20	3	6	1	5	12
IV	1	7	4	11	11	21	4	20	20
V	1	7	5	14	13	25	1	5	20
VI	5	33	15	43	11	21	3	15	34
Não Responderam	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Total	15	100	35	100	53	100	20	100	127

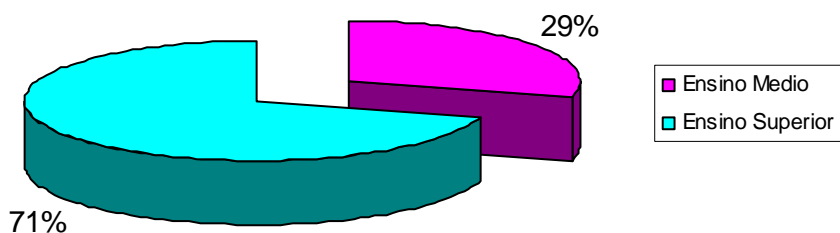
A maior concentração de secretários, em quase todas as URSAPs, encontra-se na faixa etária entre 41 e 50, conforme se observa **no gráfico do item 1**, exceto na VI URSAP, onde existe maior concentração de profissionais na faixa etária entre 31 e 40 anos de idade, de acordo com os dados existentes na **tabela 1**. Esta URSAP também concentra o maior número de gestores na faixa etária entre 21 e 30 anos. Destaca-se que nas URSAPs I, II e IV o número de secretários de saúde com mais de 50 anos é maior do que o existente entre 21 e 30 anos. Em uma análise geral da faixa etária, percebe-se que a maior parte dos gestores (57%) têm idade a partir de 41 anos.

Gráfico 3 – Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde, por sexo, RN - 2005



A predominância do sexo feminino na gestão de saúde no Estado do Rio Grande do Norte é preponderante, uma vez que 63% dos gestores são mulheres. Este dado confirma a forte presença feminina na força de trabalho em saúde, já evidenciada em outros estudos (GIRARDI,1999), apontando a maior participação de mulheres como traço estrutural do setor de serviços de saúde.

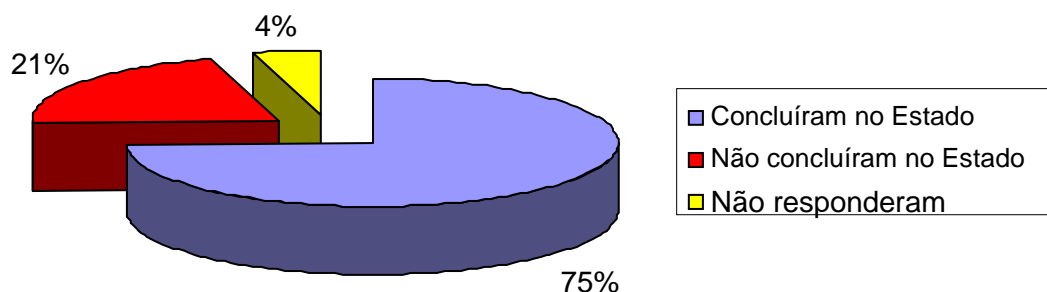
Gráfico 4 – Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde, por escolaridade, RN-2005.



Quanto à escolaridade dos gestores municipais de saúde, a pesquisa constatou que 71% dos respondentes possuem nível superior. Esta informação, se confrontada com

resultados de pesquisa anterior sobre o perfil dos gestores no RN⁴, demonstra que houve uma mudança na melhoria do nível de escolaridade . Este fato sugere estar havendo uma maior atenção dos prefeitos quanto à indicação dos responsáveis pela saúde municipal.

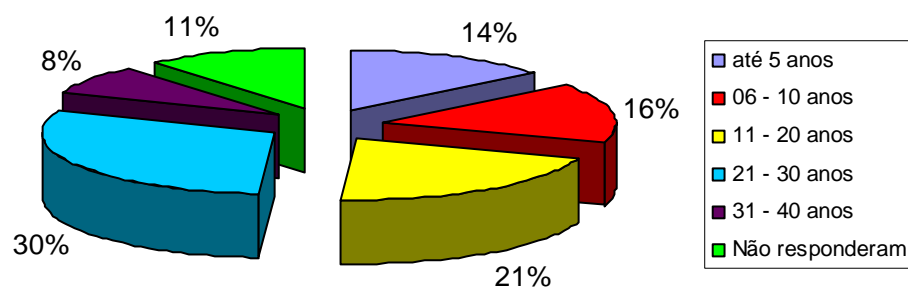
Gráfico 5 – Quantitativo de Secretários Municipais de Saúde, segundo a procedência de conclusão do curso superior. RN- 2005



Entre os gestores que possuem graduação universitária 75% concluíram o curso no próprio Estado, 21% fizeram os seus cursos em diversos Estados do país e 4% não responderam. Este dado pode ser indicador que a força de trabalho formada no Estado não está migrando para outros Estados.

