

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL DE MESTRADO E DOUTORADO**

MAÍLLA DOS SANTOS SILVA

**CONCEPÇÕES DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A SUA
FORMAÇÃO E O PROCESSO DE TRABALHO**

**JEQUIÉ
2018**

MAÍLLA DOS SANTOS SILVA

**CONCEPÇÕES DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A SUA
FORMAÇÃO E O PROCESSO DE TRABALHO**

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em saúde pública, para apreciação e julgamento da Banca examinadora.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Alba Benemerita Alves Vilela

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Sociedade

**JEQUIÉ
2018**

S232c Silva, Maílla dos Santos.

Concepções de secretários de saúde sobre a sua formação e o processo de trabalho /
Maílla dos Santos Silva.- Jequié, 2018.

96f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Alba Benemerita Alves
Vilela)

1.Gestão em Saúde 2.Gestor de Saúde 3.Educação em Saúde 4.Educação Continuada 5.Formação
de Recursos Humano I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 362.11098172

FOLHA DE APROVAÇÃO

SILVA, Maílla Santos. **Concepções de secretários de saúde sobre a sua formação e o processo de trabalho**. 2018. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Jequié, Bahia.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Alba Benemerita Alves Vilela
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
(Orientadora e Presidente da Banca Examinadora)

Prof^a. Dr^a. Adriana Alves Nery
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos
Universidade Federal da Bahia - UFBA
Instituto Multidisciplinar em Saúde - Campus Anísio Teixeira

Jequié-BA, 15 de abril de 2018

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Marivaldo e Dulcirene, aos meus irmãos, Márdio e Menandro, ao meu noivo, Marcelo, e a todos que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu pudesse concluir mais um grau na minha formação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter abençoado cada passo e ter me dado a oportunidade de concluir mais esta etapa da minha vida.

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Alba Benemerita Alves Vilela, verdadeira fonte de sabedoria, paciência e dedicação que Deus colocou no meu caminho.

Ao meu noivo, Marcelo Mendonça, por sua dedicação, carinho, amizade e que se revelou um verdadeiro companheiro com suas atitudes.

A Dr. Agamenon Santana e às enfermeiras, Marli Milhazes e Carmelia Ribas, que me permitiram dar os primeiros passos na minha jornada profissional e me proporcionaram as oportunidades para chegar até aqui.

A Nadir Durães, por ter me acolhido e apoiado na minha caminhada em busca de realizar os meus sonhos.

A todos os meus colegas de turma pela troca de experiência, companheirismo e aprendizado. Em especial, Mônica Ciler e Rafaela Almeida, por todos os momentos compartilhados. Vocês estão no meu coração e sempre farão parte da minha vida.

Em especial aos colegas que contribuíram na coleta de dados, Priscilla Mascarenhas, Randson Rosa e Rudson Damasceno.

A Valéria Marques Lopes e Geslaney Reis da Silva, pela amizade, carinho e pelos momentos compartilhados que tornaram mais leves as nossas dificuldades, nas idas e vindas de Vitória da Conquista a Jequié.

Ao corpo administrativo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia pela contribuição no meu crescimento profissional.

À coordenação e direção da CIR localizada na região de saúde de Jequié, que me apoiaram após a liberação da coleta de dados, fornecendo as informações e cedendo o espaço para a aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Aos gestores que aceitaram participar da pesquisa e contribuíram para a materialização dessa dissertação.

A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para o meu sucesso, hoje sou grata.

Cuidado é aquela força originante que continuamente faz surgir o ser humano. Sem ela, ele continuaria sendo apenas uma porção de argila como qualquer outra à margem do rio, ou um espírito angelical desencarnado e fora do tempo histórico.

(Leonardo Boff)

SILVA, Maílla Santos. **Concepções de secretários de saúde sobre a sua formação e o processo de trabalho.** 2018. 97 f. Dissertação [Mestrado] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia. 2018.

RESUMO

A gestão dos serviços de saúde é um elemento estratégico em defesa da consolidação do SUS, que possibilita organizar a oferta de serviços de saúde de modo a atender as necessidades da população, garantindo o direito à saúde integral, universal e equânime. Para isso, é necessário que os gestores municipais de saúde tenham uma formação de qualidade, que os habilite para realizar o planejamento estratégico das ações de saúde no município. O estudo objetivou analisar as concepções de secretários de saúde sobre a sua formação e seu processo de trabalho no Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa. Este estudo foi viabilizado na Comissão Intergestores Regional (CIR), espaço em que se reúnem os gestores que compõem a região de saúde do município de Jequié. Os dados foram coletados, mediante a aprovação do comitê de ética em pesquisa, no período de setembro a dezembro de 2017. Foram utilizados dois instrumentos para a coleta: um questionário, elaborado em versões impressas e on-line, contendo 39 questões, e uma entrevista semiestruturada. O questionário foi utilizado para a caracterização dos participantes. Posteriormente, para análise das entrevistas foi aplicada a Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin, 2011. Os dados mostraram que, como a maioria dos gestores entrevistados têm formação na área de saúde, os temas dessa área não costumam representar maiores dificuldades. Por outro lado, a abordagem dos temas relacionados à gestão nos cursos da área de saúde ainda se mostra insuficiente para as demandas da gestão municipal de saúde. O estudo também procurou conhecer as dificuldades que permeiam o processo de trabalho dos gestores municipais de saúde. Dentre os entraves apontados, o subfinanciamento figura como o principal problema. As estratégias de cada gestor para lidar com esse e outros problemas são discutidas ao longo do trabalho, tomando como base as entrevistas. Como conclusão final, o estudo constata a necessidade de se buscar melhorias na formação/capacitação dos profissionais de saúde, com olhar especial para os temas que subsidiam a atuação desses profissionais na gestão em saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Gestor de Saúde, Educação em Saúde, Educação Continuada, Formação de Recursos Humanos.

SILVA, Maílla Santos. **Conception of health secretaries about their training and the work process.** Dissertation [Master's Degree] - Post-Graduation Program in Nursing and Health, State University of Southwest of Bahia - UESB, Jequié, Bahia. 2018.

ABSTRACT

The secretaries of health services is a strategic element in defense of the consolidation of SUS, which makes it possible to organize the provision of health services in order to meet the needs of the population, guaranteeing the right to integral, universal and equitable health. For this, it is necessary that municipal health managers have a quality training, which enables them to carry out the strategic planning of health actions in the municipality. The study aimed to analyze the training and the work process of the municipal secretaries that work within the SUS. It is a descriptive, exploratory and qualitative approach. This study was made possible by the Regional Interagency Committee (CIR), a space in which the managers who compose the health region of the municipality of Jequié meet. The data were collected, after the approval of the ethics committee, from September to December 2017. Two instruments were used for the collection: a questionnaire, prepared in printed and online versions, containing 39 questions, and a semi-structured interview. The questionnaire was used to characterize the participants. Subsequently, the analysis of the interviews was accomplished by using the Content Analysis Technique proposed by Bardin. The data showed that, since most of the interviewed managers have degree in the health area, the subjects in this area do not usually present greater difficulties. On the other hand, the management-related themes in health care courses are still insufficient for the demands of municipal health secretaries. The study also pursued to understand the difficulties that permeate the work process of municipal health managers. Among the obstacles mentioned, under-financing is the main problem. The strategies of each manager to deal with this and other problems are discussed throughout the work, based on the interviews. As a final conclusion, the study notes the need to seek improvements in the training/qualification of health professionals, with special focus on the themes that support the performance of these professionals in health management.

Key words: Health Management, Health Manager, Health Education, Continuing Education, Human Resource Training.

LISTA DE SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Equipes de Saúde da Família
FAINOR	Faculdade Independente do Nordeste
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
ProgeSUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
PROMED	Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UNA-SUS	Sistema Universidade Aberta do SUS

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Características dos municípios que integram a CIR da região de saúde de Jequié e que participaram da pesquisa.....26

Manuscrito 02.

Quadro 2. Sexo dos secretários de saúde da região de saúde de Jequié - BA, 2017.....57

Quadro 3. Faixa etária dos secretários de saúde da região de saúde de Jequié - BA, 2017.... 57

Quadro 4. Formação dos secretários de saúde da região de saúde de Jequié - BA, 2017.....57

Quadro 5. Período de atuação na gestão em saúde dos secretários de Saúde da região de saúde de Jequié - BA.....57

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4.1 GESTÃO EM SAÚDE	14
4.2 FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA GESTÃO EM SAÚDE	17
4.3 PROCESSO DE TRABALHO NA GESTÃO EM SAÚDE.....	21
5 METODOLOGIA.....	25
5.1 TIPO DE ESTUDO	25
5.2 CAMPO E CENÁRIO DO ESTUDO	25
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	27
5.4 ASPECTOS E PROCEDIMENTOS ÉTICOS	27
5.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	28
5.6 ANÁLISE DOS DADOS	29
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
6.1 MANUSCRITO 1: FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO: DESAFIOS PARA A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	31
6.2 MANUSCRITO 2: ENTRAVES E ESTRATÉGIAS NO PROCESSO DE TRABALHO DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE	52
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO.....	82
APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	91
APÊNDICE C - TCLE	92
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS.....	94
ANEXO B – PARECER DO CEP	95

1 INTRODUÇÃO

Passados três décadas desde a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos avanços têm possibilitado a construção de uma rede de serviços que é utilizada, direta ou indiretamente, por todos os brasileiros. Neste contexto, a formação/qualificação dos profissionais que atuam na gestão dos serviços de saúde é compreendida como um componente estratégico em defesa do SUS. A gestão em saúde pode ser compreendida como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde. Dentre elas, a gerência de redes, as esferas públicas de saúde, os hospitais, os laboratórios, as clínicas e demais instituições e serviços de saúde (LORENZETTI et al., 2014).

Com o direito à saúde assegurado na Constituição Federal de 1988, o compromisso de prover ao povo brasileiro um modelo de atenção integral, equânime e universal demanda profissionais capacitados para gerir os serviços de saúde. Isso induziu respostas tanto do setor público quanto do privado. Como apontam Campos et al. (2015), nos últimos anos tem havido uma ampliação significativa da oferta de cursos em vários níveis – graduação, especialização, residência, mestrado profissional, pós-graduação acadêmica (mestrado e doutorado) – voltados para a formação em saúde coletiva.

Entretanto, Pierantoni (2006) adverte que a formação de gestores carece de desenhos metodológicos e currículos adequados, bem como de professores capacitados para atender às novas demandas. O autor destaca, por exemplo, que os gestores de saúde que possuem nível superior, sejam na área da saúde ou das ciências sociais, quase sempre apresentam deficiências em sua formação no que se refere à administração e organização dos serviços de saúde. Ainda segundo ele, as complexidades e especificidades inerentes ao setor de saúde requerem profissionais com conhecimentos amplos para atuar na gestão do SUS.

Nessa linha, as recentes mudanças legislativas por que têm passado o SUS, sobretudo no sentido de avançar na descentralização administrativa da gestão, contribuem para aumentar as exigências sobre a figura do gestor. Se por um lado essa descentralização confere maior autonomia para os profissionais envolvidos na gestão, em contrapartida amplia suas responsabilidades sobre a gerência dos serviços de saúde.

A portaria nº 3.992/2017, por exemplo, ao conceder maior autonomia ao gestor municipal na alocação dos recursos destinados à saúde, obriga que estes profissionais tenham maior conhecimento sobre temas como gestão financeira. Assim, por se tratarem de mudanças recentes e ao mesmo tempo significativas na concepção da gestão do SUS, sobretudo nessa fase de transição a figura do gestor municipal adquire caráter ainda mais central para garantir

a consolidação do sistema de saúde (CUNHA; HORTALE, 2017).

Pensando nisso, Campos (2010) defende que novas reformas organizacionais e no processo de trabalho devem tomar como base o incentivo à gestão compartilhada, ou seja, promover a participação ativa, crítica e reflexiva entre gestores e equipes, na tentativa de repensar e adequar as ações e serviços de saúde ofertados pelo município.

A habilitação dos gestores para lidar com as questões de saúde passa pelo processo de formação. Isso inclui a educação permanente em saúde, uma ferramenta capaz de impulsionar ações estratégicas de mudanças nos processos formativos. Desde práticas pedagógicas, passando pela reorganização dos serviços de atenção à saúde, bem como o empreendimento de um trabalho interligado entre o sistema de saúde (nas suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras, todos esses tópicos são passíveis de serem beneficiados por uma abordagem em educação permanente (SOUSA; BRANDÃO; PARENTE, 2015).

Mais do que isso, a qualificação dos gestores de saúde, sobretudo em temas relativos à gestão, contribui para que as ações de saúde, ao invés do corriqueiro improvisado e do “apagar de incêndio”, sejam implementadas dentro de um adequado planejamento estratégico. Como lembram Pereira e Tomasi (2016), as intervenções locais, regionais e nacionais devem sustentar-se nas necessidades reais de saúde da população, conforme indicadores epidemiológicos, socioeconômicos e demográficos.

Em síntese, o contexto descrito demonstra que o trabalho na gestão em saúde requer profissionais que, cada vez mais, saibam lidar com metodologias, ferramentas e informações diversas, visando atingir o resultado esperado – isto é, que na ponta o usuário do sistema público de saúde seja atendido de forma adequada. Faz-se oportuno, portanto, investigar se a formação dos gestores de saúde, atualmente, os habilita a realizar as atribuições que compete ao gestor municipal, ao qual é designado a responsabilidade de garantir os serviços de saúde à população local. Para encontrar a resposta, este estudo busca compreender como se dá o processo de trabalho e a formação de gestores municipais que atuam na gestão do SUS.

2 JUSTIFICATIVA

A realidade do serviço público de saúde brasileiro evidencia uma série de fragilidades que permeiam o dia a dia das unidades de saúde, afetando tanto profissionais como usuários do SUS. Para além dos problemas cujo cerne é a escassez estrutural de recursos a nível macroeconômico – e, portanto, de difícil solução no âmbito do próprio SUS –, fato é que muitas questões são passíveis de serem amenizadas, quando não plenamente resolvidas, a nível de gestão. Em última instância, é o gestor quem define onde e como os recursos disponíveis serão alocados, a composição da equipe de trabalho, estabelece metas e prioridades, cobra resultados, além de uma série de outras atribuições que têm impacto direto na forma como o serviço de saúde é prestado.

Enquanto enfermeira coordenadora, durante alguns anos, de uma unidade de saúde em uma pequena cidade do sudoeste baiano, esta autora pôde acompanhar de perto os efeitos que uma gestão deficiente pode ter sobre o funcionamento de uma unidade. Naquela ocasião, a falta de planejamento das ações, muitas vezes realizadas de forma puramente improvisada, revelava a pouca intimidade do gestor de saúde com a organização e diretrizes do SUS – de fato, o gestor não tinha formação na área de saúde, tampouco experiência com gestão nessa área. A título de exemplo, em virtude da falta de pactuações, durante todo o tempo que atuei nessa localidade a rede de atenção à saúde permaneceu desestruturada. Como consequência, os serviços de saúde ofertados não atendiam integralmente as necessidades da população.

Essa experiência suscitou o questionamento que motiva este trabalho: seriam situações como a descrita apenas casos pontuais ou configuram a realidade da maioria dos municípios de pequeno porte? Em outras palavras, em que medida a formação dos profissionais envolvidos na gestão de saúde dos municípios de pequeno porte lhes subsidia para desempenhar adequadamente as funções do cargo? Contribuíram para maturar as ideias que norteiam esse estudo os debates e reflexões proporcionados pela disciplina Políticas Públicas de Saúde cursada durante o mestrado na UESB. Dessa vivência, formatou-se o problema desta investigação – qual a concepção de secretários municipais de saúde sobre a sua formação e o processo de trabalho. Além disso, diante de eventuais carências na formação, quais dificuldades são encontradas e as estratégias que utilizam no seu processo de trabalho para assegurar a implementação dos serviços de saúde conforme os princípios e diretrizes do SUS.

Pesquisas sobre essa temática podem prenunciar a necessidade de ações, como educação permanente em saúde, formação de gestores, mobilização interinstitucionais e sociais no intuito de oferecer serviços de saúde de forma mais eficiente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar as concepções de secretários de saúde sobre a sua formação e seu processo de trabalho no SUS.

3.2 Objetivos Específicos

- Discutir a formação e qualificação dos gestores de saúde;
- Debater as principais demandas de conhecimentos apontadas pelos secretários de saúde.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Gestão em Saúde

O movimento de Reforma Sanitária e a criação do SUS com a constituição Federal de 1988 propuseram uma nova forma de governar. A partir da garantia à saúde universal aos brasileiros, tiveram início novas demandas assistenciais, gerenciais e intersetoriais. Como redigido no art. 198 da mesma lei, as ações e os serviços públicos de saúde devem fazer parte de uma rede regionalizada e hierarquizada. E dentre as diretrizes do SUS, está a “descentralização com direção única em cada esfera de governo”.

A regionalização do SUS foi conduzida por meio de formulação e implementação de instrumentos reguladores legais, nomeados de Normas Operacionais Básicas (NOB), com destaque para a NOB 93 e NOB 96, que dispõem sobre a articulação entre gestores, atribuições de cada ente federado e critérios de repasse de recursos financeiros federais para estados e municípios (FERREIRA, 2012).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), 2000 e 2001, contribuíram para a institucionalidade do processo de descentralização por estabelecer a regionalização como estratégia para a hierarquização dos serviços de saúde. Além disso, fortaleceu mecanismos para ampliar a capacidade de gestão do SUS.

Essas diretrizes ganharam maior relevância com a promulgação do Pacto Pela Saúde, em 2006 (RIBEIRO, 2012). Este trouxe um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre as três esferas de gestão, bem como a redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população, de modo a buscar a equidade social (Brasil, 2006 a). Outro avanço com o Pacto Pela Saúde ocorreu com o critério estabelecido para transferência dos recursos, os quais seriam, a partir de então, alocados em cinco blocos de financiamento: Atenção Básica, Assistência da Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (RIBEIRO, 2012).

Nesse momento histórico, com o objetivo de melhor operacionalizar a atenção à saúde, o processo de municipalização e descentralização da gestão se configurou como um instrumento fundamental para redistribuir as responsabilidades entre as três esferas de governo. Além disso, reforçou a autonomia dos municípios em gerir os recursos financeiros e conduzir as políticas de saúde (LIMA et al., 2012).

Desde então, a organização de um modelo de gestão em saúde, capaz de articular a

rede de atenção à saúde de forma integrada, com atendimento das necessidades de saúde da população representa um desafio para a consolidação da regionalização do SUS (CUNHA; HORTALE, 2017)

A implementação do modelo gerencial na administração pública municipal trouxe a necessidade de adaptação, em virtude da necessidade de mudanças organizacionais. A condução dos agentes públicos passou a ter influência no desenvolvimento de práticas gerenciais. Tais práticas têm a finalidade de planejar ações e serviços que resultem em melhores condições de saúde para a sociedade brasileira (MARTINS; COSTA, 2013).

Dentre os agentes públicos, os secretários são identificados na categoria dos agentes políticos, embora sua investidura não se dê por meio de eleição (os secretários são nomeados pelo chefe do executivo) (DI PIETRO, 2010). Destarte que, Villani e Bezerra (2013) afirmam que, apesar da gestão em saúde do município ser responsabilidade do secretário de saúde, em municípios de pequeno porte ainda ocorre muita centralização por parte do prefeito no que se refere à destinação dos recursos.

Além da interferência que ocorre no âmbito local e regional, Campos (2015) ressalta a importância de compreender que a gestão em saúde no Brasil tem sido impactada com as políticas hegemônicas vigentes em determinado período. Assim, há necessidade de maior protagonismo dos gestores em saúde, sobretudo quando o contexto é de políticas voltadas para o mercado, o que restringe ações que repercutem no avanço das políticas sociais.

Nessa linha, nos últimos anos a economia do país tem sido conduzida na direção de políticas de viés neo-liberalista. A influência dessas políticas sobre as políticas sociais torna desafiadora a proposição de soluções para os problemas que decorrem da simbiose estabelecida entre os setores públicos e privados de saúde (RODRIGUES, 2014).

Com a vigência da portaria 3.992/2017, que desarticulou o repasse de recursos por blocos de financiamento propostos no Pacto Pela Saúde, dando lugar ao bloco de custeio e investimento, o gestor municipal passou a ter maior responsabilidade e autonomia na alocação dos recursos da saúde. Observa-se, no entanto, que essa mudança dá margem para consequências distintas, a depender do direcionamento dado pela gestão. Ou seja, se a maior autonomia sobre os recursos significar maior abertura para o capital privado por parte dos municípios, o resultado pode ser uma fragmentação das ações de saúde. Por outro lado, pode ser que haja uma mobilização dos gestores, grupos e instituições em favor de estratégias que fortaleçam as regiões de saúde. Sobre isso, Silveira et al. (2016), sinalizam que os municípios com baixa capacidade gestora acabam mais suscetíveis à compra de serviços de saúde privados, por entenderem essa negociação como o meio para reduzir o tempo de espera e

melhorar o acesso dos usuários. Contudo, essas negociações por vezes são utilizadas para atender interesses individuais, que visam nutrir as relações político-partidárias em detrimento de garantir o bem público e organizar ações para atender a demanda de saúde regional (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Para Shimizu et al. (2017), a regionalização deve se estruturar no envolvimento de todos os entes federados, para favorecer a construção política permanente, que torne viável a pactuação e a gestão compartilhada das responsabilidades de uma dada região de saúde. De acordo o decreto nº 7.508/11, a região de saúde é:

[...] um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, que tem como finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, visando garantir a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2011: p.1).

