

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

JANETE MADALENA ARCARI

PERFIL DOS GESTORES E DA GESTÃO MUNICIPAL DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

PORTO ALEGRE

2017

JANETE MADALENA ARCARI

**PERFIL DOS GESTORES E DA GESTÃO MUNICIPAL DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de PósGraduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Blaya Martins de Santa Helena

PORTO ALEGRE

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Arcari, Janete Madalena
Perfil dos Gestores e da Gestão Municipal do
Sistema Único de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul
/ Janete Madalena Arcari. -- 2017.
89 f.
Orientadora: Aline Blaya Martins.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2017.

1. Pesquisa com os Gestores Municipais de Saúde.
2. O SUS no estado do Rio grande do Sul. 3. Formações
e conhecimento para a gestão. 4. Manuscrito - PERFIL
DOS GESTORES E DA GESTÃO MUNICIPAL DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE (SUS) DE ACORDO COM O PORTE POPULACIONAL. I.
Martins, Aline Blaya, orient. II. Título.

JANETE MADALENA ARCARI

**PERFIL DOS GESTORES E DA GESTÃO MUNICIPAL DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, agosto de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profº Drº Alcides Silva de Miranda

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profª Drª Dulce Maria Bedin

Profº Drº Mauricio Fernando Nunes Teixeira

Instituição: Universidade do Vale do Taquari

Profº Drº Otávio Pereira D'Ávila

Instituição: TELESSAÚDE/RS

DEDICATÓRIA

As duas pessoas mais importantes da minha vida, meus filhos Gilberto Júnior e Mateus, por tudo. Por terem me escolhido como mãe, por serem essas pessoas lindas por fora e mais lindas ainda por dentro, por fazerem meus dias valerem a pena, por serem fonte inspiradora na busca por dias melhores para nós e para aos que nos cercam, pelo incentivo e apoio com relação a meus estudos e pela compreensão quanto a minha ausência física em casa por tantos dias da semana. É por mim, por vocês, por nós!

Ao meu marido, que sempre esteve presente em casa com os nossos filhos na minha ausência, por todos os bons exemplos que tens dados a eles contribuindo assim para que eles sejam hoje esses homens que nos orgulham.

A minha MÃE, que com palavras fica muito difícil expressar o quanto sou grata, pelos ensinamentos, pelo companheirismo, por me substituir lá em casa com os meninos, por ser essa mestra que és para todos nós e principalmente para seus netos.

Ao meu PAI, sei que você ali de cima você me guia, me ajuda, me dá colo quando preciso. Você se foi tão cedo e mesmo assim me ensinou muito ou tudo do que sei hoje. Que Deus te mantenha sempre sob sua luz! Saudades sem fim.

A minha irmã, que é com quem posso contar sempre, que fica na torcida a cada novo passo que dou. Que me deu um afilhado que é meu terceiro filho, obrigada por tudo!

Ao meu afilhado Jonatan, a Dinda te ama! Obrigada por fazer parte de nossos dias e ser este homem responsável e amado que és.

A toda minha família, cunhados (as) e sobrinhos (as) por serem tão especiais para mim.

Aos gestores e usuários do Sistema Único de Saúde que me inspiram e por darem sentido a minha caminhada.

Meu agradecimento a todos por alegrar e encher de cores os meus dias!!!

AGRADECIMENTOS

À Deus por ser presença constante em minha vida e me encorajar e guiar por caminhos tão edificantes.

À minha professora e orientadora Aline Blaya Martins de Santa Helena, obrigada por acreditar em mim, pela dedicação, comprometimento, parceria, amizade, paciência, por ser essa pessoa incansável e incrível que és. Obrigada por abrir sua casa e seu coração para me acolher e me encorajar o tempo todo. Tem muito de você em mim, Aline! Adoro você, Profe! Uma gigante em versão compacta. Muito orgulho em ser sua mestranda.

À Roger dos Santos Rosa, professor coorientador por aceitar o convite para fazer parte dessa pesquisa. Pelo apoio, disposição, atenção, carinho e preciosas contribuições, sempre grata. Admiração!