Gráfico 6 – Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde, por tempo de formação profissional RN-2005

⁴ Ver http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/perfil_t02.htm



Quando perguntados sobre o tempo de formação profissional, 30% dos respondentes disseram ter entre 21 e 30 anos de formado; 11% não responderam e os demais foram assim distribuídos: 21% informaram ter entre 11 e 20 anos de formado, 16% entre 06 a 10 anos, 14% até 5 anos de formado e 8% não responderam. Estes resultados, se cruzados com os encontrados referentes à faixa etária, evidenciam que a força de trabalho gestora do Estado do Rio Grande do Norte apresenta um tempo de formação correspondente, ou seja a 38% com mais de 21 anos e 21% entre 11 a 20 anos.

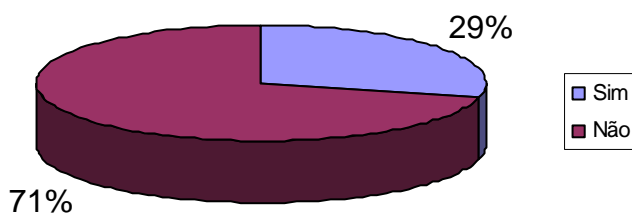
Tabela 2 – Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde, por formação profissional, RN- 2005

FORMAÇÃO BÁSICA	TOTAL	%
Administração	4	4
Serviço Social	9	10
Biologia	1	1
Economia	5	6
Educação Física	1	1
Enfermagem	16	18
Engenharia	1	1
Farmácia	9	10
Fisioterapia	1	1
História	2	2
Jornalismo	1	1
Letras	3	3
Medicina	11	12
Odontologia	13	14%
Pedagogia	6	7%
Psicologia	2	2%
Zootecnia	1	1%
Ciências Sociais	1	1%

Não responderam	3	3%
Total	90	100%

A tabela evidencia uma grande diversidade na formação profissional dos gestores, destacando-se algumas profissões como a de enfermagem, seguida de odontologia, medicina, serviço social, farmácia, pedagogia e economia. Esta diversidade é uma informação importante para os responsáveis pelo planejamento de processos de capacitação destinados aos gestores do Sistema Único de Saúde. Partindo da hipótese que muitas dessas profissões – 40% dos respondentes da pesquisa – não têm em seus currículos de graduação conteúdos relacionados à saúde, pode-se pressupor que esses gestores tenham maiores dificuldades de compreender os processos de trabalho pelos quais estão responsáveis.

Gráfico 7 – Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde, por participação em Cursos de Gestão dos Serviços de Saúde, segundo as Unidades Regionais de Saúde, RN, 2005.



Quanto à participação em cursos de gestão, 71% dos respondentes informaram não ter participado de qualquer processo de capacitação destinado à qualificação da gestão. Os que responderam de forma positiva destacaram os seguintes cursos: Atualização em Gestão Municipal; Atualização em Organização dos Serviços de Saúde; Capacitação Pedagógica; Aperfeiçoamento em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde; Atualização em Planejamento de Sistema Integrado de Saúde; Gerência de Unidades Básicas dos Serviços de Saúde (GERUS); Gerenciamento em DST e AIDS; Gestão em Saúde Pública. Estas informações se tornam mais significativas quando cruzadas com os dados do item seguinte,

que demonstram que 53% dos secretários respondentes exercem o cargo de gestor municipal pela primeira vez.

