

GESTÃO EM SAÚDE: DIFICULDADES E LIMITAÇÕES

EMILIA SOARES CHAVES*
 NÍOBE GUIMARÃES FERNANDES**
 RAIMUNDA SHEYLA DE LIMA***
 DANICLEIDE MAIA PAIVA****
 HALISON CAVALCANTE SARAIVA*****

RESUMO

Este estudo visa abordar a temática *Gestão em Saúde*, tendo em vista a importância da atuação dos secretários de saúde no âmbito municipal e sua expressiva contribuição para a implementação das políticas de saúde. Tem como objetivos avaliar as dificuldades e limitações existentes na gestão em saúde, assim como conhecer as prioridades e metas a serem atingidas no processo de gestão pública municipal em saúde dos atuais secretários de saúde pertencentes a 9^o Coordenadoria Regional de Saúde, a qual se compõe pelos municípios de Russas, Morada Nova, Palhano, Jaguaruana e Jaguaratama. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2014. Aplicou-se um instrumento em formato de questionário fechado aos Secretários Municipais de Saúde. Tal instrumento foi aplicado pelos próprios pesquisadores. Organizou-se e analisou-se os dados coletados seguindo os passos recomendados pela análise de conteúdo de Bardin. O mesmo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNILAB. Os resultados revelaram como perfil dos dirigentes consultados: predominância do sexo feminino; faixa etária predominante: 40-48 anos; e estado civil predominante: casados. Em sua totalidade, apresentaram nível superior; em sua maioria provinda da área da saúde e já ocuparam cargo de gestão pública anteriormente ao atual. Sendo distribuídos e organizados os dados em 3 categorias temáticas (construídas após análise categorial dos achados): Prioridades da gestão pública em saúde; Metas da gestão pública em saúde; Dificuldades e limitações na execução da gestão pública em saúde. Concluiu-se, portanto,

que os gestores municipais de saúde compreendem o desafio ao qual são chamados: de atuarem como condutores proativos, autônomos e crítico-reflexivos dos sistemas institucionalizados de ação pública em saúde. Porém, torna-se claro que para a efetiva e integral implantação do SUS são imprescindíveis mudanças de caráter político e social nos padrões de gestão e de interação profissional/implantação de ações.

Palavras-chaves: Gestor. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to broach the *Health Care* issues, in view of the importance of the health secretaries' performance at the municipal level and its significant contribution to the implementation of health policies. Aims to assess the existing difficulties and limitations in health management, as well as meet the priorities and goals to be achieved in the municipal public management process in health of current health secretaries incident to 9th Regional Health, which is composed by the municipalities of Russas, Morada Nova, Palhano, Jaguaruana and Jaguaratama. The data collection occurred in April and May 2014. Applied an instrument of semi-structured to Municipal Health questionnaire format. These instruments were administered by the researchers themselves. Organized and analyzed the data collected following the steps recommended by content analysis of Bardin. It has been examined and approved by the Ethics Committee in Research of the Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-

* Enfermeira, Mestre em Enfermagem Clínica Cirúrgica, Doutora em Enfermagem. Professora Efetiva da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

** Enfermeira, Residente em Saúde da Família e Comunidade.

*** Assistente Social, Atuação em Centro de Atenção Psicossocial II.

**** Assistente Social, Especialista ([Lato-Sensu](#)) em Direito Previdenciário. Atuação em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)

***** Enfermeiro, Especialista ([Lato-Sensu](#)) em Enfermagem Obstétrica e em Enfermagem do Trabalho, Professor de Escola Estadual de Educação Profissional em 10^a CREDE-CE.

Brasileira. The results revealed the profile of respondents leaders: female predominance; predominant age range: 40-48 years; and predominant marital status: married. In its entirety, they had university level; Most stemmed in your healthcare and have held public office prior to current management. Being distributed and organized the data into 3 themes (built after categorical analysis of findings): Priorities for public health management; Goals of public health management; Difficulties and constraints in the implementation of public health management. Therefore, it was concluded that the local health managers understand the challenge that are called: they act as proactive, self-reflective and critical of institutionalized systems of public health action conductors. However, it becomes clear that for the full and effective implementation of the SUS are fundamental changes in political, and social patterns of interaction and professional management / implementation of actions.

Keywords: Manager, Health Care, Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente, gestão significa ter foco em resultados, considerando objetivos e metas pré-estabelecidos. Fazer gestão objetiva alcançar expectativas de um futuro melhor em relação ao presente. Em se tratando da saúde significa menos doença, mais vida. Esta é uma das tarefas dos gestores da saúde: “propiciar e facilitar a organização da sociedade para que se possa superar desafios que impedem as pessoas de viver mais e melhor” (BARBOSA; CARVALHO, p. 16, 2010).

Diante das inúmeras contradições que se convive no meio

social, a saúde há muito tempo ocupa lugar de destaque no cenário nacional. O setor saúde inquieta os estudiosos antes mesmo da chegada da colônia Portuguesa em nosso território.

Os serviços de saúde pública oferecidos no Brasil, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), é alvo de inúmeras críticas devido à atual qualidade da assistência prestada à população. E, considerando-se que a saúde é direito de todos e dever do Estado, tal assistência deve ser de plena eficiência e qualidade, ratificando, assim, a responsabilidade e dever do Estado de garantir o bem estar social para todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 1990).