À André Phylippe Dantas Barros pela contribuição na elaboração estrutural do questionário, sempre muito solícito. Grata de coração, Phylippe!

À Mauricio Fernando Nunes Teixeira pela gentileza em relação ao Software utilizado para a montagem do instrumento e coleta de dados da pesquisa.

À Fernando Neves Hugo e Glademir Schwingel pelas valiosas contribuições na qualificação desta pesquisa. Grata por tudo!

À Srs. Marcelo Bósio, Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS) 2016, e Sr. Diego Espíndola, Presidente do COSEMS/RS 2017, por acolherem, acreditarem e viabilizarem a parceria que culminou na execução desta pesquisa.

À Sr. Charles Furtado Vilela, assessor de comunicação do COSEMS/RS, responsável direto no envio dos e-mails para todas as Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e outras contribuições. Muito obrigada!

À professor Renato José De Marchi muito grata em poder compartilhar conhecimentos e vivências durante esse período. Obrigada pelas contribuições sempre muito oportuna e valiosas.

Aos Secretários de Saúde que em meio a tantos compromisso que a gestão exige, disponibilizaram um tempo precioso e responderam o questionário que resultou esta pesquisa.

À Inês e Ivo pelo apoio e carinho durante este tempo todo e por serem meu porto seguro aqui em Porto Alegre. Amo vocês!

A Luís Carlos Bolzan e Fernando Ritter pela amizade e por me auxiliar nos primeiros contatos com o COSEMS/RS.

As minhas colegas amigas do mestrado: Aline, Fernanda, Gabriela, Paula e a Patrícia pela parceria de todas as horas. Que bom ter vocês comigo! “Amigas para sempre é o que nós queremos ser ...”

A todos, que de alguma forma fazem parte do meu dia a dia acadêmico, amigos, conhecidos, colegas, professores, inclusive aos que não foram citados por algum motivo, sintam-se incluídos em meus agradecimentos.

É tanta gente linda que Deus colocou em meu caminho e que se tornaram importantes para mim que fica difícil nomear.

Meu carinho e agradecimento a cada um de vocês!!!

Não é sobre ter todas as pessoas do mundo pra si
É sobre saber que em algum lugar alguém zela por ti
É sobre cantar e poder escutar mais do que a própria voz
É sobre dançar na chuva de vida que cai sobre nós

É saber se sentir infinito
Num universo tão vasto e bonito, é saber sonhar
Então fazer valer a pena
Cada verso daquele poema sobre acreditar

Não é sobre chegar
No topo do mundo e saber que venceu
É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu
É sobre ser abrigo
E também ter morada em outros corações
E assim ter amigos contigo em todas as situações

A gente não pode ter tudo
Qual seria a graça do mundo se fosse assim?
Por isso eu prefiro sorrisos
E os presentes que a vida trouxe pra perto de mim

Não é sobre tudo que o seu dinheiro é capaz de comprar
E sim sobre cada momento, sorriso a se compartilhar
Também não é sobre
Correr contra o tempo pra ter sempre mais
Porque quando menos se espera a vida já ficou pra trás

Segura teu filho no colo
Sorria e abraça os teus pais enquanto estão aqui
Que a vida é trem-bala parceiro
E a gente é só passageiro prestes a partir

Laiá, laiá, laiá, laiá, laiá
Laiá, laiá, laiá, laiá, laiá

Segura teu filho no colo
Sorria e abraça os teus pais enquanto estão aqui
Que a vida é trem-bala parceiro
E a gente é só passageiro prestes a partir

Ana Vilela

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde possui um modelo de organização de serviços que traz como característica marcante a valorização do nível municipal. Através do processo de descentralização o setor saúde no Brasil a esfera municipal, tornou-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde. Têm-se na figura do gestor municipal o protagonismo na elaboração de projetos de atenção à saúde voltada para a realidade local. Reflexões quanto a complexidade da gestão pública do SUS nos municípios motivou a realização desta pesquisa.