Sobre esse tema, o estudo realizado por Mendes et al. (2015) conclui que a regionalização deve representar não apenas a distribuição das ações e dos serviços de saúde, mas também proporcionar uma relação dialógica entre os atores locais, que permita uma articulação política com os entes federados, na busca do reconhecimento e propostas para ampliar a qualidade dos serviços de saúde, de acordo com as especificidades de cada região.

Voltando ao trabalho de Shimizu et al. (2017) – o qual se trata de estudo realizado com os gestores dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do Mato Grosso do Sul, Paraná, Ceará, Tocantins e de Minas Gerais –, os autores consideraram como espaços estratégicos para formulação e operacionalização das políticas e ações de saúde as reuniões dos COSEMS e as reuniões que são proporcionadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Em espaço local, incluem também as reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde e da CIR. Essas reuniões, para se tornarem espaços de governança regional com efetividade, precisam cumprir além de sua responsabilidade burocrática, buscando ampliar ações que possam fortalecer a cogestão das redes e, principalmente, instituir ações que ampliem a cooperação do estado e participação mais ativa dos atores regionais (ALMEIDA et al., 2015).

O processo de construção da gestão regional no estado de São Paulo foi objeto do estudo de Silva e Gomes (2013). Nele, os pesquisadores revelam que as interferências político-partidárias, assim como os interesses individuais de secretários e prefeitos por troca de favores, exercem maior influência sobre os colegiados de gestão. Expõem ainda que, apesar da regionalização ao longo do tempo ter se configurado em torno dos interesses

econômicos, embates políticos, competitividade entre os municípios e entre os municípios e o Estado, a consolidação do SUS necessita que as regiões de saúde sejam fortalecidas para garantir maior equidade e acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, é necessário buscar uma consciência de pertencimento regional, para que a competição intermunicipal dê lugar à cooperação intermunicipal, tornando a região de saúde um instrumento de todos e não de alguns, em defesa do SUS.

Diante disso, é notável que os impasses que ocorrem no processo de regionalização influenciam na forma de organizar a atenção à saúde, principalmente no âmbito municipal, e por vezes determinam as condutas tomadas na gestão da saúde. Apesar disso, várias estratégias são debatidas para construir novas formas de gestão na área de saúde (LORENZETTI et al., 2014).

4.2 Formação e Qualificação dos Profissionais Para Gestão em Saúde

A regionalização, apesar de recente na história do Brasil, representa um desafio para o adensamento do SUS. Além de ser necessário ofertar serviços qualificados e ampliar a cobertura dos mesmos em um dado território, requer participação mais solidária entre os diversos atores sociais e envolvimento coletivo em complexas relações sociais e de poder (FERLA et al., 2012).

Neste contexto, são consideradas estratégicas as ações elaboradas para o reordenamento dos profissionais para atuarem no SUS. Por exemplo, a formulação de políticas relativas aos profissionais estrutura-se em torno dos processos de qualificação permanente e vínculo dos trabalhadores em saúde com o sistema (ALVES; ASSIS, 2011).

A análise dos debates a partir da trajetória das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) permite verificar como o tema dos recursos humanos vem sendo tratado ao longo da construção do SUS. As discussões das CNS revelam as mudanças históricas ocorridas no processo de formação de profissionais para o SUS. Segundo Silva, Silva e Braga (2009), entre as décadas de 1950 e 1960, os debates eram direcionados para os processos de formação de trabalhadores de saúde de nível universitário, e de estudos descritivos sobre a oferta de pessoal de saúde e sua distribuição geográfica.

Nas décadas de 1970 e 1980 os estudos subsidiaram reflexões sobre o trabalhador e voltaram-se para o conceito de força de trabalho em saúde. Isto é, o trabalhador é deixado de ser visto apenas como um recurso com habilidades e disponibilidade para a atividade e produção do trabalho, e passa a ser compreendido como uma força de trabalho que se

apresenta como ser social e em constante interação com a sociedade (ALVES; ASSIS, 2011).

Nessa linha, foi formulada a Política Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, um instrumento que visa o fortalecimento e valorização da força de trabalho em saúde. Essa política estrutura-se em eixos que se referem à integração entre ensino e serviço, incluindo a atenção básica; a integralidade em saúde como eixo norteador das práticas no processo de formação e qualificação dos profissionais para o SUS; e a reformulação do projeto político-pedagógico dos cursos de graduação baseada nas diretrizes curriculares nacionais (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

A partir dos anos 2000 foram tomadas iniciativas, como a implementação do Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina (PROMED), os Polos de Capacitação em Saúde da Família, as Residências Multiprofissionais e a criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde (LIMA et al., 2015). No que se refere à formação profissional em saúde, as ações da SGTES incluem, dentre outras, a proposição de mudanças nas graduações, articuladas pelas universidades juntamente com os serviços de saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Entre 2003 e 2004 surgem propostas com o objetivo de promover maior integração entre a educação e os serviços de saúde. Destaca-se o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – o VER-SUS/ Brasil, cujo desenho reconhecia o sistema de saúde como espaço de ensino e aprendizagem. Além dele, o Aprender SUS, cuja proposta teve como objetivo estruturar a organização do trabalho e as práticas de saúde em torno da ideia de integralidade como norteadora das relações em saúde (LIMA et al., 2015).

Outra proposta elaborada com objetivo de interferir nos modos de gerir, cuidar e formar, no âmbito do SUS, foi a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Criada em 2003, essa política tinha por objetivo intervir nos modos de gerir e modos de cuidar, tomando por diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários (EIDELWEIN; PAULON, 2017).

No intuito de fortalecer a formação de gestores, em 2004 é criada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a qual representa uma ação estratégica para redirecionar a qualificação das práticas em saúde, dos processos formativos e da organização das ações, fomentados pela busca da intersectorialidade entre o ensino, gestão, atenção e controle social (GOMES et al., 2014).

Em 2006, após a análise de pesquisas realizadas pelo Conselho Nacional de

Secretários de Saúde e pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, é elaborado o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS). O objetivo era propor diretrizes para organizar, estruturar, qualificar e suprir as secretarias de saúde com ferramentas de gestão para a organização e profissionalização da gestão do trabalho no SUS (MAGNAGO et al., 2017).

Segundo Dias, Lima e Teixeira (2013), a partir de 2007, são redefinidas as diretrizes para implementar a PNEPS. A nova configuração da PNEPS foi instituída com a Portaria GM/MS nº 1.996 (2007). Esta confere protagonismo às secretarias estaduais e municipais de saúde na condução da política ao incorporar a descentralização da gestão e financiamento das ações de educação na saúde. No âmbito local, a CIR passa a assumir a condução regional da política, operando como instância deliberativa, responsável pela elaboração dos planos regionais de Educação Permanente (FRANÇA et al., 2017).

O Programa Telessaúde Brasil Redes, lançado em 2007, teve como objetivo ampliar a oferta de educação permanente em saúde para os profissionais e trabalhadores do SUS. Esse programa baseou-se em tele-consultorias (conferências, aulas e cursos) ofertados a distância, de acordo com necessidades educacionais diagnosticadas pelos grupos responsáveis (CONASEMS, 2016).

Criado em 2010, o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) concretizou-se com o objetivo de ampliar o acesso a cursos presenciais e a distância, elaborados com enfoque prático e dinâmico, utilizando casos clínicos comuns para suprir as necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS. É possível ser acessado on-line e é composto por uma rede colaborativa de instituições de ensino superior. Também inclui o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde, que disponibiliza recursos educacionais desenvolvidos para o ensino-aprendizagem de trabalhadores da saúde, além da Plataforma Arouca, que permite acesso a um mapa de oportunidades educacionais, tanto no aspecto prático quanto acadêmico (CONASEMS, 2016).

O Programa Mais Médicos, lançado em 2013, surgiu como resposta à necessidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, de expandir a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, bem como proporcionar uma melhor distribuição de médicos em regiões historicamente com dificuldade de fixar esses profissionais (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016).

O Mais Médicos, além de representar tema de grandes disputas ideológicas e judiciais entre entidades representantes dos profissionais médicos, foi além da Atenção Primária por agregação de profissionais estrangeiros, servindo também de subsídio para reestruturar ações

para o SUS (CAMPOS; PEREIRA, 2016). Por exemplo, em 2014 ocorreu uma revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação médica, que colocou a atenção básica como cerne da formação profissional, na perspectiva de formação na rede de atenção à saúde no SUS, e o aprimoramento da integração ensino-serviço-comunidade com intuito de promover maior articulação do ensino com a formação, atenção em saúde e participação popular (CYRINO et al., 2015).

Diante das significativas mudanças ocorridas no cenário nacional para a concretização do SUS, as DCN em saúde foram concebidas como uma das estratégias para que as instituições formadoras ofertassem ao SUS profissionais habilitados para uma atuação humanista, crítica e reflexiva, e como compromisso ético-político (VARELA, 2016).

“Em tempos de novas DCN” foi denominado o movimento iniciado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), em 2012. Através de parcerias com sessões estaduais, associados, escolas vinculadas e especialistas em educação em enfermagem, redigiu propostas para reformular a educação em enfermagem no Brasil. Desde então, entre 2015 e 2017 foram realizados 25 fóruns, e um processo dinâmico e permanente sobre esta proposta se deu entre grupos de trabalhos coordenados pela ABEN. Entre as mudanças, reforçam a integração entre teoria e prática, a participação efetiva do enfermeiro do serviço nas atividades práticas e estágio curricular supervisionado, priorização de áreas de formação segundo o quadro epidemiológico, definição de carga horária mínima para as atividades práticas a serem programadas no início do curso e reforça a necessidade dos cursos ocorrerem na modalidade presencial (TEIXEIRA, 2017).

Em um estudo realizado por Ribeiro, Ribeiro e Soares (2015), que analisou a opinião de 62 acadêmicos do último período dos cursos de graduação em enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição e odontologia sobre as competências e habilidades gerais definidas pelas DCN, os autores constataram que os piores índices na perspectiva do ensino nos referidos cursos foram sobre a administração e gerenciamento. O estudo evidencia a necessidade de maior adequação da formação dos profissionais para os aspectos gerenciais.

O estudo realizado por Cunha e Hortale (2017) sobre as características de cursos de gestão em saúde evidenciou que há um predomínio de cursos voltados para a área hospitalar na graduação e na especialização. Já os cursos particulares de gestão se sobressaem representando 83,3% em especializações, 83,6% de graduação e 57,5% para habilitação técnica. O trabalho conclui que a formação em gestão, apesar de considerada um dos grandes desafios do SUS, ainda não é uma política consolidada. O estudo, no entanto, ressalta a necessidade de levantamentos adicionais em cursos oferecidos por instituições como a

Fiocruz e a Universidade Aberta do Brasil.

Neste contexto, Lorenzetti (2014) coloca que há uma escassez de profissionais preparados por programas formativos de excelência, que os capacitem para realizar uma boa gestão, incluindo planejar as ações, liderar grupos, promover a motivação e contribuir para a eficácia e efetividade das organizações e melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.

Diante disso, a formação em saúde é tomada como uma das questões centrais, com potencial de transformar as práticas profissionais e embasar ações que visem suprir as necessidades da população. Há, portanto, a necessidade de se proporcionar novos cenários de formação profissional, articulando as instituições de ensino, a gestão do SUS, os serviços de saúde e a comunidade (BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014).

4.3 Processo de Trabalho na Gestão em Saúde

De acordo com Vermelho e Figueiredo (2017), as discussões que permeiam a formação em saúde colocam o processo de trabalho como cerne dos processos educacionais. Para conduzir a formação dos atores sociais, a PNEPS foi adotada como eixo estratégico para reorientar a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor de saúde. A política passou a ser descentralizada e de responsabilidade dos gestores das regiões de saúde. O objetivo é fazer com que o processo de trabalho incorpore inovações das práticas profissionais, voltadas para a resolutividade dos problemas de saúde das populações locais. A PNEP adotou como eixo estratégico a micropolítica do trabalho vivo, considerando que o trabalho em saúde tem um potencial para ser tomado como espaço de atuação crítica e reflexiva pelos atores sociais (LEMOS et al., 2016).

De acordo Silva e Gomes (2013), para que o processo de regionalização consiga alcançar além de sua finalidade, que consiste em ofertar serviços de saúde de qualidade, com baixo custo e maior equidade por direcionar-se para a atender necessidades locais, é preciso que os sujeitos sociais se identifiquem com a região de saúde. Assim, podem desenvolver uma consciência de identidade regional, capaz de estimular uma atuação mais cooperativa entre os municípios, na busca de melhorar e fortalecer as redes de saúde de um dado território. Nesse sentido, Alves e Assis (2011) afirmam que as mudanças no processo de trabalho em saúde devem ser orientadas por formação adequada, qualificação permanente e fortalecimento do vínculo dos trabalhadores com o sistema de saúde.

Para Merhy e Feuerwerker (2017), o trabalho em saúde se opera por meio da relação entre profissionais e usuários. Nesta relação, o profissional lança mão de “caixas de

ferramentas”. A primeira está relacionada ao modo como os profissionais utilizam os equipamentos e instrumentos na produção do cuidado (tecnologias duras). A segunda consiste nos saberes prévios, os quais permitem ao profissional buscar compreender a melhor maneira de intervir a partir da necessidade de saúde demonstrada pelo usuário (tecnologias leves-duras). A terceira caixa é útil quando o profissional, mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos e de confiança, estabelece a sua relação com o usuário. Nesse momento abre-se a oportunidade para compreender o outro como sujeito social, que possui modos de agir, cultura e singularidades. Essas peculiaridades inerentes a cada sujeito têm o potencial de trazer reflexões sobre os conhecimentos e cuidados já construídos para atenção em saúde. Em se tratando da gestão em saúde, os autores consideram que o desempenho do gestor é influenciado pela forma como utiliza cada caixa de ferramentas; quando bem empregadas, são fundamentais para reconfigurar as práticas de saúde.

A gestão do SUS no espaço municipal é de responsabilidade do secretário municipal de saúde. O exercício dessa função requer profissionais que dispõem de um conjunto de saberes e práticas fundamentais para implementar as políticas de saúde em conformidade com as necessidades do território em que atuam. As principais funções do gestor podem ser agrupadas em quatro eixos: políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação; e prestação direta de serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Dada as atribuições dos gestores, incluindo a coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação dos serviços de saúde, compreende-se a complexidade que envolve o seu processo de trabalho. Daí a necessidade desses profissionais estarem preparados para gerir o SUS (PINAFO, 2016).

O gestor do SUS precisa ser ético e técnico. Para cumprir as funções técnicas o gestor precisa articular saberes e práticas de gestão. Além disso, precisa ter conhecimentos, habilidades e experiências na área da administração pública, governança e planejamento, para ser capaz de implementar as políticas públicas. Por outro lado, deve sempre pautar suas ações fundamentado na ética em defesa da vida em sociedade (CONASEMS, 2016).

Para Campos (2010), o trabalho em saúde não é possível de ser realizado sem o conhecimento teórico, métodos e técnicas previamente experimentados. Além disso, é preciso agregar reflexões capazes de construir um modo de agir inovador, que valorize a autonomia, criatividade, a singularidade dos sujeitos e sua cultura. Quando isso não ocorre, os reflexos são sentidos em todas as etapas da cadeia de produção das ações de saúde, atingindo principalmente o usuário final do sistema. Por exemplo, em estudo realizado por Martins e Costa (2013), os autores procuraram avaliar o perfil dos secretários de saúde do Rio Grande

do Sul. Eles verificaram que a maioria dos participantes da pesquisa relata possuir conhecimentos de gestão financeira. Apesar disso, muitos confessaram ter dificuldade em aplicar esses conhecimentos na gestão, trazendo implicações para a administração e captação de recursos financeiros.

Segundo Junqueira et al. (2010), o perfil de alguns secretários de saúde não atende às diretrizes, orientações e expectativas do SUS para o exercício do cargo. O autor aponta o baixo índice de escolaridade, a precária formação para o cargo, a pouca ou nenhuma experiência para o exercício da gestão municipal de saúde e a baixa autonomia política administrativa como problemas recorrentes.

Portanto, a formação técnica do gestor e a problematização do seu processo de trabalho são questões essenciais para que se busque avanços na qualidade da gestão em saúde. A atividade de gerenciamento requer habilidades e competências para identificar sistemas sociais, políticos, culturais, epidemiológicos, ecológicos, dentre outros, agregando a isso práticas peculiares das ciências sociais, da saúde e humanas (MELO; GOULART; TAVARES, 2011).

Outro aspecto que precisa ser levado em consideração é que o campo de atuação do gestor é um espaço de disputas ideológicas. Após reconhecer isso, o gestor deve buscar meios de compreender as necessidades de cuidado e o modo de vida das pessoas, para então estruturar as práticas de saúde. As ações de saúde terão maior resolutividade quando definidas em espaços que propiciem um processo de construção coletiva, buscando compreender as nuances que interferem no processo de trabalho e como este deve ser estruturado (MERHY; FEUERWERKER, 2017).

Em consonância com o que foi proposto na política intitulada Humaniza SUS, Campos (2010) reforça a necessidade de se pensar formas de fazer a gestão em saúde de modo a valorizar a autonomia dos trabalhadores e usuários, proporcionar a reflexão sobre a clínica ampliada e sobre a integralidade do cuidado no processo de trabalho. Para isso é necessário promover mudanças no trabalho e reformas institucionais. Para viabilizar um novo modo de construir a gestão, o autor enfatiza a importância da cogestão e do apoio institucional, em que todos os envolvidos – gestores, equipe, profissionais e usuários – atuem de forma responsável, compartilhada e cooperativa entre si.

A implementação da PNEPS no âmbito regional e no cotidiano dos serviços de saúde precisa vencer alguns obstáculos que permeiam a elaboração do planejamento municipal de educação permanente. É preciso considerar o desenvolvimento de novas metodologias, disponibilidade de tutores/mediadores qualificados, compreensão do seu corpus teórico pelos

gestores e o financiamento suficiente. Todos esses aspectos precisam ser adequadamente endereçados, visando a consolidação da PNEPS e, por tabela, a ampliação da autogestão das regiões de saúde (FRANÇA, 2016).

Especialmente sobre as questões de financiamento, Rizzotto et al. (2014) lembram que, apesar das estratégias para a redução de custos e solução dos problemas de saúde terem sido direcionadas para a gestão financeira do sistema, a falta de investimentos na organização dos serviços, na gestão do cuidado e, principalmente, na gestão da força de trabalho trouxe prejuízos para o trabalho em saúde. Essa conclusão revela que a força de trabalho é central para a consolidação do SUS. Força de trabalho essa que sofre com um fenômeno muito presente no setor saúde, e que termina por prejudicar a melhoria dos serviços impactando no processo de trabalho, que é a alta rotatividade dos cargos. Essa rotatividade quase sempre decorre da relação com os processos partidários e eleitorais, o que gera descontinuidade, fragmentação das ações planejadas, constantes recomeços e desmotivação dos profissionais e trabalhadores (LORENZETTI et al., 2014).

No cenário brasileiro, a mudança de visão das políticas de recursos humanos para as da gestão do trabalho, a qual entende a participação do trabalhador como indispensável para a consolidação do SUS, ainda não foi suficiente para superar as dificuldades que permeiam o processo de trabalho. Baixa remuneração, falta de motivação dos profissionais, precariedade/flexibilidade dos vínculos empregatícios e dificuldades na implementação de estratégias para a redução da rotatividade dos trabalhadores, todos esses fatores somados se apresentam como empecilhos ao avanço do SUS (VIEIRA et al., 2017).

Torna-se necessário, portanto, definir regras republicanas para provimento de cargos de chefia de serviços e de programas de saúde, bem como reduzir a interferência político-partidária e diminuir a contratação por indicação. E para qualificar a gestão do SUS, maior atenção deve ser dada à efetivação de políticas que valorizem a carreira dos profissionais do SUS (CAMPOS, 2015).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter exploratório, construída a partir de abordagem qualitativa, que, segundo Minayo (2010), permite que a fala revele as condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos que podem ser usados para transformações, como construções humanas significativas. Nessa perspectiva, este estudo busca descrever os significados que os gestores atribuem às suas experiências no meio social e como percebem o seu processo de trabalho. No sentido ético, possui caráter humanístico e pode oferecer subsídios para a compreensão do ponto de vista dos gestores sobre diferentes aspectos: a lógica do sistema, a qualidade dos serviços, as concepções envolvidas nas tomadas de decisões e na prestação de serviços (MINAYO; GUERRIERO, 2014).

5.2 Campo e Cenário do Estudo

A pesquisa foi realizada no município de Jequié, o qual dispõe de Gestão Plena do SUS nos serviços de saúde. Jequié é um município que está localizado no Estado da Bahia, com distância aproximada de 365 km da capital, Salvador. Localiza-se entre a caatinga e a zona da mata; caracteriza-se pelo clima semiárido, tendo seu desenvolvimento baseado na economia agrícola, com destaque para o plantio de cacau e café (IBGE, 2016).

