

**PUBLIC HEALTH MANAGEMENT: CHALLENGES OF MUNICIPAL HEALTH MANAGERS
OF MIDWEST OF SANTA CATARINA***

**GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: OS DESAFIOS DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE
DO MEIO OESTE DE SANTA CATARINA**

Táise Dalazen¹
Eliane Salete Filippim²

ABSTRACT

The growing demands from the society for qualified public services have challenged the public management to develop competency profiles, especially among the managers. Meeting this demand becomes even more complex when it comes to the management of public policies in the area of health in small counties. Thus, this empirical study aimed to describe and analyze the perceptions of municipal health managers, members of the Regional Inter-managers Commission of Middle West of Santa Catarina on the skills necessary to management function. The study was qualitative and based on interviews, field observation and document study. It is observed that the dimensions of competence: knowledge, skills and attitudes are perceived as value by interviewees, lacking the overcoming of tensions in order to understand the role of the municipal manager especially with regard to the strategic management of municipal health policies in its most systemic aspect.

KEYWORDS: Public Management. Health. Competencies.

¹ Psicóloga, Pós-graduada em Recursos Humanos pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (Santa Catarina – Brasil). E-mail: taisedalazen@yahoo.com.br

² Pós-doutora em Administração Pública e Governo. Membro do Conselho Regional de Desenvolvimento do Meio Oeste de Santa Catarina. Professora e Pesquisadora do Mestrado Profissional em Administração da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Santa Catarina – Brasil) E-mail: eliane.filippim@unoesc.edu.br

RESUMO

As crescentes demandas da sociedade civil por serviços públicos qualificados têm desafiado a gestão pública a desenvolver perfis de competência, especialmente entre os gestores. Atender a esta demanda torna-se ainda mais complexo quando se trata da gestão de políticas públicas na área da saúde em pequenos municípios. Neste sentido, este estudo empírico teve como objetivo geral descrever e analisar as percepções dos gestores municipais de saúde membros da Comissão Intergestores Regionais do Meio Oeste Catarinense, sobre as competências necessárias à função de gestão. O estudo foi de cunho qualitativo e fundamentou-se em entrevistas, observação de campo e estudo de documentos. Observa-se que as dimensões da competência: conhecimentos, habilidades e atitudes são percebidos como valor pelos entrevistados, carecendo da superação de tensões existentes na forma de compreender o papel do gestor municipal, especialmente no que se refere à gestão estratégica de políticas municipais de saúde no seu aspecto mais sistêmico.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão pública. Saúde. Competências.

1. INTRODUÇÃO

A gestão pública contemporânea requer agentes públicos preparados para atender as demandas do cidadão com eficiência, eficácia e efetividade. O agente público municipal é aquele que está mais próximo do cidadão e, portanto, demanda especial atenção para o desenvolvimento de suas competências profissionais voltadas para a preservação do interesse público e, como fim último, para o desenvolvimento dos territórios nos quais atuam.

No caso das competências requeridas dos agentes públicos, há que se levar em conta tanto a área de atuação quanto a natureza das redes das quais o agente e a municipalidade participam. Neste estudo elegeu-se a área da saúde para observar a questão das competências, especialmente daqueles agentes públicos que exercem o cargo, ou seu equivalente, de secretário (a) municipal de saúde.

Os arranjos associativos territoriais para atendimento de políticas públicas têm, no Brasil, diversas configurações, entre elas: conselhos, fóruns, consórcios, colegiados. Estas estratégias de associativismo no âmbito dos municípios estão configuradas, neste estudo, pela Comissão Intergestores Regionais do Meio Oeste de Santa Catarina (Brasil), composta por 20 municípios. Objetivou-se, portanto, descrever e analisar a percepção dos membros desta Comissão Intergestores Regionais do Meio Oeste Catarinense acerca de quais competências consideram necessárias a um gestor municipal de saúde.

Trata-se de um estudo empírico de caráter qualitativo. Após esta breve introdução, apresenta-se uma síntese da revisão bibliográfica, a descrição dos procedimentos metodológicos, para, em seguida, apresentar os resultados da pesquisa e as considerações finais.

Uma vez que, segundo Silveira et al. (2010), ainda são escassos os estudos no Brasil sobre a questão de competências específicas para gestores na área de saúde, este artigo assume relevância e visa explorar este importante tema no âmbito da gestão pública.

2. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GESTÃO DE SAÚDE

A administração pública brasileira passou por grandes transformações, sobretudo com a redemocratização do país. Uma primeira geração de mudanças foi de cunho reformista e centrou-se em reformas similares aquelas realizadas na iniciativa privada onde a perspectiva básica era a simples melhoria do gerenciamento.

De acordo com Motta (2007), com estas mudanças na administração pública, desenvolveram-se novas práticas, mas muitas das características tradicionais como o patrimonialismo, nas suas nuances paternalista e assistencialista não foram removidas e ainda estão presentes no cotidiano da administração pública brasileira. Como resposta ao patrimonialismo, o modelo burocrático implantado a partir dos anos 1930, não logrou de todo racionalizar a gestão e torná-la mais eficiente. Nova onda reformista foi

conduzida no Brasil a partir dos anos 1990, no escopo da chamada Nova Administração Pública e, um dos seus aspectos centrais, tem sido a necessidade de especial atenção ao perfil dos agentes públicos que exercem papel de coordenação de políticas públicas, notadamente na área de saúde.