Objetivo: descrever e estabelecer parâmetros que nos permitam conhecer quem são e como atuam os gestores municipais de saúde no estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** estudo observacional, quantitativo, de caráter descritivo e com delineamento transversal, tomando como unidade de análise os Secretários Municipais de Saúde do estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram obtidos através de um questionário estruturado, utilizado o Software *Survey Monkey Inc*, enviado por E-mail, para todas as secretarias municipais de saúde no período de novembro de 2016 a abril de 2017. Foram analisados com o auxílio software SPSS v. 21 (Chicago: SPSS), calculadas as frequências de distribuição das variáveis em análise e a diferença entre médias foi atribuída através do teste de qui-quadrado. **Resultados:** taxa de resposta de 59,75%, participação de gestores das 19 CRS e das 30 Regiões de Saúde, (58%) mulheres; nível de escolaridade superior completo (64%), média de idade (43,76) anos, cor autodeclarada branca (93,60%). O grupo apresentou-se heterogêneo quanto a sua área de formação com expressiva participação de administradores e enfermeiros. Vínculo empregatício (55,7%) possuíam cargo em comissão, enquanto (37,9%) eram funcionários públicos estatutário. (93,9%) dos secretários moram no município onde trabalham e (55,7%) estavam há menos de um ano na gestão. Quanto ao porte populacional, 79,92% são de pequeno porte (até 20.000 habitantes). Destes, a maioria tem em seu município a Gestão Plena da Atenção Básica e aderiu aos programas Mais Médicos e ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. A média de gastos com saúde, segundo relatos foi de aproximadamente 20% das receitas brutas do município. Fazem referência ao Conselho Municipal de Saúde como atuante/parcialmente atuante e sendo estes a principal forma de participação social. **Conclusão:** A pesquisa teve caráter inédito, visto que não se tem conhecimento de estudo de similar abrangência no estado e compõe um agregado de informações que possibilita suprir carência de referências sobre esse importante ator social. Espera-se que este estudo consiga dar visibilidade e possa construir evidências que corrobore com pesquisadores, profissionais de saúde e os próprios gestores a reconhecer a gestão municipal do SUS.

Palavras Chave: Gestão em Saúde. Secretários Municipais de Saúde. Descentralização. SUS.

ABSTRACT

Introduction: The National Unified Health System (SUS) presents an organizational model of services centered in the municipal level of management. Through the process of decentralization of the health sector in Brazil, the municipal sphere became the main responsible for the management of the health services network. The figure of the municipal manager has the leading role in the development of healthcare projects focused on the local reality. Reflections on the complexity of SUS public management in the municipalities motivated this research. **Objective:** to describe and evaluate parameters which allow us to know who they are, and how municipal health secretaries work with regards to management in the state of Rio Grande do Sul. **Methodology:** This is an observational, quantitative, descriptive and cross-sectional study, taking as a unit of analysis the Secretaries of Municipal Health Departments of municipalities of Rio Grande do Sul state, in Brazil. Data were obtained through a structured questionnaire, using Software Survey Monkey Inc, sent by e-mail, to all municipal health secretaries from November 2016 to April 2017. They were analyzed with SPSS v. 21 (Chicago: SPSS), the distribution of the frequencies of variables were calculated, and the difference between means was evaluated through the chi-square test. **Results:** The response was 59.75%, managers from 19 Regional Coordination of Health (CRS) and 30 Health Regions; 58% of participants were female; 64% were graduated, mean age of participants was 43.76 years, 93.60% self-declared color white. The group was heterogeneous regarding their areas of formation, with expressive participation of administrators and nurses. Regarding the type of employment, 55.7% held a commission position, while 37.9% were statutory workers. Of the health secretaries, 93.9% live in the municipality where they work and 55.7% were less than a year in management. Regarding the population size, 79.92% of the municipalities are small (up to 20,000 inhabitants). Of these municipalities, most have the Full Management of Primary Care and joined the 'More Physicians' programs and the 'National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ)'. The average expenditure with health, according to reports, was approximately 20% of the gross revenues of the municipality. They refer to the Municipal Health Council as active/partially active, and the main form of social participation. **Conclusion:** This work represents a novelty in the area of Health Management in SUS, since it offers information that allows for recognizing the role of the manager at SUS, in the municipal level. It is hoped that this study will provide visibility and build evidence that corroborates with researchers, health professionals and the managers themselves to recognize the municipal management of SUS.

