

ARTIGO ORIGINAL

**GESTÃO MUNICIPAL DO SUS:  
ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DO GESTOR DO  
SISTEMA E DOS GERENTES DE UNIDADES DE SAÚDE**

Carmen Fontes Teixeira\*  
Joana Angélica Molesini\*\*

**RESUMO**

O objetivo do trabalho é sistematizar uma proposta de perfil gerencial em sistemas municipais de saúde no contexto de construção do Sistema Único de Saúde-SUS. Toma como ponto de partida a revisão da legislação vigente, especificamente as leis 8080 e 8142 e as normas operacionais que regem o processo de municipalização da saúde. Em seguida apresenta uma concepção de gestão enquanto prática político-institucional que inclui funções de condução, planejamento, programação, organização e controle de sistemas e serviços de saúde e gerência de unidades de saúde. Com base na experiência das autoras enquanto docentes de cursos de capacitação de gestores municipais de saúde (secretários) e de cursos de capacitação para gerentes de unidades básicas de saúde (diretores de centros de saúde), é apresentada uma proposta de perfil gerencial, que especifica as atribuições e responsabilidades do gestor do sistema municipal de saúde e dos gerentes de unidades básicas de saúde, discutindo-se sua relevância enquanto marco de referência para a definição de objetivos, conteúdos e estratégias pedagógicas em processos de formação e capacitação de dirigentes do SUS ao nível municipal.

**PALAVRAS-CHAVES:**

*Administração pública. Sistema de Saúde. Gestão. Gerência. Capacitação gerencial.*

**1 INTRODUÇÃO**

O processo de reforma do sistema de saúde brasileiro respalda-se, juridicamente, na noção de Saúde como direito de cidadania e dever do Estado e vem contemplando a criação do Sistema Único de Saúde<sup>1</sup>, no qual a União, Distrito Federal, Estados e Municípios passam a compartilhar responsabilidades pelas ações de saúde.

Em 1990, foi aprovada pelo Congresso Nacional, a Lei Orgânica da

Saúde<sup>2</sup>, que atribui ao município a direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS e a execução dos serviços, ficando a União e os Estados, responsáveis pela normatização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação. Ainda em 1990, foi aprovada a Lei 8142<sup>3</sup> que regulamenta a gestão pública do SUS em todos os níveis de governo e define a forma de transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos estados e municípios.

---

\* Doutora em Saúde Pública. ISC- UFBA, Profª. do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

\*\* Mestre em Saúde Comunitária. ISC- UFBA; Técnica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Endereço para correspondência: Rua Padre Feijó, 29, 4º andar.- Canela, Salvador-Bahia. CEP: 40.110-170.

Outros textos complementam a base legal do SUS, entre eles as Normas Operacionais Básicas-NOB, editadas em portarias ministeriais<sup>4 5 6 7</sup>; a última, NOB 01/96, tratava de aperfeiçoar os procedimentos político-administrativos relacionados com a transferência de recursos financeiros aos municípios, através do Piso Assistencial Básico-PAB (fixo e variável), estabelecendo também mecanismos de programação – Programação Pactuada Integrada-PPI e controle e avaliação da gerência de recursos – o Sistema Nacional de Auditoria, Controle e Avaliação<sup>1</sup>.

No âmbito jurídico e político-institucional o debate em torno da construção do SUS tem privilegiado seu Financiamento e Gestão do SUS, colocando-se, a partir do processo de descentralização, a questão da “organização do sistema”, especialmente no que diz respeito à redefinição de funções e competências do Ministério da Saúde-MS, das Secretarias Estaduais de Saúde-SES e das Secretarias Municipais de Saúde-SMS, à reestruturação da Fundação Nacional de Saúde-FNS e à redefinição das relações com o setor privado. Só mais recentemente é que vem se colocando na agenda política das instâncias gestoras a preocupação com a mudança das formas de organização do processo de prestação de serviços de saúde, isto é a reorientação dos modelos assistenciais<sup>8</sup>.

Constata-se que o sistema de saúde é palco da disputa entre modelos assistenciais diversos, com a reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médico-assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento-SADT) e o modelo assistencial sanitário (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária), ao lado dos quais situam-se os esforços de construção de “modelos” alternativos, através da implantação de “políticas públicas saudáveis”<sup>15</sup>, “oferta organizada”<sup>15</sup> “ações programáticas em saúde”<sup>16</sup> e “saúde da família”<sup>12</sup>.