Gráfico 8 – Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde que exercem o cargo pela primeira vez, RN, 2005

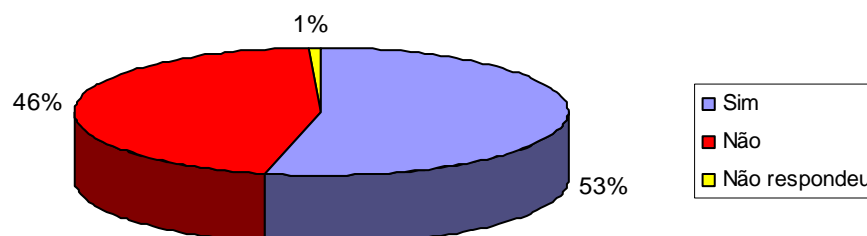
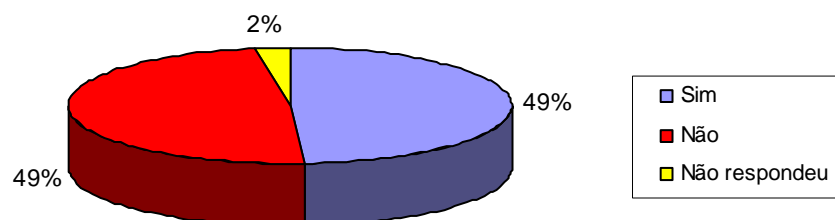


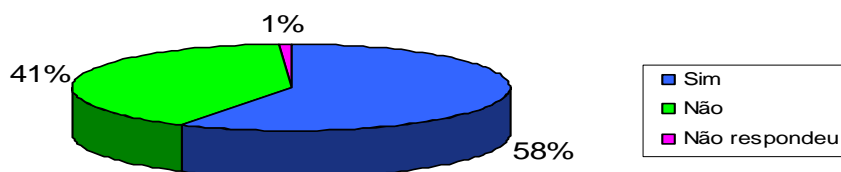
Gráfico 9 – Distribuição de Secretários Municipais de Saúde que tiveram outras experiências de gestão, RN- 2005.



A distribuição dos gestores de saúde, neste item, é bem singular, pois a proporção dos secretários que nunca tiveram qualquer experiência de gestão é exatamente igual àquela dos que já tiveram experiências anteriores. Apenas 2% não responderam. As experiências citadas foram: Administração Hospitalar; Administração de Setores; Administração de Centro de Saúde; Administração de Instituto; Gestão de Recursos Humanos; Coordenação de Saúde; Coordenação de Saúde Bucal; Coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Coordenação de Programas de Saúde; Direção de Hospital;

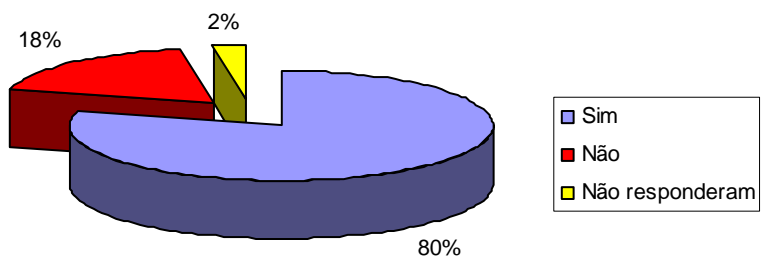
Coordenação Médica; Coordenação de Saúde Mental; Administração Financeira; Direção de Regional de Saúde; Gerência Farmacêutica; Presidência de APAMI.

Gráfico 10 – Distribuição dos Secretários Municipais de Saúde que exercem outras atividades paralelas ao cargo de gestor, RN-2005



Quando perguntados se exerciam outras atividades em paralelo ao cargo de secretário de saúde, 58% dos respondentes informaram SIM e 41%, NÃO. Apenas 1% deixou de responder. Considerando que entre os pesquisados existe um maior número de enfermeiros, odontólogos e médicos, é possível presumir que os gestores continuam exercendo as suas profissões em paralelo ao cargo.

Gráfico 11 – Proporção dos Secretários Municipais de Saúde em quanto ao acesso da internet, RN-2005

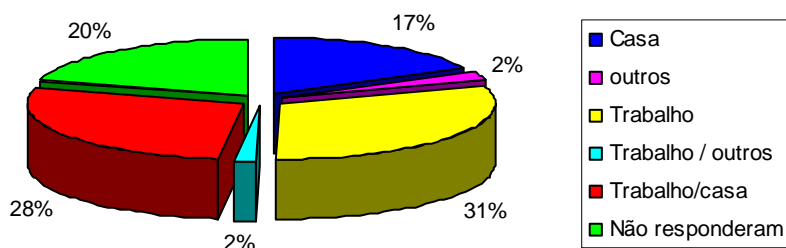


Outra constatação do estudo foi que 80% dos secretários costumam acessar a *internet*. Esta informação contradiz as afirmações corriqueiras de que os gestores não costumam usar computadores nem usam a *internet*. A tabela a seguir demonstra esta situação por URSAPs da secretaria estadual de saúde.