Key-words: Health Management. Municipal Health Secretaries. Decentralization. Unified Health System

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLA

ACS	Agente Comunitrio de Saúde
CF	Constituio Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
COSEMS/RS	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESF-SB	Estratégia da Saúde da Família com Saúde Bucal
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
GT	Grupo de Trabalho
GT PMA	Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliao
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB-SUS	Norma Operacional Básica do SUS
PAB	Piso da Atno Básica
PAS	Programao Anual de Saúde
PDR	Plano Diretor Regional
PES	Plano Estadual de Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PMS	Plano Municipal de Saúde
PMAQ_AB	Programa de Melhorias do Acesso e Qualidade na Atno Básica
PNASS	Programa Nacional de Avaliao de Serviços de Saúde
PPA	Plano Plurianual

PPI	Programação Pactuada Integrada
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SI	Sem Informação
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Ambulatorial
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1	BASES TEÓRICAS DA GESTÃO PÚBLICA.....	19
2.1.1	A origem da administração e modelos de produção.....	19
2.1.2	Administração pública, gerenciamento e gestão.....	20
2.2	Gestão pública de serviços.....	21
2.2.1	Descentralização da gestão do sus.....	22
2.2.2	Gestão - planejamento - controle social.....	24
2.2.3	Gestão da saúde para além da administração pública – método da co-gestão	25
2.3	Formação e conhecimento para a gestão.....	26
2.3.1	Educação permanente em saúde.....	27
2.3.2	Espaços de integração ensino-serviço.....	28
2.3.3	Gestão por competências, uma estratégia em gestão.....	29
2.4	Contextualização do SUS no estado do Rio Grande do Sul.....	30
2.4.1	Distribuição político-administrativa da saúde no estado.....	31
3	PROBLEMA DE PESQUISA.....	34
4	OBJETIVOS.....	35
4.1	OBJETIVO GERAL.....	35
4.2	Objetivos Específicos.....	35
5	MANUSCRITO.....	36
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
7	REFERÊNCIAS.....	63
8	APÊNDICE.....	67
9	ANEXO.....	81

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde tem na descentralização da gestão uma importante diretriz. No Brasil, a descentralização tomou sustentação na municipalização onde os municípios têm assumindo a responsabilidades pela prestação de grande parte dos serviços e das ações de saúde. Em decorrência disso, os gestores municipais de saúde do SUS são atores de fundamental importância na consolidação do sistema, podendo contribuir para a melhoria nas condições de saúde dos indivíduos e da comunidade.

Diante da importância deste ator social, o objetivo da pesquisa foi de conhecer melhor quem são os gestores municipais do Rio Grande do Sul, bem como: os processos de gestão, as potencialidades e dificuldades que enfrentam no cotidiano.

A gestão municipal de saúde no SUS fez parte da trajetória profissional da autora, sendo que já assumiu o cargo de Secretária Municipal de Saúde. Foi o período em que pôde experienciar todos os aspectos inerentes ao cargo e compartilhar momentos de alegria e de preocupações juntamente com os colegas em espaços comuns de gestão, motivo este que tornou esta pesquisa ainda mais especial.

Todas as etapas da pesquisa foram realizadas por Janete Madalena Arcari, com orientação da Prof^a Dr^a Aline Blaya Martins de Santa Helena e coorientação do Prof^o Dr^o Roger dos Santos Rosa.

A coleta de dados se deu através de questionário enviado por e-mail através dos endereços eletrônicos das secretarias de saúde do estado e ocorreu no período de novembro de 2016 a abril de 2017, onde contamos com a parceria do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul – COSEMS/RS, que foi responsável pelos envios.

Fizeram parte do grupo de pesquisa os seguintes integrantes: André Phylippe Dantas Barros, Roger do Santos Rosa, Renato José De Marchi, Aline Blaya Martins de Santa Helena e a autora da pesquisa Janete Madalena Arcari.