Numa trajetória histórica de baixos investimentos na saúde pública, a década de 1970 marcou o início da Reforma Sanitária no Brasil que foi impulsionada pela sociedade civil, por partidos políticos e/ou por organizações internacionais (PAIM et al., 2011), culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Rocha (2005) cita que a Lei 8.080/1990 reuniu sob a estrutura jurídica do SUS todos os serviços públicos de saúde (municipais, estaduais e federais) e os privados contratados ou conveniados.

Sano (2008) observa que o SUS resultou de uma política nacional crucial para as transformações no campo da saúde. A constituição de 1988 incorporou as grandes demandas do movimento sanitário: a saúde entendida como resultado de políticas econômicas e sociais; como direito de todos e dever do Estado; a relevância pública das ações e serviços de saúde; e a criação do SUS, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. Segundo Paim et al. (2011), apesar da implementação do SUS em 1990, o projeto de reforma sanitária foi completado somente em 1992, quando se efetivou o Programa de Saúde da Família (PAIM et al., 2011).

Conforme Fernandes, Machado e Anschau (2009) a reorientação das funções gerenciais pode ser vista como uma das estratégias para a consolidação dos princípios do SUS e para a transformação das práticas de saúde, criando condições para o direcionamento do processo de trabalho, para o desenvolvimento de serviços, para a aplicação de recursos e resolutividade dos problemas dos usuários. Estas funções gerenciais ampliadas requerem um novo conjunto de competências do gestor público municipal. Bergue (2011), ao citar esta missão imposta aos gestores públicos, enfatiza a complexidade e variedade de competências necessárias a esses gestores. Mais complexa ainda é esta atuação se observadas às atribuições de um gestor na área da saúde pública.

2.1 A GESTÃO POR COMPETÊNCIAS NA ÁREA PÚBLICA

O tema das competências relacionadas à gestão não é novo, embora ainda se observe grande diversidade de conceituação. Braga e Brito (2009) observam que um ponto em comum nas diversas definições de competência encontradas na literatura, define-a como o conjunto integrado e dinâmico de aptidão, formação e ação que permitem a obtenção de resultados.

Dutra (2001, p. 29) destaca que a competência é compreendida como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para que a pessoa desenvolva suas atribuições. Estas três dimensões da competência são também assumidas por Amaral et al. (2008), que consideram: o *saber* como os conhecimentos, o *saber fazer* como as habilidades e o *saber ser* como as atitudes. Neste sentido, o conhecimento corresponde a uma série de informações adquiridas e estruturadas. A habilidade está relacionada ao saber como fazer algo. Já a atitude se relaciona a um sentimento, uma emoção, à aceitação ou rejeição da pessoa em relação aos outros, a abjetos ou situações, ou seja, querer fazer (LE BOTERF, 2003).

Autores como Le Boterf (2003) e Zarifian (2001) exploram ainda o conceito de competência associado à ideia de agregação de valor em determinado contexto, de forma independente do cargo. Como cada gestor tem que executar diferentes funções e cumprir responsabilidades variadas, precisa de um conjunto diferente de competências de gestão para desempenhar suas funções de maneira eficaz e eficiente (JANJUA; NAEEM; KAYANI, 2012).

2.1.1 Competências em gestão de saúde

Os gestores de saúde, segundo Souza (2002), atuam em dois âmbitos imbricados: o político, onde o principal compromisso deve ser com a população, e o técnico, por meio do exercício das funções gestoras na saúde, e observa ainda que: “[...] as funções gestoras podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessárias para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública.” (SOUZA, 2002, p. 48).

Neste sentido, uma das competências básicas para a gestão pública é a capacidade de interagir com a política. Ter gerenciamento político é a capacidade de construir apoio e legitimidade para uma política que se pretende implantar e/ou fortalecer (MOORE, 2002).

Sobre as funções do gestor público Rocha (2005) aponta: Direção, de Regulação, Estabelecer normas básicas da assistência à saúde, tarefas no financiamento, de Cobertura previdenciária e de prestação de serviços. Já Santos (2006) identifica quatro macrofunções gestoras na saúde: a) a formulação de políticas/planejamento; b) financiamento; c) coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados); e, d) prestação direta de serviços de saúde. Fernandes, Machado e Anschau (2009), destacam uma reorientação das funções gerenciais, na qual o conhecimento das tecnologias de gerenciamento em saúde para os municípios torna-se essencial, visto que, historicamente, a gerência municipal era apenas executora das ações planejadas no âmbito federal, não acumulando competências de planejar, desenvolver e avaliar políticas de saúde (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009, p. 1542). Destacam a complexidade das competências requeridas ao gestor de saúde:

[...] gerenciar uma equipe de saúde e atender as perspectivas dos usuários requer um profissional equilibrado, que consiga superar as limitações que o serviço apresenta e que, além de prestar assistência baseada nos princípios do SUS, consiga lidar com o déficit de pessoal, de materiais, de recurso bem como com a demanda cada vez maior de usuários (FERNANDES; MACHADO; ANSHAU, 2009, p. 1542).

Essa complexidade é também ressaltada pelo CONASS (BRASIL, 2007) que aponta a necessidade do gestor de saúde ter competências na área de administração de recursos, pois “o levantamento das necessidades de saúde equivale ao levantamento dos recursos necessários ao atendimento delas” (BRASIL, 2007, p. 41).