Conforme Constituição de 1988, a saúde, juntamente com a previdência e assistência social, compõem a seguridade social, a qual almeja a garantia dos direitos sociais no Estado democrático de direito. Já regulamentada pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1980 - que dispõe *in verbis* no Título I – a saúde: “[Art. 2º]... é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”; igualmente subscrito nos seguintes incisos:

“o dever do Estado de garantir a saúde consiste na

formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (BRASIL, 1980).

E conforme Art. 3º de Lei 8.080, tem-se que a saúde possui fatores determinantes e condicionantes, como: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Estes, por sua vez, se expressam na forma de indicadores de saúde, sinalizando o nível de saúde da população, bem como, a organização social e econômica do País ou de um determinado território. Ademais, em seu parágrafo único, as ações de saúde se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1980).

Considerando o nível de saúde de nosso país, os secretários de saúde deparam-se com hostis realidades que aguardam serem lapidadas. Este

aspecto é evidenciado pelas sequelas sociais que afetam diretamente a saúde, com inadequado funcionamento e limitados recursos materiais e humanos (CASSIA; BARBOSA; SILVA, 2005).

Porém, o SUS possui a missão revolucionária de atender as demandas e necessidades da população, agindo de forma intervencionista frente aos determinantes sociais da saúde e em consonância às mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais. Responsabilidade e desafio estes que acabam por refletir naqueles que realizam a organização e gestão pública do setor da saúde (COSTA; SALAZAR, 2008).

Torna-se, desta forma, necessária a avaliação do modelo administrativo dos gestores responsáveis pelos serviços do SUS, de modo que se possa mensurar o envolvimento e preocupação dos mesmos em desenvolver políticas públicas e intervenções que visem solucionar os problemas de saúde que afligem a sociedade.

A partir do contexto apresentado, optou-se desenvolver um estudo abordando essa temática, tendo em vista a importância da atuação dos secretários de saúde no âmbito municipal, entendendo que estes

devem contribuir de forma expressiva para a implementação da política de saúde, exercendo sobremaneira uma interlocução hábil com a sociedade em geral.

A pesquisa possui, assim, como relevância a identificação de elementos pertinentes sobre a gestão em saúde, no intuito de compreender as múltiplas influências geradas pelas transformações sociais. Permitindo também compreender a sistematização que envolve o processo de gestão em saúde.

Acredita-se que o presente trabalho reveste-se de considerável eminência social, por ser uma forma de possibilitar a reflexão, vislumbrando adequações teórico-práticas de desenvolvimento das ações de gestão pública do Sistema Único de Saúde (SUS) a médio e/ou longo prazo sob um novo olhar dos profissionais de saúde, gestores e a sociedade, resultando conseqüentemente em uma maior satisfação para os usuários do SUS.

Portanto, a partir de informações de atuais secretários de saúde relacionados às dificuldades vivenciadas em gestão pública em saúde, espera-se responder ao anseio de melhor conhecimento e entendimento da realidade dos serviços públicos de saúde, podendo assim

melhor definir as atribuições dos gestores municipais de saúde e limitações destes na aplicação dos recursos de saúde nos municípios envolvidos na pesquisa.

Diante desta perspectiva, o presente trabalho possui a finalidade de avaliar quais as dificuldades e limitações existentes, bem como conhecer as prioridades e metas a serem atingidas no processo de gestão pública em saúde dos atuais secretários municipais de saúde pertencentes a 9ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) – Russas, que abrange as cidades de Russas, Morada Nova, Palhano, Jaguaruana e Jaguaratama.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar as dificuldades e limitações existentes no processo de gestão pública em saúde.

2.2 Específicos

Conhecer as prioridades e metas a serem atingidos durante a gestão dos secretários municipais de saúde;

Identificar as dificuldades mais comuns existentes entre os gestores em sua atuação.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória com abordagem

qualitativa, visto que ambas podem possibilitar conhecer mais profundamente os sujeitos do estudo.

Foi realizada uma pesquisa de campo, financiada pelos pesquisadores responsáveis, com os cinco atuais secretários municipais de saúde da 9ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), composta pelos municípios de Russas, Morada Nova, Palhano, Jaguaruana e Jaguaretama.

A coleta de dados aconteceu por meio da aplicação de questionários fechados aos secretários de saúde nos meses de abril e maio de 2014, nas respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios anteriormente citados.

Tal instrumento de coleta compõe-se de itens que abordaram informações sócias demográficas, de formação profissional, experiência, capacitação e atuação na gestão. O qual foi aplicado pelos pesquisadores responsáveis após os mesmos serem informados da autorização do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (parecer nº 611.650/2014). Os sujeitos do estudo foram esclarecidos sobre a pesquisa e, ao aceitarem participar da mesma, assinaram o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido – TCLE, conforme a Resolução nº466/96, do Conselho Nacional de Saúde. Atentando-se que os questionários foram identificados pelas letras A, B, C, D e E, de acordo com ordem aleatória de sequência de aplicação dos mesmos.