Considerando o significado estratégico da municipalização, o presente texto discute o papel dos dirigentes municipais na formulação e implementação de políticas e na construção de um novo modelo de atenção à saúde, sistematizando uma proposta de perfil gerencial dos dirigentes de sistemas municipais de saúde visando subsidiar processos de capacitação nesta área.

## 2 O SIGNIFICADO ESTRATÉGICO DA MUNICIPALIZAÇÃO

A municipalização da saúde é um processo da descentralização da gestão do sistema de serviços até a base político-administrativa do Estado brasileiro, implicando no reordenamento dos papéis que cabem a cada uma das instâncias político-administrativas, isto é, ao governo federal e aos governos estaduais e municipais.

Municipalizar a saúde significa, portanto, trazer para a gestão municipal a capacidade de definir, junto com os munícipes, o que fazer com a Saúde

<sup>1</sup> No momento atual (2002), encontra-se em processo de implantação mais uma norma do Ministério da Saúde, a Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS/SUS editada em 2001<sup>9</sup>, revisada e reeditada em 2002<sup>10</sup>. Cabe ressaltar que esta norma não altera substancialmente o papel do gestor municipal, nem apresenta modificações com relação à competência dos gerentes de Unidades de Saúde.

na sua área de abrangência, através da autonomia de gestão e descentralização de recursos financeiros. Com isso o Município passa a ser o gestor do sistema de saúde no seu território, cabendo a todos, Município, Estado, União e à sociedade como um todo a responsabilidade pela efetiva funcionalidade do sistema.

Ao se descentralizar, estabelece-se um novo rearranjo de forças entre esferas de poder. O processo de municipalização é, portanto, de coresponsabilidade das três esferas de poder, demandando modificações na forma e no conteúdo das relações estabelecidas entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde. Em síntese, municipalizar não significa apenas o repasse de recursos financeiros e rede física, mas a transferência de todos os instrumentos políticos, administrativos, jurídicos e técnicos para plena funcionalidade e autonomia do município.

O processo de municipalização, na medida em que venha a significar uma efetiva redefinição de funções e competências entre os níveis de governo do SUS, implica na constituição de "sistemas municipais de saúde". Antes do SUS e especificamente antes da implementação da NOB 01/93, não se poderia considerar que os municípios brasileiros tivessem "sistemas municipais". Os municípios tinham serviços de saúde municipais, porém não tinham capacidade de gestão do conjunto das instituições e unidades de prestação de serviços de saúde localizadas em seus territórios.

Com a implementação da NOB 01/93, desencadeou-se um processo de construção dos sistemas municipais,

que implicou na criação das estruturas gestoras necessárias à responsabilização pelo município sobre os recursos e serviços quais sejam: o Fundo Municipal de Saúde-FMS, o Conselho Municipal de Saúde-CMS e a estruturação/reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde-SMS. Além da estruturação desses órgãos, os municípios começaram a implementar instrumentos de gestão que fortalecem a autonomia gerencial sobre os recursos, processos e resultados das ações de saúde, quais sejam: o planejamento e a programação local, o acompanhamento, avaliação e controle das ações e recursos e a gestão descentralizada dos recursos financeiros e recursos humanos.