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro foi historicamente identificado como excludente e incapaz de dar conta da saúde da população. No entanto, tal realidade foi posta em xeque pela sociedade civil organizada e pelos trabalhadores da saúde, durante a redemocratização do país. Toda essa mobilização resultou no que é considerado um marco histórico, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que em 1986 aprovou a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que viria a ser instituído no Brasil, com a finalidade de fortalecer o cuidado de saúde (RONCALLI, 2003). O novo sistema de saúde previa uma rede regionalizada e hierarquizada, conforme a complexidade de atenção, fundamentada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

O SUS, portanto, propôs mudanças profundas no modelo de planejar, organizar e gerir as ações e serviços de saúde. O princípio de integralidade fundamenta-se no entendimento de que as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, individuais e coletivas, e que, os serviços de saúde, devem estar organizados, de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral. Desta forma, o SUS deve desenvolver ações em relação ao ambiente e as pessoas, destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à reabilitação (ALMEIDA, 2013).

Além disso, pressupõe compreender a saúde como um direito de cidadania. Nesse contexto, as ações e serviços de saúde, constituem um direito social e dever do Estado, gerenciados sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo (federal, estadual e municipal), conforme pacto federativo brasileiro, seguindo uma mesma doutrina e com os mesmos conceitos organizativos, em todo o território nacional. De acordo com a Constituição Federal (CF), os municípios são autônomos em relação ao Estado e à União. O Sistema deve ser alicerçado em uma relação harmoniosa, solidária, respeitando à autonomia de cada ente federado e com decisões baseadas em consenso (SANTOS, 2013).

As diretrizes do novo sistema de saúde serviram de base para estruturar as mudanças necessárias, fortalecendo a descentralização, de forma que cada município passasse a gerir as ações em saúde segundo as necessidades locais (MOIMAZ *et al.* 2010).

Durante a década de 1990, ocorreram os principais avanços do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. A esfera municipal, tornou-se a principal responsável

pela gestão da rede de serviços de saúde no país, e pela prestação direta da maioria das ações e programas (BODSTEIN, 2002).

Atribuiu-se aos municípios a incumbência de executar as ações e programas de saúde, ampliar o acesso, qualificar os serviços e ordenar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (CONASEMS, 2009), instituindo que o trabalho da assistência e da gestão da saúde, não se esgota dentro dos limites geográficos do município. Para que tal realidade concretize-se ou aproxime-se minimamente do ideal, o gestor municipal de saúde, deve se manter atualizado permanentemente. Têm-se no gestor municipal a figura protagonista da elaboração de um projeto de atenção à saúde voltado para a realidade local, o qual vem a ser imperativo na busca por melhores condições de saúde de seus munícipes (SILVA, 2011; SANTOS, 2013). Conhecer o seu território, a realidade local, as reais necessidades da população, lhe permite implantar e implementar políticas de saúde em prol da coletividade e em defesa do SUS. Logo, destaca-se a importância de que Gestores Municipais tenham competências técnicas, políticas e com comprometimento ético com a melhoria da saúde (LUNA, 2007).

Levando tal contexto em consideração, acredita-se que, conhecer quem são os gestores municipais da saúde e como atuam hoje nos municípios pode ser oportuno para investigar quais as potencialidades e limitações que estes atores sociais e seu processo de trabalho representam para o cotidiano do SUS.

Através da Lei 8.080/90, a Lei Orgânica da Saúde, o Ministério da Saúde (MS), estabeleceu as responsabilidades de cada esfera de governo, orientando quanto aos limites de cada ente federado, no sentido de organização dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, de forma regionalizada e hierarquizada, buscando assegurar a assistência à saúde em seus respectivos territórios. A descentralização político-administrativa, através da municipalização, promoveu a reorganização dos serviços e ações em saúde, redistribuição de poder e competências, bem como, a responsabilização dos municípios na promoção de mudanças no modelo assistencial, no planejamento, organização, controle, avaliação e a gestão dos serviços públicos de saúde de seu território (CONASS, 2003).