O risco de constrangimento ou receio em responder algum item que julgassem poder prejudicar a gestão superior foi minimizado pelo termo de confidencialidade que os pesquisadores assinaram e que deixaram uma cópia com os sujeitos do estudo. E como benefício aos sujeitos participantes apresentou-se a proposição do estudo em compreender as dificuldades - e suas possíveis justificativas - que a gestão em saúde enfrenta, ou seja, a pesquisa atuando como meio potencial de conscientização da população e da gestão superior em prol da minimização dessas dificuldades.

Os dados coletados foram organizados e analisados seguindo os passos recomendados pela análise de conteúdo de Bardin (2011), mais especificamente, com a etapa de categorização das informações. A análise de conteúdo de Bardin (2011, p. 38) é definida como “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo

das mensagens”. A técnica de análise de conteúdo foi desenvolvida a partir das seguintes etapas: pré-analíticas; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Para a exploração do material, realizaram-se leituras sobre os relatos obtidos e assim, criados unidades de contexto e de registro dos resultados, desmembrando em unidades, a partir dos diferentes núcleos de sentido. Posteriormente, os resultados foram reagrupados em classes ou categorias. Para a inferência e interpretação dos resultados, submeteram-se os conteúdos obtidos às análises reflexivas a partir da literatura pertinente ao tema (BARDIN, 2011).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da Amostra

Os questionários foram aplicados entre os meses de abril e maio de 2014, com quesitos acerca de direção e práticas de gestão pública governamental em saúde, direcionando-se a determinados atributos (afinidades e dificuldades) da capacidade de governo, estes relacionados principalmente aos processos de formulação de políticas e planejamento em saúde, à programação interna, ao

processo decisório, aos sistemas de direção estratégica, à implementação de inovações tecnológicas em saúde e em gestão.

No presente estudo contamos com 5 profissionais ligados à gestão dos municípios componentes da 9ª CRES-CE. E, mediante análise de dados, evidenciou-se como caracterização do perfil dos dirigentes consultados: predominância do sexo feminino (3 dirigentes); faixa etária predominante: 40-48 anos (4 dirigentes); e estado civil predominante: casados (3 dirigentes). Bem como, observou-se que os secretários, em sua totalidade, apresentam nível superior, não havendo ocorrência entre os mesmos de formação de níveis fundamental ou médio. No quesito remuneração, não se contabilizou nenhuma renda entre 1-4 salários mínimos; 3 possuem remuneração de 4-5 salários mínimos, e apenas 2 ganham acima de 5 salários (Tabela 1).

Considerando-se os quesitos nível educacional, experiência e capacitação profissionais, foi detectado que a maioria é provinda da área de saúde (1 fonoaudióloga, 2 cirurgiões-dentistas, 1 enfermeira, 1 administrador de empresas), dos quais três deles possuem pós graduação (1 em Saúde Pública, 1 em Gestão em Serviços de

Saúde, 1 Gestão Pública na área da saúde); ressaltando-se que três deles já ocuparam cargo de gestão pública anteriormente ao atual (Tabela 2)

Variáveis	Frequência Absoluta (FA)	Frequência Relativa (FR)
Sexo		
Masculino	2	40%
Feminino	3	60%
Total	5	100%
Faixa Etária		
30 – 40	-	-
40 – 50	4	80%
50 – 60	1	20%
Total	5	100%
Escolaridade		
Fundamental	-	-
Médio	-	-
Superior	5	100%
Total	5	100%
Renda		
De 1 – 2 Salários	-	-
De 3 – 4 Salários	-	-
De 4 – 5 Salários	3	60%
Acima de 5 Salários	2	40%
Total	5	100%
Estado Civil		
Casado	3	60%
Solteiro	1	20%
Viúvo	1	20%
Total	5	100%

Tabela 1 – Caracterização dos gestores municipais de saúde da 9ª CRES do Estado do Ceará, 2014.

Fonte: Pesquisa direta

Do mesmo modo, segundo Rosso *et al* (2013), verificou-se que a maioria dos gestores de saúde de Goiânia-GO encontra-se na faixa etária acima de 31 anos, sugerindo determinada maturidade e experiência acumulada em serviços de saúde, fato este que,

conforme o autor, proporciona influências positivas no desenvolvimento da gestão. E, possivelmente devido a esta maturidade etária, que a maioria dos gestores participantes do presente estudo tenha estado civil casado.

Ainda em estudos de Rosso *et al* (2013) houve predomínio do sexo feminino nos cargos de gestão em saúde, sendo este justificado pela intensa participação feminina na área da saúde (principalmente nas áreas de nutrição, enfermagem e psicologia). Diferentemente do observado em estudos de Boniatti (2012), onde 76% dos gestores municipais de saúde componentes da 11ª Coordenadoria de Saúde da região do Alto do Uruguai/RS são do sexo masculino.

De forma semelhante, porém não igual, aos gestores participantes do estudo Boniatti (2012), que a maioria (72%) possui nível técnico e nível superior completo como formação escolar, bem como já possuem experiência no setor público, apesar de não possuir formação na área da saúde, os gestores da 9ª CRES aqui tratados possuem em sua totalidade (todos os cinco) nível superior completo. Podendo-se evidenciar, a partir disso, que os gestores estão buscando maior conhecimento técnico-

científico e qualificação profissional e, por conseguinte, tendo isto refletido em melhores remunerações. Tal qualificação pode ser melhor identificada nos traços registrados logo a baixo, em Tabela 2, onde são descritos de o nível educacional e profissional dos respectivos gestores envolvidos na pesquisa.