Críticos da abordagem das competências aplicada à esfera pública alertam que ela possui dupla face: se de um lado constitui uma forma de empreendedorismo, de outro pode representar um mecanismo que agrave a exclusão social. Sua face empreendedora implica que a organização estabeleça objetivos estratégicos e promova a necessária inovação. Já sua face de mecanismo reforçador da exclusão social estaria associada à redução do nível de emprego e à precariedade das relações de trabalho (GUIMARÃES, 2000). Observa-se o necessário estudo criterioso ao adotar a abordagem da gestão baseada nas competências para a área pública, pois um dos muitos desafios que se impõe é descobrir como seria possível compatibilizar eficiência administrativa sem precarizar as condições de trabalho para o agente público, além da dificuldade de conciliar os interesses individuais com critérios de sustentabilidade da organização.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este artigo é fruto de pesquisa do tipo qualitativa, pois se considera que o seu objeto prende-se a um fenômeno difícil de quantificar. Segundo Merriam (2002 apud GODOI; BALSINI, 2007), a pesquisa qualitativa é um conceito que abrange várias formas

de pesquisa e ajuda a compreender fenômenos sociais. De acordo com Lakatos e Marconi (2011, p. 269): “a pesquisa qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar os aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano.”

Embora dados obtidos fossem transformados em percentuais, o estudo guarda elevado grau de subjetividade, pois desde a escolha da temática até seu lócus de aplicação, os valores e as crenças das pesquisadoras exercem influência.

Fez-se a utilização da abordagem da pesquisa exploratória e descritiva uma vez que se trata de uma primeira aproximação das pesquisadoras para melhor compreender este objeto de estudo. Foram adotados múltiplos procedimentos para a coleta de dados. Partiu-se de uma pesquisa bibliográfica e de legislação. Foi realizado também o levantamento de dados secundários acerca da atuação do SUS na região (especialmente dados relativos à área de gestão de pessoas).

Inicialmente foi realizada entrevista exploratória com 02 agentes públicos que serviu para orientar a construção dos instrumentos de pesquisa adotados que foram: questionário e entrevista.

O instrumento questionário foi aplicado com 20 secretários municipais de saúde (ou que respondiam por este cargo no momento da pesquisa) na região de abrangência. Foi enviado por meio eletrônico, com reforço de telefonemas, sendo que retornaram 16 questionários respondidos. O objetivo desse instrumento foi verificar como cada atributo de competência seria percebido pelos respondentes.

Além da realização de duas 02 entrevistas exploratórias, para completar lacunas do questionário, foram aplicadas mais 05 entrevistas semiestruturadas com secretários de saúde. Estes entrevistados foram escolhidos pelo critério da possibilidade de acesso e as entrevistas realizadas de novembro a dezembro de 2012. As entrevistas foram semiestruturadas, que ocorre quando há uma sequência lógica de perguntas, mas o entrevistado é livre para responder o que desejar a respeito das mesmas. Esta modalidade apresenta algumas vantagens: proporciona segurança ao entrevistado;

contribui para obter dados conforme os objetivos definidos; possibilita estabelecer comparações entre outras entrevistas (GIL, 2009, p. 64).

Estas entrevistas foram realizadas nas secretarias municipais de saúde para observar a dinâmica do trabalho dos secretários e, com a autorização dos entrevistados, foram gravadas. Para garantir a confidencialidade, os Entrevistados estão mencionados nos resultados como E seguidos do número de controle da entrevista.

Os dados obtidos tanto nos questionários quanto nas entrevistas foram analisados à luz da revisão de literatura e do estudo da legislação sobre o tema.

A observação também fez parte da pesquisa, e representou o contato das pesquisadoras com o objeto de estudo no seu ambiente natural. A observação foi do tipo não participante e sistemática e ocorreu durante o ano de 2012, quando foram realizados também os questionários e as entrevistas. Observa-se que a coleta de dados se deu em ano de eleições municipais o que acrescentou algumas dificuldades e particularidades ao estudo. Optou-se por dar continuidade à pesquisa mesmo em face deste evento, uma vez que ele é comum na área pública e faz parte do próprio contexto da área em estudo. Optou-se por apresentar os dados obtidos das diferentes fontes referentes às dimensões da competência (conhecimento, habilidades e atitudes) de maneira simultânea visando ampliar a visão do contexto de atuação dos gestores municipais de saúde.

4. A PERCEPÇÃO DOS GESTORES DO MEIO OESTE CATARINENSE SOBRE AS COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS AO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE

Para administrar a política descentralizada do SUS, os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados com a participação social e a construção de alianças entre os principais atores envolvidos (PAIM et al., 2011). Além das conferências nacionais, foi

institucionalizada uma estrutura de conselhos de saúde e comitês intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite) nos quais as decisões são tomadas por consenso:

[...] essas estruturas políticas representam grande inovação na governança em saúde no Brasil, pois permitiram que maior número e variedade de atores participasse do processo de tomada de decisão e definiram áreas de responsabilidade institucional com mais clareza que no passado, assegurando que cada nível de governo apoiasse a implementação da política nacional de saúde (PAIM et al., 2011, p. 19).

A criação da CIR (Comissão Intergestores Regionais) está prevista no Decreto nº 7.508, que no artigo 1º, regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. No Art. 2º lê-se: [...] IV – Comissões Intergestores – instância de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras de gestão compartilhada no SUS [...] (BRASIL, 1990).

As Comissões Intergestores pactuaram a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde sendo a CIR de atuação regional (Decreto nº7.508, 2011). Segundo o CONASS (BRASIL, 2007), as comissões intergestoras são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento e a implementação das políticas de saúde pública, estimulando a negociação entre as partes.