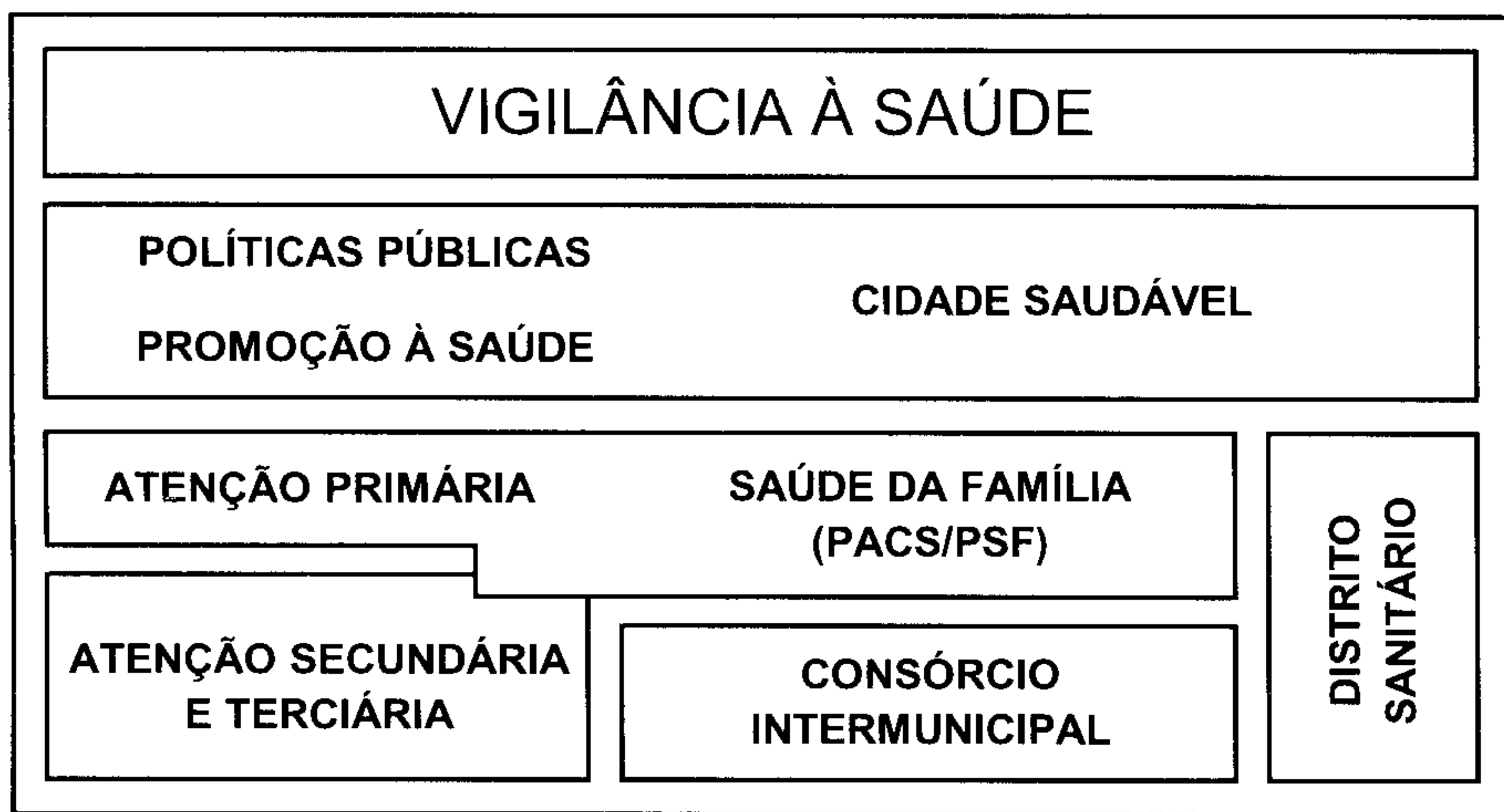
A implementação da NOB 01/93, além de não ter atingido todos os municípios do país, resultou em uma relativa reconcentração de recursos financeiros em regiões, estados e municípios, em função, principalmente, da manutenção dos critérios de repasse de recursos financeiros, que, conforme a NOB 01/91, baseava-se fundamentalmente na capacidade de produção de serviços. Quando da elaboração da NOB 01/96, além da recuperação do critério populacional para a definição do volume de recursos financeiros que caberá a cada município habilitado, foram introduzidos diversos "fatores de estímulo" à implementação de inovações, entre as quais os Programas de Saúde da Família-PSF e as ações de vigilância epidemiológica e sanitária<sup>17</sup>.

As formas de gestão dos sistemas municipais previstas na NOB 01/96 são a "gestão plena da rede básica", na qual o município passa a assumir o controle sobre a produção de serviços ambulatoriais (estatais e privados) e, a depender

da sua capacidade de formulação de projetos e negociação com as instâncias federais e estaduais, também passa a desenvolver as ações territoriais de Saúde da Família e a montar as bases de informação necessárias para as ações de vigilância epidemiológica e ambiental. No estágio seguinte, isto é, a “gestão plena do sistema”, o município assume a responsabilidade sobre o conjunto dos serviços nos diversos níveis de complexidade tecnológica e organizativa.