Variáveis	Frequência Absoluta (FA)	Frequência Relativa (FR) %
Pós-Graduação:		
Na área de Gestão	2	40%
Em outra área	1	20%
Nenhuma	2	40%
Total:	5	100%
Ocupação Anterior de Cargo Público:		
Sim	3	60%
Não	2	40%
Total	5	100%

Tabela 2 – Distribuição dos gestores municipais de saúde da 9ª CRES do Estado do Ceará segundo nível educacional, experiência e capacitação, 2014.

Fonte: Pesquisa direta

Com relação à qualificação profissional para o cargo de gestão, 1 mencionou ter concluído pós-graduação em Saúde Pública e outros 2 realizaram curso de pós-graduação específico para área de gestão, distinguindo-se de resultados obtidos em estudo de Rosso *et al* (2013), no qual a grande maioria (80%) dos gestores dos Distritos Sanitários de Goiânia afirmaram ter

realizado cursos de qualificação específicos para a gestão em saúde.

Observando-se os questionários em estudo, bem como em consonância com Ribeiro (2012), nota-se que parte significativa (60%) dos secretários já tinha experiência na gestão da saúde, exercendo anteriormente cargos em secretaria em mesmo município ou em município distinto ao atual através de indicação política. Distintamente dos gestores municipais de saúde da região do Alto Uruguai/RS participantes de estudo de Boniatti (2012), que, em sua maior parte, já possuem experiência no setor público, mas não possuem formação na área da saúde; sugerindo existir preferência pelo conhecimento adquirido na convivência do ambiente de trabalho em detrimento dos conhecimentos de formação técnico-científica para a definição de seus cargos de gestão.

Dando continuidade, distribuiu-se os dados em 3 categorias temáticas construídas após análise categorial dos achados – extraídos dos questionários - acerca das prioridades e desafios existentes no processo de gestão pública em saúde e discussão dos mesmos com base no referencial teórico, assim como se considerando os objetivos da pesquisa. Como subsídio

para a categorização, foi utilizada a análise de conteúdo de estudos semelhantes ao presente. São descritas a seguir as três categorias temáticas: Prioridades da gestão pública em saúde; Metas da gestão pública em saúde; Dificuldades e limitações na execução da gestão pública em saúde.

4.2 Categorização

4.2.1 Prioridades da gestão pública em saúde

Para Tobar, (2002), uma organização possui mais chances de alcançar estabilidade e solidez quando consegue identificar e elencar seus problemas e, a partir disso, definir suas prioridades para bem cumprir suas responsabilidades e metas. Consistindo a problemática do modelo de gestão pública na definição de prioridades, do serviço, no planejamento e implementação de decisões, visto que quando prioridades definidas e conhecidas por todos que compõem a organização tornar-se mais fácil a resoluta busca e alcance das mesmas.

Em estudo realizado em 2014 pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (Cepam), 94% dos chefes do Executivo Municipal participantes do estudo (prefeitos eleitos para o período 2013-2016) apontaram a saúde como prioridade da

atual gestão, seguida por Educação, Habitação e Administração/Gestão Pública. E para assegurar o acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde faz-se de suma importância o fortalecimento da gestão municipalizada do SUS, o qual depende, sobretudo, da decisiva participação dos prefeitos e de seus secretários de Saúde, sendo, assim, os principais responsáveis pela definição de prioridades na SMS provenientes da demanda política, financeira, administrativa e externa.

Segundo Ministério da Saúde (2001), a gestão municipal de saúde tem notável contribuição na efetivação da descentralização do SUS, atuando nos processos de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Sendo claramente ratificado em Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 do Ministério da Saúde como responsabilidades da gestão municipal: a garantia da integralidade das ações de saúde aos indivíduos e famílias, a promoção da equidade na atenção a saúde; a participação no financiamento tripartite do SUS; a execução e gerência das ações e serviços de atenção básica; organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada

(através das Redes de Atenção à Saúde); gerir e executar a vigilância em saúde no âmbito local; desenvolver os processos de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação; elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde. As prioridades podendo se originar da Demanda: entendida como a procura da sociedade por serviços de saúde; Necessidade: entendida como algum distúrbio na saúde e bem-estar da população; Crise: situações geradas por epidemias, catástrofes, acidentes, denúncias relacionadas por ausências de serviços alta complexidade; Oportunidade: relacionada aos programas / serviços ofertados a partir de ações do ministério da saúde.” (CAMPOS, p. 85, 2009).

