

POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NO PROCESSO DE GESTÃO: VISÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

Camila D'Ávila Lopes Alves¹
André Luis Alves de Quevedo²

1. INTRODUÇÃO

Conforme foi declarado na VIII Conferência Nacional de Saúde, saúde é “a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 41).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, as formas de gestão e atenção em saúde tiveram que ser colocadas em análise, no sentido de atender aos novos pressupostos da política pública de saúde que se desenhava. Assim, devido a diversas necessidades da vida humana, o trabalho em saúde não consegue ser uniforme e controlável, exigindo assim do gestor uma iniciativa contínua para respondê-las conforme a demanda apresentada (LITTIKE; SODRÉ, 2015).

Salienta-se assim que, com o advento do SUS surgiu uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver, produzir serviços e atenção à saúde com princípios antes não discutidos, como a universalidade de acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a participação popular, a autonomia das pessoas e a descentralização, que trouxeram uma nova de fazer a gestão em saúde (MATTA; MOROSINI, 2008).

Segundo Ornelas e Teixeira (2015), fazer a gestão do campo da saúde requer mais que os instrumentos e conhecimentos administrativos, pois em áreas mais abrangentes como a da saúde coletiva, apenas esses elementos seriam insuficientes para atuar no sistema público de saúde, pois não conjugaria todas as competências necessárias para atender à necessidade de gestão da saúde no país, reforçando assim a complexidade do papel e a responsabilidade do gestor de saúde.

O fato é que a gestão pública em saúde sempre será uma área que depende essencialmente da capacidade de escuta, de negociação, de tomar deliberação em conjunto e de avaliar, ou seja, de atuar de forma coletiva, articulada e integrada (CAMPOS, 2012). Ainda, é primordial compreender o processo de gestão em saúde pública como um pilar imprescindível da Saúde Coletiva; e, como um plano de produção política que cuida da vida humana, exigindo ser trabalhada sob uma perspectiva de justiça social (LITTIKE; SODRÉ, 2015).

Portanto, se as instituições públicas buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e seus objetivos institucionais é necessário discutir a gestão do trabalho, pois pensar e formular na área da gestão significa trabalhar em um complexo e vasto mundo, no qual os que produzem estes serviços e os que os gerenciam estão em permanente processo de interação e negociação (MATTA; MOROSINI, 2008).

¹ Enfermeira Especialista em Urgência e Emergência. Secretaria Municipal de Saúde de Imbé/RS. E-mail: miladlopes.alves@gmail.com

² Mestre em Epidemiologia (UFRGS). Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. E-mail: andre-quevedo@saude.rs.gov.br

O Estado do Rio Grande do Sul está dividido administrativamente em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS's). A CRS tem por função fortalecer o planejamento, acompanhamento e gestão das ações e serviços de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviço, com objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SANTOS, 2010, p. 7-8).

Aponta-se que, o gestor em saúde é um participante social e operacional fundamental na Saúde Pública, sendo este o secretário municipal, estadual ou federal (ministro) de saúde. Através dele as decisões técnicas-políticas são realizadas. Portanto, refletir sobre sua visão e atuação pode repercutir positivamente na gestão e nos processos de trabalho, impactando, em última análise, na situação de saúde da população.

Desta forma, o **objetivo** desta pesquisa foi conhecer o perfil dos secretários municipais da saúde de uma Coordenadoria Regional de Saúde e identificar as potencialidades e as fragilidades nos processos de gestão através da visão do gestor ou seus representantes.

2. METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa descritiva que, segundo Minayo (2015), responde a questões particulares, em uma realidade que não pode ser quantificada. Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. O estudo teve caráter exploratório que, segundo Gil (2002), objetiva tornar o tema mais familiar, com o intuito de formular hipóteses.

A pesquisa foi realizada, entre os meses de agosto a outubro de 2018, posterior às reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) de uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), que atende a duas Regiões de Saúde, correspondendo, desta forma, a vinte e três municípios. Foram incluídos como participantes deste estudo os secretários municipais da saúde destas Regiões de Saúde ou seus representantes que aceitaram participar da pesquisa. E, foram excluídos os que recusaram e os que não compareceram nas reuniões da CIR, após duas tentativas.

Acrescenta-se que, cada reunião da CIR (mensal ou outra periodicidade, conforme acordado entre os gestores) ocorria em municípios diferentes - objetivando facilitar o deslocamento e a participação de todos os gestores da Região de Saúde. Em respeito à organização da CIR uma coleta ocorreu em uma sala da CRS e outra em uma sala fornecida por um município que foi sede da reunião da CIR.