4.1 A COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAIS DE SAÚDE (CIR) DO MEIO OESTE CATARINENSE

A CIR do Meio-Oeste de Santa Catarina é composta por gestores de 20 municípios da região da Associação dos Municípios do Meio Oeste Catarinense (Ammoc): Água Doce, Capinzal, Catanduvas, Erval Velho, Herval d'Oeste, Ibicaré, Jaborá, Joaçaba, Lacerdópolis,

Luzerna, Ouro, Treze Tílias, Vargem Bonita e da região da Associação dos Municípios do Planalto Sul de Santa Catarina (Amplasc): Campos Novos, Zortéa, Vargem, Monte Carlo, Celso Ramos, Abdon Batista, Brunópolis. Estes municípios são de pequeno porte (até 4 mil habitantes), sendo que Campos Novos possui o maior número de habitantes (32.824). De acordo com o IBGE (2010), municípios de pequeno porte nível 1 têm população até 20.000 habitantes e municípios de pequeno porte nível 2 têm população de 20.001 a 50.000 habitantes.

A CIR Meio-Oeste foi criada pelo Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 e é formada pelos secretários municipais de saúde. Suas reuniões são mensais e delas participam também as gerências de saúde da esfera estadual presentes na região. É instância de pactuação entre os entes federativos para definição das regras de gestão compartilhada do SUS.

O entrevistado E2 observou as atribuições da CIR: debater indicadores, tratar da gestão e do planejamento dos serviços de saúde, garantir acesso, implementar a política de saúde na região. Segundo ele, o Ministério da Saúde dá apoio técnico, estratégico e de gestão dos recursos. O estado de SC também oferece apoio institucional, logístico e técnico à CIR, porém E2 afirma:

[...] mas a execução é do gestor local. Todo o planejamento, o orçamento, a discussão do orçamento de uma maneira individual, porque tem que ter orçamento, PPA, relatório de gestão, todas as questões relacionadas à política de saúde para garantir ter dinheiro, executar um serviço e garantir o acesso.

E2 também apontou que se faz necessário definir as regiões de saúde, planejar, ver os indicadores epidemiológicos, observar por que as pessoas estão ficando doentes e “[...] planejar as ações e os serviços para que estejam instalados nesta região, que possam ser resolvidos, pois do contrário, o paciente vai ter que se deslocar.”

4.1.1 O perfil dos gestores de saúde do Meio-Oeste catarinense

Em relação aos respondentes do questionário, dos 20 membros da CIR, 16 retornaram o questionário respondido e destes, 02 são gerentes de saúde, 01 é coordenador do Conasems e 13 exercem o cargo de secretário municipal de saúde. Neste artigo optou-se por tratar genericamente os sujeitos da pesquisa como gestores de saúde, ou secretários municipais de saúde. Percebeu-se uma predominância do sexo feminino (11 respondentes do questionário).

Quanto à caracterização do perfil dos respondentes do instrumento questionário do total de 16 sujeitos, verificou-se que a faixa etária predominante é dos 30 aos 40 anos e, na questão da escolaridade, 25% declararam possuir o Ensino Médio, 25% o ensino Superior Completo e 25% possuem formação em nível de especialização.

Referente ao perfil dos que participaram do instrumento entrevista semiestruturada, os 05 entrevistados são secretários municipais de saúde, e, com exceção de E4, todos possuem experiência anterior ao cargo na área pública. Com relação à formação escolar, constatou-se que a predominância dos entrevistados é por se concentrar nas áreas humanas e da saúde.

4.1.2 Quanto à percepção sobre as competências dos gestores municipais de saúde

Para o entrevistado E1, dentre os atributos de competência que considera mais importante aos gestores municipais de saúde membros da CIR, estão os conhecimentos relacionados à saúde e à legislação referente ao SUS. E1 foi enfático ao declarar que percebe uma discrepância entre o perfil desejável e o perfil dos gestores atuais, pois acredita que a prática das indicações baseadas em critérios político-partidários tem

prejudicado o desenvolvimento das atividades, pois, na sua percepção, os indicados para o cargo de gestor municipal de saúde não possuem nem formação escolar básica para tal.

Na Tabela 1 observa-se a percepção dos respondentes dos questionários em relação aos conhecimentos necessários ao gestor municipal de saúde.

Tabela 1 – Conhecimentos avaliados pelos respondentes

Conhecimentos	Pouco necessário (%)	Às vezes necessário (%)	Necessário (%)	Muito necessário (%)	Omissões (%)
Planejamento Estratégico e Operacional	-	6,25	31,25	56,25	6,25
Legislação do SUS	-	-	37,50	56,25	6,25
Estrutura organizacional SUS	-	6,25	43,75	43,75	6,25
Dinâmica interna, cultura e valores da instituição	-	6,25	56,25	37,50	-
Gestão/Finanças Área/Setor de Saúde (políticas, sistema, mercado)	-	-	12,50	87,50	-
Gestão de Recursos Humanos	-	6,25	43,75	50,00	-
Conhecer sistema saúde/Indicadores e metas da saúde	-	-	12,50	87,50	-
Conhecer Serviço público	-	6,25	25,00	68,75	-
Conhecimento técnico específico	6,25	31,25	25,00	37,50	-

Fonte: as autoras com base nos questionários.

Outro aspecto trazido pelo entrevistado E1 é que, na sua visão, para ser gestor de saúde não é necessário ter formação na área: medicina, enfermagem, odontologia, entre outras. Segundo ele, esse aspecto é negativo, pois “não é função do secretário de saúde aplicar uma injeção, por exemplo, a função dele é fazer a gestão dos recursos públicos destinados à saúde.” Na percepção do entrevistado falta ao gestor, cuja formação é unicamente na saúde, conhecimento em gestão.