Conforme dados referidos pelos gestores participantes do estudo, organizaram-se as informações na seguinte tabela 3:

Gestor Municipal de Saúde	Prioridades da gestão municipal apontadas pelos atuais gestores municipais
A	Fortalecimento de ações e serviços de Atenção Básica e de promoção da saúde; Garantia da estruturação e organização de qualidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme orienta o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Fortalecimento do acolhimento e

B	humanização da assistência; Remuneração de profissionais sem atrasos e respeitando plano de cargos, carreiras e salários.
C	Fortalecimento de ações e serviços de Atenção Básica e de promoção da saúde.
D	Fortalecimento da humanização e melhoria da qualidade da assistência aos usuários; Melhoria das condições de trabalho dos colaboradores municipais (efetivos e temporários), incluindo a viabilização de ações de capacitação e aperfeiçoamento profissional; Otimização à nível local dos Programas e Ações de Saúde propostos pelo Ministério da Saúde (MS).
E	Fortalecimento de ações e serviços de Atenção Básica; Incentivo e conscientização do uso da epidemiologia e vigilância em saúde como importante ferramenta de monitoramento e planejamento em saúde; Melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde, incluindo melhorias no processo de trabalho e gestão de pessoas.

Tabela 3- Prioridades da gestão segundo gestores municipais de saúde componentes da 9ª CRES- Ceará, 2014.

Fonte: Pesquisa direta

As prioridades elencadas no presente estudo estão relacionadas às áreas de Reformas e Investimentos, de Atenção à Saúde e Intersetorialidade, de Gestão de processos de trabalho e recursos humanos, de Regulação, controle e avaliação. Evidenciando-se que três dos gestores (A, C, E) estão em consensual posicionamento frente à prioridade de fortalecimento e efetividade das ações e serviços propostos pela Política Nacional de Atenção Básica; três (B, D e E)

reportam-se ao fortalecimento da humanização da assistência e melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde, bem como mencionam como prioritário a gestão de processos de trabalho/ gestão de pessoas/ valorização profissional; apenas gestor A ressalta preocupação com a estruturação e organização das UBS; apenas gestor D com a otimização e efetividade dos Programas e Ações de Saúde propostos pelo MS; e apenas gestor E com o incentivo e conscientização do uso da epidemiologia e vigilância em saúde.

Em consonância com o mencionado pelo gestor E, referindo-se a epidemiologia e vigilâncias em saúde, Drachler et al (2003) argumenta que, frente aos escassos recursos e à magnitude das desigualdades, é imprescindível que as prioridades de gestão em saúde atentem-se aos indicadores e determinantes sociais e critérios epidemiológicos, levando-se em consideração a atual natureza das desigualdades sociais em saúde e o impacto social de políticas, programas, projetos e ações públicas sobre a saúde e seus determinantes.

Enfim, a postura dos sujeitos da pesquisa é comum e semelhante ao posicionamento de gestores participantes de outros estudos, dentre

eles: o de Campos e Costa (2010), onde metade dos entrevistados citam prioridades relacionadas às melhorias de serviços/reformas estruturais, de fluxos e serviços, analogamente ao discurso dos cinco sujeitos desta, onde as melhorias de estrutura relacionam-se à construção de novas unidades e a reformas das unidades existentes, e a melhoria dos serviços à ampliação de especialistas na rede compra de novos equipamentos, reorganização dos fluxos e conceitos.

4.2.2 Metas da gestão pública em saúde

Conforme Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (2009), a elaboração dos objetivos, diretrizes e metas é consequente à elaboração da análise situacional. Os objetivos expressam o que se ambiciona fazer acontecer para se superar ou controlar os problemas identificados, valendo considerar a viabilidade política, econômica, técnico-organizacional para tal. As diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas, delimitando a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde. E as metas da equipe gestora são expressões quantitativas de um objetivo, isto é, possuem uma finalidade, um valor e um prazo.

Concretizando o objetivo no tempo (“o que”, “para quem”, “quando”), necessitando ser devidamente qualificadas – alcançáveis, desafiadoras, diretas, negociáveis e bem fundamentado - visto que consideram a efetividade das medidas sobre a situação da gestão do Sistema de Saúde e a situação de saúde da população. Logo abaixo, são apresentadas as metas referidas pelos gestores participantes (Tabela 4).

Gestor Municipal de Saúde	Metas da gestão municipal apontadas pelos atuais gestores municipais.
A	Reorganizar as normas e diretrizes de saúde já existentes; Melhorar a remuneração e valorização dos profissionais de saúde (servidores temporários e efetivos); Estruturar a Atenção Básica em Saúde a partir de incentivos financeiros do PMAQ; Dinamizar e aperfeiçoar os fluxos de serviços e os processos de trabalho em saúde
B	Conscientizar o gestor representante do poder executivo local da relevância e prioridade que assume o setor saúde; Fortalecer a valorização e estima dos profissionais de saúde (servidores temporários e efetivos); Conscientizar o controle e participação popular em saúde (SUS de todos e para Todos), apesar dos limitados recursos.
C	Fortalecer a Atenção Básica; Consolidar as Redes Intersetoriais de Atenção à Saúde.
D	Incentivar e implementar ações de Promoção da Saúde; Melhorar a atual situação dos indicadores e determinantes locais de saúde; Cumprir com ações e metas

acordadas no COAP (Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde).

E

Fortalecer a Atenção Básica; Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF); Fortalecer a Vigilância em Saúde/ Epidemiológica enquanto importante ferramenta de gestão.

Tabela 4- Metas de gestão municipal em saúde segundo gestores de saúde da 9ª CRES-Ceará, 2014.