A municipalização do setor saúde tem exigido a construção de um novo arranjo de agenda política no campo das políticas de Recursos Humanos - Gestão de Pessoas e na produção e oferta de serviços de saúde. Os gestores municipais precisam lidar com processos de burocratização e racionalização encontrados em outros setores econômicos, fatores que atingem fortemente as instituições de saúde. Além disso, vários são os dilemas que se apresentam neste

cenário de mudanças, especialmente para aqueles que gerenciam o sistema, os gestores. A saúde é uma área de serviços essenciais e requer que seus profissionais tenham qualificação para atuar (MACHADO, 2000).

O crescente aumento de demandas judiciais, exigindo as mais diversas prestações de serviços, materiais e insumos na área da saúde, por vezes, de forma indiscriminada, desconsiderando as políticas públicas existentes, vem sendo responsável por um importante efeito desorganizador na gestão da saúde pública. Logo, este também é um fator que exige habilidades e estratégias de gestão, na perspectiva de alternativas para minimizar seus efeitos (YOSHINAGA, 2011).

Estes, entre outros fatores, tornam evidente a necessidade de competências e capacidade técnica dos Gestores Municipais de Saúde, para que consigam garantir e aperfeiçoar o funcionamento do SUS no intuito de suprir as necessidades de saúde e os anseios da população.

Portanto, justifica-se estabelecer parâmetros que nos permitam conhecer quem são e como atuam os gestores municipais de saúde no estado do Rio Grande do Sul para que se possam delinear futuras associações que analisem o impacto de características comuns dentro do processo de trabalho de tais gestores e desfechos na atenção à saúde. É preciso saber quem são e o que fazem os secretários de saúde para que possamos avaliar onde estes referem potências e limitações em seu fazer em saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 BASES TEÓRICAS DA GESTÃO PÚBLICA

As bases teóricas da Gestão Pública serão trabalhadas neste item através das seguintes temáticas: A Origem da administração e modelos de produção; Administração pública; Gerenciamento e Gestão.

2.1.1 A ORIGEM DA ADMINISTRAÇÃO E MODELOS DE PRODUÇÃO

A ação de administrar é considerada relativa ao homem e ao trabalho que exerce. No período pré-industrial, os camponeses e artesãos trabalhavam de maneira autônoma, em família e entre famílias que trabalhavam juntas em unidades econômicas de produção. Eram responsáveis e donos, tanto do capital, quanto do conhecimento do trabalho que exerciam, podendo ser chamados de núcleos familiares, pois se autogeriam e se auto sustentavam. Com o advento da Revolução Industrial, a produção econômica deslocou-se do trabalho do campo para as fábricas. As famílias passaram a estar sob o domínio do trabalho das fábricas, que parcelavam as tarefas em pequenas partes, exigindo a especialização do homem em uma única tarefa. Os artesãos e camponeses, que executavam várias tarefas, trocando de papéis segundo as mudanças das estações do ano, passaram a viver em uma rede de alta interdependência, a expropriação do conhecimento do ofício e sob condições desumanas no trabalho (BRAVERMAN, 1981; GRAMSCI, 2001).

A industrialização resulta na busca obstinada pela maximização da produção, fato que se repete no mundo todo, e segue duas palavras de ordem: crescimento e eficiência produtiva. Para resolver o problema da eficiência produtiva, o sistema de produção taylorista-fordista, estuda a racionalização dos métodos de trabalho. Pensamento diretamente voltado para a industrialização americana na época. A administração do trabalho foi o objeto de exploração de Taylor e Fayol, que são considerados os pais da administração. Taylor elaborou sua teoria observando o trabalho no chão de fábrica, observando atentamente a rotina empregada, com intuito de melhorar a organização das tarefas executadas pelos trabalhadores. Seu objetivo era definir aos operários um ritmo mais rápido e econômico de executar as tarefas. Para ele, as aptidões mais importantes para um trabalhador eram a força e resistência. Visão do “homem máquina” (BRAVERMAN,1981).