A coleta de dados se deu através de roteiro constituído de duas partes. Os pontos explorados no roteiro foram os seguintes: parte 1 - idade, sexo, escolaridade, profissão, tempo de atuação em gestão pública em saúde, tempo de atuação em outras áreas da gestão pública, ocupação anterior ao cargo de gestor público; parte 2 - descrição das potencialidades que o gestor ou seu representante identificava nos processos de gestão em saúde e que fortaleciam a sua atuação; descrição das fragilidades identificadas nos processos de gestão em saúde e que dificultavam a atuação do secretário municipal da saúde.

Todos os participantes foram orientados sobre a pesquisa antes de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi solicitada também ao coordenador da CRS a

assinatura do termo de autorização para a coleta de dados. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, técnica de pesquisa qualitativa indicada para encontrar respostas para questões formuladas e descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos. Foram utilizadas as fases da análise temática, orientada por Minayo (2015), que são: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Visando preservar a identidade dos participantes da pesquisa, os gestores ou seus representantes foram denominados com o termo “Gestor”, acompanhado da numeração de 1 a 14.

A pesquisa respeitou as orientações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que trata sobre a pesquisa de dados envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) e Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas (BRASIL, 2016). O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, sob o parecer nº 2.866.830.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos vinte e três municípios, foram entrevistados quatorze sujeitos. Dez eram secretários municipais de saúde e quatro representantes. Sete gestores não participaram por motivo de ausência e dois por recusa. Na coleta, todos que participaram foram de livre e espontânea vontade e não houve questionamentos acerca dos objetivos, da metodologia e do instrumento de coletas de dados da pesquisa.

Em relação ao perfil do gestor de saúde, quanto à escolaridade, foi relatada formação desde o ensino fundamental completo até pós-graduação, sendo que predominou o ensino superior completo. Quanto à idade variou de 28 a 73 anos, predominando a idade de adulto jovem. Destes, sete eram mulheres e sete eram homens. As profissões que apareceram foram: administração, enfermagem, fisioterapeuta, auxiliar administrativo, comerciante, técnico de enfermagem e motorista; sendo que entre essas predominou a profissão de enfermagem.

Quanto às experiências profissionais anteriores foi respondido: administrador, enfermeiro assistencial, fisioterapeuta, professora de educação infantil, professora de ciências, agente comunitário de saúde, agricultor, auxiliar administrativo, comerciante, empresário, vereador e técnico de enfermagem. Quanto ao tempo de atuação em gestão pública variou desde um a dezoito anos.

Sobre as potencialidades que facilitam a gestão, foi observada uma importância relacionada às equipes, principalmente na questão de união, engajamento, comprometimento e perfis para a função. Foi apontado igualmente que ser profissional da saúde, ter experiência na área e conhecimento da legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) facilita o processo de gestão; bem como a discussão e a avaliação dos processos da gestão.

“Ser profissional da saúde e o apoio da maioria dos funcionários.”
(Gestor 1).

“Discussão e avaliação do processo de gestão.” **(Gestor 2).**

“Aproveitamento do quadro funcional.” **(Gestor 3).**

“E o que mais fortalece é a união da equipe de trabalho do município.” (Gestor 7).

“Experiência na área da saúde.” (Gestor 8).

“Equipe comprometida.” (Gestor 9).

“Equipe técnica qualificada nas coordenações e formação na área da saúde.” (Gestor 11).

“Conhecimento de legislação em saúde que favorece diretamente o processo de gestão. E, conhecimento na área da saúde como profissional que facilita o processo de trabalho da gestão.” (Gestor 12).

“Bom conhecimento de saúde pública.” (Gestor 14).

Mattos e Schlindwein (2015) dizem que quando é difícil promover a subjetivação e o reconhecimento do próprio profissional no seu ambiente de trabalho acaba sendo ineficiente o desenvolvimento identificatório do indivíduo, e por fim sobram sofrimentos, mal-estares e adoecimentos, ou seja, provendo a falta de comprometimento e engajamento deste profissional na equipe.

Sabe-se que, no trabalho em equipe é imprescindível uma relação recíproca que transverse as intervenções técnicas e profissionais de diferentes categorias e que, através da cooperação contínua, seja possível produzir articulações das ações em saúde (PEDUZZI, 2001).

O SUS é regulamentado de tal forma que todo gestor possa ser guiado em suas ações pelas legislações vigentes. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 descreve a organização regionalizada e hierarquizada do sistema, que contempla todas as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, definindo também as Regiões de Saúde (BRASIL, 2011).