Fonte: Pesquisa direta

Vale observar em Tabela 4, que três gestores (A, C e E) retomam o item “fortalecer a Atenção Básica” já mencionada dentro da listagem de prioridades, bem como o gestor E aponta de forma semelhante “o uso da Vigilância em Saúde enquanto ferramenta de gestão” tanto como prioridade quanto meta. Nota-se também, o traçar de resultados em detrimento ao acordo firmado pelo COAP (gestor D), para o qual se tornar realidade terá que está intimamente dialogado à intencionalidade da equipe gestora de fortalecimento das Redes Intersetoriais de Atenção à Saúde (apontado pelo gestor C) e de acompanhamento dos indicadores de vigilância em saúde (sugerido pelo gestor E).

Tomando por base o Plano Municipal de Saúde (2014 -2017) de Natal- RN, são exemplos de algumas das metas da respectiva gestão municipal de saúde: Aumentar a

cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica para 70%; Implantar o PMAQ em 100% dos serviços de Atenção Básica; Reduzir em 5% ao ano a realização de cesarianas; Alcançar, pelo menos, 50% de cobertura vacinal de 100% das vacinas que compõem o calendário básico de vacinação preconizado pelo MS; Aumentar em 40% os serviços da rede de Atenção Psicossocial no município; Contemplar nas Programações Anuais de Saúde (PAS) 100% das ações de promoção, prevenção e tratamento, identificadas como necessárias no território das unidades de saúde, de acordo com o perfil epidemiológico local, priorizando as áreas e a população de maior vulnerabilidade. Cabe ressaltar, porém, que a definição de metas (ou resultados) do Plano Municipal de Saúde (PMS) direciona-se a um período de 04 anos, enquanto que a Programação Anual de Saúde (PAS) possui metas fracionadas anualmente.

Quando em paralelo com o mencionado pelos gestores do presente estudo, nota-se que estes ao apontarem suas metas, aproximam este conceito ao de prioridades, visto que deixam claro suas finalidades, porém ficando subentendido o prazo (período

2013-2016) e deixando uma lacuna quanto ao valor almejado.

A partir disso, deduz-se o desafio que é para o gestor a compreensão e aplicação de tantos termos e terminologias próprios da área de gestão pública administrativa, bem como a necessidade de criação de mecanismos sistemáticos para atualização e aprimoramento no âmbito da gestão pública em saúde e da saúde coletiva.

Estudo de Rosso *et al* (2013), menciona o Curso Nacional de Qualificação dos Gestores para o SUS – CNQG/SUS como uma boa oportunidade de qualificação em gestão do SUS, o qual foi realizado em todo Brasil e faz parte da Política Nacional de Qualificação da Saúde desenvolvida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS, que foi realizado em todo Brasil. Porém, os pesquisadores não obtiveram informações quanto à participação dos sujeitos da pesquisa nesse momento de qualificação na gestão no SUS.

Assim, deixamos o ensejo dessa sistematizada proposta de educação permanente como um valioso recurso, não só na dimensão pedagógica, mas na dimensão crítica-reflexiva da “estratégia de gestão”, agindo potencialmente enquanto disparadora

de processos e provocadora de mudanças no cotidiano dos serviços de saúde.

Em contrapartida, percebe-se nos registros dos sujeitos participantes a comprometida e co-responsabilizada postura em defesa de melhorias do/para SUS, uma vez que expressam claramente o objetivo de ampliar a efetividade e a qualidade da atenção prestada, por meio do anseio pelo fortalecimento e consolidação das Redes Intersetoriais de Atenção à Saúde e das ações e programas da Atenção Básica. E, em algumas menções (como as dos gestores A e B), evidencia-se a preocupação com a Melhoria da estima e valorização dos profissionais de saúde temporários e efetivos, através de incentivos pedagógicos de educação permanente e de incentivos financeiros, como execução do Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS.

4.2.3 Dificuldades e limitações na execução da gestão pública em saúde

Entende-se que gestão municipal de saúde, em seus processos de coordenação, planejamento, implementação, controle e avaliação dos serviços de saúde, têm relevante atuação na consolidação da descentralização do SUS. E, após a

implantação da política de descentralização, ampliou-se o vasto caminho de desafios enfrentados pelos gestores do SUS, estes passando a ter maior atividade e poder de decisão sobre o planejamento e execução de políticas públicas criadas a partir das necessidades de saúde locais, regionais e estaduais (ANDRADE, QUANDT e DELZIVO, 2012).

Outro desafio do Sistema Único de Saúde é a interferência da prática do setor privado, onde a saúde complementar (planos privados) tem legado ao SUS muitas de suas atribuições que ela própria deveria atender. Porém os gestores necessitam preservar a parceria, visto que dependem da oferta de serviços privados dos quais a rede pública não dispõe. Faz-se, assim, necessário um contínuo repensar e discutir das responsabilidades sanitárias dentro de uma rede de atenção, reorganizando os processos com base na definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população, a fim de garantir a integralidade, descentralização, regionalização e universalidade da assistência.

Para a coordenadora do IDISA (Instituto de Direito Sanitário Aplicado) Lenir Santos (2011), os desafios e dificuldades enfrentados podem ser

identificados em diferentes dimensões: a da articulação federativa; a dimensão público-público; e a dimensão público-privada. Sendo a dimensão da articulação federativa possivelmente a mais desafiadora e complexa, em razão das partes envolvidas que são os entes federativos (União-Estado-Municípios no SUS) e sua inter-relação - frequentemente com equivocada institucionalidade.