Como principais dificuldades de gestão, os entrevistados citaram questões de gestão estratégica como: “[...] desconhecimento do SUS, [...] os secretários não trabalham com planejamento e nem com avaliação de resultado; só enxergam o dinheiro que vem do ministério e não avaliam o resultado social que este valor trará o município.” Observou que “muitos desconhecem a Programação Pactuada e Integrada de seu município; não participam da elaboração do PPA (Plano Plurianual), LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias)” e “[...] é impossível fazer boa gestão de saúde quando você não tem conhecimento de onde pode ir, qual será o resultado, o que terá para investir [...]”.

Para E2 o gestor de saúde precisa entender de gestão estratégica mais que operacional, “porque ele não precisa prescrever remédios, mas precisa saber o perfil epidemiológico de seu município [...] ter visão de gestão em todas as áreas.”

Ainda sobre a necessidade do conhecimento técnico específico, E2 assim se expressou: “[...] o Secretário pode ser um cidadão comum, mas ele tem que ter pelo menos formação básica, porque se tem somente o primário, ou se for semi-analfabeto, terá dificuldades”.

Já E6 entende que o gestor de saúde deve ter conhecimento específico na área de saúde e “ter humildade para pedir ajuda [...] e que tenha interesse em aprender”. O E7 não só compartilha da visão de que o gestor tem que ter formação específica em saúde, como também sugere que o próximo gestor de saúde do seu município deve ser enfermeira (*no feminino*) ou médico (*no masculino*). O E8, defendeu que o gestor tem que ter formação e conhecimento na área administrativa, porque trabalha muito com números e orçamentos.

A qualificação para o exercício do cargo de gestor municipal de saúde parece gerar preocupação entre os entrevistados. E2 afirmou que “[...] o ministério está colocando dinheiro *pra* gente fazer qualificação [...] mas o pessoal quer fazer planejamento do município e olhar mais para o umbigo, não consegue enxergar a região”.

Sobre as competências importantes para um gestor municipal de saúde, E2 considera que mesmo sendo um cargo de livre nomeação por parte do prefeito, deveria ter um perfil mínimo exigido, que contemplasse conhecimento sobre a gestão da política pública de saúde e habilidade de liderança. Isso porque, na sua visão, o gestor tem que lidar com pessoas, principalmente com a equipe de trabalho que é uma equipe multidisciplinar.

Ainda sobre as competências de um gestor municipal de saúde, concentraram-se as respostas: para E4 um gestor de saúde precisa dominar o trabalho que está fazendo, transmitir conhecimento, acompanhar as mudanças e novidades no SUS. E5 enfatizou a busca pelo conhecimento e a necessidade de que o gestor possua formação escolar e uma boa compreensão das leis. Já E6, talvez por atuar há 15 anos na secretaria municipal de saúde, demonstrou resistência ao fato de que um novo gestor iria ingressar em sua substituição.

Durante a entrevista com E6 também se observou que recebia pacientes pessoalmente, observando-se formação de fila em sua porta, a ponto da entrevista ter sido adiada. E6 declarou que centraliza o atendimento inicial de todos os pacientes, não delegando esta tarefa para a sua equipe, pois declarou que este é o papel central do secretário de saúde.

Já o E8 declarou que o gestor de saúde municipal: “Tem que ter o foco na prevenção. A prioridade não é distribuir remédio, não é manter as pessoas dependentes da saúde, não é fazer politicagem na saúde”. O comentário sobre *politicagem* parece se referir à questão de que distribuir remédios, segundo o entrevistado, “traz mais visibilidade e mais votos do que promover ações de prevenção”.

Os atributos referentes à legislação, estrutura, políticas e sistema de mercado, realidade do SUS em cada região, foram consideradas importantes pelos entrevistados E1 e E2.

Com relação aos atributos relacionados à dimensão do conhecimento, observou-se que dois atributos receberam maior escolha dos respondentes do questionário, com

87,50% de preferência, Gestão e Finanças e Conhecimento sobre o sistema de saúde da região, estrutura, capacidade instalada.

Ainda sobre a necessidade de ter formação na área da saúde, mesmo observando que a opção “muito necessário” alcançou 37,50% da preferência dos respondentes do questionário, este percentual não é tão significativo se comparado a percepção da necessidade dos atributos relacionados à gestão que alcançou 87% de “muito necessário”. É possível que os participantes da pesquisa, tanto respondentes do questionário quanto entrevistados, considerem que o perfil ideal do gestor municipal de saúde seria conhecimento em gestão e formação na área da saúde.

Genericamente, para E4, o perfil ideal de um gestor de saúde, “é aquele que gosta do que faz, pois trabalhar com o povo é bastante difícil.” Já E5 afirmou que o perfil ideal para um gestor, é aquele comprometido, que tem vontade de trabalhar. Outro fator importante, segundo E5, é o conhecimento do Sistema SUS, afirmou também que acredita que não dá certo para gestor são profissionais da medicina.

E6 considera o perfil ideal para um gestor municipal de saúde:

O ideal não é aquele que senta na cadeira, que fica aqui [sentado]; mas aquele gestor que vai em busca das pessoas, que vai ver o que realmente a população mais precisa; vai ao encontro de trazer mais recursos pro município; pra realizar projetos; é uma pessoa atuante, não é uma pessoa que fica dentro de uma sala, que não tenha contato.

E8 comentou que um engano do senso comum é o de que um bom administrador de empresas privadas será um bom administrador na área pública. Segundo ele isto não é verdade, pois as ações do gestor privado visam o lucro, enquanto na área pública o objetivo é o atendimento das necessidades da população.

E8 declarou que o gestor de saúde deve ser aquele que tem pré-disposição em trabalhar para a população e tem sensibilidade, afirmando que o setor da saúde pública “precisa muito mais de gestão do que qualquer coisa”.