Nesse contexto, o município tem condições de articular o conjunto das propostas, programas e estratégias que vêm sendo definidos no nível federal e em vários estados, para desencadear,

em seu âmbito, um processo de reorientação do “modelo assistencial” do SUS que não signifique a mera reprodução do “modelo médico assistencial privatista”, articulado ao “modelo sanitarista”, ou seja, a chamada “inampização”<sup>ii</sup> do SUS. Pelo contrário, levando em conta a existência de instrumentos financeiros (PAB fixo e variável), gerenciais e técnico-operacionais (PPI, PSF, Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, e Vigilância do SUS-VIGISUS) que podem ser utilizados para a criação de um modelo que aponta em outra direção, o município pode caminhar para a construção de um “modelo” fundamentado na Vigilância da Saúde<sup>18 19</sup> (FIGURA 1).



Fonte: Teixeira, et al., 1998<sup>19</sup>.

**Figura 1. Vigilância à Saúde**

Considerando os incentivos financeiros previstos na NOB 01/96, as ações de capacitação de pessoal e cooperação técnica previstas no VIGISUS, a possibilidade de assessoria por parte das SES e instituições acadêmicas, no momento atual, o município é posto diante do desafio de reorientar o con-

junto de ações e serviços desenvolvidos no sistema municipal de saúde,

<sup>ii</sup> Por “inampização”<sup>11</sup> entende-se o fortalecimento de um modelo que privilegia a atenção à demanda espontânea, através da assistência médica, ambulatorial, laboratorial e hospitalar, ao lado da qual, em caráter subalterno, aparecem as campanhas, programas e ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

quais sejam: i) assumir e consolidar a Vigilância epidemiológica; ii) assumir e consolidar a Vigilância sanitária; iii) assumir e implementar os programas de saúde da família; iv) reorganizar o perfil de oferta das unidades básicas, considerando os programas especiais e o perfil epidemiológico da população; v) articular a atenção de média e alta complexidade, fortalecendo a rede pública e renegociando a compra de serviços com o setor privado; vi) redefinir a assistência laboratorial e farmacêutica.

Levando em conta a heterogeneidade das situações dos municípios, mais do que implementar as propostas e diretrizes emanadas do nível federal e estadual, o desafio maior para os prefeitos e secretários municipais de saúde é definir a linha com que vão conduzir a política de saúde municipal articulando distintos elementos gerenciais, financeiros, programáticos, organizativos e operacionais.

### **3 GESTÃO DO SISTEMA E GERÊNCIA DE UNIDADES: atribuições e responsabilidades dos dirigentes municipais**

O desencadeamento de um processo de fortalecimento da autonomia político-gerencial dos municípios e da elevação da sua capacidade técnico-operacional de planejamento, programação, controle gerencial e operacionalização de ações voltadas ao enfrentamento dos problemas de saúde em seu território faz parte, sem dúvida, do processo de reconstrução do Estado no momento atual. Para os municípios, isto significa a possibilidade de, a partir das iniciativas em Saúde, reestruturarem a gestão municipal em seu conjunto, em uma perspectiva demo-

crática, participativa, tecnicamente competente e gerencialmente eficiente e efetiva.

Desse modo, é importante distinguir a especificidade das práticas político-gerenciais que se situam em diversos níveis da estrutura político-administrativa do sistema municipal de saúde. A gestão pode ser considerada uma prática mais ampla, que toma como objeto o sistema de saúde em sua totalidade complexa, enquanto que a gerência é uma prática mais restrita, que toma como objeto as unidades de produção de serviços, quer sejam distritos sanitários, estabelecimentos de saúde, programas ou serviços específicos. A gestão do sistema e a gerência de unidades de produção se diferenciam em função dos propósitos e alcance das decisões tomadas, o que resulta no desenvolvimento de distintas atividades em cada uma das dimensões – política, técnica e administrativa – da prática gerencial em cada nível.