Visto isso, elencou-se em tabela 5, conforme menções dos gestores municipais, suas principais dificuldades durante a atual gestão, as quais situadas no âmbito da articulação federativa.

Gestor Municipal de Saúde	Dificuldades e limitações enfrentadas na atual gestão.	Estratégias de enfrentamento.
A	Recursos insuficientes para satisfazer todas as ações de saúde; Burocratização excessiva em se tratando de processos licitatórios.	Registro (com transparência) de receitas com despesas e investimentos em saúde, solicitando-se, assim, a compreensão dos trabalhadores e usuários frente à limitação de recursos.
B	Recursos	Definição de

	insuficientes; falta de co-responsabilização por parte de alguns profissionais; Interferências externas (políticas).	prioridades e otimização dos recursos; Mobilização e articulação; Transparência.
C	Dificuldade durante processo de qualificação de recursos humanos.	Incentivo ao Trabalho em Equipe e à Educação Permanente.
D	Recursos insuficientes; Profissionais sem capacitação técnico-científica para determinadas atividades; Reduzido quadro de profissionais.	Priorizar ações básicas de saúde; Apoiar e Incentivar processos de educação permanente aos profissionais.
E	Sub-financiamento do SUS (escassos recursos); Dificuldade no processo de gestão de pessoas e recursos humanos.	Incentivo à qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais (temporários e efetivos); Fortalecer o controle e participação popular em saúde; Potencializar recursos financeiros e ações

intersetoriais.

Tabela 5- Dificuldades, limitações e respectivas estratégias de enfrentamento na execução da gestão municipal em saúde segundo gestores componentes da 9ª CRES- Ceará, 2014.

Fonte: Pesquisa direta

Quatro dos sujeitos (80%) mencionaram como aspecto limitante a escassez de recursos para o atendimento das demandas sociais existentes, e dentre eles, um ressalta a burocratização excessiva como fator prejudicial ao agilizar das ações de gestão e de administração pública (sugerindo ele que houvesse uma “lei de suprimento de fundos” para facilitar e agilizar os processos de requisição de recursos adicionais). Tal burocracia, porém, conforme Linhares (2008) está respaldada em lei pela Constituição Federal – que estabelece o controle externo a cargo dos tribunais de contas e pelo Legislativo - e pela implantação do controle interno e da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Em seguida, menciona-se (por B, C, D e E) a dificuldade em relação à gestão de recursos e humanos e de quadro profissional. Aspecto também apontado em estudo de Scherer, Pires e Schwartz (2009), que cita como principais dificuldades de gestão do trabalho coletivo em saúde: “à relação entre sujeitos individuais e coletivos; à história das profissões de saúde e o seu

exercício no cenário do trabalho coletivo institucionalizado e à complexidade do jogo político e econômico que delimita o cenário das situações de trabalho”.

Apesar das limitações e dificuldades, é o trabalhador quem desenvolve e sustenta de forma concreta o plano de ação, por isso investir na melhoria do processo de trabalho - e no processo de gestão de equipes/coletivos profissionais - é investir (indiretamente) na melhoria da assistência e atenção à saúde em sua integralidade.

E um (gestor B) queixa-se de interferências externas (de caráter político), deixando subentender-se que nem sempre a missão institucional é tomada como prioridade, ocorrendo momentos em que a cúpula político-estratégica tomará decisões baseadas em outros interesses, ou seja, divergindo entre os critérios e as prioridades em detrimento de interesses individuais. O mesmo sugere Campos (2009) quando menciona que:

“Por parte do nível estratégico, verifica-se um desrespeito ao processo de planejamento, dificultando o alcance dos resultados pretendidos... Normalmente, as prioridades estão voltadas para os problemas relativos ao

sistema dos serviços de saúde em detrimento dos problemas de saúde, resultando em uma gestão voltada para os meios e não para os fins.” (CAMPOS, 2009)

Então, pode-se compreender que, durante a gestão, conflitos e desafios existirão, porém por maior que sejam os investimentos financeiros empenhados, se não houver um despertar de uma nova consciência sanitária e de gestão, as dificuldades e desafios permanecerão sem resolubilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se, na totalidade dos questionários, que os gestores municipais de saúde compreendem o desafio ao qual são chamados: de não se limitarem ao âmbito da racionalidade instrumental e normativa da administração pública, bem como a atuarem como condutores proativos, autônomos e crítico-reflexivos dos sistemas institucionalizados de ação pública em saúde.

Uma vez que, e em conformidade com Lotufo e Miranda (2007), **a gestão em saúde** possui como finalidade prioritária a produção de decisões, visando à implementação das políticas, estando, porém, os processos de

gestão envoltos em tamanha complexidade e subjetividade, envolvendo não só os sistemas ou serviços, mas também motivações e características pessoais dos membros gestores.