Com relação à importância dos atributos: Conhecer a Estrutura Organizacional do SUS e a sua Dinâmica interna, não foi significativa a valorização destes quesitos pelos respondentes do questionário se comparada a outros quesitos. Por sua vez os entrevistados, foram na linha do E8 que confirma essa observação: “a maior dificuldade nos gestores atuais é a falta de conhecimento a respeito do SUS”. Na percepção do E8, a falta deste conhecimento faz com que os gestores acabem focando mais no assistencialismo do que na prevenção e na gestão de política pública de saúde, já que: “trabalhar com a prevenção, reduzir o número de usuários que possam vir a adquirir alguma doença, não traz muita visibilidade para os gestores públicos. O que rende voto mesmo é tratar de doenças.” E8 caracteriza esta prática como “trampolim eleitoral”.

Quando solicitados que, de foram aberta, comentassem quais conhecimentos consideram importantes ao gestor da saúde pública municipal, os entrevistados E4, E5, E6, E7 e E8 apontaram a relevância do conhecimento da legislação específica. E4 afirmou que: “[...] teria que conhecer todas as leis, porque se você não conhecer as leis você não consegue fazer nada”. E6 relacionou a importância de se conhecer as leis devido a posterior responsabilização, já que “[...] quem responde pela secretaria de saúde é o Secretário de Saúde, não é o prefeito; não é o CNPJ do posto de saúde.”

Os entrevistados enfatizaram também a necessidade de acompanhar indicadores, o que vem ao encontro da gestão por competências, quando pressupõe que haja alinhamento entre o objeto estratégico, as competências organizacionais e a gestão das competências atuais e futuras dos gestores.

Tabela 2 – Habilidades avaliadas pelos respondentes

Habilidades	Pouco Necessário (%)	Às vezes necessário (%)	Necessário (%)	Muito necessário (%)	Omissões (%)
Delegar atividades	-	-	37,50	62,50	-
Negociação	-	6,25	50,00	43,75	-
Decisão	-	-	18,75	81,25	-
Comunicação	-	-	12,50	87,50	-
Liderança	-	-	25,00	75,00	-

(conclusão)

Habilidades	Pouco Necessário (%)	Às vezes necessário (%)	Necessário (%)	Muito necessário (%)	Omissões (%)
Monitorar, avaliar e acompanhar serviços de saúde	-	-	37,50	62,50	-
Usar recursos de maneira produtiva, controlar os gastos	-	-	-	100,00	-
Trabalhar em equipe/Relacion. interpessoal	-	-	31,25	68,75	-
Gerenciar conflitos	-	6,25	43,75	50,00	-
Criatividade e Inovação	-	6,25	50,00	43,75	-

Fonte: as autoras com base nos questionários.

O atributo relacionado a “usar os recursos de maneira produtiva e controlar os gastos”, foi classificado pelos participantes da pesquisa no instrumento questionário unanimemente como “muito necessário”. Esta porcentagem também foi alcançada pelo atributo: “conhecimento em Gestão Administrativa e Financeira”. O atributo “delegar atividades” também recebeu uma porcentagem significativa de concordância (62,50%) dentre os respondentes do questionário. Na percepção do E2, o gestor deve fazer uma, “[...] cobrança, no sentido de acompanhar; habilidade de acompanhamento do trabalho da equipe, porque tem muita gente que se perde”. E2 ainda comentou ao se referir ao gestor: “O cara que fica sentado, que começa a distribuir medicamento, vai começar a dirigir a ambulância”.

A delegação pode ser uma estratégia para uma gestão mais participativa. Beltrão (1984 apud LIMA, 2007) acredita que o serviço deve ser descentralizado ao máximo. Segundo ele, se funcionários de balcão tivessem autonomia para decidir, muitos assuntos seriam resolvidos ali sem precisar do envolvimento daqueles que tem como prerrogativa preocupar-se com o nível estratégico.

Dentre as habilidades mais citadas nas entrevistas, E5 mencionou a paciência e E6 declarou que “a primeira coisa é saber ouvir pessoas.” O E7 assim se expressou:

Tem que ser Bombril, né, eu sempre brinco que eu sempre fui Bombril aqui dentro, mil e uma utilidades, né; administrar uma saúde do município é muito mais difícil que administrar o município todo. Você lida com vida, com saúde [...] é uma coisa muito delicada. Aqui todo mundo tem acesso, o paciente chega, entra e sai, e tem muitos lugares que tem secretário que nem recebe os pacientes.

Na entrevista E7 demonstrou certo constrangimento ao se imaginar exercendo apenas atividades típicas de gestão estratégica e deu indícios de que tem receio de ser julgado como profissional ocioso se assim agir. Pode-se interpretar esta preocupação como uma forma de se fazer visível, já que as atividades de gestão estratégica não são facilmente percebíveis pelos usuários dos serviços públicos de saúde. Os respondentes do instrumento questionário compreendem como muito importante uma atitude favorável à qualificação.

Tabela 3 – Atitudes avaliadas pelos respondentes

Atitudes	Pouco Necessário (%)	Às vezes necessário (%)	Necessário (%)	Muito necessário (%)	Omissões (%)
Ter postura ética	-	-	6,25	-	-
Ser Flexível	-	-	56,25	43,75	-
Cobrar resultados	-	6,25	31,25	62,50	-
Agir com objetividade e agilidade	-	-	50,00	50,00	-
Qualificar- se/Capacitar- se/Buscar formações	-	-	12,50	87,50	-
Lidar com a diversidade de opiniões	-	-	50,00	50,00	-
Compartilhar informação	-	6,25	50,00	43,75	-
Valorizar as pessoas	-	-	25,00	75,00	-
Ter iniciativa	-	-	18,75	81,25	-
Manter a impeccabilidade	-	-	31,25	62,50	6,25

Fonte: as autoras com base nos questionários.