Saliente-se que, a preocupação em ofertar um cuidado de qualidade à população igualmente foi identificada pelos gestores municipais ou seus representantes entrevistados como um elemento facilitador do processo da gestão.

“Atuar na saúde da população.” (Gestor 4).

“Atenção à população com dedicação em atendimento ao anseio da comunidade em procura de saúde melhor.” (Gestor 5).

“Significante trabalhar em prol das pessoas que mais precisam.” (Gestor 7).

Também foi expressiva a resposta de que as reuniões da Comissão Intergestores Regionais (CIR), a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), as reuniões do Conselho das

Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS) e o apoio da administração pública municipal auxiliam fortemente na gestão pública em saúde.

“Apoio e autonomia da parte da gestão municipal e apoio da Coordenadoria Regional de Saúde.” (Gestor 1).

“Reuniões da CIR.” (Gestor 2).

“Apoio do gestor (prefeito) e apoio e bom relacionamento com a CRS.” (Gestor 8).

“Administração municipal com ênfase na saúde.” (Gestor 9).

“CIR e COSEMS.” (Gestor 10).

“Apoio do gestor público.” (Gestor 11).

A CIR, para Santos e Campos (2015), é como um elemento essencial nos acordos solidários visando a equidade regional no SUS. Isto porque a CIR atua no planejamento em saúde das Redes de Atenção a Saúde (RAS), conforme a Portaria 4.279, de 30 de dezembro 2010. Sobre o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS), esse é uma entidade técnica e política que:

tem por finalidade lutar pela gestão municipal de Saúde, congregando secretários e dirigentes e funcionando como órgão permanente de intercâmbio e troca de experiência. Participa da gestão das políticas públicas em nível estadual e nacional e atua para que a Saúde nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul seja a melhor possível. (COSEMS/RS, s. d.).

Quanto ao apoio da gestão municipal, Aleluia et al. (2017) também afirmam ser fundamental nos processos de gestão - pois quando este não existe ou é ineficiente é inevitável a presença de obstáculos para gerenciar o cuidado em saúde na rede.

Apareceram também relatos sobre a Atenção Básica, e especificamente sobre o processo da planificação e o trabalho em rede como potencializadores no processo da gestão em saúde.

“Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família (ESF).” (Gestor 6).

“Empoderamento da comunidade nos processos da atenção básica e nos cuidados onde há maior incidência de consultas do tipo obesidade, cardiopatias, terceira idade.” (Gestor 13).

“Planificação da atenção básica para torná-la mais resolutiva e o trabalho em rede.” (Gestor 14).

Sabe-se que, o SUS ainda necessita do fortalecimento e da qualificação da Atenção Básica como aquela que realmente organiza a rede de cuidados em saúde, buscando diminuir

as barreiras de acesso e as fragmentações das políticas e programas de saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

Nesse sentido, quanto à Planificação da Atenção à Saúde ela faz parte de uma das ações realizadas no Rio Grande do Sul, que tem como pressupostos problematizar e produzir reflexão sobre o papel da Atenção Primária em Saúde como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado dos usuários. E, a partir de então, fornecer apoio técnico à gestão municipal para qualificar as equipes de saúde e organizar a rede de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Nessa linha, aponta-se que, uma das propostas mais abrangentes da Atenção Primária à Saúde (APS) é a Saúde da Família, que foi criada pelo Ministério da Saúde a partir de 1994, buscando integrar ações preventivas e curativas em territórios definidos, com equipes constituídas por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Paula et al. (2017, p. 243) ao avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) apontam que, “as ações desenvolvidas nesse âmbito devem privilegiar práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, centradas no usuário e que permitam o desenvolvimento de sua autonomia.”.

Como potencialidades também foram apontadas a capacidade de mediar conflitos e o “espírito conciliador”.

“Capacidade de mediar conflitos entre servidores.” (Gestor 12).

“Espírito conciliador.” (Gestor 14).

Pires (2008) discute a questão do conflito a partir da reflexão da “divisão técnica do trabalho em saúde”. Segundo a autora é comum no cotidiano, a maior valorização de algumas responsabilidades em relação às outras, mesmo diante do “trabalho multidisciplinar ou coletivo”.