A pesquisa foi realizada no Núcleo Regional de Saúde, onde atualmente ocorrem as reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR). As entrevistas foram realizadas ao final dessas reuniões, no período de setembro a dezembro de 2017. A CIR é de grande relevância para as regiões de saúde, com suas atribuições essenciais para articular o planejamento entre as três esferas de governo. Além disso, trata da execução e do financiamento das ações e serviços de saúde entre estados e municípios (SANTOS; CAMPOS, 2015).

As CIR correspondem ao desenho programático assistencial do Plano Diretor de Regionalização (PDR), atualizado pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que definiu o território sanitário da Bahia com nove Núcleos Regionais de Saúde e 28 regiões de saúde (BRASIL, 2011). Pertencente ao Núcleo Regional de Saúde Sul, o município de Jequié é uma das regiões de saúde e tem seus serviços pactuados com 26 municípios vizinhos. O Quadro 1, a seguir, compila algumas características dos 23 municípios, os quais são representados pelos secretários de saúde que aceitaram participar dessa pesquisa e integram a CIR da região de

saúde de Jequié.

Quadro 1. Características dos municípios que integram a CIR da região de saúde de Jequié e que participaram da pesquisa, Jequié, 2017

Município	População 2017*	Cobertura ESF 2018**	IDHM 2010***	Índice de Gini 2010****
Estrato I (até 10.000 habitantes)				
Lafaiete Coutinho	3.975	100%	0,599	0,51
Aiquara	4.725	100%	0,583	0,44
Cravolândia	5.576	100%	0,599	0,53
Barra do Rocha	6.258	100%	0,577	0,52
Irajuba	7.521	100%	0,576	0,52
Apuarema	7.730	100%	0,552	0,46
Nova Itarana	8.428	100%	0,524	0,55
Itamari	8.476	100%	0,578	0,51
Itaquara	8.596	100%	0,553	0,55
Lagedo do Tabocal	8.886	100%	0,584	0,46
Iramaia	9.901	100%	0,571	0,50
Planaltino	9.582	100%	0,572	0,56
Estrato II (10.001 até 25.000 habitantes)				
Jitaúna	12.692	100%	0,575	0,51
Itiruçu	13.254	100%	0,600	0,50
Itagi	13.199	100%	0,543	0,46
Santa Inês	11.161	100%	0,574	0,48
Boa nova	14.069	100%	0,567	0,51
Brejões	15.122	100%	0,597	0,50
Ibirataia	17.221	100%	0,576	0,49
Maracás	23.018	100%	0,607	0,51
Estrato III (25.001 até 50.00 habitantes)				
Ipiaú	47.704	86,79%	0,670	0,69
Estrato IV (> 50.00 habitantes)				
Jaguaquara	56.033	92,36%	0,580	0,50
Jequié	162.209	57,43%	0,665	0,55
Total	475.336			

Fontes: (*) Estimativa do IBGE; (**) e-Gestor: Plataforma Web de Informação e Gestão da Atenção Básica; (***) Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Os dados do campo "Cobertura ESF" foram extraídos do Relatório de Cobertura da Atenção Básica. Este relatório apresenta a cobertura populacional estimada de Equipes de Saúde da Família (ESF) utilizada para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica (e-gestor, 2017).

O Índice de Gini é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se

uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma adaptação da metodologia do IDH Global para calcular o IDH dos municípios brasileiros. O IDHM é composto de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

5.3 Participantes do Estudo

A amostra foi selecionada por critério de conveniência. Foram convidados a participar do estudo os 26 secretários de saúde dos municípios que compõem a região de saúde de Jequié, dos quais 23 aceitaram o convite. Os municípios participantes estão dispostos no Quadro 1. O modelo de orientação escolhido foi o critério de saturação, isto é, quando a concepção desenvolvida pelo pesquisador de que a conexão interior do grupo ou da coletividade em estudo foi alcançada (MINAYO, 2010).

Os instrumentos para a coleta de dados consistem de um questionário e uma entrevista. Dentre os 23 secretários de saúde que aceitaram participar do estudo, todos responderam ao questionário, enquanto que a entrevista foi encerrada com 16 secretários (após a saturação dos dados). Foram incluídos nesta investigação os gestores de saúde ocupantes do cargo de Secretário Municipal de Saúde que se disponibilizaram a responder na íntegra os instrumentos de coleta. Os participantes excluídos desse estudo foram aqueles que estavam afastados do trabalho por licenças, ou que não aceitaram responder voluntariamente qualquer dos instrumentos de coleta.

5.4 Aspectos e Procedimentos éticos

Esta pesquisa foi realizada em conformidade com as diretrizes e normas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que atende os critérios para a pesquisa realizada com seres humanos. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR) emitiu parecer favorável à realização do estudo através do nº 2056.147/2017, CAAE: 67199417.7.0000.5578 (ANEXO B). Antes de dar início à coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) foram apresentados aos participantes em espaço cedido durante a reunião da CIR, momento em que foram prestados esclarecimentos a respeito dos objetivos do estudo,

proposta metodológica, bem como direito de acesso aos resultados da pesquisa. Após o esclarecimento das dúvidas foram entregues duas cópias, para assinatura do TCLE pelos participantes, sendo que uma delas foi solicitada para serem arquivadas pelos pesquisadores. Vencida essa etapa, foram aplicados os instrumentos de coleta de dados a cada participante.

5.5 Técnica de Coleta de Dados

A coleta de dados iniciou-se após autorização do CEP e da Diretora do Núcleo de Saúde Sul, conforme consta no ANEXO A. Antes de serem aplicados os instrumentos, um roteiro semiestruturado do questionário e da entrevista foram submetidos a teste piloto, envolvendo 3 gestores de saúde de uma região de saúde vizinha. Os municípios do teste piloto não fazem parte da região de Jequié. O teste piloto permitiu a validação dos instrumentos, servindo de base para a reformulação das questões e adequação do roteiro de entrevista. Esses ajustes visaram facilitar a assimilação das questões por parte dos entrevistados e direcionar melhor a captura das informações de interesse (MINAYO, 2010).

Para viabilizar a coleta de dados, o primeiro passo foi entrar em contato com os organizadores da CIR, os quais concordaram com a realização da pesquisa ao final das reuniões. A primeira oportunidade de coleta ocorreu na CIR de setembro. Naquela reunião foi possível realizar algumas entrevistas, porém contando com baixa adesão (apenas 6 gestores de um total de 23). Na reunião seguinte, ocorrida em novembro (em outubro não houve reunião), 18 gestores responderam apenas o questionário. Assim, no intuito de agilizar a coleta de dados, optou-se pelo envio de uma versão online do questionário para o e-mail dos gestores. Contudo, mesmo com o questionário online agilizando parte da pesquisa, restava pendente a realização de várias entrevistas – o tempo médio demandado por cada entrevista, de cerca de 20 minutos, dificultava a realização das mesmas ao final das reuniões da CIR. Para resolver esse problema, foi necessário agendar e realizar visitas in loco às secretarias de saúde de 10 municípios.

As entrevistas estão organizadas em três eixos temáticos: o SUS, a formação do gestor e o processo de trabalho (APÊNDICE B). Em relação às entrevistas, as falas dos gestores foram gravadas e posteriormente transcritas. As transcrições estão representadas neste estudo pela letra “E”, seguida dos números correspondentes à ordem de análise, resguardando assim a identidade dos participantes.

Para a elaboração do questionário foi utilizado como referência a Pesquisa Nacional com Gestores Municipais de Saúde: Ciclo de gestão 2017-2020, que teve o objetivo de

analisar o perfil do novo gestor municipal nesse período. Essa pesquisa foi desenvolvida pela equipe do Departamento de Ciências Sociais, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, com participação do Departamento de Promoção da Saúde, e em parceria com Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (RIBEIRO; MOREIRA; CARVALHO, 2017). Adicionalmente, foi consultado o módulo de Gestão Pública em Saúde: O processo de trabalho na gestão do SUS (GIL; LUIZ; 2016).

O questionário utilizado nesta pesquisa contém 39 questões (APÊNDICE A), as quais foram agrupadas nas seguintes categorias: Aspectos pessoais, aspectos profissionais, aspectos sobre a gestão em saúde, concepções sobre o processo de trabalho e concepções sobre o SUS. As questões têm por objetivo a caracterização dos participantes do estudo.

5.6 Análise dos Dados

Os dados obtidos com a aplicação do questionário foram utilizados apenas para a caracterização dos participantes. Os dados obtidos com as entrevistas foram analisados com o emprego da Técnica de Análise de Conteúdo Temática, de Bardin. Essa técnica pode ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos, em constante aperfeiçoamento, que se prestam a analisar diferentes fontes de conteúdo. A análise das falas ocorreu em três fases. Primeiro, realizou-se a leitura geral dos dados colhidos, a elaboração de indicadores e a formulação das hipóteses e objetivos. Na segunda fase procedeu-se com uma maior exploração do material, visando a construção das operações de codificação, com o objetivo de decodificar o significado das partes em relação ao todo e assim ter uma boa representação do conteúdo. Por último, a terceira fase foi destinada ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consistindo em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado, visando constituir elementos comuns em uma mesma categoria (BARDIN, 2011).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão da pesquisa, são apresentados na forma de dois manuscritos, sendo que estes, foram organizados conforme as normas dos periódicos para os quais serão submetidos.

O primeiro manuscrito busca atender aos objetivos de discutir a formação e qualificação dos gestores de saúde e debater as principais demandas de conhecimentos apontadas por eles. O título é **Formação e qualificação: desafios para a gestão do Sistema Único de Saúde**. A discussão desse manuscrito contém 2 categorias: articulação de interesses na gestão pública – importância do conhecimento do gestor de saúde, a qual possui três subcategorias: formação prévia para atuar na gestão, conhecimentos através do cotidiano e conhecimento e a tomada de decisão na gestão em saúde. A segunda categoria é intitulada conhecimentos necessários para o exercício da gestão em saúde e está subdividida em duas subcategorias: conhecimentos na área de saúde pública e conhecimentos na área de gestão pública.

O segundo manuscrito teve por objetivo analisar as concepções dos secretários de saúde sobre o seu processo de trabalho. O título é **Entraves e estratégias no processo de trabalho de secretários municipais de saúde**. A discussão desse manuscrito se organizou em duas categorias: empecilhos que permeiam o processo de trabalho e estratégias para realizar a gestão em saúde.

6.1 Manuscrito 1: Formação e Qualificação: desafios para a gestão do Sistema Único de Saúde

O manuscrito será submetido à revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO: DESAFIOS PARA A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE TRAINING AND QUALIFICATION: CHALLENGES FOR THE MANAGEMENT OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM

Maílla dos Santos Silva¹

Alba Benemérita Alves Vilela²

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Campus Universitário de Jequié-BA Brasil.

² Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde e Departamento de Saúde II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Campus Universitário de Jequié-BA Brasil.

RESUMO O artigo objetivou analisar a formação, o processo de trabalho dos secretários de saúde e levantar as demandas de qualificação. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e qualitativo. Participaram do estudo 23 secretários de saúde dos municípios pactuados com a região de saúde de Jequié-BA. Os dados foram coletados por meio de um questionário e entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados utilizou-se a Técnica de Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardín. Duas categorias foram evidenciadas: **Articulação de interesses na gestão pública: importância do conhecimento do gestor de saúde**, que foi subdividida em três subcategorias: importância da formação prévia, conhecimentos através do

cotidiano, e conhecimento para tomada de decisão na gestão. A segunda, **Conhecimentos necessários para o exercício da gestão em saúde**, deu origem às subcategorias: conhecimentos na área de saúde pública e conhecimentos na área de gestão pública. Evidencia-se que a formação e qualificação do gestor público antes de assumir o cargo são fatores determinantes para o desempenho da gestão em saúde. Tais fatores impactam desde tarefas cotidianas como planejamento e gestão financeira, bem como proveem maior subsídio para o debate/articulação, visando garantir autonomia diante de eventuais interferências políticas.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Gestor de Saúde, Educação em Saúde, Educação Continuada, Formação de Recursos Humanos.

ABSTRACT The paper aimed to analyze the training, the work process of health secretaries and raise the demands of qualification. It is a descriptive, exploratory and qualitative study. Participated in the study 23 health secretaries of the municipalities agreed with the health region of Jequié-BA. Data were collected by means of a questionnaire and semi-structured interview. To analyze the data, we used the Content Analysis Technique, proposed by Bardin. Two categories were evidenced: **Articulation of interests in public management: importance of knowledge of the health manager**, which was subdivided into three subcategories: importance of previous training, knowledge through daily life, and knowledge for decision making in management. The second, **Knowledge required for the exercise of health management**, gave rise to the subcategories: knowledge in the area of public health and knowledge in the area of public management. It is evidenced that the training and qualification of the public manager before assuming the position are determining factors for the performance of health management. These factors impact from day-to-day tasks such as planning and financial management, as well as providing greater subsidies for

debate/articulation, aiming to guarantee autonomy in the face of possible political interference.

Key words: Health Management, Health Manager, Health Education, Continuing Education, Human Resource Training.

INTRODUÇÃO

No cenário político-econômico atual constata-se a necessidade de reflexões acerca da ampliação das dificuldades para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sobretudo após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecido como “PEC do teto de gastos públicos”, o qual implica em possíveis reduções de investimentos e de gastos públicos da união com o custeio de políticas sociais e de infraestrutura¹.

Neste contexto, o desafio de reestruturar e qualificar a gestão em saúde pública se amplia, ao passo que os secretários de saúde se deparam com a burocracia pública, redução do financiamento do SUS, interferência político-partidária e do poder executivo nas ações de saúde, bem como a ascensão de movimentos políticos contrários ao fortalecimento das políticas sociais, tais quais preconizadas na Constituição Federal de 1988².

Ademais, as relações clientelista ainda arraigada na população brasileira desde a década de 30, por vezes inviabiliza que os princípios e diretrizes do SUS sejam postos em prática. O SUS apesar de ser regido pela universalidade e equidade, não está imune às práticas clientelistas. Pois, serviços ofertados pelos SUS atualmente ainda são usados como barganha na compra de votos, apoio político e para perseguição de adversários políticos³.

O município, com o processo de descentralização, foi escolhido como base para solidificar e melhor universalizar a assistência à saúde. Diante disso, a qualificação de secretários de saúde municipais pode representar uma estratégia para romper com o clientelismo e outros fatores que se estabelecem como empecilhos para a boa gestão do SUS e desenvolvimento das regiões de saúde.

Com a necessidade de criação de novas estratégias de formação de secretários no SUS, faz-se premente que novas leis e políticas sejam pensadas na perspectiva de que o ingresso no cargo, que atualmente se dá pela relação de confiança, seja convertido em seleção que valorize a qualificação desse profissional que ingressa e quer seguir carreira na gestão pública⁴.

Nota-se que a forma de provimento ao cargo de gestor municipal não estabelece critérios e formação específica para que exerça a gestão. Segundo Campos (2015)⁵, apesar de pesquisas e cursos na área de saúde coletiva, como pós-graduações, residências, mestrado e doutorado terem se expandido, os profissionais não estão sendo absorvidos na gestão pública. A falta de critérios e investimento em profissionais com expertise para qualificar a gestão em saúde são apontados como motivo.

Diante das mudanças constantes no processo de gestão da política pública, bem como pela dinâmica do processo saúde/doença que requer movimentos constantes de qualificação/atualização, a formação dos secretários municipais de saúde, se faz uma necessidade para a melhoria da gestão do SUS. Como exemplo, a mudança na forma de financiamento decorrente da portaria nº 3.992 (28/12/2017)⁶, a qual cede autonomia e ao mesmo tempo maior responsabilidade aos secretários municipais na alocação de recursos. Por isso, percebe-se a necessidade de melhor formação/qualificação para o protagonismo dos gestores municipais, para que tenham o conhecimento necessário para enfrentar o desafio de consolidar os princípios e diretrizes do SUS⁷.

Do exposto, este estudo busca analisar a formação, o processo de trabalho dos secretários de saúde e levantar as demandas de qualificação. O estudo se preocupa ainda em apontar caminhos para melhorar a formação do gestor em saúde, servindo também como referência para futuras investigações na mesma linha, dada a escassez de publicações sobre o tema em questão.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa. De acordo com Fontanella et al⁸, a abordagem qualitativa é fruto das interpretações que o ser humano faz acerca de sua vivência, da construção dos seus elementos, sentimentos e pensamentos.

A pesquisa foi realizada no Núcleo Regional de Saúde, no município de Jequié que está localizado no Sudoeste da Bahia. A coleta de dados ocorreu ao término das reuniões da Comissão Intergestores Regionais (CIR), que são programadas para ocorrer mensalmente com secretários de saúde dos municípios que pertencem à região de saúde de Jequié.

A CIR é uma instância deliberativa no espaço regional que visa promover a pactuação, organização, articulação e funcionamento em nível regional da integralidade das ações e serviços de saúde, englobando os diversos níveis da rede de atenção à saúde⁹.

A coleta de dados foi realizada de setembro a dezembro de 2017. Participaram da pesquisa os secretários municipais de saúde pactuados com a região de saúde de Jequié. Além dos participantes abordados na CIR, foram necessárias visitas aos municípios (dez, no total) dos secretários de saúde que aceitaram participar da pesquisa mas não tiveram tempo para responder aos instrumentos de coleta após as reuniões.

Foram convidados a participar do estudo todos os 26 secretários de saúde que compõem a região de saúde de Jequié, dos quais 23 aceitaram o convite. A aceitação se deu de forma voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dentre os participantes, todos responderam o questionário, enquanto que a entrevista foi encerrada com 16 secretários após a saturação dos dados.

Antes de ser aplicado, o questionário foi submetido a um teste piloto, envolvendo 3 secretários de saúde de municípios de fora da região de saúde de interesse. Do total de 39 questões, 7 foram selecionadas para compor os eixos “aspectos pessoais”, “aspectos profissionais” e “aspectos da gestão em saúde”, os quais estão no escopo deste estudo”.

Em relação às entrevistas, as falas de cada gestor foram gravadas, transcritas e a fim de garantir o anonimato às entrevistadas, cada uma foi representada pela letra “E”, seguida da numeração correspondente à ordem em que foram analisadas.

Para o tratamento dos dados, após a transcrição das entrevistas e a leitura exaustiva dos depoimentos, procedeu-se à construção de categorias e subcategorias, através do desmembramento do texto, de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temática. Tal técnica fundamenta-se nas etapas a seguir: leitura flutuante, leitura exaustiva, separação das unidades de registro, criação das categorias temáticas, subcategorias e códigos com posterior interpretação dos dados e correlação dos mesmos com estudiosos da área. A análise de conteúdo possui como papel crucial a exposição crítica, tratando-se de um agregado de ferramentas de tendência metodológica em aprimoramento contínuo, aplicado a expressões (conteúdos e continentes) imensamente variadas, com vistas ao alcance de parâmetros, quantitativos ou não, que consintam inferência de dados concernentes às premissas de recepção das mensagens examinadas¹⁰.

O estudo foi realizado em consonância com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que atende os critérios para a pesquisa realizada com seres humanos¹¹. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR) emitiu parecer favorável à realização do estudo através do nº 036983/2017, CAAE: 67199417.7.0000.5578.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos Participantes

Todos os participantes deste estudo estão como exercendo o cargo de secretário de saúde. Identificou-se que a maioria era do sexo feminino (18). A faixa etária predominante foi de 30 a 40 anos (12), seguida pela faixa etária de 41 a 50 anos (7). Além desses, (2) participantes tinham idade entre 18 e 29 anos, e outros (2) tinham entre 51 e 60 anos.

Dos (23) participantes do estudo, (17) possuem nível superior em enfermagem, (1) possui nível superior em assistência social, (1) tem nível superior em farmácia, (1) possui nível superior em administração, (1) é técnico em enfermagem e (2) estavam cursando nível superior em administração; nenhum contém titulação a nível de mestrado ou doutorado. Dentre os participantes, (13) atuam no cargo de 7 a 11 meses e (10) estão no cargo por 6 meses ou menos, verificando-se assim que houve uma rotatividade de 41,6 % dentre os profissionais que iniciaram a gestão em janeiro de 2017.

O tempo de experiência com a gestão em saúde relatado por (10) secretários é menor que 1 ano, (2) possuem entre 1 e 2 anos, (4) entre 2 e 5 anos e (7) tem mais de 5 anos de experiência. Os participantes consideraram muito relevante para ocupar o cargo de gestão, em primeiro lugar, a experiência com a assistência em saúde (15), seguida de formação acadêmica em saúde (13), experiência com gestão pública (9) e formação acadêmica em gestão (4).

Em relação à participação em cursos de capacitação de gestão em saúde, (11) afirmaram não ter realizado, mas possuem interesse, (8) realizaram capacitação pelo Ministério da Saúde (MS), enquanto que (4) fizeram cursos promovidos por instituições particulares. Dos cursos realizados, (6) foram a nível de pós-graduação, incluindo as seguintes áreas: Administração Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde, Saúde Pública, Micropolíticas, Auditoria em Sistemas de Serviços de Saúde, Gestão em Saúde e Gestão em Redes de Atenção à Saúde. Diante disso, constata-se que a maior parte dos secretários participantes desse estudo não possuía experiência em gestão em saúde, assim como formação ou especialização em gestão pública antes de ingressar no cargo. Entretanto, os dados evidenciam que há um interesse generalizado em ter capacitações nestas áreas.