Tabela 3 – Proporção dos Secretários Municipais de Saúde que costumam acessar a internet, segundo as Unidades Regionais de Saúde do RN – 2005

URSAP	SIM	%	NÃO	%	TOTAL	%
Grande Natal	3	3	0	0	3	2
I	16	16	5	22	21	17
II	11	11	1	4	12	9
III	11	11	3	13	14	11
IV	15	15	4	17	19	15
V	17	17	3	13	20	16
VI	26	26	7	30	33	26
Não respondeu	0	0	0	0	5	4
Total	99	100	23	100	127	100

Gráfico 12 – Proporção dos Secretários Municipais de Saúde, segundo o local de acesso à internet, RN-2005



Ainda em relação ao uso da *internet*, dos 80% dos secretários que costumam acessar, 31% acessam exclusivamente no trabalho, 28% no trabalho e em casa, 17% afirmam acessar apenas em casa e 20% não responderam.

Quadro 1 – Principais problemas apontados que dificultam a gestão do sistema municipal de saúde.

Área	Dificuldades
------	--------------

Recursos Humanos	Insuficiência de recursos humanos; falta de compromisso dos profissionais; baixa remuneração dos trabalhadores, gerando desestímulo; indefinição do piso para os profissionais do Programa Saúde da Família (PSF); inexistência de carreira profissional; pouco esclarecimento sobre as possibilidades/formas de contratação dos trabalhadores; exigências financeiras descabidas dos profissionais do PSF; dificuldade de fixar os profissionais do PSF nos municípios; equipes do PSF incompletas; despreparo dos secretários de saúde para o desempenho da função de gestor; desconhecimento do gestor sobre as questões de financiamento; baixa qualificação dos profissionais do PSF; pessoal administrativo pouco qualificado; inexistência de processos de educação permanente e de programa para qualificação dos gestores municipais de saúde.
Condições de trabalho	Estrutura física inadequada; escassez de equipamento de trabalho; unidades de saúde sucateadas; deficiente estrutura para o PSF na zona rural; redes básica e hospitalar sucateadas; inexistência de transporte para o Agente Comunitário de Saúde da Zona Rural.
Financiamento	Insuficientes recursos financeiros para investimento; pouca autonomia para decidir sobre os gastos; demasiada burocracia na alocação dos recursos; não existem recursos financeiros assegurados para os gestores participarem das reuniões; dependência financeira da secretaria de saúde; gestão financeira da saúde centralizada na secretaria de finanças; insuficientes recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde; má utilização dos recursos financeiros; redução das Autorizações de Internação Hospitalar nas unidades mistas.
Organização do serviço	Dificuldade na referência e contra-referência; cota insuficiente para o atendimento de média e alta complexidade; desarticulação entre os sistemas municipais e entre estes e o sistema estadual; falta de

	ambulância para transportar os pacientes; difícil relação com os prestadores de serviços do sistema; dificuldade no internamento dos usuários encaminhados pelas unidades básicas; pouco apoio das URSAPs da Secretaria Estadual de Saúde; ausência de assessoria técnica qualificada; debilidade no desenvolvimento de tratamento fora do domicílio; poucos hospitais regionais e municipais bem equipados; poucas especialidades médicas cadastradas no município; desarticulação entre os diversos setores; dificuldade quanto à aquisição de medicamentos de alto custo.
Relações de poder	Radicalismo político; desarticulação entre os sistemas municipais; inexistência; centralização do poder e das decisões na figura do prefeito; pouca autonomia do gestor de saúde; clientelismo e interferência política em excesso; dificuldade de relacionamento com os poderes legislativo e judiciário devido ao seu desconhecimento destes poderes sobre o SUS; desinteresse do prefeito diante da realidade sanitária do município.
Realidade social	População pouco esclarecida sobre a prevenção de doenças e sobre as dificuldades existentes; baixo Índice de Desenvolvimento Humano na região; pobreza e limitado mercado de trabalho nos municípios.

O quadro 1 expressa as dificuldades, apontadas pelos gestores, que interferem no processo de gestão . As mesmas foram agrupadas em áreas temáticas, ficando evidente que apresentam uma grande diversidade, retratando questões referentes à gestão do serviço e do trabalho; à educação na saúde, ao financiamento do sistema; às condições de trabalho e organização do serviço; às relações políticas e ao contexto social.