A gestão do sistema, portanto, pode ser entendida como o conjunto de atividades políticas, técnicas e administrativas desenvolvidas com o propósito de assegurar a condução, o planejamento, a programação, a direção, organização e controle do sistema de serviços de saúde em sua totalidade. A gerência operativa das unidades de produção de serviços (estabelecimentos, programas ou órgãos), indica o conjunto de atividades desenvolvidas com o propósito de assegurar a direção (da unidade ou programa), programação e organização (das ações e serviços), administração (de recursos) e o controle e avaliação do processo de trabalho em saúde, do produto (ações e serviços)

e dos resultados (cobertura, efetividade, satisfação) alcançados.

Considerando essas diferenças é possível distinguir as atribuições do Gestor municipal, isto é, do Secretário Municipal de Saúde, responsável pela condução político-administrativa do sistema, em consonância com as deliberações do Conselho Municipal de Saúde, das atribuições dos gerentes de unidades de produção de serviços, especificamente as Unidades Básicas de Saúde—UBS, que se constituem na base organizacional e operativa do sistema municipal de saúde.

Cabe aos Secretários municipais de saúde a condução de um conjunto de processos, quais sejam:

i) articulação com as organizações sócio-comunitárias do município, tratando de envolvê-las, não só formalmente na constituição do Conselho Municipal de Saúde, senão que no desenvolvimento conjunto de ações de promoção da saúde, bem como no controle e avaliação do sistema municipal de saúde.

ii) articulação com o Legislativo Municipal: o trabalho do Secretário de Saúde e sua equipe técnica junto à Câmara de Vereadores do município não se esgota no encaminhamento de projetos de lei, necessários à criação das instâncias gestoras do Sistema Municipal de Saúde, como o Conselho Municipal de Saúde, o Fundo Municipal ou à própria reorganização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, cabe ao Secretário o encaminhamento de propostas a serem incluídas na Lei Orçamentária anual do município, que implica assegurar a participação dos recursos municipais para a Saúde (7% das receitas

municipais, em 2001, sendo que esse percentual crescerá anualmente até atingir, em 2004, 15%). Também cabe ao Secretário coordenar e encaminhar a aprovação do Código Sanitário do Município, instrumento legal que respalda as ações de fiscalização e controle exercidas pelos órgãos responsáveis pela Vigilância Sanitária, possibilitando o exercício do seu “poder de polícia” no que diz respeito a sanções de estabelecimentos que comercializem produtos e serviços em condições danosas para a saúde da população.

iii) articulação com o Executivo Municipal: a articulação intersetorial da ação da Prefeitura Municipal é um dos eixos em que se assenta a concepção de Vigilância da Saúde. Embora caiba ao Prefeito a coordenação desse processo, cabe ao Secretário Municipal subsidiar o chefe do poder executivo, apresentando propostas concretas dirigidas à organização de ações conjuntas entre os setores de Saúde, Educação, Saneamento, Assistência Social e até mesmo o Planejamento e a Fazenda, visando a geração de emprego e renda. Trata-se de adotar a melhoria das condições de vida como eixo das ações governamentais no município, cabendo ao Secretário de Saúde a iniciativa de promover a construção de um consenso entre os demais secretários e o próprio Prefeito, apontando a importância estratégica das ações econômicas e sociais voltadas à saúde e bem-estar.

iv) condução política do Sistema Municipal de Saúde: cabe ao Secretário de Saúde liderar o processo de tomada de decisões acerca da organização e do funcionamento do Sistema Municipal de Saúde, dando

conseqüência às deliberações do Conselho Municipal de Saúde com respeito às prioridades, objetivos e metas da gestão municipal, o que implica a coordenação dos grupos técnicos e administrativos organizados na Secretaria Municipal de Saúde em sua relação com a rede operativa do sistema municipal.

v) negociação com o setor privado contratado e conveniado com o SUS no município: essa atividade, de natureza essencialmente política, implica a responsabilização do Secretário Municipal com respeito à formalização e acompanhamento de contratos e convênios estabelecidos entre a Secretaria Municipal de Saúde e entidades privadas de caráter lucrativo e/ou filantrópico, visando a prestação de serviços – ambulatoriais e/ou hospitalares – ao SUS municipal.