Da análise de conteúdo temática das entrevistas foram identificadas duas categorias: A primeira denominada **Articulação de interesses na gestão pública – importância do**

conhecimento do gestor de saúde, da qual emergiram as subcategorias: *importância da formação prévia para atuar na gestão; conhecimento através do cotidiano; conhecimento e a tomada de decisão na gestão em saúde*. A segunda categoria foi intitulada **Conhecimentos necessários para o exercício da gestão em saúde**, e esta é discutida em duas subcategorias: *conhecimentos na área de saúde pública e conhecimentos na área de gestão pública*.

Articulação de interesses na gestão pública – importância do conhecimento do gestor de saúde.

Importância da formação prévia para atuar na gestão

A necessidade por um aporte teórico, antes de assumir o cargo, tanto em conhecimentos administrativos quanto na área de saúde foi relatada por todos os secretários. No contexto atual, estes profissionais são empossados no cargo de gestor municipal por decisão do poder executivo, isto é, a nomeação atende a necessidade de um profissional de confiança do prefeito e carecem de processos seletivos fundamentados em critérios técnicos. Faz-se premente, portanto, discussões que tratem da indicação política para os cargos de gestão em saúde, fenômeno comum em municípios de pequeno porte¹².

Embora tenham ocorrido avanços no intuito de qualificação profissional, constata-se que os profissionais de saúde demonstram qualificação insuficiente para reconfigurar as práticas em saúde¹³. Por outro lado, para assegurar a gestão que o SUS necessita é basilar que esses cargos passem a ser ocupados por profissionais qualificados¹⁴. Sendo assim, o critério formação/qualificação deve ser priorizado no momento de selecionar o profissional. Entretanto, a fala a seguir mostra que a realidade vivenciada, por vezes, diverge dessa perspectiva:

[...] a gente percebe que nas secretarias em geral a gente não se vê a capacitação técnica e se vê ainda, infelizmente, a influência política. Mesmo que eu tenha a capacidade técnica, teórica, uma formação diferenciada o que vai pesar na escolha do secretariado municipal é a influência política (E1).

Neste intento, faz-se necessário discutir sobre novas políticas de ingresso de secretários de saúde, rompendo com a cultura clientelista, onde os cargos de direção são utilizados como moeda de troca entre políticos. Estes aspectos da gestão pública estão arraigados nas relações entre gestores¹². Como consequência, a cada novo ciclo político o planejamento dos serviços públicos de saúde é descontinuado, sobretudo em municípios de pequeno porte, como evidenciado nas falas a seguir:

[...] O primeiro impacto foi quando assumi ..., e assim, quando a gente entra na gestão a gente entra praticamente cega. Então tem que ter assim uma qualificação, você tem que saber, tem que entender o que é o SUS ... Pra começar tem que ter um amplo conhecimento da região que você vai trabalhar. Outro conhecimento também que você tem que saber é o que é gestão pública. Porque uma coisa é você tá na gestão pública outra coisa é tá na privada. ... A gente ao lidar com pessoas a gente tem que saber ser humano principalmente (E7).

[...] Então no primeiro mês, no início da gestão, não é nem isso mas quando muda mesmo, quando troca de prefeito que cada um escolhe seu secretário. Eu acho que deveria ter uma capacitação nesse primeiro mês sobre essa parte administrativa que não é da saúde (E13).

[...] Ainda não fizemos planejamento [...] a situação nossa no momento, porque a gente vem de 8 meses, teve uma rotatividade grande, mudaram duas vezes a gestão, então a gente pegou a coisa meio... Mas eu estou otimista pra no início de 2018 conseguir planejar (E3).

Em geral, a melhoria da gestão em saúde não é pensada a partir da valorização da formação dos secretário de saúde, como antes de assumir o cargo, não é comum que se estabeleça uma relação prévia das aptidões do postulante ao cargo com os conhecimentos técnicos que serão requeridos para o exercício da função¹⁵. A importância da qualificação prévia do gestor que irá assumir o cargo é bem pontuada a seguir:

[...] quando eu entrei eu não tinha conhecimento nenhum em gestão. Eu acho que um profissional de saúde para ser um gestor, ele precisa ter um curso ... uma especialização em gestão em saúde, eu acho que tem que ser um pré-requisito (E11).

[...] precisa de qualificações na área; conhecimento de gestão. Uma pós, porque não basta ser da área de saúde. Você tem que ter esse conhecimento de gestão mesmo para as coisas fluírem melhor. Às vezes a gente é jogada no cargo, mas precisa sim (E15).

[...] para gerir o recurso eu preciso saber onde este recurso está sendo aplicado e ter certeza do que eu vou fazer com ele. No momento pra fiscalizar o recurso tudo bem, mas em termo de conhecimento eu não me sinto capaz de gerir sozinha (E1).

[...] Eu acho que poderia melhorar a formação dos gestores públicos, não só ligados a saúde mas também ligados a todas as outras áreas que influenciam na saúde (E9).

[...] empecilhos, hoje, na minha atual gestão, é a questão do conhecimento, que a gente tem que estar buscando sempre, porque tem coisas que realmente eu ainda me pego sem saber. E quando isso chega pra mim, eu tenho que parar no momento ali e estudar. “Chegou isso

aqui e eu não sei”, então a gente atrasa porque tem que parar e estudar pra fazer (E16).

Outro problema, identificado nas falas a seguir, é que nem sempre os secretários de saúde encontram apoio da equipe ao assumir o cargo, seja porque os membros da equipe estão sobrecarregados em suas funções, ou mesmo por falta de empenho.

[...]às vezes tenho que procurar os coordenadores e eles às vezes estão muito focados no seu trabalho, o que dificulta. Talvez uma equipe pra ter uma assessoria, ou se tivesse um conhecimento maior, não precisasse tirar eles da área pra dar esse suporte (E3).

[...] Aí quando comecei tive pouco apoio da equipe, aí só respondem aquilo mesmo que a gente pergunta e não explicam nada mais ... (E13).

Conhecimentos através do cotidiano

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) adotou como eixo estratégicos a micropolítica do trabalho vivo, a qual considera que o trabalho em saúde tem um potencial positivo para ser tomado como espaço de atuação crítica e reflexiva pelos atores sociais (LEMOS et al., 2016)¹⁶.

De acordo Franco 2015¹⁷, o ambiente da micropolítica é um campo fértil que possibilita mudanças e ressignificação do trabalho. Defende que é importante que seja observada a realização do trabalho criativo, o qual emerge das mínimas ações que tem o potencial de qualificar as ações em saúde e o cuidado no intuito de ampliar a defesa da vida.

O trabalho criativo, tão relevante para a produção do conhecimento no trabalho em saúde, pode ser relevante também para a construção de conhecimentos na parte de gestão. O trabalho criativo pode ser alcançado com o protagonismo dos gestores no seu cotidiano¹⁷. Muitos secretários de saúde valorizam o aprendizado que ocorre no cotidiano, com as suas vivências práticas, como afirmam nas falas abaixo:

[...] O conhecimento que adquiri foi mais na atuação mesmo como coordenadora da atenção básica ali eu pude vivenciar as dificuldades e facilidades. E todo o conhecimentos que tenho hoje eu fui aprendendo no dia a dia como coordenadora da atenção básica (E2).

[...] O conhecimento é contínuo, a gente aprende a cada dia. Com certeza estou sempre buscando... (E8).

Sobre isso, França (2017)¹⁸ reforça que a orientação dada pela Educação Permanente tem tornado o âmbito do trabalho uma área sagrada, e ao mesmo tempo foi negligenciado a importância dos cursos regulares pelo enaltecimento da educação na vida e no trabalho. Nota-se das falas a seguir que alguns secretários de saúde atribuem um valor maior ao conhecimento oriundo da experiência, em comparação com o conhecimento adquirido na formação.

[...] Nem toda qualificação ela traz um conhecimento necessário pra você lidar no dia a dia. Eu acho que uma qualificação é necessária porque você precisa dentro de uma secretaria conhecer a questão financeira ... Então, conhecimento é necessário, mas para assumir o cargo de uma secretaria o conhecimento teórico não é suficiente (E14).

[...] A nossa vida tudo é um aprendizado. Por mais que você saiba, por mais que você adquiriu, é uma vivência atrás da outra. Hoje, tudo defasa; o que você aprende hoje, amanhã já está diferente. Então a vida é um cotidiano. Então eu fui me inteirando, buscando me aprimorar nas necessidades do dia a dia (E4).

[...] Na verdade a gente aprende mesmo na prática no dia a dia, pra mim mesmo quando assumi a gestão foi tudo novo. Eu tenho aprendido com os mais experientes e que estão há mais tempo lá (E13).

[...] Eu trabalho há 31 anos, 27 na saúde. Eu estou secretária há 8 dias, mas eu conheço a saúde como a palma da minha mão. Pelo menos a saúde do meu município eu conheço como a palma da minha mão. Sei das dificuldades, sei também do que a gente pode melhorar, do que a gente pode alavancar (E5).

Do exposto, os entrevistados afirmam a necessidade de ter conhecimentos prévios para atuar na gestão, bem como de adquirir outras aprendizagens no cotidiano. Neste sentido, a falta de conhecimentos específicos para o exercício da gestão em saúde a priori pode dificultar a aprendizagem significativa desses gestores, quando imersos no ambiente do trabalho. Visto que, a aprendizagem significativa se concretiza no momento em que o profissional ao se deparar com novos conhecimentos, de forma natural conseguem estabelecer um diálogo dessas informações para ressignificar as aprendizagens ancoradas anteriormente¹⁹.

A educação permanente em saúde é vista como uma estratégia para reconfigurar o trabalho em saúde, que frequentemente está ancorado em competências e processos pré-estabelecidos²⁰. Neste sentido, as falas acima evidenciam que os conhecimentos para realizar a gestão são adquiridos pelos secretários de saúde durante o exercício da função. Ou seja, o

método de aprendizado é a própria experiência prática.

Assim, a problematização e o uso de metodologias ativas que orientam a PNEPS ainda são pouco utilizadas no processo de trabalho desses gestores. Além disso, a educação permanente tem seu significado incompreendido por alguns entrevistados, como mostram as falas a seguir:

[...] Temos grupos. Núcleo não. Aqui no município nós temos grupos e o grupo, principalmente da atenção básica, eles se reúnem regularmente, todos os meses, sempre com alguma proposta nova de orientação, de sugestão, de capacitação... Então a gente tem visto que isso tem dado certo (E8).

[...] Nós temos um plano de ações em educação permanente em que a gente coloca todas as capacitações que seriam interessantes trazer para o município. Os próprios profissionais, eles pontuam o que seria interessante estar trazendo. Então todos esses coordenadores eles atuam também como esses profissionais que levam, capacitam e proporciona esses momentos (E12).

[...] Para a equipe mesmo a gente tá montando ainda uma estrutura de educação permanente, mas sempre que os responsáveis pela coordenação recebe algum treinamento da DORES ou fora sempre repassam (E2).

[...] Então a gente fez um cronograma de educação permanente, pré-natal, com todos os programas que tem na Estratégia de saúde da família, a gente tá tentando manter uma reunião mensalmente de educação permanente, com o coordenador da atenção básica e todos enfermeiros e cada um repassa para a equipe deles (E11).

[...] Fazemos de 15 em 15 dias, momentos que os enfermeiros se reúnem com toda população (E13).

Percebe-se nas falas que o conceito de educação permanente – a capacidade do trabalhador de elaborar estratégias para a solução de problemas a partir de reflexões sobre as necessidades do serviço – por vezes é confundido com a educação continuada. Isto é, a promoção da qualificação de profissionais através de cursos que permitam a aquisição de novas informações para acompanhar as demandas constantes de conhecimentos necessários em sua área de atuação²¹.

Conhecimentos na tomada de decisão do gestor

A PNEPS quando tomada como eixo estratégico de condução da formação dos profissionais de saúde através de pressupostos metodológico, visando transformar as práticas de saúde, fundamentou-se na articulação entre gestores, instituições de ensino, profissionais atuantes e a sociedade, como protagonistas na busca de soluções criativas para solucionar os

problemas de saúde²². Além dessa articulação, os secretários de saúde, para que realizem seu trabalho segundo a lógica da práxis, precisam conquistar um importante grau de autonomia com as instituições e comprometer-se com as pessoas²³. Neste processo, o conhecimento do gestor é um instrumento que permite que ele dispute por maior autonomia nas decisões da gestão em saúde, como evidenciado nas falas a seguir:

[...] O olhar do profissional que é técnico em saúde, que tem conhecimento, ele vai ter o poder de barganha, de discussão, pra demonstrar aos políticos, que fazem políticas partidárias e não de saúde, a importância da tomada de decisão técnica e não política. Porque aquela decisão da politicagem não vai resolver o problema da saúde pública (E8).

[...] Um gestor que tem conhecimento é significativo, ele vai contribuir diante das dificuldades. Mas, assim, eu venho fazendo, eu venho me aperfeiçoando em cursos e agora eu vou fazer uma pós em gestão (E16).

[...] Mas solução eu acho que é informação, conhecimento; que os gestores se preocupem mais com o outro, com o sistema funcionando (E14).

Por outro prisma, alguns secretários de saúde destacam a falta de conhecimento e de autonomia como empecilhos para que assumam responsabilidades de sua competência:

[...] Eu acredito que como soluções poderia dizer que seria a formação de pessoas capacitadas para gerir os recursos, porque a gente mesmo não tem (E1).

[...] um conhecimento melhor pra ter segurança de tomar algumas decisões. Seria mais conhecimentos na área de saúde, pois minha formação é na área administrativa (E3).

[...] O que impacta na nossa gestão é a falta de autonomia. Isso é uma coisa que... se você não tem autonomia, você não consegue desenvolver um bom trabalho. Então pra mim, o crucial é não ter autonomia como gestora (E15).

[...] A autonomia é pouca, sou só secretária mesmo, o prefeito é ... é que fica mais com essa parte aí. A autonomia mesmo, é o que mais atrapalha, porque tem as ações para realizar e não sei se vou ter o recurso para realizar (E10).

A pouca autonomia sobre os recursos destinados à saúde e a falta da gerência destes recursos é um ponto crítico²⁴. Traz ainda impactos negativos sobre a profissionalização e planejamento de compras e contratos, elementos centrais para o funcionamento eficiente da rede pública de saúde²⁵.

O fortalecimento do SUS no espaço local/regional requer secretários de saúde capazes não apenas de cumprir com as competências de implementar políticas e realizar planejamentos. Deve-se ainda gerenciar graves problemas que se tornam empecilhos para garantir a oferta dos serviços de saúde²⁶.

Entretanto, esses desafios não poderão ser superados se não houver investimentos e mobilização para que esses profissionais tenham autonomia e os conhecimentos necessários para desempenhar as competências quando empossados no cargo de gestor municipal de saúde.

Conhecimentos necessários para o exercício da gestão em saúde

A segunda categoria apresenta os conhecimentos enunciados como necessários para o exercício da gestão em saúde.

Conhecimentos na área de saúde pública

A atribuição do cargo de gestor municipal não está atrelada a uma área específica do conhecimento. Como esperado, secretários de saúde com formação em áreas não ligadas à saúde manifestam dificuldade de lidar com temas técnicos relacionados à saúde pública, como evidencia a fala a seguir:

[...] Eu tenho uma formação em administração... Na parte de gestão, como já trabalhei com gestão, não sinto essa dificuldade toda. Seria mais conhecimentos na área de saúde, pois minha formação é na área administrativa. Vamos supor, eu vou pra uma pactuação hoje, aí preciso estar levando um técnico porque ainda não tenho o conhecimento de como as coisas funcionam na parte técnica de enfermagem (E3).

O conhecimento contribui na tomada de decisões, possibilitando adquirir habilidades e competências no âmbito do trabalho²⁷. Nesse sentido, é válido compreender, na visão dos secretários de saúde com formação em saúde, a pertinência que os conhecimentos da formação trouxeram para sua atuação na gestão.

[...] A graduação em enfermagem ainda é insuficiente, temos que buscar sempre o conhecimento, ... quando saímos da faculdade não temos a dimensão da importância do plano de saúde, de como construir um plano de saúde, não sabe o que é o SargSUS, nem o Sismob ... Acho que realmente deveria ter dentro da grade curricular dos enfermeiros uma disciplina de gestão em saúde sim para melhorar a capacitação desses profissionais (E1).

[...] Eu sou enfermeira de formação. Na graduação a gente vê tanta parte técnica, mas a parte de gestão mesmo não tive nada mesmo e acredito que deveria ter uma disciplina sobre gestão que explicasse melhor como elaborar bem um plano de saúde, a área de regulação, avaliação e controle (E2).

[...] O que me travou um pouquinho é a questão de administração, a parte financeira, que você não dá isso em faculdade. Porque a gente não sai sabendo de onde vem esse recurso, quantas contas tem o SUS, que repasses são esses. No máximo a gente sai ali e, olha, existem alguns dados que a gente tem que repassar, isso foi o que eu saí sabendo da faculdade. Mas, enfim, tem que ter uma noção de gestão e de gerência (E16).

[...] Sou enfermeira ..., na verdade quando nós formamos não saímos capacitados para atuar na gestão (E10).

[...] Eu estou fazendo até um curso de especialização pela Fiocruz agora que é a gestão de rede de atenção à saúde. Isso me trouxe uma outra visão que eu não tinha de uma rede que precisa estar estruturada pra um serviço (E14).

Esses achados corroboram o estudo de Vermelho et al. (2017)²⁸, o qual afirma que, apesar das mudanças ocorridas nos cursos de graduação visando preparar melhor o profissional de saúde, a prioridade ainda é dada à formação técnica. Isso dificulta que o profissional seja capaz de atuar e trazer as mudanças cabíveis no cotidiano da gestão em saúde.

Em relação aos conhecimentos sobre a área de saúde pública, como a maior parte dos secretários tem formação na área de saúde, este parece ser um tema que suscita poucas dúvidas. Apenas algumas comunicações apontam carências de conhecimento nesta área, sobretudo relativas ao SUS e as políticas públicas:

[...] Queria aprender mais sobre o SUS (E7)

[...] Eu queria estudar e saber mais sobre os programas do SUS (E13)

Conhecimentos na área de gestão pública

Diferentemente da subcategoria anterior, os depoimentos apontam para várias lacunas de conhecimento quando o tema é gestão pública. Novamente, esse fato se explica pelo fato de que a maioria dos secretários tem formação em saúde, não em gestão. Verificou-se ainda que muitos secretários, ao assumirem o cargo sem conhecimento prévio em gestão, recorrem a cursos de aperfeiçoamento, internet, vídeo-aulas, materiais de apoio do Ministério da Saúde, pós-graduações em instituições públicas e privadas na área de gestão em saúde, dentre outros. É o que evidenciam os discursos a seguir:

[...] Sou farmacêutica e bioquímica é um ramo totalmente diferente de administrar ... busco na internet assisto vídeo- aula e tive que buscar e fiz uma especialização em gestão pública por uma instituição privada (E7).

[...] Eu sou enfermeira ... Fiz algumas pós em auditoria e em gestão. Minha formação sim, contribuiu bastante para onde eu atuo hoje (E8).

[...] A FIOCRUZ disponibilizou um curso de gestores do SUS, nós fizemos esse curso por 6 meses ... eu sempre busquei me atualizar, todos os cursos que eu fiz não foram proporcionados pela secretaria, nunca tive apoio da gestão eles até liberavam, mas eu tinha que fazer dentro do meu período para a residência ou nas minhas folgas (E1).

[...]A Universidade do Estado da Bahia ofereceu vários cursos de especialização a distância na semana passada e eu até me inscrevi em uma especialização em gestão em saúde, porque eu quero tem mais conhecimento em relação a isso. Tem apenas um encontro presencial por mês e o restante é on-line (E2).

Dentre os cursos da área de saúde, o currículo de graduação de enfermagem é o que mais abrange a disciplina de administração envolvendo atividades práticas¹⁶. Entretanto, as dificuldades que os novos profissionais apresentam quando chegam ao mercado de trabalho podem estar atreladas à abordagem tradicional e pouco ampliada da gestão em saúde.

Nesse contexto, o profissional enfermeiro entra no mercado de trabalho com conhecimentos insuficientes para ser um gestor habilitado para tomar decisões que perpassam pelas dimensões técnica, administrativa, política, ética e psicossocial²⁹. Nas falas abaixo são evidenciados alguns conhecimentos necessários para realizar a gestão, porém desconhecidos dos depoentes:

[...] Eu ainda não estou muito entrosada é sobre a política financeira (E5).

[...] O que eu tive mais dificuldade foi em relação a licitação, dispensa, essa questão de contabilidade mesmo. Tenho vontade de fazer cursos sobre essa parte, e contratos, que essa questão aí o TCM fica cobrando (E11).

[...] Finanças, contas públicas, lei da responsabilidade fiscal, os instrumentos e sistemas de gestão (E9).

[...] Uma atualização na questão de licitação porque eu tenho conhecimento quando trabalhava com a gestora e tudo a gente compartilhava e isso foi há 8 anos atrás e muita coisa mudou (E1).

[...] Curso em gestão de pessoas mesmo ... é sempre bom saber as estratégias e ter ferramentas para lidar com pessoas (E9).