De fato os conflitos e contradições entre as categorias profissionais da saúde sempre irão existir, por isso é necessário aprender a conviver com estas polaridades e criar espaços para que elas possam ser trabalhadas, considerando os interesses de todos os envolvidos. Para isso, Campos (1998) sugere a ideia de uma “máquina gerencial instituinte”, onde os envolvidos poderiam ter liberdade para atuar, porém assumindo os riscos de acordo com os compromissos, não deixando de respeitar a gestão ou instituição a que pertencessem.

Oliveira et al. (2017) reforçam que é importante a presença de um ator-chave que tenha capacidade de mediar, pois assim se torna possível a criação de um ambiente favorável para práticas inovadoras e o estabelecimento de vínculos, que facilitam as intervenções quando necessárias. Nesse sentido, é importante que o gestor saiba valorizar os trabalhadores da equipe a fim de identificar qualidades e necessidades de formação, para evitar conflitos e quando esses surgirem ter a capacidade de conciliá-los.

Apesar dos conceitos de apoio matricial e apoio institucional não aparecerem explicitamente nas entrevistas como fatores que facilitam a gestão, puderam ser percebidos através de falas relacionadas à valorização da equipe de saúde e do apoio da administração pública municipal, bem como o apoio da CRS, da CIR e do COSEMS/RS.

Conforme Campos (2012) no apoio matricial prevalece a cogestão de relações interprofissionais, é o cogoverno através do trabalho de equipe. Porém, o fato é que isto só

será possível quando dentro desses espaços todos reconhecerem o “outro” como sujeito capaz de desenvolver capacidades analíticas e habilidades específicas. Só assim se torna possível trabalhar em cogestão.

Em contraposição o apoio institucional é mais difícil de ser implantado, pois tem relação direta à figura do gestor. Isto significa que, nesses espaços de cogestão acabará prevalecendo o projeto governamental, já que a maioria dos gestores são cargos de confiança (CAMPOS, 2012). Então, mesmo que nestes espaços de gestão tenha a coparticipação dos trabalhadores e dos usuários nos processos de gestão, essa tensão de forças e de relações de poder sempre acaba aparecendo.

Sobre as fragilidades que dificultam a gestão, segundo os entrevistados, a maior ênfase foi na falta de recursos financeiros e na burocracia do Sistema Único de Saúde.

“Falta de recursos financeiros.” (Gestor 2).

“A saúde tem limite para folha de pagamentos.” (Gestor 4).

“Parcos recursos estaduais e federais em atenção básica de saúde.” (Gestor 5).

“[...] falta de recursos financeiros [...] Dificultam a burocracia que entrava o andamento na área da saúde, dificultando o acesso à população.” (Gestor 7).

“Burocracia e atrasos nos repasses financeiros.” (Gestor 8).

“Burocracia.” (Gestor 9).

“Burocracias e papéis.” (Gestor 10).

“Poucas verbas.” (Gestor 11).

“Falta de recursos financeiros.” (Gestor 12).

“Município com baixa arrecadação.” (Gestor 14).

O termo burocracia parece ser empregado pelos gestores municipais ou seus representantes numa perspectiva negativa. No entanto, sinaliza-se que na gestão pública a burocracia faz parte dos mecanismos que buscam evitar a má-utilização da “maquina pública” (leia-se Estado) pelos agentes públicos; objetivando assim, em última análise, a transparência e o atingimento dos fins e funções estatais.

Santos e Campos (2015) apontam a queixa dos gestores quanto ao financiamento insuficiente, pois esses acreditam que deveria existir mais equidade no rateio dos repasses - sendo este realizado considerando a questão da regionalização da saúde. Pode-se dizer que, o SUS é “cronicamente subfinanciado” e tal fato produz grandes consequências negativas; já que enquanto outros países com sistemas públicos gastam entre 7% e 9% do seu PIB, o sistema de saúde brasileiro investe apenas 3,7% (CAMPOS, 2015).

Desde a criação do SUS, com a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, existe um subfinanciamento importante do sistema remetendo ao seu desmonte. Tal fato ficou agravado pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que congelou o orçamento público por um período de vinte anos (BAHIA, 2018).

Conforme Paim (2018, p. 1725), “com insuficientes recursos o SUS enfrenta problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para ampliação da infraestrutura pública”.

Rizzotto (2008) fala sobre a “noção de focalização” - segundo a qual o SUS deve ter prioridade de suas ações, favorecendo as camadas menos favorecidas da população. Porém, o mesmo relata que isso contradiz o princípio de universalidade, pois afinal o SUS é de todos para todos. Assim, sobressai a discussão sobre a equidade, na qual essa distribuição do recurso financeiro interfere, seja nos grupos sociais e/ou nas regiões geográficas (ESCOREL, 2008).