vi) planejamento e programação do Sistema Municipal de Saúde: o processo de planejamento do Sistema Municipal de Saúde é muito mais amplo que a Programação Pactuada Integrada–PPI. Embora importante para a racionalização da oferta de serviços, a PPI precisa ser complementada com um planejamento fundamentado em problemas e necessidades de saúde da população, o que exige um processo de territorialização das condições de vida e saúde, com identificação dos diferenciais epidemiológicos e sociais dos diversos grupos populacionais, bem como a elaboração de propostas e implementação de ações (operações) dirigidas ao enfrentamento dos determinantes, riscos e danos à saúde dos diversos grupos. A utilização desse enfoque possibilita ao Secretário de

Saúde definir prioridades, tanto em termos de problemas quanto de ações, o que facilita, inclusive, o processo de avaliação do impacto das ações desenvolvidas<sup>17 18</sup>.

vii) reorganização do modelo assistencial do SUS: cabe ao Secretário Municipal a coordenação do processo de redefinição do modelo de atenção à saúde no município, de modo a adequá-lo às necessidades e problemas de saúde da população. Isto significa atuar no desenvolvimento do processo de distritalização no âmbito do município, facilitando aos dirigentes de unidades a implantação e reorganização de ações e serviços básicos, bem como atuando na formação de consórcios intermunicipais, caso seja necessário para se garantir a atenção secundária e terciária.

viii) controle e avaliação do Sistema Municipal de Saúde: as propostas atuais com relação ao controle e avaliação dos sistemas municipais incorporam o tradicional controle administrativo sobre procedimentos e gastos, apontando a necessidade de se avançar para um controle gerencial sobre resultados, aí incluída a avaliação de qualidade dos serviços e satisfação dos usuários. Além disso, a criação e o fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde abre espaço para o exercício de um controle social sobre as políticas municipais de saúde, que excedem o acompanhamento técnico e administrativo do sistema. Cabe ao Secretário conduzir o processo de implantação de sistemas de informação que permitam tanto o controle econômico-administrativo (produtividade/custos) quanto o controle gerencial (resultados, medidas

em termos de equidade e impacto), além de participar do controle social exercido pelo CMS, subsidiando o processo de acompanhamento e avaliação periódica a ser realizado por esta instância.

ix) a organização da Secretaria Municipal de Saúde: para dar conta dessas tarefas e desafios, cada secretário deve buscar adaptar a estrutura e o funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde, o que não significa apenas a realização de uma "reforma administrativa", com desenho de novo organograma e criação de cargos e funções. O enfoque contemporâneo no campo da administração gerencial supõe a busca de flexibilidade estrutural e um investimento maior na capacitação técnica e gerencial dos quadros intermediários responsáveis pela coordenação das ações e dos gerentes de unidades de prestação direta de serviços<sup>13</sup>. Isto implica em se privilegiar a organização e coordenação de processos de trabalho (operações) voltados ao enfrentamento de problemas, sob a forma de projetos que se esgotam, uma vez atingidos seus objetivos, sem gerar estruturas burocráticas permanentes.

x) administração de recursos financeiros, humanos, materiais e físicos que constituem a infraestrutura do Sistema Municipal de Saúde. Isto significa que cabe ao Secretário Municipal a gestão do Fundo Municipal de Saúde, a coordenação do processo de formulação e implementação da política de desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde-RHS no município, incluindo a contratação, a distribuição e a elaboração do Plano de Cargos, Carreiras e Salários-PCCS,

a administração dos recursos materiais – material de consumo e equipamentos – em termos da aquisição, distribuição e manutenção, bem como a administração dos recursos físicos, isto é, a coordenação de projetos de investimentos em obras de construção e reformas de instalações.