Do exposto, percebe-se a necessidade de reformulações na formação dos profissionais de saúde também no âmbito da graduação, dando maior enfoque a disciplinas sobre a gestão pública nos serviços de saúde. Dessa maneira, ampliando o potencial gerencial, inserindo disciplinas específicas sobre o tema de gestão em saúde, serão formados profissionais mais

preparados para assumir cargos na gestão municipal de saúde³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo constatou que os conhecimentos necessários para a gestão municipal em saúde quase sempre são deficitários dentre os profissionais nomeados para assumir as secretarias municipais de saúde. Além disso, verificou-se que a autonomia desses profissionais para a tomada de decisões pertinentes ao cargo muitas vezes sofre prejuízo, sobretudo em decorrência de interferências político-partidárias. De fato, este é um problema apontado pela maioria dos secretários de saúde participantes deste estudo. Outro achado interessante diz respeito aos conhecimentos dos secretários sobre as questões técnicas da área de saúde, uma vez que muitos deles têm formação em saúde (graduação em enfermagem responde pela maioria dos casos), poucos foram os apontamentos de lacunas de conhecimento nessa área.

O cenário revelado pelo estudo indica algumas medidas como as descritas abaixo que poderiam ser tomadas pelo poder público no sentido de favorecer a gestão em saúde e, conseqüentemente, a consolidação do SUS.

Em primeiro lugar, faz-se premente criar mecanismos para assegurar que os gestores, ao assumirem a gestão municipal, tenham os conhecimentos necessários para desempenhar o cargo. Isso poderia ser alcançado exigindo-se que o postulante ao cargo tenha formação na área de saúde, bem como capacitação em gestão pública. Nessa linha, cursos focados em gestão pública, no âmbito do Ministério da Saúde, poderiam ser pré-requisito para a formação dos secretários de saúde. Além disso, a disponibilização de tais cursos na internet e/ou em parceria com a universidade pública do município polo, poderia facilitar o acesso, sobretudo para os municípios menores.

Em segundo lugar, reformulações legislativas são necessárias para que a gestão do SUS seja desvinculada dos interesses político-partidários, possibilitando assim que o trabalho

do gestor seja voltado estritamente para melhorar a qualidade dos serviços prestados à população. Dessa forma, os esforços para a consolidação do SUS ganharão força, avançando no sentido de que as políticas públicas de saúde sejam políticas de Estado, e não apenas de governos, como se evidencia atualmente.

Em terceiro lugar, posto que a formação em saúde passe a ser pré-requisito para atuar na gestão em saúde, os cursos da área de saúde poderiam ser estimulados a ampliar a abordagem de temas relativos à gestão em saúde. Assim, os profissionais formados teriam o conhecimento necessário para assumir a gestão em saúde com maior autonomia e poder de decisão.

Por último, haja vista que o processo de aprendizagem dos secretários de saúde se dá principalmente no cotidiano prático do trabalho, esses espaços poderiam ser mais bem aproveitados. Por exemplo, se fossem utilizados não com foco na aquisição dos conhecimentos técnicos, mas sim para promover a educação permanente em saúde dos gestores. Outra opção seria criar núcleos gestores – grupos de educação permanente entre os secretários de saúde da região de saúde em estudo. Estes núcleos poderiam envolver tanto representantes da CIR, quanto secretários de saúde e outros gestores da região de saúde analisada, bem como, profissionais que já tiveram grande experiência com a gestão municipal, representantes do meio acadêmico e dos usuários do sistema de saúde.

AUTORIA

MSS trabalhou na concepção, análise e interpretação dos dados do artigo; e ABAV na concepção, na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64): 5-8.
2. Rodrigues PHA. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2014; 21(1):37-60.
3. Santos DL, Rodrigues, PHA. Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. *Saúde debate* 2014; 38 (103): 744-755.
4. Campos GWS. Estratégias para consolidação do SUS e do direito à saúde. *Ensaio & Diálogos* 2017; (3): 36 – 40.
5. Campos GWS, Lima LD, Rizzotto, MLF, Lobato LVC, Luiza VL, Mattos RA. Entrevista com o Professor Gastão Wagner de Sousa Campos. *Saúde debate*. 2015; 39(spe): 338-339.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Portaria nº 3.992, 28 de Dezembro de 2017.seção 1. Brasília, DF 2017.
7. Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA, Domingos CM, Bonfim MCB. Gestor do sus em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. *Revista de saúde pública do paraná*. Londrina 2016; 17(1): 130-137.
8. Fontanella BJG, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1): 17-27.
9. Silveira Filho RM, Santos AM, Carvalho JA, Almeida PF. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis* 2016; 26 (3): 853-878.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012. *Brasília, DF* 2012.
12. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-BR, Pinheiro TMM, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(5): 918-928.
13. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saude soc*. 2011; 20(4): 884-899.

14. Martins CC, Waclawovsky AJ. Problemas e Desafios Enfrentados pelos Gestores Públicos no Processo de Gestão em Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde* 2015; 4(1).
15. Lorenzetti J, Lanzoni GMM, Assuiti LFC, Pires DEP, Ramos FRS. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto contexto – enferm* 2014; 23(2): 417-425.
16. Lemos Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(3): 913-922.
17. Franco TB. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. *Saude soc.* 2015; 24(Suppl 1): 102-114.
18. França T, Medeiros KR, Belisario SA, Garcia AC, Pinto ICM, Castro JL et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(6): 1817-1828.
19. Farias, Pablo Antonio Maia de, Martin, Ana Luiza de Aguiar Rocha, & Cristo, Cinthia Sampaio. (2015). Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(1), 143-150.
20. Cecim RB & Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* 2004; 14(1): 41- 65.
21. Ferreira RGS, Cardoso MMV. Educação continuada ou permanente: objetivo comum predominando especificidades frente ao processo ensino-aprendizagem. *Revista Saúde e Desenvolvimento* 2014; 5(3): 126 -136.
22. Machado JFFP, Carli AD, Kodjaoglanian VL, Santos MLM. Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. *Saúde debate.* 2015; 39(104): 102-113.
23. Campos KFC, Brant PBO, Randow R, Guerra VA. Educação Permanente: Avanços, desafios para a gestão em Saúde no Brasil. *Investigação Qualitativa em Educação*. 2016 p.1276 - 1285.
24. Pinto ICM, Teixeira CF. Formulação da política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(9): 1777-1788.
25. Soares LM, Paim JS. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(5): 966-974.
26. Santos MAB, Madeira FC, Passos SRL, Bakr FKBO, Andreazzi MAR. Autonomia financeira em estabelecimentos públicos e privados de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30 (1): 201-206.

27. Gadotti M. Qualidade na educação: uma nova abordagem. In: Congresso de educação básica: Qualidade na aprendizagem. *Anais Florianópolis*. 2013.
28. Vermelho SC, Figueiredo G. A percepção de secretários municipais de saúde sobre a gestão do trabalho e da educação na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saude soc*. 2017; 26(2): 382-396.
29. Silva YC, Roquete FF. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. *RAS* 2013;15(58): 2-12.
30. Ribeiro ABA, Reis RP, Bezerra DG Gestão em Saúde Pública: Um Enfoque no Papel do Enfermeiro. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2015; 19(3): 247-252.

6.2 Manuscrito 2: Entraves e Estratégias no Processo de Trabalho de secretários Municipais de Saúde

O manuscrito será submetido à revista Saúde & Sociedade.

ENTRAVES E ESTRATÉGIAS NO PROCESSO DE TRABALHO DE SECRETÉRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

OBSTACLES AND STRATEGIES IN THE WORK PROCESS OF MUNICIPAL HEALTH SECRETARIES

Maílla dos Santos Silva

Mestranda em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde.

E-mail: mailla.enf@gmail.com

Alba Benemérita Alves Vilela

Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Departamento de Saúde.

E-mail: albavilela@gmail.com

Resumo:

O artigo buscou compreender o processo de trabalho dos secretários municipais de saúde da região de saúde de Jequié-BA. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de natureza qualitativa. Os dados foram coletados por meio de um questionário e entrevista semiestruturada, contando com a participação de 23 secretários de saúde. O conteúdo das entrevistas foi analisado pela Técnica de Análise de Conteúdo Temática de Bardin, 2011. Os resultados revelaram que as maiores dificuldades encontradas no processo de trabalho são o planejamento efetivo, subfinanciamento, grande demanda por serviços de saúde, alta rotatividade dos gestores, desqualificação da equipe gestora, falta de conhecimento dos gestores e pouca participação social. Em relação às estratégias apontadas como solução, destacam-se a necessidade de maior financiamento e atualização da tabela de serviços do

SUS, investimentos em ações de educação em saúde e exigência de formação prévia do gestor de saúde. O estudo mostra que as estratégias usadas pelos secretários de saúde para enfrentar as dificuldades não são articuladas com os diversos atores sociais. Neste contexto, as ações de educação permanente e articulação intersetorial poderiam contribuir para ampliar a capacidade desses profissionais de conduzir o SUS e fortalecer a região de saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Gestor de Saúde, Educação em Saúde, Educação Continuada, Formação de Recursos Humanos.

Abstract:

The article pursued to understand the work process of the municipal secretaries of health of the health region of Jequié-BA. This is a descriptive, exploratory and qualitative study. Data were collected through a questionnaire and a semi-structured interview, with the participation of 23 health secretaries. The content of the interviews was analyzed by Bardin's Thematic Content Analysis Technique. The results revealed that the greatest difficulties encountered in the work process are effective planning, underfunding, high demand for health services, high turnover of managers, disqualification of the management team, lack of managerial knowledge and little social participation. In relation to the strategies identified as a solution, we highlight the need for greater funding and updating of the SUS service table, investments in health education actions, and prior training requirements of the health manager. The study shows that the strategies used by managers to face difficulties are not articulated with the various social actors. In this context, actions of permanent education and intersectoral articulation could contribute to increase the capacity of these professionals to conduct the SUS and strengthen the health region.

Key words: Health Management, Health Manager, Health Education, Continuing Education, Human Resource Training.

Introdução

A descentralização proposta dentre os princípios organizativos do SUS impulsionou mudanças no âmbito da gestão. Segundo Moreira, Ferre e Andrade (2017), os gestores municipais de saúde passaram a ser atores importantes nesse cenário, assumindo muitas responsabilidades como a gestão dos recursos financeiros, o planejamento das ações, a administração, a organização da rede de atenção, a regulação e manutenção dos serviços de

saúde disponibilizados no seu território, dentre outras.

De acordo Carvalho (2014), com a estruturação da Atenção Básica nos municípios através da expansão das Unidades Básicas de Saúde, os gestores municipais deixaram de ser apenas cumpridores das ações estabelecidas pelo governo federal. Com isso, tornaram-se responsáveis por realizar o planejamento em saúde conforme a necessidade local de implementação das políticas de saúde. Além disso, passaram a gerir a força de trabalho, ou seja, as equipes de saúde e a equipe gestora.

O processo de trabalho em saúde é complexo e enseja muitas reflexões para tentar compreender as inadequações, com o intuito de organizá-lo para melhor atender às necessidades de saúde da população. Como lembram Farias et al. (2009), muitos esforços devem ser feitos para adequar o processo de trabalho e, conseqüentemente, qualificar a gestão em saúde.

Diante das responsabilidades e atribuições complexas que permeiam o processo de trabalho do gestor, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, é instituída como uma estratégia para nortear a formação dos profissionais do SUS através da atuação deste na percepção e análise crítica dos problemas encontrados no cotidiano do trabalho (GOMES et al., 2014). Segundo Campos (2010), o trabalho em saúde não é possível de ser realizado sem o conhecimento teórico, métodos e técnicas previamente experimentados, bem como sem agregar reflexões capazes de construir um modo de agir inovador que valorize a autonomia, criatividade, a singularidade dos sujeitos e sua cultura.

O conceito de trabalho vivo, defendido por Merhy (1997), amplia as possibilidades da gestão do cotidiano em saúde, quando afirma que novos olhares devem estar voltados para o processo de trabalho, o qual passa a ser visto como um espaço de construção coletiva e possível de resignificar as ações e o modo de fazer saúde. Em relação a esse espaço, Merry (2002) destaca que há um predomínio das tecnologias duras (equipamentos e saberes estruturados) na produção dos serviços de saúde em detrimento das tecnologias leves (relacionais). Assim, para melhorar a qualidade e o acesso a esses serviços, as estratégias para aperfeiçoar o trabalho dependem do comprometimento e da participação efetiva de todos que estão envolvidos no processo de gestão (Brasil, 2009).

Segundo Merry e Feuerwerker (2017), o gestor que conta com o engajamento dos atores sociais na identificação de problemas que afetam a saúde da população terá maior capacidade de gestão, pois as decisões, quando tomadas de forma compartilhada com os diversos atores sociais servirão de subsídio para estruturar as práticas de saúde em conformidade com a necessidade diagnosticada com o auxílio da população. Neste contexto,

ganha notoriedade a gestão participativa, entendida como um caminho de participação integrada de diversos atores para a construção de práticas de saúde, bem como a cogestão, que é uma diretriz ética/política que visa democratizar a relação no processo de trabalho em saúde (Brasil, 2010).

Do exposto, verifica-se que a problematização e a gestão participativa no processo de trabalho do gestor são elementos essenciais para que este possa melhorar a qualidade da gestão em saúde. Esse cenário coloca em pauta a questão: quais as estratégias implementadas pelos profissionais que realizam a gestão em saúde para superar os desafios postos no processo de trabalho? Assim, o objetivo deste estudo é compreender o processo de trabalho dos gestores de saúde encarregados de realizar a gestão em saúde nos municípios de pequeno porte.

Métodos

A pesquisa qualitativa permite a construção do conhecimento científico tomando como embasamento a análise e sistematização dos conhecimentos advindos das crenças, opiniões, valores representações, relações, ações humanas e sociais na perspectiva da intersubjetividade de diversos sujeitos sociais (Minayo, 2012). Nessa perspectiva, este estudo busca conhecer os significados que os gestores atribuem às suas experiências no meio social e como percebem o seu processo de trabalho.

A pesquisa foi realizada no Núcleo Regional de Saúde, no município de Jequié, no sudoeste da Bahia. A coleta de dados ocorreu ao término das reuniões da Comissão Intergestores Regionais (CIR), que ocorrem mensalmente com os gestores municipais de saúde da região de saúde de Jequié. A CIR é de grande relevância para as regiões de saúde, com suas atribuições essenciais para articular o planejamento entre as três esferas de governo, além de tratar da execução e do financiamento das ações e serviços de saúde entre estados e municípios (Santos; Campos, 2015).

A população desse estudo seriam 26 secretários de saúde que realizam a gestão municipal dos municípios que compõem a região de saúde de Jequié-BA. Dentre esses, 23 aceitaram o convite e participaram voluntariamente do estudo. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam a um questionário de caracterização. O questionário consistia de 39 questões, as quais passaram por um teste piloto envolvendo 3 gestores de saúde de fora da região de saúde desse estudo.

A coleta de dados foi realizada de setembro a dezembro de 2017, sendo a maior parte

coletada ao final das reuniões mensais da CIR. Entretanto, devido à escassez de tempo nessas reuniões, houve a necessidade de realizar visitas adicionais às secretarias de saúde de 10 municípios para aplicar os instrumentos de coleta. A fase de coleta foi encerrada com 16 participantes, em virtude da ocorrência de saturação dos dados. Do total das 39 questões aplicadas, 4 foram selecionadas para compor os eixos “aspectos pessoais” e “aspectos profissionais”, os quais estão no escopo deste estudo.

Após a coleta de dados, as falas dos participantes foram transcritas e analisadas. Cada participante foi identificado pela letra “E” seguida de um número, conforme a ordem em que as respectivas falas foram transcritas. O identificador tem a função de resguardar a identidade dos participantes.

A análise e interpretação dos dados se deu pela Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin, sendo operacionalizada nas seguintes etapas: leitura flutuante, leitura exaustiva, criação das categorias, subcategorias e códigos após a separação das unidades de registro e, por fim, interpretação dos dados correlacionando-os com estudiosos da área. A análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas sistematizadas para descrever o conteúdo das transcrições. O resultado são indicadores (quantitativos ou não) que refletem as condições de reprodução/recepção (variáveis inferidas) destas transcrições. Os indicadores possibilitam extrair informações pertinentes ao conjunto de falas transcritas (Bardin, 2011).

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR) emitiu parecer favorável à realização do estudo através do nº 036983/2017, CAAE: 67199417.7.0000.5578. O estudo foi realizado conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece os critérios para a pesquisa realizada com seres humanos (Brasil, 2012).

Resultados e Discussão

A caracterização dos participantes do estudo foi possível com a aplicação do questionário. Foi possível evidenciar que a maioria deles possuem nível superior na área de saúde, com predomínio do sexo feminino. Foi evidenciado um grande número de profissionais que assumiram a gestão pela primeira vez e sem experiência prévia. Além disso, foi marcante a alta rotatividade dos profissionais que ocupam a gestão em saúde.

A Caracterização dos participantes são apresentadas nos quadros abaixo.

Quadro 2. Sexo dos secretários de saúde da região de saúde de Jequié - BA, 2017.

Sexo	Feminino	Masculino
Secretários de Saúde	18	5

Quadro 3. Faixa etária dos secretários de saúde da região de saúde de Jequié - BA, 2017.

Faixa Etária	18 a 29 anos	30 a 40 anos	41 a 50 anos	51 e 60 anos
Secretários de Saúde	2	12	7	2

Quadro 4. Formação dos secretários de saúde da região de saúde de Jequié - BA, 2017.

Graduação concluída	Enfermagem	Administração	Farmácia	Assistência Social
	17	1	1	1
Graduação em Curso	0	2	0	0
Curso Técnico	1	0	0	0

Quadro 5. Período de atuação na gestão em saúde dos secretários de Saúde da região de saúde de Jequié - BA, 2017.

Período de atuação no cargo	06 meses ou menos	07 a 09 meses
Secretários de Saúde	10	13

Nesta tabela, verifica-se que houve uma rotatividade de 41,6 % dentre os profissionais que iniciaram a gestão em janeiro de 2017.

Após a análise das entrevistas, os resultados foram organizados em duas categorias: empecilhos que permeiam o processo de trabalho; e estratégias para realizar a gestão em saúde.

Empecilhos que permeiam o processo de trabalho

Todos os participantes desse estudo compartilham da ideia de que o financiamento é o problema central que inviabiliza colocar em prática as ações e serviços de saúde. Como mostram as falas a seguir, são várias as dificuldades apontadas em decorrência da escassez de recursos:

[...] O financiamento é o principal, por exemplo, nós fazemos um projeto, mas não temos o recurso para colocá-lo em prática (E13).

[...] Se tivéssemos dinheiro conseguiríamos capacitar mais os trabalhadores, montar uma estrutura administrativa melhor, capacitar toda a equipe gestora, melhorar a estrutura física, ter uma quantidade maior de materiais e equipamentos, como telefones nas unidades, ar condicionados (E9).

[...] Eu vejo como entrave o financiamento, porquê assim, a tabela SUS é ainda uma tabela que não sofreu mudanças e alterações. Então são valores que não atendem a nossa realidade, não é um valor real e hoje temos muitos prestadores que não tem interesse realmente em atender pela tabela SUS (E12).

[...] Então a gente não tem como incentivar por questão salarial, um enfermeiro, um assistente social, um fisioterapeuta, se a gente não tem recebido pra aumentar (E16).

O financiamento do SUS é tema de grandes debates desde os primeiros anos de organização do sistema, sempre na perspectiva de adequá-lo para que possa oferecer serviços de saúde mais qualificados e eficientes para a população em todas as regiões do país.

Decorrente de lutas e discussões para se definir fontes fixas de investimento por parte das três esferas de governo, em 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, a qual obriga a União a repassar ao SUS o montante do ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB (Produto Interno Bruto). Aos estados coube o investimento de um mínimo de 12% de sua receita bruta, enquanto que os municípios arcam com 15% da receita de impostos municipais (Reis et al., 2016). Com a aprovação dessa emenda, os municípios tornaram-se os maiores responsáveis dentre os entes federados, embora a União seja a esfera que mais arrecada (ressalta-se o fato de a União ter reduzido sua contribuição nos gastos com o SUS após a Emenda 29) (Paim, 2013). Com a criação do Pacto Pela Saúde, em 2006, a forma de repasse dos recursos destinados à saúde foi modificada, intensificando o controle pelos tribunais de contas, bem como pelo poder legislativo, além de auditorias e outros órgãos de controle do executivo (Sousa; Batista, 2012).

Esse cenário, onde por um lado exige-se mais dos municípios em termos de recursos para a saúde, enquanto por outro há maior rigor no controle desses recursos, leva os municípios a enfrentarem muitas dificuldades para garantir uma saúde pública consonante com os princípios e diretrizes do SUS. Isso reflete no processo de trabalho dos gestores, como evidenciam as falas a seguir:

[...] Infelizmente a nossa saúde está na UTI, a participação do governo estadual e federal é muito pequena para os municípios; os municípios são sobrecarregados na sua demanda. (E4).

[...]O estado não tem arcado com o direito do cidadão. Se o estado não tomar uma direção de realmente cumprir seu papel com a saúde, futuramente será um caos. O que veremos são os hospitais fechando por falta de verba, por falta de profissionais, porque não pagam mais um salário digno. Na verdade fazemos o possível para conseguir oferecer os serviços de saúde mesmo não tendo materiais, profissionais e recursos suficientes (E13).