A partir das dificuldades identificadas, foi solicitado que os gestores indicassem temas importantes e necessários para processos de educação permanente, na perspectiva de prepará-los para uma melhor atuação. A relação apontada foi bastante ampla, se reportando

a várias dimensões: política institucional e gestão; questões normativas e legais; organização dos serviços e assistência; recursos humanos; e financiamento. O quadro 2 apresenta os temas indicados por dimensão.

Quadro 2 – Temas prioritários para processos de educação permanente

Dimensão	Temas
Política institucional e gestão do sistema	Noções básicas sobre o Sistema Único de Saúde e Saúde Pública; informações gerais sobre o serviço público municipal; noções sobre gestão pública municipal; gestão, planejamento e avaliação dos serviços de saúde; modalidades de gestão; gerenciamento de unidades básicas de saúde; gerenciamento de Secretarias Municipais de Saúde; divisão de responsabilidade e integração dos sistemas de saúde das diversas esferas; responsabilidade sanitária do gestor municipal; Programação Pactuada Integrada (PPI); Plano Municipal de Saúde; relatório de gestão; auditoria, controle e programação dos serviços de saúde; pacto de gestão; estrutura básica para uma Secretária Municipal de Saúde (física e de recursos humanos); preenchimento de fichas e formulários enviados pelo Ministério da Saúde; papel e composição dos Conselhos Municipais de Saúde; controle Social.
Normativa e legal	Legislação da Saúde; Lei de Responsabilidade Fiscal; gestão de contratos e convênios no Sistema Único de Saúde; Norma Operacional de Assistência à Saúde.
Organização do serviço e assistência	Organização dos serviços municipais de saúde; municipalização e regionalização; diagnóstico de saúde; assistência farmacêutica; vigilância sanitária; atenção básica à saúde; programa saúde da família; saúde do idoso; saúde da criança; programas do Ministério da Saúde; acolhimento e humanização na atenção à saúde; atendimento ao público; vacinas e controle de doenças endêmicas; organização de sistemas de referência e contra-

	referência; saneamento básico.
Recursos Humanos	Educação permanente na saúde; gestão de recursos humanos; elaboração de programas de capacitação; contratação de pessoal; campanhas educacionais, discussão sobre cidadania.
Financiamento	Gestão financeira dos serviços municipais; aplicação financeira dos recursos destinados à saúde; gestão do Fundo Municipal de Saúde e prestação de contas; como aplicar os recursos financeiros (onde procurar); fontes de recursos financeiros.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já se afirmou neste texto, a operacionalização do Sistema Único de Saúde passou a exigir que o gestor de saúde tenha conhecimento sobre o processo regulatório da política de descentralização. Estes novos rearranjos políticos, jurídico e institucionais colocaram para o gestor municipal o desafio de dotar os serviços de saúde de maior eficácia e resolutividade. Nesta perspectiva, os gestores têm se preocupado em melhorar a sua capacidade de gerenciamento e descobrir novas estratégias de gestão que lhes possibilitem superar o modelo burocrático de administração, até então utilizado. Este movimento de melhoria da qualificação institucional tem impulsionado as relações entre os órgãos de formação de pessoal e os diversos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde do Brasil que têm investido na capacitação dos secretários de saúde.

O presente estudo teve como propósito contribuir com estes órgãos de formação na medida em que procura desvendar a face dos gestores de saúde. A pergunta que se procurou responder foi: quem são os gestores de saúde do Estado do Rio Grande do Norte? Pode-se verificar que a maioria é do sexo feminino, com mais de 40 anos de idade, possui curso universitário, com predominância nos cursos de enfermagem, odontologia e medicina; no entanto, também foram identificados vários cursos nas ciências humanas e sociais e a

grande maioria não participou de processos de capacitação na área da gestão em saúde. Uma outra informação relevante é que a maior parte dos secretários exerce o cargo pela primeira vez. A informação obtida sobre o uso da *internet* pelos gestores municipais pode municiar a discussão sobre a pertinência da utilização ou não de processos de capacitação a distância, mediados pela *internet* e destinados aos secretários, sem, evidentemente, negligenciar que estes processos sejam baseados em ações concretas que contribuam efetivamente para mudanças.