E, apesar da imensa sobrecarga de tarefas impostas e responsabilidades, os gestores – representantes do Estado na execução da função pública – devem agir ética e moralmente comprometidos com as necessidades da sociedade adscrita e em prol de uma gestão solidária, esta preconizada pelo pacto na regionalização dos serviços de saúde. Por fim, torna-se claro que para a que para a efetiva e integral implantação do SUS são imprescindíveis mudanças de caráter político e social nos padrões de gestão e de interação profissional/ implementação de ações dos grupos/coletivos que compõem tanto a equipe de servidores do município quanto dos que compõem a comunidade em geral.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.M.B.; QUANDT, F.L.; DELZIVO, C.R. Os desafios da gestão pública em saúde na perspectiva dos gestores. **Rev. Saúde & Transformação Social**, Florianópolis,

v.3, n.2, p.20-24, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2653/265323670005.pdf>>. Acesso em: 03 de Mar. de 2014

BARBOSA, P. R.; CARVALHO, A. I. de. **Organização e funcionamento do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BONIATTI, J. **Análise do Perfil Sócio Profissional dos gestores do SUS da Região do Alto do Uruguai**. Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde EAD da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Novo Hamburgo, 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.080** de 19 de setembro de 1980. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 26 de Jun. de 2013.

_____. Ministério do Planejamento. **Melhoria Da Gestão Pública Por Meio da Definição de um Guia Referencial para Medição do Desempenho da Gestão, e Controle para o Gerenciamento dos Indicadores de Eficiência, Eficácia e de Resultados do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização - Produto 4: Guia Referencial para**

Medição de Desempenho e Manual para Construção de Indicadores. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Distrito Federal, 2006

_____. Lei nº 8.089 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a participação e as condições para a promoção, proteção e recuperação o da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. (Lei Orgânica da Saúde). Brasília-DF, 1990.

_____. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Conselho de Altos Estudos e Avaliação Tecnológica. Relator: *José Linhares*. **Responsabilidade na gestão pública: os desafios dos municípios**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2008.

CASSIA, R.; BARBOSA, A.; SILVA, V. da. Gestão social das políticas públicas nas pequenas cidades. Scripta Nova. **Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**. Barcelona: Universidad de Barcelona, vol. IX, núm. 94 (9). 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/scielo/>. Acesso em: 22 de Ago de 2013.

CAMPOS, N. M. F. **A Gestão do Sistema de Serviços de Saúde em Cuiabá na perspectiva de definição**

de prioridades - um estudo de caso.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, 2009.

CAMPOS, N. M. F.; COSTA, W. G. A. O Modelo de Definição de Prioridades do SUS Cuiabá: Divergências que Impossibilitam a Efetivação das Prioridades. **Rev. Eletronica do UNIVAG**, Várzea Grande, V. 1, N.6, 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.univag.com.br/index.php/CONNECTIONLINE/article/view/116>. Acesso em: 21 de Ago. de 2013.

CECILIO, L. C. O. *et al* . O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.200-207.

CEPAM. Saúde é prioridade para os atuais prefeitos paulistas: Estudo realizado pelo Cepam revela que 94% dos pesquisados elegeram o tema como prioridade. Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal, São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.cepam.org/noticias/ultimas-noticias/sa%C3%BAde-%C3%A9-prioridade-para-os-atuais-prefeitos-paulistas.aspx#ad-image-0>. Acesso em: 21 de Fev. de 2014.

COSTA, M. B. de S; SALAZAR, P. E. L. Análise da gestão municipal dos serviços de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2008.

DRACHLER, M. L. *et al*. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. de. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003476122007000600007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 de Fev. de 2014.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes, Objetivos e Metas do Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017**. Natal, Janeiro/2014. Disponível em: <http://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/File/SMS-PMS2014-2017-DiretrizesMetas.pdf> >. Acesso em 11 de Abril de 2014.

RIBEIRO, R. M. C. **Avaliação dos Aspectos da Gestão em Saúde em Municípios de Pequeno Porte da Microrregião de Jequié - Bahia.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Mestrado Acadêmico do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB. Jequié, 2012.

ROSSO, C. F. W. *et al.* **Perfil dos gestores dos Distritos Sanitários de Goiânia – Goiás.** Trabalho aprovado para publicação nos Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão Em Saúde-Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: Um Projeto Possível. Belo Horizonte, 2013.

SÃO PAULO. **Nota Técnica CIB: Instrumentos de Planejamento na Gestão Municipal do SUS.** Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2009.

SANTOS, L. **Desafios da Gestão do SUS.** Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. BVS, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/08/desafios-da-gestao-do-sus/>>. Acesso em 21 de Mar. de 2014.

SCHERER, M. D. dos A.; PIRES, D.;SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0)

034-89102009000400020&Ing=en&nr m=iso>. Acesso em: 03 de Abril de 2014.

SILVA, H. M. **A Política Pública de Saúde no Brasil:** Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração Pública da Escola Brasileira de Administração Pública. Rio de Janeiro, 1996.

TOBAR, F. **Modelos de Gestion em Salud.** Buenos Aires, 2002. Disponível em: <<http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-138.pdf>> Acesso em 15 de Set. de 2007.SILVA, H. M. **A Política Pública de Saúde no Brasil:** Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração Pública da Escola Brasileira de Administração Pública. Rio de Janeiro, 1996.

TOBAR, F. **Modelos de Gestion em Salud.** Buenos Aires, 2002. Disponível em: <<http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-138.pdf>> Acesso em 15/09/2007.