Neste estudo foi possível constatar que municípios de pequeno porte encontram grandes dificuldades para garantir assistência além da atenção básica. Nesses casos, como a população é pequena, o recurso repassado pela União não permite estender o serviço para a média complexidade. Mesmo aderindo à pactuação, tais municípios por vezes não conseguem garantir o acolhimento de seus moradores em outros níveis de atenção, como evidenciam as falas a seguir:

[...] E por ser um município só de atenção básica, por exemplo, todos os procedimentos de média e alta complexidade que os munícipes precisam fazer eles precisam sair do município e isso gera um desgaste muito grande. A tabela SUS é ainda uma tabela que não sofreu mudanças e alterações. Então são valores que não atendem a nossa realidade e hoje temos muitos prestadores que não tem interesse realmente em atender pela tabela SUS (E12).

[...] Mesmo com a pactuação não é o suficiente porque hoje os valores estão defasados e poucos profissionais aderem a pactuação (E7).

[...] É na regulação de pacientes que mais trava. Isso porquê o recurso que a gente tem a gente repactuou agora, há uns dois meses atrás, mas a gente repactuou com o mesmo recurso da última repactuação de anos atrás. Então não mudou, não aumentou o valor pra que você repactuasse. E os procedimentos aumentam ... Só que a gente repactuou com o mesmo valor anterior (E2).

[...] A pactuação tem nos dado pouco suporte ... (E13).

Esses achados se alinham em alguma medida aos de Silveira et al. (2016), cujo estudo, realizado entre municípios de uma região de saúde vizinha, verificou que as restrições impostas pelos valores da tabela SUS dificultam a obtenção de apoio de entes privados para a prestação de serviços de saúde à população. Isso traz a necessidade de que os valores dos procedimentos no SUS sejam revistos, tendo em vista a complexidade crescente desses serviços. Esse ponto é crucial para se garantir o princípio de integralidade que norteia o SUS, contando com o apoio dos prestadores privados de modo a atender a maioria das necessidades da população, porém sem deixar de priorizar os serviços públicos de saúde.

Apesar da necessidade de maior financiamento para o SUS, foi aprovada recentemente a Emenda Constitucional nº 95/2016, cujo mecanismo impõe um teto aos gastos da União pelos próximos 20 anos. Caso esse teto seja atingido, políticas sociais poderão ser reduzidas, com a expectativa de se agravar a situação daqueles setores já prejudicados pelo subfinanciamento, como ocorre com a saúde (Campos, 2018). Neste cenário, a lei do teto dos gastos pode significar um sério entrave na manutenção e desenvolvimento do SUS. Essa preocupação é abordada pelos participantes do estudo nas falas a seguir:

[...] Eu estou bastante preocupado, porque com a falta de investimento, congelamento, tudo isso eu fico pensando que a saúde pode entrar num colapso (E6).

[...] futuramente a gente não sabe o que vai acontecer por conta desse congelamento que teve dos recursos do SUS, porque atualmente, já não dá. Pense aí ... as consultas aumentaram, os exames e os laboratórios não vão continuar com o mesmo preço sempre. A tendência vai ser o caos (E11).

[...] Tudo tá ficando defasado, não existe um sistema de investimento público de saúde pública adequado, porque vivemos num país capitalista (E6).

[...]Porque na prática nos deparamos com situações difíceis de lidar, por exemplo, como manter aberto o hospital, se a gente gasta 260 mil reais e só recebemos 37 mil reais do estado? (E13).

Ainda sobre o financiamento, outro aspecto abordado nas falas diz respeito à burocracia para alocar os recursos. Como lembra Santos (2004), um problema recorrente na gestão em saúde decorre da vinculação dos recursos a programas que muitas vezes não condizem com as reais necessidades de ações de saúde específicas de cada município. As falas a seguir evidenciam como a burocracia afeta a agilidade das ações no processo de trabalho dos gestores:

[...] A burocracia, que é uma coisa que a gente esbarra no dia a dia em todos os setores da sociedade. Principalmente em serviços públicos e atrasa as nossas ações e, especificamente a saúde, nem sempre a pessoa aguenta esperar: um exame, a regulação, um remédio... (E3).

[...] a burocracia dificulta, porque a gente vive na saúde em relação aos blocos de recursos (E6).

Percebe-se que a burocracia interfere na disponibilidade de serviços, bem como no planejamento das ações para implementá-los. Isso implica em fragmentação das ações, o que dificulta um atendimento com efetividade. Nessa mesma linha, outro problema recorrentemente apontado pelos gestores diz respeito à interferência político-partidária no processo de trabalho:

[...] Na verdade as dificuldades que a gente sente são aquela parte política, aquela coisa de interesses que na verdade não são de fazer o benefício politicamente, mas individualmente para os políticos e esquecem o verdadeiro foco ... (E3).

[...]a política também não ajuda bastante. Não é a política pública, mas é a forma que eu digo assim de politicagem. A forma de distribuição [dos serviços] ... (E6).

[...] Política, política. É por exemplo ...é até uma questão meio complicada de se falar, mas a política interfere muito. As vezes a gente tem uma quantidade de cotas para determinado exame, mas aí tem aquela questão política (Ah! não sei quem é ...) aí é aquela questão da equidade né, a gente tem que dar mais para quem mais precisa, mas muitas vezes vem a parte política interfere nesse ponto aí (E11).

[...] Então eu acho que o principal entrave hoje é a situação política, também dentro dos municípios, porque existe a micropolítica. (E16).

[...] a gente observa pacientes de outros municípios, a gente consegue na verdade às vezes, através de políticos, marcar uma cirurgia em outro município que a gente não tem pactuação... Tem uma interferência política (E3).

Do exposto percebe-se que os serviços públicos de saúde são utilizados, por vezes, como moeda de troca para negociar favores políticos. Esse diagnóstico evidencia como, para muitos representantes públicos, prevalece a lógica do SUS como política de governo, contrariando seus princípios de fundação como política de estado (Cavaleiro; Gobo; Luis, 2016). Além de ir de encontro aos princípios do SUS, a ingerência político-partidária interfere no processo de trabalho quando se impõe também na determinação da equipe gestora em saúde. É o que relatam as falas a seguir:

[...] E como exemplo, a gente percebe que nas secretarias em geral a gente não se vê a capacitação técnica e se vê ainda infelizmente a influência política. Mesmo que eu tenha a capacidade técnica, teórica, uma formação diferenciada o que vai pesar na escolha do secretariado municipal é a influência política (E1).

[...] Muitas vezes também quando a gente recebe a equipe, a gente já recebe a equipe; não é a gente que monta a equipes, a gente já recebe. E muitas vezes essas pessoas se sentem também, por ser colocado por uma pessoa política, um apadrinhamento e tudo, não querem fazer também as coisas avançar; e não anda (E6).

Outro empecilho apontado pelos gestores para o desempenho de suas funções decorre das lacunas de conhecimento em relação às atribuições do cargo. Ao assumirem o cargo de secretário municipal de Saúde, muitos se deparam com situações e demandas para as quais não foram preparados durante a formação:

[...] quando saímos da faculdade não temos a dimensão da importância do plano de saúde, de como construir um plano de saúde, não sabe o que é o SargSUS, nem o Sismob ... (E1).

[...] Olha, quando eu entrei eu não tinha conhecimento nenhum em gestão. Então no primeiro mês, no início da gestão ... Eu acho que deveria ter uma capacitação nesse primeiro mês sobre essa parte administrativa que não é da saúde. Até hoje eu ainda tenho dificuldade com licitação, aí a gente enquanto secretário fica sem saber se essa responsabilidade é minha ... (E11).

[...] Tive dificuldade, [...] pra mim mesmo quando assumi a gestão foi tudo novo. Toda a parte, por exemplo, relacionada a financeiro, dinheiro, processo licitatório, licitação, tudo isso a gente vê muito pouco na formação e na graduação em enfermagem (E9).

[...] Na graduação ... a parte de gestão mesmo não tive nada e acredito que deveria ter uma disciplina sobre gestão que explicasse melhor como elaborar bem um plano de saúde, a área de regulação, avaliação e controle. A gente entra numa secretaria e é difícil, porque a gente não sabe os meios e instrumentos que a gente pode usar para avaliar o que a gente tá produzindo (E2).

[...] O que me travou um pouquinho é a questão de administração, a parte financeira, que você não dá isso em faculdade. Então se você não tiver uma especialização,

you are a little lost – a little not, you are very lost when you deal with recourse (E16).

This framework is in line with the study by Lorenzetti et al. (2014), whose conclusions point to the lack of adequate qualification of professionals who work in the management of the SUS. In addition to deficiencies in the technical training of these professionals, there is still the problem of the low effectiveness of continuous education actions. Perhaps for this reason many managers value more the relevance of the learning acquired in the daily life of the profession. This hypothesis is supported by the study by Pinafo (2016), which concludes that, despite the academic training of the municipal health secretary, it is a reference for the improvement of performance in the position, many rely on the accumulated experiences in the work process.

In addition to the issues involving technical training, the lack of autonomy is another aspect that hinders the performance of health managers. It is what is evidenced by the following statements:

[...] What impacts our management is the lack of autonomy. This is something that... You don't have autonomy, you can't develop a good job.... So you have only the name of manager and no autonomy for anything ... (E15).

[...] Autonomy is little, I am only secretary myself, the mayor is ... it is that which is more difficult with this part. Autonomy itself, it is what is more difficult, because there are actions to be carried out and I don't know if I will have the recourse to carry them out (E10).

[...] What happens in most municipalities is that you are the manager of the fund, but in reality you do not have the autonomy to say "this money has arrived, it is with this money that I will do" (E5).

The lack of autonomy affects the work process, to the extent that it makes it impossible for the manager to program his actions with a strategic vision, prioritizing planned actions and the fulfillment of goals. In practice, what usually happens is that managers are restricted to daily contingencies, focused on instrumental action, that is, involved in bureaucratic tasks, such as the management of material and technological resources (Pinafo, 2016).

A consequence of the management problems previously mentioned – and that ends up aggravating them, configuring a vicious cycle – is the so-called judicialization of health. In many cases, when the user of the SUS does not receive assistance in the way that meets his needs, he resorts to the judiciary, seeking to have his rights attended. This process is described by Barreiro and Furtado (2015) as a political, social and legal phenomenon, which involves a greater role of the judiciary in decisions previously restricted to the political-party space. According to Macêdo et al. (2015), there has been a reduction in the control of the executive power, which is responsible for implementing public policies, in favor of a greater activism of the judiciary. This situation raises reflections about the difficulties that are imposed on public health policies, one of which is the considerable

do orçamento da saúde é direcionada para atender às demandas judiciais, ao invés de ser aplicada nas políticas e ações planejadas.

A judicialização da saúde é destacada como um problema que se torna cada vez mais frequente no dia a dia dos gestores, sobretudo porque a responsabilidade tem recaído principalmente sobre os municípios:

[...] E infelizmente, até o Ministério Público, em vez de estar julgando o Estado, julgando a federação, infelizmente recai tudo sobre o município (E4).

[...] A judicialização da saúde, porque às vezes o poder judiciário recebe uma demanda e determina que a gente faça, e às vezes não é de nossa competência porque podemos ser só gestores da atenção básica (E8).

[...] E ainda tem a questão do jurídico que as vezes quem não precisa tanto, vai lá recorre e acaba conseguindo (E11).

[...] A população parte muito para o ministério público e acham que apenas isso vai resolver o problema (E16).

Por outro lado, a população, cada vez mais ativa para buscar no poder judiciário a garantia dos seus direitos, não demonstra engajamento para exercer o controle social das políticas de saúde. É o diagnóstico que fazem alguns gestores nas falas a seguir:

[...] A população realmente ela não busca o seu direito de forma organizada e nem através do conselho. Hoje em dia é uma pena por que a gente não percebe essa participação tão ativa da população (E1).

[...] A participação da população ainda é pouca porque o pessoal já vinha de uma gestão que não tinham o costume de participar e achavam que não podiam (E2).

[...] Não existe. A participação da população é muito pouca. Só é a questão dos representantes e dos usuários que contemplam 50% do conselho, mas que já são membros (E14).

[...] A população cobra, mas não participa. Na maioria das vezes só os conselheiros e esporadicamente poucas pessoas participam das reuniões. É muito difícil (E15).

Apesar da carência de mobilização social evidenciada pelas falas acima, os relatos não indicam a existência de ações contundentes, por parte dos gestores, para conscientizar a população no sentido de ampliar a sua participação no controle social e na proposição de melhorias dos serviços de saúde. Segundo Prada, Sarmiento e Costa (2016), apesar de alguns avanços em favor do SUS terem contado com a participação social, ainda há insatisfação com o pouco compromisso dos gestores e lideranças sociais no sentido de ampliar a participação popular no setor saúde.

Contribui para isso a abordagem de viés quase sempre negativo em relação ao SUS por parte dos veículos de comunicação. Essa é a percepção de alguns dos gestores entrevistados, cujas falas a seguir mostram certa insatisfação com o pouco reconhecimento da

mídia – e, conseqüentemente, da população – dos serviços valorosos prestados pelo SUS:

[...] A população reclama muito e acho que a mídia brasileira contribui muito para o SUS ser mal visto porque só mostra o lado ruim. Infelizmente, a população não está lutando pelo SUS como eu acho que deveria (E2).

[...] Então a saúde tem que olhar de outra forma. Você não vê ninguém chegar numa FM, não vê passar na televisão as coisas boas. Quando vê passar e falar é porque alguém está ali pedindo socorro (E6).

Ainda no contexto do controle social, algumas falas indicam que há fragilidades na atuação dos conselhos municipais de saúde:

[...] O Conselho de Saúde aqui não é muito participativo, são parcialmente participativos, eles não tem conhecimento da importância dos conselhos até mesmo porque eles não foram capacitados para serem conselheiros de saúde (E1).

[...] Precisamos também capacitar os nossos conselheiros. Eu acho que às vezes eles confundem o papel de conselheiro com outras questões municipais (E8).

[...] Considero que o Conselho Municipal de saúde não funciona com deveria funcionar. É um conselho que funcionava muito dependente da secretaria de saúde e a antiga secretária era a presidente do conselho de saúde. Então, eu participei algumas vezes e depois deixei de participar porque achei que não eram reuniões produtivas como eu entendo que deveriam ser essas reuniões (E9).

Tais afirmações corroboram com o trabalho de Paiva et al. (2014), no qual concluem que os conselhos de saúde enfrentam dificuldades para a sua consolidação, bem como para serem representações de espaços públicos participativos e deliberativos. Algumas dessas dificuldades, apontadas, decorrem da profissionalização e elitização dos conselheiros de saúde, os quais deveriam representar diferentes setores sociais. Além disso, o estudo discute a frágil relação entre os representantes e a base representada, assim como a dificuldade destes atores em deliberar sobre temas e projetos na área de saúde. Outra questão discutida diz respeito ao que os autores chamam de “policonselheiros” – quando um grupo específico de atores sociais passa a ocupar todos os diferentes espaços públicos, diminuindo a representatividade social. Como destacam os autores, este fenômeno é especialmente comum em municípios menores.

Estratégias realizadas pelos gestores municipais em saúde para superar as dificuldades encontradas no processo de trabalho.

Esta categoria descreve algumas estratégias apontadas pelos gestores em saúde como meio de superar as dificuldades encontradas no seu processo de trabalho. As estratégias incluem medidas relativas a financiamento, autonomia, interferência política, formação de

gestores, participação da equipe gestora, educação em saúde e participação social.

Inicialmente, no que tange à dificuldade de regulação de pacientes e o acesso aos serviços pactuados, as seguintes estratégias são abordadas:

[...] Então o município dentro da sua rede de atenção básica a gente tá tentando reorganizar melhor o sistema. e para isso a gente investe recursos próprios na área da saúde no sentido de trazer recursos para o município para evitar esses encaminhamentos pra fora, aí no que se refere a laboratório, ultrassom e agora a gente está contemplando também raio x eletro e alguns outros procedimentos que facilite, para que esses munícipes ... ou que a gente fique o tempo todo na tela da regulação esperando que o outro município que foi pactuado alguns serviços, só que hoje em muitos momentos, mesmo pactuado, o município executor não faz a sua parte (E12).

[...] Acho que deveria tem uma revisão com relação principalmente a esses exames da tabela SUS. Hoje a gente não tem cota porque o médico ele não vai se sujeitar a ganhar 10 reais por uma consulta sendo que no consultório dele ele ganha 200 reais (E2).

Em relação à alocação de recursos, os relatos apontam as seguintes estratégias:

[...] A gente não tem recurso para a promoção da educação em saúde. Infelizmente a gente investe de outros recursos para que a gente possa suprir (E8).

[...] Eu também concordo com o pensamento que foi colocado na CIB em relação à questão de acabar com os blocos e a gente mesmo fazer um planejamento. Se houvesse essa questão de poder gerenciar o recurso e poder administrar, podendo ajudar cada bloco na sua proporção da forma correta, eu acho que a gente teria sucesso (E6).

Percebe-se que a possibilidade de remoção de recursos de um bloco de financiamento para outro é uma demanda dos gestores, sobretudo para ajustar as ações de saúde às reais necessidades do município.

Neste contexto, a Portaria nº 3.992 (2017), que altera a forma de repasses ao setor saúde, permite maior flexibilidade na alocação dos mesmos. Com ela, ao invés dos anteriores cinco blocos de financiamento, passam a valer apenas dois: investimento e custeio (Brasil, 2017). Em contrapartida, a mudança amplia a responsabilidade dos municípios na gestão dos recursos, passando a haver maior fiscalização pelo Sistema de Informação sobre Orçamento Público de Saúde (SIOPS) e pelo e-SUS Gestor. Por outro lado, a medida não traz maior coparticipação da União e do Estado, além de facilitar a contratação de prestadores de serviços de saúde privados. Sendo assim, a medida gera desconfiças de que pode contribuir negativamente para o fortalecimento do SUS (Campos, 2015).

Nessa linha de medidas para fortalecer o SUS, alguns gestores apontam estratégias que passam por maior mobilização e ampliação do diálogo entre os entes federativos:

[...] Acredito que para melhorar temos que continuar acreditando no SUS, na militância, se reunindo, discutindo, gerando documentos, encaminhando, cobrando mesmo a resolutividade, não ficar só no papel, a gente tem que sair do papel mesmo, cobrar um pouco mais e mostrar a necessidade dos recursos (E1).

[...] hoje se faz necessário é um sentar com os três níveis de esfera de governo e dentro desse diálogo a gente precisa realmente priorizar o SUS... Assim se não se sentar e rever valores para realmente o que se programa e o que se executa dê certo não vai adiantar, sempre vai ficar fragmentado (E12).

Para lidar com a questão dos recursos públicos, cuja má gestão representa um agravante do problema de subfinanciamento do SUS, os gestores apontam:

[...] Eu acredito que como soluções poderia dizer que seria a formação de pessoas capacitadas para gerir os recursos, porque a gente mesmo não tem (E1).

[...] Eu acho que poderia melhorar a formação dos gestores públicos, não só ligados a saúde mas também ligados a todas as outras áreas que influenciam na saúde (E9)

[...] Mas solução eu acho que é informação, conhecimento; que os gestores se preocupem mais com o outro, com o sistema funcionando (E14).

As falas acima evidenciam que o investimento em formação e qualificação é uma estratégia reconhecida pelos gestores como fundamental para melhorar a eficiência da gestão em saúde. As próximas transcrições reforçam essa ideia, apontando a necessidade de cursos e capacitações especialmente voltados para o tema gestão:

[...] Eu acho que um profissional de saúde para ser um gestor, ele precisa ter um curso ... uma especialização em gestão em saúde, eu acho que tem que ser um pré-requisito (E11).

[...] Precisa de qualificações na área; conhecimento de gestão. Uma pós, porque não basta ser da área de saúde. Você tem que ter esse conhecimento de gestão mesmo para as coisas fluírem melhor. Às vezes a gente é jogada no cargo (E15).

[...] Acho que realmente deveria ter dentro da grade curricular dos enfermeiros uma disciplina de gestão em saúde sim para melhorar a capacitação desses profissionais (E1).

[...] Eu sou enfermeira de formação. Na graduação a gente vê tanta parte técnica, mas a parte de gestão mesmo não tive nada mesmo e acredito que deveria ter uma disciplina sobre gestão que explicasse melhor como elaborar bem um plano de saúde, a área de regulação, avaliação e controle (E2).

Os achados anteriormente discutidos ressaltaram a importância dada pelos gestores ao aprendizado no cotidiano, isto é, proveniente da experiência prática. No entanto, as falas a seguir mostram que poucas são as estratégias implementadas por eles visando a educação permanente em saúde. Mesmo quando são implementadas, o foco dessas ações é na promoção de educação continuada para a equipe de saúde.

[...] As ações de educação em saúde acontecem, mas ainda são poucas ... precisamos fazer mais, essa parte de educação com a população (E10).

[...] Acho que falta educação em saúde por parte das unidades, além das pessoas não buscarem, mas as pessoas não estão informada do que é saúde (E1).

[...] A coordenadora fez esse processo de tá realizando a capacitação mensal. Quando não é ela mesma que faz chama alguém de fora ... todo mês a gente faz questão de ter uma capacitação (E11).

Diante disso, uma possível estratégia poderia ser a criação de metodologias para trabalhar com a educação permanente. De acordo Campos e Castro (2014), em estudo que aborda novas metodologias para refletir sobre o processo de trabalho, métodos que se apoiam na vivência e buscam compreender as práticas de um grupo de trabalhadores são importantes para tecer reflexões e propor mudanças. Acrescentam ainda que é necessária uma integração para dialogar com sindicatos, usuários, movimentos sociais, gestores e universidades, em busca de melhores condições de saúde para a sociedade.