Como fragilidades no processo de gestão, os entrevistados também relataram a equipe não comprometida, a falta de interesse por parte dos profissionais, a falta de perfil, a falta de apreço dos trabalhadores pelo que fazem e a falta de pessoal.

“Funcionários que não gostam de trabalhar na área e desmotivam os demais.” (Gestor 1).

“Falta de pessoal.” (Gestor 4).

“Fragilidade com pessoal.” (Gestor 6).

“[...] falta de recursos [...] humanos.” (Gestor 7).

“Falta de perfil/comprometimento de determinados servidores.” (Gestor 8).

“Horário dos médicos.” (Gestor 9).

“Falta de interesse e perfil dos profissionais; a e a gestão de pessoal.” (Gestor 11).

“Falta de capacitação de pessoas para ocuparem cargo de relevância e acomodação de funcionário público concursado.” (Gestor 14).

Campos (1998) acredita que se torna possível a produção de maior compromisso, dedicação e orgulho pelo trabalho quando há um espaço para refletir sobre os conflitos que ocorrem nas equipes, aumentando a capacidade de ouvir e expor críticas, bem como aceitar as dificuldades, realizar negociações e consensos.

Foi declarado ainda que a intervenção política atrapalha o trabalho do gestor, seja por parte da oposição partidária, administração pública municipal atual ou até mesmo o Controle Social que às vezes é utilizado como “órgão de oposição” política.

“Intervenção política da oposição do município, ou seja, vereadores que não aprovam os projetos necessários para o bom funcionamento da saúde e pessoas que criticam, boicotam o trabalho por motivos políticos; e, o Conselho Municipal de Saúde que é utilizado como órgão de oposição política pelo ex-secretário, que é presidente.” (Gestor 1).

“Interferência política no processo de trabalho da gestão.” (Gestor 12).

Pacheco Júnior e Gomes (2016) entrevistaram gestores da saúde pública e foi apontado sobre a importância do engajamento da equipe e da influência política. Segundo os autores, o aumento da autoestima institucional só acontecia a partir dos servidores estimulados e da diminuição das pressões políticas externas, pois geralmente no cenário estudado a pressão era constante.

Os entrevistados relataram também que a cultura da população, as desigualdades sociais e a transição demográfica produzem desafios para os processos de gestão.

“Velocidade do crescimento desordenado da população que não acompanha os recursos.” (Gestor 3).

“Hiperutilização de medicamentos.” (Gestor 9).

“Falta de educação e ‘cultura’ por parte dos usuários.” (Gestor 11).

“População pobre e com a maioria de aposentados e crianças; a maioria com pouca ‘cultura’.” (Gestor 14).

Salienta-se que, o Brasil vem passando por um processo de transição demográfica e epidemiológica caracterizado pelo envelhecimento populacional e por uma tripla carga de doenças, a saber: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o aumento das doenças crônicas e de seus fatores de riscos (como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada); e o forte crescimento das causas externa (MENDES, 2010, p. 2298). E isso somente poderá ser enfrentado com uma Atenção Primária à Saúde resolutiva capaz de coordenar o sistema de saúde e ordenar efetivamente o cuidado dos usuários.

Ainda, foi relatado que o pouco envolvimento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e das equipes com a comunidade também dificulta o processo de gestão em saúde.

“Pouco envolvimento ou distância do ACS e unidades de saúde com as comunidades mais pobres e mais numerosas.” (Gestor 13).

Os ACSs são personagens-chave na implantação de políticas públicas de saúde e consequentemente na gestão em saúde (GOMES et al., 2010). A relação entre vínculo dos profissionais com os usuários e o sucesso da reabilitação da saúde, bem como a eficaz promoção do bem-estar e prevenção de doenças, é inquestionável, até mesmo pelas evidências

internacionais, pois ela diminui a mortalidade, a internação, a medicalização, além de ampliar e qualificar o trabalho em saúde (LILLEFJELL et al., 2018).

Portanto, é imprescindível que o gestor incentive a fomentação dos vínculos nos processos de trabalho, facilitando esta articulação sempre que possível, incluindo verdadeiramente esse conceito nos modelos de atenção (CAMPOS, 2012).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das entrevistas, relacionado ao perfil do secretário municipal de saúde ou seu representante foi percebido um gestor graduado, adulto jovem e com alguma experiência em saúde ou na gestão pública.