Dos entrevistados, o E4 afirmou que se o secretário municipal de saúde tivesse mais autonomia, não tivesse de responder a tantas pessoas dentro da estrutura (contador, prefeito, administrador), teria mais liberdade para buscar capacitações. E5 declarou que quando se tem vontade, se busca capacitação. E6 afirmou que é possível desenvolver-se buscando formação, fazendo leituras, procurar conhecer como o sistema funciona. E7 e E8 compartilham da visão que primeiro de tudo o gestor tem que buscar conhecimento.

A principal responsabilidade do gestor citada pelos entrevistados foi a de gerir o orçamento e o dinheiro. Somente E7 não se referiu sobre a gestão dos recursos financeiros entre as principais responsabilidades do gestor público de saúde.

No momento que foram questionados sobre o que se espera do gestor de saúde alguns riam e usaram expressões como: “milagres”, “muito”. E4 respondeu acreditar que

“o que se espera é o bem-estar das pessoas que mais necessitam do sistema [...]”. E7 declarou que considera muito gratificante quando consegue resolver o caso de alguém que volta para agradecer.

Sobre as principais dificuldades ou problemas enfrentados pelos gestores de saúde, E4 citou a “demora no atendimento das demandas: consultas direcionadas a prestadores de serviço pagas pelo estado”. E5 citou a falta de capacitação/formação dos gestores que assumem o cargo só por indicação política. Para E6, a maior dificuldade é encontrar médicos que tenham interesse em trabalhar nos programas de Saúde Familiar, pois a maioria não considera atrativa a remuneração.

Na visão de E6, a principal dificuldade enfrentada pelo gestor municipal de saúde é a fila de espera do SUS. Para E8 a principal dificuldade é:

[...] a diferença daquilo que se tem de recurso, com aquilo que seria a demanda; a falta de profissionais, principalmente médicos, que se predispõe a trabalhar para o município nas estratégias da família [...]. É bem complicado; a gente faz concursos públicos que passa quatro, tu vai chamar consegue um.

E4 comentou que, quando assumiu, a sua falta de entendimento das especialidades médicas dificultava os encaminhamentos. E5 apontou como dificuldade a lida com as demandas do município usuário dos serviços de saúde: “[...] quando eles têm um problema não vão lá a Florianópolis [capital de SC] desaforar o secretário de estado da saúde, mas vêm ao secretário municipal”.

E6 posiciona-se que no serviço privado de saúde o paciente tem de enfrentar vários meses de espera e não reclama, porém “[...] quando tem de enfrentar fila no SUS as reclamações são enormes e vão procurar as redes de comunicação para expor esse problema.” Ainda acrescenta que o usuário “só pensa no problema dele, não pensa no coletivo.”

E7 apontou as dificuldades do gestor municipal de saúde utilizando a terceira pessoa, como observado anteriormente:

Olha, eles chegam aqui eles não sabem por onde começar [...] porque que nem eu te disse, outros municípios de repente o secretário não tem isso; porque eles só participam de reuniões buscando recursos e outras coisas né, já aqui o povo vem aqui, eles querem uma solução imediata, eles querem que você resolva o problema [...].

Questionados sobre quais são as maiores problemas na gestão da saúde municipal, os entrevistados E5, E6 e E7 responsabilizaram a troca dos secretários em cada eleição como principal problema. Observa-se que esses entrevistados possuem, respectivamente, 12, 15 e 25 anos de trabalho na área da saúde pública. Já os dois entrevistados, que possuem pouco tempo na função, compartilham entre si a ideia de que a principal deficiência dos gestores é a falta de conhecimento. E4 comentou que nas reuniões “se vê gestores que não sabem nem o que está acontecendo.” Por sua vez, E8 afirmou que a falta de conhecimento do SUS faz com que os gestores foquem no assistencialismo.

Também foram questionados se percebiam alguma mudança no perfil dos gestores de saúde no decorrer dos últimos anos. E5 afirmou que não observa nenhuma mudança significativa no perfil dos gestores de saúde, só que havia certa preferência por parte dos prefeitos em colocar profissionais da área de enfermagem como secretários de saúde e tem percebido que isto perdeu força.

E6 também observa poucas mudanças no perfil dos gestores, o que persiste, segundo ele, é a falta de interesse dos mesmos em buscar formação, conhecimento, e, em seguida, descreveu o seu próprio perfil como sendo um exemplo de: “sempre buscar se aprimorar, se desenvolver, buscar aprender coisas novas.” E7, por sua vez, quando questionado sobre sua percepção acerca da mudança do perfil do gestor, ressaltou o seu desenvolvimento, ao longo dos seus 25 anos passados na secretaria, comentando que quando iniciou não tinha conhecimento nenhum, e que, devido a sua busca pessoal por desenvolvimento, sempre aprendeu coisas novas.

Tendo em vista as percepções capturadas junto aos secretários municipais de saúde entrevistados, verifica-se que a implantação de uma gestão baseada em

competências pode ser útil para a otimização da atuação destes à frente da gestão da saúde municipal, especialmente a partir de uma clara definição de quais seriam as competências requeridas para esta importante função de gestão, de uma ampla política de desenvolvimento de gestores para este perfil de competências e da vontade política dos agentes políticos em qualificar a gestão pública municipal no campo da saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo sobre a percepção dos gestores municipais de saúde que são membros da Comissão Intergestores Regionais do Meio-Oeste catarinense acerca das competências necessárias à função, observou-se que há uma tendência entre os entrevistados a valorizar conhecimentos de legislação específica e do SUS, habilidades como a de gerir dinheiro público e de condução de equipes e atitudes tais como a postura ética, especialmente no trato com o dinheiro público.