Partindo dessas ideias, é interessante notar que todos os gestores envolvidos neste estudo identificam as reuniões da CIR como o melhor espaço disponível para o aprendizado. Exemplos dessa percepção estão contidos nas seguintes transcrições:

[...] Em relação as reunião da CIR eu participo de todas e acho extremamente importante esse contato com as outras regiões, a gente discute problemas em comum, a gente traz as dificuldades e os problemas em comum e consegue discutir, estra vínculos e forma parcerias (E9).

[...] Hoje em dia faço questão de ir, de participar, porque é conhecimento, é troca (E5).

[...]Participo também da Comissão Intergestores Bipartite, do Cosems, sempre que posso também estou na Comissão Intergestores Tripartite. Então é de grande importância a tomada de decisão nesses colegiados. Eu acho que são nesses colegiados que a gente traz coisas novas e tem esse poder de decidir as novas políticas pra cada município... (E8).

Portanto, os gestores consideram as reuniões da CIR um espaço importante para aprender, buscar melhorias para o município, discutir propostas com as esferas estaduais e federais, além de fortalecer a região de saúde. Neste aspecto, o papel da CIR se assemelha aos grupos de trabalho da Programação Pactuada Integrada (PPI) estudados por Silveira filho et al. (2016). Estes grupos, compostos por secretários de saúde, juntamente com técnicos dos municípios e da regional de saúde, têm a finalidade de discutir os problemas decorrentes das pactuações e propor novas adequações na alocação de recurso implementada por uma região de saúde. Assim, promovem reflexões e buscas por soluções para os problemas identificados no processo de trabalho pelos gestores dos municípios, visando conquistar maior governança da região de saúde.

A qualificação e conhecimento do gestor são instrumentos importantes que podem ser

utilizados como estratégia nas relações de poder que são estabelecidas dentro da gestão municipal em saúde. Além disso, contribuem para ampliar a autonomia do gestor na tomada de decisões, como posto na fala a seguir:

[...] o olhar do profissional que é técnico em saúde, que tem conhecimento, ele vai ter o poder de barganha, de discussão, pra demonstrar aos políticos, que fazem políticas partidárias e não de saúde, a importância da tomada de decisão técnica e não política (E8).

Segundo Campos (2018), a limitação de cargos de livre provimento reduziria a interferência político-partidária no SUS. Para isso, uma estratégia seria a contratação dos servidores da saúde por meio de concurso público, o que estimularia a carreira no SUS. Na prática, no entanto, o que se verifica é uma alta rotatividade nos cargos de livre provimento, incluindo o de gestor de saúde. Essa rotatividade é fruto sobretudo de ingerências político-partidárias. Como consequência, as políticas de saúde demoram a ser planejadas e implementadas e, quando o são, muitas vezes sofrem interrupções em virtude das mudanças nos quadros de gestores. Assim, a adoção de estratégias que reduzam a rotatividade nos cargos de gestão surge como necessidade de primeira ordem, como forma de amenizar as situações descritas a seguir:

[...] Eu não implementei nenhuma política ainda não (E2).

[...] Como meu período ainda é curto... Ainda não fizemos planejamento ... (E3).

[...] Como sou nova ainda na gestão não implementei muita coisa, ainda não consigo fazer o controle e avaliação das ações implementadas (E10).

[...] No primeiro ano a gente não consegue ter um planejamento efetivo, já entrei com aquele negócio de que não podia liberar nada ... só consegui ter uma estabilidade no cargo a partir de março... (E11).

No que se refere à equipe de trabalho, os participantes do estudo consideram uma boa estratégia estabelecer uma relação mais democrática, considerando a opinião da equipe durante as reuniões e assim incentivá-los na implementação das ações.

[...] Eu entendo que o fazer saúde exige que a equipe toda esteja em uma rede de interação porque se não, não funciona (E1).

[...] Você não pode gerir individualmente, você tem que estar buscando opiniões e nada melhor do que você estar em parceria com sua equipe de trabalho (E4).

[...] O perfil do meu trabalho é muito democrático (E9).

[...] E a gente sempre tem esse contato de sentar, planejar para definir o que precisa ser feito para que o coordenador execute (E12).

Com base nas falas a seguir, percebe-se que muitas vezes é estabelecida uma

interação com a equipe através de reuniões, as quais geralmente visam a distribuição das tarefas e o planejamento das ações a serem executadas. No entanto, segundo Brasil (2009), uma abordagem que promova a participação ético-político da equipe gestora através da cogestão no processo de trabalho pode trazer benefícios. Este modelo deve ser desenvolvido para auxiliar grupos de coletivos na tomada de decisões, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente. Em outras palavras, estimular e inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos institucionais.

[...] A população foi a responsável pelo surgimento do SUS uma grande colaboradora através dos grupos organizados... mas tudo isso só vai gerir mesmo se o povo começar a entrar no sistema de saúde não só no atendimento, mas também para ajustar esse sistema de único de saúde (E1).

[...] A população precisa estar mais presente na luta pela implementação das políticas (E9).

[...] precisamos fazer mais, essa parte de educação com a população (E10).

[...]Se as pessoas entendessem o valor, o que a participação popular traz, elas questionariam de uma forma diferente do que elas questionam hoje. (E13).

Das falas a seguir é notável que os gestores consideram que a participação popular foi importante para a criação do SUS, bem como é preciso que se apoderem de maior conhecimento para que possam ter participação mais ativa na consolidação do SUS e das políticas públicas de saúde. Segundo Prado, Sarmiento e Costa (2015), assegurar a participação social no SUS é uma responsabilidade e estratégia para desenvolver ações que propiciem e motivem a participação social nos serviços de saúde.

Considerações Finais

Com o processo de regionalização, os gestores municipais de saúde ganharam mais responsabilidades no que se refere à garantia de serviços de saúde a nível regional. Diante das mudanças regulatórias recentes, a consolidação do SUS cada vez mais perpassa pela mobilização e governança das regiões de saúde. Isso implica maior responsabilidade sobretudo para os gestores municipais de saúde. Neste cenário, os gestores municipais têm papel crucial na implementação de políticas que permitam o fortalecimento do SUS, sendo exigidos desses profissionais conhecimentos muito além da área de saúde.

Evidenciou-se como entraves que permeiam o processo de trabalho dos secretários de saúde e dificultam a realização de uma boa gestão em saúde o financiamento sendo este um problema que acompanha o SUS desde a sua gênese, bem como as limitações causadas pela

ausência de autonomia de alguns secretários de saúde no planejamento das ações de saúde.

O investimento em qualificação foi apontado como estratégia para dotar o gestor de maior segurança na hora de enfrentar as ingerências político-partidárias. Mais especificamente, o investimento em cursos com foco em gestão foi apontado como estratégia capaz de melhorar a eficiência do processo de gestão.

Entretanto, este estudo constatou que as mudanças regulatórias que impuseram maior responsabilidade aos os gestores de saúde, até o momento não foram acompanhadas de medidas para garantir boa formação, autonomia e valorização dos conhecimentos destes profissionais.

Além disso, os objetivos da Política de Educação Permanente em Saúde neste cenário não têm sido alcançados, pois a falta de conhecimentos consolidados sobre a gestão dificulta a aprendizagem significativa e as estratégias elaboradas para a solução dos problemas não estão sendo construída de forma integral com os diversos atores sociais.

Este estudo possibilitou compreender alguns entraves que permeiam o processo de trabalho na ótica dos secretários municipais de saúde e algumas estratégias e soluções que tomam no cotidiano para enfrentar os desafios que permeiam a gestão em saúde em municípios de pequeno porte. Dessa forma, este estudo constata que várias atores sociais influenciam na dinâmica do processo de trabalho dos gestores de saúde e para entender o processo de trabalho devido à complexidade do mesmo, mais estudos precisam ser realizados, afim de explorar de forma mais aprofundada o processo de trabalho dos gestores de saúde.

Autoria

SILVA, M. S, trabalhou na concepção, análise e interpretação dos dados do artigo. VILELA, A. B. A, trabalhou na concepção, revisão e aprovação da versão final encaminhada para publicação.

Referências

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARREIRO, G. S. S; FURTADO, R. P. M. Inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas. **Rev. Adm. Pública**, v. 49, n. 2, p. 293-314, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Portaria nº 3.992, 28 de dezembro de 2017.seção 1. Brasília, DF 2017.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012.

_____. _____. **Humaniza SUS: gestão participativa: cogestão**. Brasília, DF, 2009.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção** (Cadernos Humaniza SUS), v.1, Brasília, DF, 2010.

CAMPOS, G. W. S. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 5-8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2018.

CAMPOS, G. W. Sousa. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010 . Disponível em: <Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2018.

CARVALHO, B. G, et al. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 907-914, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342014000500907&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2018.

CAVALEIRO A. P. G; GOBO, J. D; LUIZ, D. E. C. A encruzilhada política no Brasil: o tensionamento público-privado no SUS. **SER Social**, Brasília, v. 18, n. 38, p. 133-152, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/20143/14311>. Acesso em: 15 mar. 2018.

FARIA, H. P. et al. Processo de trabalho em saúde. Belo Horizonte: **Nescon**: UFMG: Coopmed, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2018.

LORENZETTI, Jorge et al. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. **Texto contexto – enferm**. Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, June 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200417&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2018.

MACÊDO, D. F. Análise da judicialização do direito à saúde, subfinanciamento do setor e políticas públicas: Estudo de Caso no Estado de Alagoas. **Revista de Administração de Roraima-UFRR**, Boa Vista, v. 5 n. 2, p.300-325, 2015. Disponível em: <http://revista.ufrr.br/index.php/adminrr/>. Acesso em: 16 mar. 2018.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231999000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2018.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar 2017.

MOREIRA, L. M. C; FERRE, F; ANDRADE, E. I. G. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, BRASIL. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1245-1256, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002401245&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2018.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013001000003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2018.

PINAFO et al. Gestor do sus em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. **Revista de saúde pública do Paraná**. v.17, n.1, p. 130-137, 2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/25627/0>>. Acesso em:16 mar. 2018.

PRADO, E. V, SARMENTO D. S, COSTA L. J. D. A. O diálogo como estratégia de promoção de participação popular no SUS. **Revista de APS**, v. 18, n. 4, p. 424-429, 2016. Disponível em: < <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2702/905>>. Acessado em: Acesso em: 16 mar. 2018.

REIS, A. A. C; SÓTER, A. P. M; FURTADO, L. A. C; PEREIRA, S. S. S. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 122-135, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0122.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

- SANTOS, D. L.; RODRIGUES, P. H. A. Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 744-755, dec 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000400744&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/01031104.20140068>.
- SANTOS, L; CAMPOS, G. V. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc**, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015. Acesso em: 04 mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.
- SILVEIRA FILHO, R. M. et al. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312016000300853&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2018.
- SOUSA, R. C; BATISTA, F. E. B. Política Pública de Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS. **VII CONEPI**, 2012. Disponível em: <<http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revelou que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, apesar de ter como objetivo reorientar a formação dos profissionais que atuam na gestão do SUS a partir da problematização do processo de trabalho, não tem sido implementada com efetividade no cotidiano da gestão em saúde. Os dados coletados neste estudo indicam que uma das possíveis razões é a carência de formação/capacitação dos profissionais para conduzir a gestão de acordo com os preceitos da PNEPS.

Foi possível verificar que muitos desses profissionais buscam se atualizar, recorrendo a fontes diversas como manuais do Ministério da Saúde, cursos públicos ou privados de especialização. Por outro lado, os dados mostram que é praticamente consenso entre os gestores a importância dada ao aprendizado prático, adquirido no cotidiano do trabalho. Contudo, esse tipo de aprendizado tem se mostrado predominantemente de natureza técnica, isto é, voltado para as tarefas burocráticas inerentes ao exercício da gestão. Muito pouco tem sido feito de modo a propiciar a aprendizagem significativa no processo de trabalho, conforme propõe a PNEPS. Mais do que a solução de questões burocráticas, a ideia é que os gestores sejam capazes de inovar e reorientar a atenção à saúde, buscando dirimir os

problemas que inviabilizam a consolidação do SUS no âmbito municipal.

Sobre os espaços de formação, os gestores entrevistados enxergam na Comissão Intergestores Regional um espaço também de aprendizado e troca de experiências. De fato, as reuniões da CIR hoje ocupam o papel que antes era dos Polo de Educação Permanente em Saúde. No entanto, o fato de as reuniões ocorrerem de modo a cumprir normas e nem sempre serem realizadas com periodicidade regular dificulta o aproveitamento desse espaço para a promoção da educação permanente.

Em relação aos temas que o gestor deve conhecer para desempenhar a função adequadamente, no campo da saúde, os entrevistados apontaram: legislação do SUS, planejamento em saúde, conhecimento sobre os problemas de saúde do local em que atuam. Já no campo da gestão, foram citados: instrumentos de gestão, licitações, gerenciamento de recursos, responsabilidade fiscal, gestão de pessoas, dentre outros. Os dados mostraram que, como a maioria dos gestores entrevistados têm formação na área de saúde, os temas dessa área não costumam representar maiores dificuldades; os empecilhos advêm dos temas relacionados à gestão. Conforme os relatos dos entrevistados, apesar das graduações na área de saúde por vezes proverem disciplinas que abordam temas relacionados à gestão, o nível de aprofundamento e o direcionamento são insuficientes para as demandas da gestão municipal de saúde. Esse achado revela que as mudanças ocorridas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área de saúde, ainda que tenham avançado no sentido de formar profissionais com habilidades para a gestão e administração, não lograram preparar esses profissionais para as reais demandas da gestão do SUS.

Outro ponto deste estudo foi conhecer as dificuldades e estratégias que permeiam o processo de trabalho dos gestores municipais de saúde. Dentre as dificuldades, o subfinanciamento foi o principal entrave apontado pelos entrevistados. Nessa linha, a falta de atualização da tabela de procedimentos ofertados pelo SUS prejudica sobremaneira a pactuação dos serviços no âmbito municipal, deixando descoberta a demanda de serviços de média complexidade dos municípios menores. Como estratégia para lidar com esse problema, muitos gestores recorrem à contratação direta de especialidades médicas no setor privado para serem ofertadas nos municípios. Contudo, essa saída compromete o fortalecimento da rede de atenção e da região de saúde como um todo, evidenciando a necessidade de se buscar outras soluções para essa questão.

Também carece de solução o problema das interferências políticas na condução do SUS. Conforme mostraram os dados, essas interferências se manifestam sobretudo na indicação dos profissionais por critérios político-partidários em detrimento de critérios

técnicos. Isso causa alta rotatividade dos cargos e, conseqüentemente, descontinuidade do planejamento e das ações de saúde.

Do exposto, compreende-se como necessário buscar melhorias na formação/capacitação dos profissionais de saúde, com olhar especial para os temas que subsidiam a atuação desses profissionais na gestão em saúde. Nesse sentido, maior ênfase precisa ser dada à promoção das ações de educação permanente, fomentando a cooperação e integração entre os gestores, de modo a fortalecer as regiões de saúde e, em última instância, o SUS.

Como limitações desse estudo, apontamos as dificuldades em conhecer o processo de trabalho dos gestores em toda a sua amplitude, tanto pelo receio dos entrevistados de abordar aspectos mais políticos do seu trabalho (por exemplo, em relação à autonomia), mas principalmente pela falta de propriedade demonstrada por muitos participantes ao falar sobre as suas atribuições.

REFERÊNCIAS

LORENZETTI, J. et al. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. **Texto contexto – enferm.** Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, June 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200417&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2018.

CAMPOS, G. W. S et al. Entrevista com o Professor Gastão Wagner de Sousa Campos. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 338-339, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000500338&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2018.

PIERANTONI, C. R. Formação de gestores para o sistema de saúde. A experiência do mestrado profissional do Instituto de Medicina Social da UERJ. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Org.). **Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 123-136. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/sp/pdf/leal-9788575412855-08.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

CUNHA, M. L. S; HORTALE, V. A. Características dos cursos voltados para a formação em gestão em saúde no Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 425-440, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042017000200425&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 20 mar. 2018.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2018.

SOUSA, M.S.T; BRANDÃO, I.R; PARENTE, J.R.F. A percepção dos enfermeiros sobre educação permanente em saúde no contexto da estratégia saúde da família de sobral (CE). **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v.3, n.1, Ano E, 2015. Disponível em:<<http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revistainterfaces/article/view/260/155>>. Acesso em: 20 mar 2018.

PEREIRA, B. S; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 2, p. 411-418, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222016000200411&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2018.

FERREIRA, V.L. **As múltiplas faces da gestão: a prática gerencial nos serviços de saúde de Piraí**. 2012. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:<http://www.bdtd.uerj.br/tde_arquivos/44/TDE20120803T150255Z2427/Publico/DissertacaValeria%20Lima%20Ferreira.pdf> Acesso em: 21. mar. 2018.

RIBEIRO, R. M. C. **Avaliação dos aspectos da gestão em saúde em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié - Bahia. 2012**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-BA. Disponível em:< <http://www2.uesb.br/ppg/ppges/wp-content/uploads/2017/03/RIBEIRO-Roseli-M.-C.-Mestrado-em-Enfermagem-e-SaC3BAde-UES1.pdf> >. Acesso em: 21. mar. 2018.

LIMA, L.D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 7, p:1903-1914, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n7/30.pdf> >Acesso em: 22 mar. 2016.

MARTINS, M. D; COSTA, C. F. Gestão por competências: O perfil dos Secretários Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul. **IV Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho**. Brasília/DF. 3 a 5, 2013. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnGPR/engpr_2013/2013_EnGPR130.pdf>. Acesso em: 18 de fev. 2018.

DI PIETRO, M.S.Z. **Direito administrativo**. – 23. Ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

VILLANI, R. A. G; BEZERRA, A. F. B. Concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco sobre a destinação e gestão dos gastos com saúde. **Saude soc**. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 521-529, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902013000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2018.

RODRIGUES, P. H. A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 37-60, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702014000100037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2018.

SILVEIRA FILHO, R. M. et al. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312016000300853&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 25 mar. 2018.

SANTOS, A. M; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102014000400622&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2018.

SHIMIZU, H. E. et al. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1131-1140, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002401131&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. Decreto 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 20 mar 2018.

MENDES, A. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saude soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423-437, 2015.

Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200423&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2018.

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário? In: ALMEIDA, P. F. de; SANTOS, A. M. dos; SOUZA, M. K. B. de (Org.). **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: Edufba, 2015. p. 277-303.

SILVA, E. C; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saude soc.** São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, 2013. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902013000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Portaria nº 3.992, 28 de Dezembro de 2017.seção 1. Brasília, DF 2017.

FERLA, A. A. et al. Educação Permanente e a regionalização do sistema estadual de saúde na Bahia: ensino-aprendizagem e política de saúde como composição de tempo. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 33, n. 1, p. 7, 2012. Disponível em:

<<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/184>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

ALVES, J.S; ASSIS, M. M. A. Gestão do trabalho: abordagens teóricas e políticas no contexto do sistema único de saúde (SUS). **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.35, supl.1, p.55-67, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/01000233/2011/v35nSup1/a2298.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

SILVA, C. C; SILVA, A.T. M.C; BRAGA, J. E. F. Revisitando a formação de recursos humanos de saúde no brasil. V. 13, n. 3, p: 23-30, 2009. **Revista brasileira de ciências da saúde**. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewfile/4150/4454>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

DIAS, H. SA; LIMA, L.D; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 18, n.6, p.1613-1624, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 mar, 2018.

LIMA, V. V. et al. Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 279-288, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000100279&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2018.

EIDELWEIN, C; PAULON, S. M. Tecnologia do apoio e democratização na gestão do Sistema Único de Saúde: reverberações da análise institucional no campo da saúde coletiva. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 518-540, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/16705/12660>>. Acesso em: Acesso em: 26 mar. 2018.

GOMES, I. E. M et al. Desafios na gestão do trabalho em saúde: a educação na interface com atenção. *R. Enferm. Cent. O. Min*, v.4, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/638/744>>. Acesso em: Acesso em: 26 mar. 2018.

MAGNAGO, C. et al. Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1521-1530, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002501521&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2018.

FRANÇA, T. et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002601817&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2018.

CONASEMS. **Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”** / CONASEMS: COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ – Rio de Janeiro, CEPESC/IMS/UERJ, 2016.324p. Disponível em:

<http://www.cosemsrn.org.br/wpcontent/uploads/2017/01/manual_do_gestor_AF01_tela-1-CONASEMS.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

KEMPER, E. S; MENDONCA, A. V. M; SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2785-2796, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000902785&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2018.

CAMPOS, G. W. S; PEREIRA J. N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000902655&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2018.

CYRINO E. G et al. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? **Esc Anna Nery**, v. 19, n.1, p. 05-10, 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0005.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

VARELA, D. S. S et al. Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação de Profissionais para o SUS. **Rev. Bra. Edu. Saúde**. v.6, n.3, p.39-43, 2016. Disponível

em:<<http://gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3928/3865>>. Acesso em: 27 mar 2018.

TEIXEIRA, E. Em tempos de novas diretrizes curriculares nacionais (DCN) para o curso de graduação em enfermagem. **RevEnferm**. V. 7, n. 2, p.3-4, 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28859>>. Acesso em: 27 mar 2018.

RIBEIRO, L. C. C; RIBEIRO M; SOARES, V. A. R. Avaliação acadêmica acerca das Diretrizes Curriculares Nacionais em saúde. **Tempus, actas de saúde colet**. v. 9, n.1, p: 167-187, 2015. Disponível em:

<<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1700>>. Acesso em: 27 mar 2018.