Em suma, caracterizar os gestores municipais de saúde significa procurar identificar e compreender suas necessidades, na perspectiva de proporcionar processos educativos mais adequados às suas exigências.

REFERÊNCIAS:

- GERSCHMAN, S. A descentralização ... *Rev.de Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v.34, n.4, p.147-170, jul./ago. 2000.
- BRAVO, M.I.S. Inovações na gestão do sistema de saúde. In: ANDREAZZI, M.F.S., TURA, L.F.R. (org). *Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos*. Rio de Janeiro: Escola Ana Néri, 1999. p.145-175.
- CAMPOS, G.W.de. Responsabilidade sanitária e programas vinculatórios. *Revista do CONASEMS*. Jul, 2004.
- CAMPOS, G.W.de S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- COHN, A. Descentralização, saúde e cidadania. *Revista Lua Nova*, n. 32, p.5-16, 1994.
- GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- GERSCHMAN, S. A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 34, n.4, p. 147-170, 2000.
- GIRARDI, S, N. Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura , dinâmica, conexões. In: José Paranaquá de Santana, Janete Lima de Castro (org)

Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde – CADRHU. Natal: EDUFRN, 1999.

JACOBI, P. Participação e gerência dos serviços de saúde: desafios e limites no município de São Paulo. *Revista da Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 32-43, abr./jun. 1992.

SOUZA, R.R. de. *O sistema público de saúde brasileiro*. In: Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil. 11 a 14 de agosto de 2002. (exposição verbal)

SOUZA, E.C.L. de. A capacitação administrativa e a formação de gestores governamentais. *RAP*. Rio de Janeiro, v. 36, n.1, p. 73-88, 2002.

VASCONCELOS, C.M. *A responsabilização sanitária na gestão do SUS*. Brasília: [s.n], 2004. (mimeo)

ANEXOS

Relação dos Municípios cujos secretários de saúde colaboraram com a pesquisa.

Acari	Japi	Ruy Barbosa
Água Nova	Jardim de Piranhas	Santa Cruz
Alexandria	Jardim do Seridó	Santa Maria
Almino Afonso	João Câmara	Santana do Matos
Alto do Rodrigues	João Dias	Santana do Seridó
Antonio Martins	José da Penha	São Bento do Norte
Assu	Jucurutu	São Bento do Trairi
Baía Formosa	Lagoa D'Anta	São Francisco do Oeste
Baraúna	Lagoa de Pedras	São Gonçalo do
Barcelona	Lagoa de Velhos	Amarante
Boa Saúde	Lagoa Salgada	São João do Sabugi
Bodó	Lajes	São José de Campestre
Bom Jesus	Lajes Pintadas	São Jose de Mipibu
Brejinho	Lucrécia	São Miguel
Caiçara do Rio dos Ventos	Luiz Gomes	São Miguel do Gostoso
Caicó	Macau	São Paulo do Potengi
Campo Redondo	Major Sales	São Pedro
Canguaretama	Marcelino Vieira	São Tome
Caraúbas	Martins	São Vicente
Carnaúba dos Dantas	Maxaranguape	Sen. Eloi de Souza
Carnaubais	Monte Alegre	Sen. Georgino Avelino
Ceará Mirim	Monte das Gameleiras	Serra Caiada
Cel Ezequiel	Mossoró	Serra de São Bento
Cel João Pessoa	Natal	Serra do Mel
Cerro-Corá	Nisia Floresta	Serra Negra do Norte
Cruzeta	Nova Cruz	Serrinha
Currais Novos	Olho D'Água dos Borges	Serrinha dos Pintos
De Severiano	Ouro Branco	Severiano Melo
Encanto	Parelhas	Tabuleiro Grande
Extremoz	Passa e Fica	Taipu
Felipe Guerra	Passagem	Tangará
Florânia	Pau dos Ferros	Tenente Ananias
Fruitoso Gomes	Pedra Preta	Tenente Laurentino Cruz
Galinhas	Pedro Velho	Tibau do Norte
Goianinha	Pilões	Tibau do Sul
Ielmo Marinho	Portalegre	Timbaúba dos Batistas
Ipueira	Porto do Mangue	Umarizal
Itaú	Pureza	Upanema
Jaçanã	Rafael Fernandes	Venha-Ver
Jandaíra	Riacho da Cruz	Vera Cruz
Janduís	Riacho de Santana	Viçosa
	Rio do Fogo	Vila Flor