Ainda segundo Braverman (1981), Fayol ocupou-se com o alto escalão das empresas e introduziu a perspectiva das habilidades gerenciais, planejamento, organização, direção e controle. Para Fayol, “O homem deve ficar restrito a seu papel, na estrutura ocupacional parcelada”. Fayol Introduz o conceito de “gerente” na empresa no início do século XX. Projeta o papel do administrador ao de gerir os recursos organizacionais. A empresa é dividida em diversas áreas, sendo que, uma área é considerada vital e separada das demais, a mais importante, a administração (GRAMSCI, 2000).

O fordismo é o modelo de organização do trabalho industrial que prevaleceu até 1970. O trabalhador era especialista e cumpria com excelência uma única função na linha de montagem. A organização obedecia a uma hierarquia vertical no processo produtivo. O modelo foi inicialmente utilizado na indústria automobilística e trouxe redução de tempo e de custo em relação aos sistemas anteriores. Essa produção em massa de mercadorias padronizadas, foi substituída por novos processos de trabalho, alicerçado em experiências como o toyotismo, que acabou por se propagar mundialmente. As principais características do modelo toyotismo, referem-se ao trabalhador polivalente, num processo produtivo e flexível de trabalho em equipe. Neste modelo de trabalho, um conjunto de trabalhadores, operam diversas máquinas ao mesmo tempo, e na medida em que aparecem os problemas, buscam a solução em conjunto, permitindo a horizontalidade nas organizações de produção (ANTUNES, 2000)

2.1.2 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, GERENCIAMENTO E GESTÃO

A mudança do paradigma mecanicista é considerada uma importante alteração na organização da Administração dando lugar a um modelo mais sistêmico, trazendo consequências para as organizações e para aqueles que nelas trabalham, e, portanto, passando a exigir mais do gerente. Na área da saúde, com o processo de fortalecimento da autonomia dos municípios, principalmente em relação a políticas de saúde, a reestruturação da gestão municipal, com uma visão mais democrática e participativa, fortalecendo a competência, eficiência e efetividade, traz consigo a importância de definir e distinguir as singularidades das práticas presentes na estrutura político-administrativa do sistema municipal de saúde (TEIXEIRA e MOLESINI, 2014).

Os termos gerência e gestão por vezes têm sido usados como sinônimos, contudo, são processos de trabalho bastante distintos. O termo gestão vem sendo bastante difundido e destaca-se com significado mais abrangente ao envolve competência técnica, habilidade e

criatividade. Gerenciamento é controle. Gerenciar é controlar algo ou alguém para obter um resultado. Gestão é a aplicação de ferramentas específicas para amparar nas tomadas de decisão. A palavra gestão tem uma conotação ampla, que sugere ao administrador o que deve ser feito. Fazer gestão engloba atividades políticas, técnicas e administrativas, que asseguram a organização do sistema como um todo. O gerenciamento indica como deve ser feito. A gestão do sistema e a gerência de unidades de produção diferem-se em relação aos propósitos. (TEIXEIRA e MOLESINI, 2014).

Os dois termos fazem parte do escopo da Norma Operacional Básica 96, que também distingue “gerência” de “gestão”. Segundo a NOB 96, a gerência tem caráter operacional e administrativo e é definida como sinônimo de administração (hospital, institutos, fundações, ambulatórios) já o termo gestão é definido como a função de coordenação, articulação, negociação, planejamento, etc., relacionadas com sistemas de saúde, nas três esferas de governo: municipal, estadual e nacional (BRASIL,1996).

2.2 GESTÃO PÚBLICA DE SERVIÇOS

O trabalho de um gestor é intenso e diversificado. As situações e problemas com que ele precisa lidar, em curto espaço de tempo são consideráveis. Além disso, cada organização tem suas particularidades, pois trabalham com uma grande diversidade de situações. Fazer gestão é uma atividade de constante comunicação, dentro e fora da sua unidade de organização. Um gestor desempenha diversos papéis em seu cotidiano. Seja liderando, agindo, comunicando, negociando, programando, controlando, estruturando ou fazendo conexões. O gestor está em contato com pessoas, adquirindo e processando informações, de forma a auxiliar a organização de suas unidades. As práticas de gestão são processos dinâmicos, sofisticaram-se e evoluem em função das novas complexidades. (CUSTÓDIO, 2013).