Os gerentes de unidades operativas, por sua vez, têm atribuições e responsabilidades que também envolvem as dimensões política, técnica e administrativa, sendo que a reorganização do modelo assistencial é o eixo em torno do qual se articulam suas atividades, conforme especificamos a seguir:

i) articulação com as organizações governamentais e não governamentais que atuam na área de abrangência da UBS, visando envolvê-las no planejamento, organização e execução de ações de promoção da saúde, como por exemplo, ações de educação sanitária em escolas, creches, famílias, associações, sindicatos etc.

ii) análise da situação de saúde na sua área de abrangência (necessidades e problemas): isto implica a realização de um processo de identificação, descrição, seleção e análise dos problemas e necessidades de saúde da população da área de abrangência (ou de influência) da Unidade Básica em função das condições de vida dos diversos grupos sociais, através da utilização de informações demográficas, socioeconômicas (condições de vida), epidemiológicas (indicadores de morbimortalidade) e administrativas (oferta/demanda pelos serviços da UBS).

iii) seleção de prioridades e tecnologias de intervenção. A determinação de prioridades, tanto em termos dos



problemas que serão enfrentados primeiro, quanto das estratégias e operações que serão desenvolvidas para enfrentá-los é um processo que deve envolver, não só o gerente da UBS, senão que toda a equipe de profissionais e trabalhadores que atuam na unidade. Desse processo decorrerá a organização e execução do trabalho cotidiano, a ser coordenado e monitorado pelo gerente.

iv) coordenação do processo de reorganização do trabalho na UBS. Cabe ao gerente da unidade a coordenação do processo de mudança na organização do trabalho da UBS, de acordo com a definição de problemas e ações prioritárias realizada com a equipe, buscando articular as atividades de rotina com as novas atividades que serão desenvolvidas, quer na unidade (ações intramuros), quer pela unidade (ações extramuros) junto às famílias e grupos sociais que vivem na área de abrangência da UBS.

v) programação e controle da execução das ações requeridas para o enfrentamento dos problemas de saúde da população da área, definidas a partir do estabelecimento de uma “matriz programática” que permite a reorganização das ações previstas nos “programas especiais” (PACS, PSF, Sistema de Vigilância da Alimentação e Nutrição-SISVAN, Programa de Redução da Mortalidade Infantil-PRMI, Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher-PAISM etc.) segundo sua natureza, tecnologia e recursos envolvidos, ou seja, ações de promoção da

saúde (melhoria de condições de vida), ações de vigilância sanitária (controle de riscos), ações de vigilância epidemiológica (controle de riscos e danos), ações programáticas dirigidas a grupos populacionais específicos (criança, mulher, adolescente, trabalhador, idoso etc.) e ações de atendimento à demanda espontânea.

vi) gerenciamento de pessoal lotado na UBS, gerenciamento do abastecimento técnico-material (insumos e medicamentos) e gerenciamento de recursos financeiros (caso a UBS seja unidade gestora).

Além das atribuições e responsabilidades políticas, técnicas e administrativas envolvidas na prática gerencial, tanto de gestor municipal quanto do dirigente de unidades (ver **Quadro Síntese no ANEXO I**), é importante frisar que a gestão e a gerência também contemplam uma dimensão ética, que diz respeito aos princípios e valores requeridos para o exercício do poder público, dos quais nunca é demais enfatizar a probidade, a honestidade no manejo dos recursos públicos e o compromisso com o ideal de “servir” aos interesses da população.

No caso específico da saúde, cabe registrar a necessidade de que os gestores e gerentes tenham como valor a defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde, o compromisso com a construção do sistema, de acordo com as necessidades e possibilidades do município onde atuam, e, acima de tudo, o respeito à vida e o compromisso com a promoção e defesa da saúde da população.

## Anexo 1. Atribuições e responsabilidades do gestor municipal e do gerente de unidades no contexto da descentralização do sistema de saúde no Brasil - 2002