BISCARDE, D.G.S; PEREIRA-SANTOS, M; SILVA, L.B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 177-186, 2014. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000100177&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2018.

VERMELHO, S. C; FIGUEIREDO, G. A percepção de secretários municipais de saúde sobre a gestão do trabalho e da educação na rede pública do Sistema Único de Saúde

(SUS). **Saudesoc**, v. 26, n. 2, p. 382-396, 2017. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902017000200382&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 fev. 2018.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74. Disponível em: <

<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>>. Acesso em: 4 de fev. 2018.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000300913&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2018.

SILVA, E. C; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902013000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003. 248 p. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2018.

PINAFO, E. et al. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. **Revista de saúde pública do paraná**. v. 17, n. 1, p: 130-137, 2016. Disponível em:<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/25627>>. Acesso em: 11 fev. 2018.

JUNQUEIRA, T.S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 8 fev. 2018.

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

MELO, A.B; GOULART, B.F; TAVARES, D.M.S. Gerência em Saúde: a percepção de coordenadores da estratégia saúde da família, em Uberaba-Minas-gerais. **Cienc Cuid Saude**. v.10, supl.3, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13261/pdf>>. Acesso em: 18 de fev. 2018.

FRANÇA, T. et al. A capilaridade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasi. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p:1-10, 2016. Disponível em:<http://www.obsnetims.org.br/uploaded/15_7_2016__0_A_capilaridade_da_Politica_Nacional_de_Educacao_Permanente_em_Saude.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2018.

RIZZOTTO, M. L. F et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 237-251, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000600237&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 fev. 2018.

VIEIRA, S. P. et al. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde debate**, v. 41, n. 112, p. 110-121, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042017000100110&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 fev. 2018.

SILVA, E. C; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saudesoc**, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902013000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2018. MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar 2017.

SANTOS, L; CAMPOS, G. V. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc**, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015. Acesso em: 04 mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

RIBEIRO, J. M; MOREIRA, M. R; CARVALHO, A. L.B. O perfil do novo gestor municipal ciclo (2017-2020) no âmbito nacional e regional com vistas à identificação das potencialidades e desafios para a tomada da decisão no âmbito do SUS. **Pesquisa Nacional com Gestores Municipais de Saúde: Ciclo de gestão 2017-2020, 2017**. Disponível em: <https://pt.research.net/r/GESTOR_MINAS_GERAIS>. Acesso em: 10 nov. 2017.

GIL, C. R. R; LUIZ, I. C; GIL, M. C. R. **Gestão pública em saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS**. EDUFMA, 1ª ed. São Luís, p.46, 2016. Disponível em: <www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp02.pdf>. Acesso em: 05 out 2017. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

IBGE. **Produto Interno Bruto dos Municípios - 2010 à 2015**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=downloads>>Acesso em: 04 fev. 2018.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE– PPGES

QUESTIONÁRIO

NUMERAÇÃO _____ DATA: ____/____/____

Aspectos Pessoais

Por favor, leia as perguntas com atenção e forneça as respostas mais fidedignas possíveis. A veracidade das informações é fundamental para o resultado da pesquisa.

1. Nome (opcional)

Caso não queira se identificar, deixe em branco

2. Idade *

3. Telefone para contato (opcional)

4. E-mail (opcional)

5. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

6. Nível de escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

Sem Escolaridade

Ensino Fundamental (1º Grau) Incompleto

Ensino Fundamental (1º Grau) Completo

Ensino Médio (2º Grau) Incompleto

Ensino Médio (2º Grau) Completo

Superior Incompleto

Superior Completo

Aspectos Profissionais

Por favor, leia as perguntas com atenção e forneça as respostas mais fidedignas possíveis. A veracidade das informações é fundamental para o resultado da pesquisa.

7. Município em que atua *

Esta informação servirá apenas para controle da coleta de dados. Os dados serão analisados de forma geral.

8. Você ocupa atualmente algum cargo de gestão em saúde? *

Observação: A pesquisa se aplica apenas a gestores. Caso você não ocupe cargo de gestão em saúde, o questionário será encerrado.

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não Pare de preencher este formulário.

Aspectos Profissionais

Por favor, leia as perguntas com atenção e forneça as respostas mais fidedignas possíveis. A veracidade das informações é fundamental para o resultado da pesquisa.

9. Cargos que ocupa atualmente no âmbito da gestão pública *

Marque todas que se aplicam.

Secretário de Saúde

Outro: _____

10. Situação atual no cargo de gestão *

Marcar apenas uma oval.

Titular

Suplente

11. Quando assumiu o cargo atual de gestor? *

Se não souber a data exata, informe uma data aproximada.

Exemplo: 15 de dezembro de 2012

12. De quanto tempo é a sua experiência com gestão no serviço público, incluindo outras áreas além de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

Menos de 1 ano

1 a 2 anos

2 a 5 anos

Mais de 5 anos

13. De quanto tempo é a sua experiência com gestão especificamente na área de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

Menos de 1 ano

1 a 2 anos

2 a 5 anos

Mais de 5 anos

14. **Caso possua, informe sua formação acadêmica na área de saúde. Se não possui escreva nenhuma.**

Exemplos: Graduação em medicina, enfermagem, odontologia, nutrição etc.

15. **Caso possua, informe sua formação acadêmica na área de gestão. Se não possui escreva nenhuma. ***

Exemplos: Graduação em administração, especializações em gestão, MBA, etc.

16. **Caso possua, informe sua formação acadêmica em outras áreas ***

Aspectos da Gestão em Saúde

Por favor, leia as perguntas com atenção e forneça as respostas mais fidedignas possíveis. A veracidade das informações é fundamental para o resultado da pesquisa.

17. **Na sua opinião, qual a relevância dos seguintes aspectos para o cargo de gestão que você ocupa? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Irrelevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante
Experiência com gestão pública	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Experiência com assistência em saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formação acadêmica em gestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formação acadêmica em saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Na sua realidade atual, qual o impacto dos fatores a seguir para o seu trabalho na gestão? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Irrelevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante
Falta de autonomia para tomar decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Excesso de burocracia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de recursos financeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de profissionais capacitados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de fornecedores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de infraestrutura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Qual o seu nível de conhecimento sobre os instrumentos de gestão a seguir? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Irrelevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante
Licitação Pública	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei de responsabilidade fiscal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei orçamentária anual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plano Plurianual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plano em Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planejamento Estratégico Situacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relatório de Gestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Na sua opinião, qual a relevância dos eventos a seguir para dar suporte ao seu trabalho enquanto gestor? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Irrelevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante
Reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reuniões do Conselho Municipal de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reuniões periódicas com funcionários do administrativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reuniões periódicas com funcionários da assistência em saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reuniões com gestores de outras áreas do município	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Que fontes de informação costuma utilizar no exercício do cargo de gestor em saúde? *

Marque todas que se aplicam.

- Livros de Planejamento, Gestão, Finanças, etc.
- Materiais de apoio disponibilizados pelo Ministério da Saúde
- Consultas à legislação e outros documentos de valor legal
- Sites ligados ao Ministério da Saúde
- Artigos científicos e trabalhos acadêmicos relacionados ao SUS
- Palestras e consultorias sobre a gestão em saúde
- Outro: _____

22. Já tomou conhecimento de alguma capacitação específica para o cargo de gestão em saúde? *

Marque todas que se aplicam.

- Sim, capacitação promovida pelo Ministério da Saúde
- Sim, capacitação promovida por instituição particular
- Nunca ouvi falar em capacitação específica para cargos de gestão em saúde
- Outro: _____

23. Já participou de alguma capacitação específica para o cargo de gestão em saúde? *

Marque todas que se aplicam.

- Sim, capacitação promovida pelo Ministério da Saúde
- Sim, capacitação promovida por instituição particular
- Não, mas tenho interesse
- Não, e não tenho interesse
- Outro: _____

24. No seu caso, que diferença fez ou faria ter capacitação específica para o cargo de gestão em saúde? *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3
Irrelevante			Muito relevante

25. Quais aspectos gostaria que fossem abordados numa eventual capacitação? *

Marque todas que se aplicam.

- Legislação e diretrizes do SUS
- Políticas públicas de saúde
- Responsabilidade fiscal na gestão pública
- Planejamento, gestão e instrumentos de avaliação
- Gestão financeira
- Gestão de pessoas
- Contratos e licitações
- Outro: _____

26. Na sua realidade atual, quais fatores seriam impeditivos para sua participação numa eventual capacitação? *

Marque todas que se aplicam.

- Não teria disponibilidade de tempo
- Caso necessário, não teria disponibilidade para viajar até o local do treinamento
- Caso necessário, não contaria com apoio do município para custear estadia e deslocamento até o local do treinamento
- Em caso de instituição particular, não contaria com apoio do município para custear o curso e material didático
- Outro: _____

27. Na sua realidade atual, quais fatores favoreceriam sua participação numa eventual capacitação? *

Marque todas que se aplicam.

- Baixa carga horária
- Ensino a distância
- Ensino presencial, desde que não precise viajar
- Ensino presencial, desde que não precise viajar longas distâncias
- Necessidade de pouco investimento
- Curso oferecido de forma gratuita
- Outro: _____

Concepções Sobre o Processo de Trabalho

Por favor, leia as perguntas com atenção e forneça as respostas mais fidedignas possíveis. A veracidade das informações é fundamental para o resultado da pesquisa.

28. Como avalia a sua habilidade na prática profissional enquanto gestor em saúde para: *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nenhuma	Insuficiente	Razoável	Suficiente
Resolver conflitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomar decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordenar a equipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relacionamento inter-pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Negociação e articulação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivação da equipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planejamento das ações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Controle e Avaliação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Marque a opção que melhor se assemelha ao seu perfil enquanto gestor de saúde *

Marcar apenas uma oval.

- Foca em cumprir as metas e objetivos estabelecidos e busca ser recompensado pelo seu desempenho.
- Recruta a equipe gestora e a decisão é tomada levando em consideração as ideias de cada membro.
- Por ter muita confiança na equipe gestora delega as funções e participa das decisões apenas quando solicitado.
- Consegue planejar a longo prazo, inspira confiança, apoia e delega poder de decisão à equipe gestora.
- Toma sozinho todas as decisões necessárias e costuma não concordar muito com a opinião da equipe gestora.

30. **Marque as opções que refletem como você se sente atualmente em relação ao trabalho na gestão de saúde**

Marque todas que se aplicam.

- Impossibilitado/sem autonomia de realizar mudanças para melhorar a qualidade de saúde da população do seu município.
- Desacreditado porque não possui a colaboração da equipe gestora e de prestação direta do cuidado para fazer implementar o plano municipal.
- Motivado para implementar mudanças, já que possui o apoio do prefeito e da equipe gestora para implementar as ações que conseguiram juntos elaborar.
- Capaz de implementar políticas públicas, pois a partir da colaboração de todos conseguiu realizar um planejamento as ações com base no diagnóstico da realidade local.

31. **Quais das mudanças abaixo seriam relevantes para melhorar o seu desempenho no processo de trabalho? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Irrelevante	Pouco Relevante	Relevante	Muito Relevante
Ter assessores para resolver demandas que não são de sua competência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menor carga de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contratação de profissionais qualificados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maior remuneração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plano de carreira para o gestor público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maior segurança no ambiente de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menor interferência política	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maior disponibilidade de recursos materiais e equipamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. **Como é a sua participação na elaboração dos seguintes instrumentos de gestão? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nenhuma	Parcial	Total
Plano Municipal de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas em Audiência Pública	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programação Anual de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plano Plurianual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contrato Organizativo de Ação Pública	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistema de Informação do Pacto pela Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relatório Anual de Gestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lei Orçamentária Anual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. **O planejamento em saúde do município do qual é gestor foi realizado com base: ***

Marque todas que se aplicam.

- Em dados levantados por empresa terceirizada/contratada
- Em dados levantados pela gestão e/ou equipe de saúde
- No planejamento realizado na gestão passada
- Na realização de diagnóstico atual da situação de saúde
- Em indicadores de saúde atuais do município
- Outro: _____

34. **Como é a participação dos atores sociais na formulação das ações em saúde a serem implementadas no município? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nenhuma participação	Pouco participativos	Muito Participativos
Usuários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Profissionais de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordenadores da atenção básica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordenadores da vigilância em saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordenadores de polidínicas e hospitais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secretário de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prefeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vereadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Concepções Sobre o SUS

Por favor, leia as perguntas com atenção e forneça as respostas mais fidedignas possíveis. A veracidade das informações é fundamental para o resultado da pesquisa.

35. **Antes de assumir a gestão, qual era o seu grau de conhecimento sobre princípios, leis, organização e diretrizes do SUS? ***

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	
Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

36. **Após ser nomeado gestor em saúde, como avalia seu conhecimento sobre princípios, leis, organização e diretrizes do SUS?**

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	
Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito

37. Quais os princípios que compõem o SUS?

Marque todas que se aplicam.

- Universalidade
- Equidade
- Integralidade
- Participação Social
- Regionalização
- Hierarquização

38. Em relação ao SUS, marque as opções que expressam opiniões com as quais você concorda *

Marque todas que se aplicam.

- O SUS é fundamental para a população, porém sofre com subfinanciamento
- O SUS é fundamental para a população, porém sofre com má gestão
- O SUS funciona bem, porém não conta com o reconhecimento da sociedade
- O SUS funciona mal e a sociedade tem razão em criticá-lo
- Para a população, seria melhor ter mais acesso a planos de saúde privados
- Para a população, o melhor é que o SUS seja fortalecido e ampliado
- Uma das principais dificuldades do SUS é a frequente interrupção das políticas de saúde adotadas

39. Em relação às políticas que fazem parte do SUS, o seu conhecimento é: *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nenhum	Superficial	Razoável	Profundo
Política Nacional da Atenção Básica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Política Nacional de Saúde do Idoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Política Nacional de Humanização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Política Nacional de Saúde do Trabalhador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Política Nacional de Educação Popular em Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Política Nacional de Saúde da Mulher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Política Nacional de Saúde do Homem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE – PPGES

ROTEIRO DE ENTREVISTA

NUMERAÇÃO _____ DATA: ____/____/____

1. Sobre o SUS.

- 1.1 Em relação às leis, diretrizes e políticas o que você compreende sobre o SUS?
- 1.2 Quais são os entraves para o funcionamento do SUS e quais seriam as soluções?
- 1.3 Quais perspectivas você enxerga para o SUS nos próximos anos?

2. Sobre a formação.

- 2.1 Quais conhecimentos e qualificações são pré-requisito para atuar como gestor em saúde?
- 2.2 Fale a respeito da sua formação antes de assumir o cargo. Você considera que essa formação lhe proporcionou tais conhecimentos e qualificações, ou foi preciso buscá-los de outras formas? Quais?
- 2.3 Você sente necessidade de buscar mais conhecimentos cursos e/ou treinamentos? Quais?

3. Sobre o processo de trabalho.

- 3.1 Fale sobre o seu processo de trabalho.
- 3.2 Em relação às reuniões da área (CIR, Conselhos de Saúde, Equipe Gestora, equipe de saúde), você costuma participar ou designa um representante? Qual sua opinião sobre essas reuniões?
- 3.3 Em relação ao seu processo de trabalho fale um pouco sobre o seu perfil. Você costuma delegar funções ou centraliza as decisões?
- 3.4 Quais são os empecilhos que encontra no seu processo de trabalho para realizar a gestão em saúde

APÊNDICE C - TCLE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, Conselho Nacional
de Saúde.

Este termo, foi elaborado em atendimento à Resolução 466/12, destina-se a prestar esclarecimentos aos participantes da pesquisa intitulada “**Concepções de gestores em saúde sobre sua formação para atuarem no SUS**”. Prezado participante, sou Maílla dos Santos Silva mestranda da Universidade estadual do Sudeste da Bahia, atualmente sou membro de uma equipe de pesquisadoras coordenada pela Prof.^a Dr.^a Alba Benemerita Alves Vilela, Coordenadora do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**

– **Nível Mestrado da UESB em Jequié-BA**, e estamos realizando uma pesquisa científica, sobre “**Concepções de gestores em saúde sobre sua formação para atuarem no SUS**”, e gostaríamos de convidá-lo a nos honrar com sua participação.

Esta pesquisa pretende analisar o processo de trabalho dos gestores municipais que atuam no âmbito do SUS.

Todas as informações obtidas são confidenciais. O questionário e os termos de consentimento preenchidos por você serão guardados em armários trancados, onde somente as pessoas envolvidas no projeto terão acesso. As informações prestadas na entrevista serão utilizadas apenas para fins acadêmicos e o anonimato será garantido. Sendo que você poderá solicitar esclarecimentos adicionais a respeito da pesquisa em qualquer momento. A sua participação nessa pesquisa é voluntária e livre de qualquer remuneração. Você pode se negar a responder qualquer pergunta ou pode se retirar desse estudo a qualquer momento sem sofrer qualquer sanção ou constrangimento. Caso você aceite participar desta pesquisa, você deverá responder ao questionário aplicado, expondo, dessa maneira, sua opinião acerca do assunto abordado.

A pesquisa pode oferecer alguns riscos e desconfortos como a exigência de que os participantes dediquem algum tempo para participar da pesquisa, podendo prejudicar seu

desempenho nas funções rotineiras, mas afim de minimizá-lo, o período de coleta dos dados será informado antecipadamente para que tenham tempo e se programem para participar da pesquisa. Além disso, algumas perguntas podem causar constrangimento. Contudo caso o senhor (a) sinta-se desconfortável em responder alguma questão tem liberdade para não responder à questão que causou tal incomodo ou até deixar de participar da pesquisa.

Essa pesquisa trará muitos benefícios, pois a partir do conhecimento da prática profissional será possível refletir e identificar as lacunas que permeiam e dificultam o seu trabalho na gestão em saúde. Além disso, poderá ser utilizada para avaliar a necessidade de ações intersetoriais, com o intuito de promover qualificação para os gestores municipais, baseadas em suas necessidades reais percebidas da reflexão da prática profissional. Caso aceite participar da pesquisa, você precisará assinar duas vias do TCLE, sendo que uma das vias ficará com você e a outra será arquivada pelos pesquisadores por cinco anos. Eu, aceito participar do estudo intitulado “**Concepções de gestores em saúde sobre sua formação para atuarem no SUS**”, sob a responsabilidade da Prof^a Alba Benemerita Alves Vilela. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar sobre pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem implicar em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Assinatura do participante:

Ou digital

Jequié, ____ de _____ de _____

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

OFÍCIO DO NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE SUL AUTORIZANDO A COLETA

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Mariza Eduane Costa Pinheiro, ocupante do cargo de Coordenadora do Núcleo Regional de Saúde Sul, autorizo a coleta de dados do projeto **(Concepções de Gestores em Saúde sobre sua Formação para atuarem no SUS)** das pesquisadoras (Mailla dos Santos Silva e Dr^a Alba Benemerita Alves Vilela) após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Ilheus, 08 de Março de 2017

Mariza Eduane Costa Pinheiro
Coordenadora do Núcleo Regional de Saúde Sul
Mariza Eduane Costa Pinheiro
Mat. 192193442
COORDENADORA DO NRS - SUL

ANEXO B – PARECER DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/FAINOR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONCEPÇÕES DE GESTORES EM SAÚDE SOBRE SUA FORMAÇÃO PARA ATUAREM NO SUS

Pesquisador: Mailla dos Santos Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67199417.7.0000.5578

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.056.147

Apresentação do Projeto:

Em conformidade

Objetivo da Pesquisa:

Atual, relevante e de amplo interesse social

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em conformidade

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vale destacar a importância de subsidiar as reflexões sobre o interesse social em aperfeiçoar a gestão pública na saúde, instrumento indispensável à equidade e que, no contexto presente, se mostra debilitada por diversos fatores relevantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem eventos a destacar

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. São Luiz, nº 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Extensão 2º andar
Bairro: Bairro Candéias **CEP:** 45.055-080
UF: BA **Município:** VITÓRIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3161-1071 **E-mail:** cep@fainor.com.br



Continuação do Parecer: 2.056.147

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_898830.pdf	08/04/2017 14:21:55		Aceito
Orçamento	orcamento_cep.pdf	08/04/2017 14:20:47	Maílla dos Santos Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/04/2017 14:19:23	Maílla dos Santos Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep.pdf	08/04/2017 14:19:00	Maílla dos Santos Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaodiretor.pdf	08/04/2017 14:18:38	Maílla dos Santos Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_cep.pdf	08/04/2017 14:18:15	Maílla dos Santos Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	iniciacao_cep.pdf	08/04/2017 14:16:26	Maílla dos Santos Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	discente.pdf	08/04/2017 14:16:00	Maílla dos Santos Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	orientador_cep.pdf	08/04/2017 14:15:25	Maílla dos Santos Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	apreciacao_cep.pdf	08/04/2017 14:11:36	Maílla dos Santos Silva	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	08/04/2017 13:45:59	Maílla dos Santos Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA DA CONQUISTA, 10 de Maio de 2017

Assinado por:
ANA PAULA DOS SANTOS LIMA
(Coordenador)

Endereço: Av. São Luiz, nº 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Extensão 2º andar
Bairro: Bairro Candeias **CEP:** 45.055-080
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3161-1071 **E-mail:** cep@fainor.com.br