Algumas tensões foram observadas no campo do estudo empírico. Uma primeira é entre o gestor que atua num nível mais estratégico de gestão da política pública de saúde e aquele que atua num nível operacional beirando o assistencialismo. Os entrevistados se revezaram na defesa deste ou daquele posicionamento e as práticas observadas no momento da coleta de dados confirmaram certa preferência pela atuação que confere maior visibilidade ao gestor: a entrega de medicamentos e o atendimento personalista ao usuário, o que pode ser um reflexo das demandas eleitorais, já que o momento da coleta dos dados se deu num período que antecedeu eleições municipais.

Outra tensão observada foi na questão da necessidade ou não do gestor de saúde ter formação específica na área de saúde. Neste quesito as percepções variaram entre aqueles que entendem ser necessária esta formação específica, aqueles que a

consideram não necessária e aqueles que deram ênfase para a combinação entre formação na área de saúde e competências na área de gestão.

A questão do conflito entre técnico e político também surgiu. Os entrevistados percebem problema na indicação de um secretário municipal apenas pelo aspecto político-eleitoral e tendem a preferir a indicação (já que é um cargo de confiança e de livre indicação do prefeito municipal), por critérios de competência profissional.

Com relação à capacitação, embora os governos (municipal, estadual, federal) já realizem capacitações para gestores, elas são oferecidas de maneira assistemática e pontual, dependendo mais da vontade do gestor em se desenvolver do que de uma política contínua de investimento no desenvolvimento de competências em gestão de saúde pública.

Observa-se que a gestão por competências, conforme apontada na literatura, pode ser uma alternativa para a gestão profissional no campo da saúde pública dos municípios estudados, porém há um longo caminho a percorrer em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para tal empreitada. Há também que se construir consenso acerca de qual é o real propósito do serviço público e da tarefa de um gestor, notadamente no enfoque da gestão de políticas públicas. Outro desafio se concentra na superação histórica dos interesses imediatistas e eleitoreiros rumo a uma gestão pautada pelo fim último do desenvolvimento sustentável dos municípios.

Este estudo recomenda novas pesquisas sobre a viabilidade da implantação de gestão por competências na área da gestão de saúde pública desde processos de seleção por competências para cargos de gestão, avaliação de desempenho e políticas contínuas de investimentos de desenvolvimento de competências.

REFERÊNCIAS

AMARAL, R. M. et al. Modelo para o mapeamento de competências em equipes de inteligência competitiva. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 7-19, 2008.

BERGUE, S. T. **Modelos de Gestão em Organizações Públicas**: teorias e tecnologias para análise e transformação organizacional. Caxias do Sul: Educus, 2011.

BRAGA, J. L.; BRITO, L. M. P. Perfil ideal de competência profissional de gestores da área de saúde. In: Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho, 2., Curitiba, 2009. **Anais...** Curitiba: EnGPR, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão administrativa e Financeira no SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 2).

_____. **Decreto n. 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 12 jul. 2012.

_____. **Lei n. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 20 jun. 2012.

DUTRA, J. S. **Gestão por competências**. São Paulo: Editora Gente, 2001.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, 1541-1552, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14s1/a28v14s1.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

GODOI, C. K.; BALSINI, C. P. V. **A Metodologia Qualitativa nos Estudos Organizacionais**: análise da produção científica brasileira entre 1997 e 2003. Anpad, 2007. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEO/eneo_2004/ENE0466.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2012.

GIL, A. C. **Estudo de Caso**. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GUIMARÃES, T. A. A nova administração Pública e a abordagem de competência. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 125-140, 2000.

IBGE. **Indicadores Sociais Municipais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JANJUA, S. Y.; NAEEM, M. A.; KAYANI, F. N. The competence classification framework a classification model for employee development. **Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business**, Institute of interdisciplinary business research, v. 4, n. 1, May 2012.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**: ciência e conhecimento científico; métodos científicos; teoria, hipóteses e variáveis; metodologia jurídica. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LIMA, P. D. B. **A Excelência em Gestão Pública**: a trajetória e a estratégia da Gespública. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2007.

MOORE, M. H. **Criando valor público**: gestão estratégica no governo. Rio de Janeiro: Uniletras, 2002.

MOTTA, P. R. **A modernização da Administração Pública brasileira nos últimos 40 anos**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003476122007000700006&lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2012.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Saúde no Brasil 1**: Revista The Lancet, p. 11-31, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2012.

ROCHA, J. S. Y. **A gestão da Saúde no Brasil**. Relatório Técnico n. 9. São Paulo: Depto Medicina Social, USP, 2005. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/rms/upload/file/Publicacoes/GESTAODASAUDEBRASIL.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2012.

SANO, H. **Articulação Horizontal no Federalismo Brasileiro**: Os Conselhos de Secretários Estaduais. 2008. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo)– Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2008.

SANTOS, C. S. **Introdução à Gestão Pública**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SILVEIRA, D. S. et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e da comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1714-1726, 2010.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão das responsabilidades entre as esferas de governo. (Dissertação). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2012.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência**. Por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.

* Artigo submetido em 5 de julho de 2013 e aceito para publicação em 6 de setembro de 2013.