Dimensão	Papel do gestor municipal	Papel do gerente de unidade
<i>Política</i>	<p>Articulação com as organizações socio-comunitárias do município</p> <p>Articulação com o legislativo municipal</p> <p>Articulação com outros setores do executivo municipal</p> <p>Condução política do sistema municipal de saúde</p> <p>Negociação com o setor privado contratado e conveniado com o SUS</p>	<p>Articulação com as organizações governamentais que atuam na área de abrangência da UBS</p> <p>Articulação com as organizações não governamentais que atuam na área de abrangência da UBS</p>
<i>Técnica</i>	<p>Planejamento do sistema municipal de saúde (Plano Municipal de Saúde)</p> <p>Programação do sistema municipal de saúde (PPI)</p> <p>Coordenação do processo de reorganização do modelo assistencial (Vigilância da saúde e distritalização)</p> <p>Controle e avaliação do sistema municipal de saúde</p>	<p>Análise da situação de saúde na sua área de abrangência (necessidades e problemas)</p> <p>Seleção de prioridades e tecnologias de intervenção</p> <p>Coordenação do processo de reorganização do trabalho na UBS</p> <p>Programação e controle da execução de ações de promoção da saúde (melhoria de condições de vida)</p> <p>Programação e controle da execução de ações de vigilância sanitária (controle de riscos)</p> <p>Programação e controle da execução de ações de vigilância epidemiológica (controle de riscos e danos)</p> <p>Programação e controle da execução de ações programáticas dirigidas e grupos populacionais específicos (criança, mulher, adolescente, trabalhador, idoso, etc. )</p> <p>Programação e controle da execução de ações de atendimento à demanda espontânea</p>
<i>Administrativa</i>	<p>Administração dos recursos humanos (contratação, distribuição e PCCS)</p> <p>Administração de recursos financeiros (FMS)</p> <p>Administração dos recursos materiais (consumo e equipamentos)</p> <p>Administração dos recursos físicos (construções e reformas)</p>	<p>Gerenciamento de pessoal lotado na UBS</p> <p>Gerenciamento do abastecimento técnico-material (insumos e medicamentos)</p> <p>Gerenciamento de recursos financeiros (caso a UBS seja unidade gestora)</p>

## SUMMARY

This paper discusses the essential requirements that local health systems managers may need under the framework of the "Sistema Nacional de Saúde" (the Brazilian National Health System). The legal framework and guidelines that direct the health system decentralization process are reviewed. The paper defines management as a political and institutional practice that involves conducting, planning, programming, organizing and controlling not only health systems but also health services. The authors lecturing experience on diploma courses for Local Health Managers Officers (at municipal level) and for Heads of Health Services is the cornerstone for the job description proposal that follows. The responsibilities and skills required for those managerial activities are presented. The relevance of those requirements for defining objectives, contents and pedagogic strategies for managers training at local level is also discussed.

### KEY WORDS:

*Public administration. Health systems. Health management. Managers training. Managers job description.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. *Constituição Federal*. Congresso Nacional, Brasília, 1988.
2. Brasil. Lei 8.080. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 set. 1990. p.18055-9.
3. Brasil, Lei 8.142. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 dez. 1990.
4. Brasil, Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Portaria MS/GM n. 1481. *Diário Oficial da União*, Brasília, 30 dez. 1990.
5. Brasil. Portaria nº 234. *Diário Oficial da União*, Brasília, 07 fev. 1992.
6. Brasil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Portaria n. 545. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 maio 1993, p.6961-5.
7. Brasil. Portaria n.º 2203. *Diário Oficial da União*, Brasília, 05 nov. 1996.
8. Brasil. Ministério da Saúde. X Conferência Nacional de Saúde: construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. *Relatório final*, Brasília, 2-6 set. 1996. 142p.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 95. *Diário Oficial da União*, Brasília, 05 nov. 1999. (NOAS 01/2001).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 373 de 27 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 fev. 2002. Seção I. (NOAS 1/2).
11. Mendes EV. O consenso do discurso e o dissenso da prática social: notas sobre a municipalização da saúde no Brasil. In: Ministério da Saúde, *Cadernos da Nona*. Brasília, p.13-6, 1991.
12. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. 1ª ed., HUCITEC, São Paulo, 300p., 1996.
13. OPS/OMS. *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: la administración estratégica*, Washington D.C., 160p., 1992.
14. Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários In: Mendes, E.V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. HUCITEC/ABRASCO: São Paulo, p.187-220, 1993.
15. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ. (5ª ed.), *Epidemiologia&Saúde*, MEDSI: Rio de Janeiro, p.455-66, 1994.
16. Schraiber LB. (org.) *Programação em saúde hoje*. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo, 226p., 1990.
17. Teixeira CF. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários. In: Mendes, EV. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo, p.237-65, 1993.
18. Teixeira CF. *Planejamento e programação da vigilância da saúde*, Instituto de Saúde Coletiva-UFBA, 16p., 1997, (mimeo).
19. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe epidemiológico do SUS*. VII: p.7-28, 1998.