Pela análise dos dados empíricos percebe-se o desafio de fazer a gestão municipal em saúde, na perspectiva da regionalização em saúde, especialmente com recursos escassos e a burocracia pública. Ainda, parece haver uma dificuldade dos gestores municipais em reconhecer como potencialidades no processo de gestão em saúde o conselho municipal de saúde, a avaliação e o monitoramento dos indicadores e a educação permanente.

Esse estudo, ao se propor conhecer o perfil dos secretários municipais de saúde ou seus representantes, identificando potencialidades e fragilidades no exercício da gestão, é um material potente para avançar na consolidação do SUS na perspectiva de planejar ações concretas dessas questões, na perspectiva da regionalização em saúde.

Por fim, aponta-se que as considerações do presente estudo não podem ser generalizadas, já que foram produzidas a partir da perspectiva de pesquisa qualitativa. Nesse sentido, fica sinalizada a pertinência de realização de futuros estudos a respeito de gestão pública em saúde, um processo em constante mudança, com desafios pautados em dificuldades e potencialidades que exigem inovação, processos de invenção e novas formas de gerir pelos atores públicos.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, Italo Ricardo Santos et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 22, v. 6, p. 1845-1856, jun. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>. Acesso em: 21 nov. 2018.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00067218, ago. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00067218>. Acesso em: 17 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 21 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Brasília/DF, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 22 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 21 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília/DF, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, 191-A, 05 out. 1988, p. 1. Brasília/DF, 1988a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 out. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 de set. 1990, p. 18055. Brasília/DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso: 02 nov. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, abr. 2012. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/3851/4155>. Acesso em: 21 nov. 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. El Sistema Único de Salud de Brasil: entre la intención y el gesto. **Salud Colectiva**, Lanús, v. 11, n. 4, p. 469-470, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.783>. Acesso em: 21 nov. 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400029>. Acesso em: 21 nov. 2018.

COSEMS/RS. Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul. Quem somos. Disponível em: <https://www.cosemsrs.org.br/quem-somos>. Acesso em: 27 ago. 2018.

ESCOREL, Sarah. Equidade em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 202-210. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Karine de Oliveira et al. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, dez. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400005>. Acesso em: 21 nov. 2018.

LILLEFJELL, Monica et al. Governance for public health and health equity: The Trondelag model for public health work. **Scandinavian Journal of Public Health**, Trondheim, v. 46, n. 22, p.37-47, jun. 2018. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1403494818765704>. Acesso em: 21 nov. 2018.

LITTIKE, Denilda; SODRÉ, Francis. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3051-3062, out. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.00042015>. Acesso em: 21 nov. 2018.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção à Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 39-44. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018

MATTOS, Cristiane Brum Marques de; SCHLINDWEIN, Vanderléia de Lurdes Dal Castel. “Excelência e produtividade”: novos imperativos de gestão no serviço público. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 322-331, maio/ago. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p322>. Acesso em: 21 nov. 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 21 nov. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. esp., p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: 17 dez. 2019.

OLIVEIRA, Sydia Rosana de Araujo et al. Strategic factors for the sustainability of a health intervention at municipal level of Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 1-11, jul. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00063516>. Acesso em: 21 nov. 2018.

ORNELAS, Antonio Lima; TEIXEIRA, Maria Gracinda Carvalho. Intersetorialidade ou diálogos setoriais? reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos, Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 659-670, jul./set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151060003008>. Acesso em: 21 nov. 2018.

PACHECO JÚNIOR, José Márcio da Cunha; GOMES, Romeu. Tomada de decisão e alta administração: a implantação de projetos de mudanças de gestão da clínica em hospitais do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2485-2495, ago. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.20012015>. Acesso em: 21 nov. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 17 dez. 2019.

PAULA, Weslla Karla Albuquerque Silva de; SAMICO, Isabella Chagas; CAMINHA, Maria de Fátima Costa; BATISTA FILHO, Malaquias; FIGUEIRÔA, José Nata. Orientação Comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 242-248, abr. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700020113>. Acesso em: 08 nov. 2019.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>. Acesso em: 21 nov. 2018.

PIRES, Denise Elvira. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 130-135. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/planificacao-da-atencao-primaria-a-saude>. Acesso em: 21 nov. 2018.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. Focalização em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 221-225. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200004>. Acesso em: 21 nov. 2018.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, jul./set. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004>. Acesso em: 21 nov. 2018.

SANTOS, Neusa Maria dos. A organização da saúde no Rio Grande do Sul. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 1-10. 2010. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file124a1536ef0f9984e8db2e4a5391cd09.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2019.