Segundo Mintzberg, apud Custódio (2013) a gestão deve ser vista como prática, cuja dinâmica resulta da articulação entre arte, ciência e habilidade prática. Portanto, a gestão como prática, depende da capacidade de análise do gestor que está pautada em um conjunto de conhecimento sistemático e formal (ciência); na habilidade prática, que decorre da experiência adquirida por ele no cotidiano do trabalho e na arte, que decorre da visão e da sua capacidade criativa (insights), direcionadas para um bom desempenho.

Fazer gestão é trabalhar não apenas com foco em resultados, mas sim, considerando objetivos e metas propostas na expectativa de um futuro melhor em relação ao presente. Tem por objetivo transformar a realidade, as condições materiais e as imateriais na busca de um mundo diferente. Na saúde, buscam-se essencialmente menos doenças, mais vida longa e com qualidade. Este deve ser o objeto do fazer dos gestores de saúde. Fazer gestão inicia na identificação dos problemas, em eleger os prioritários, na sua natureza mais particular ou simplesmente, na complexidade das necessidades a serem resolvidas e na resolução das demandas que os geraram. Outra atribuição da gestão está relacionada à capacidade de mobilizar tecnologias ajustadas social e economicamente, observando padrões técnicos baseados em evidências científicas. É também a coordenação de trabalhos, desde a fase de sua definição, organização, realização e satisfação (CUSTÓDIO, 2013).

Apesar do foco da gestão ser o de resolver problemas, precisa estar atenta à observância de dados dos sistemas de informação e a avaliação dos resultados das intervenções realizadas. Avaliar pode ser considerado a parte mais nobre da gestão. Pode-se falar da gestão como um ciclo: planejamento, execução, monitoramento e avaliação. Além de tudo isso, a gestão tem o comprometimento de buscar maior eficiência, associada a mais qualidade e segurança no cuidado aos pacientes e usuários dos serviços de saúde (PAIM e TEIXEIRA, 2006).

2.2.1 DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DO SUS

Até início da década de 1980, as políticas públicas no Brasil se caracterizavam pela centralização financeira e decisória. As decisões davam-se na esfera federal, e, embora houvesse alguns mecanismos de articulação entre o estado e a sociedade, a incorporação dos atores aos processos decisórios eram dados de forma excludente e seletiva. Com a democratização do País, abriu-se uma nova agenda de reforma, que definiu como eixos, a democratização dos processos decisórios, trazendo para o cenário, participantes de movimentos sociais e profissionais de saúde. Estes profissionais, envolvidos na prestação de serviços públicos, conheciam bem a realidade do momento pois o trabalho colocava-os diretamente em contato tanto com a população atendida, bem como com a população dos excluídos. No início dos anos 1990, momento em que o país vivia sob impacto da crise fiscal e escassez de recursos, foram incluídas na agenda preocupações como a eficiência, eficácia e efetividade da ação governamental e a qualidade dos serviços. Neste mesmo período, a descentralização ganhou força, o que antes enfatizava a transferência de atribuições para ganho de eficiência, passou a

integrar a dimensão de redistribuição do poder, tencionando a desburocratização e a excessiva hierarquização dos processos decisórios (FARAH, 2001).

A importância da ação municipal desde a década de 1990, principalmente na área social, chama atenção para um conjunto de abordagens inovadoras e também, para o estabelecimento de novas esferas de participação e negociações entre os atores, nos cenários das políticas públicas. A diversidade das características dos municípios no Brasil, fez com que a descentralização não ocorresse de forma homogênea. Este mesmo fator interferiu também na capacidade destes em assumir a gestão. Mesmo assim, a descentralização favoreceu novos arranjos institucionais como a promoção de ações intersetoriais integradas, diminuindo a fragmentação das ações, parceria com outros níveis de governo e com governos de outros municípios. O Estado do Rio Grande do Sul apresenta uma grande diversidade nas características de seus municípios além de possui um número expressivo de municípios considerados de pequeno e médio porte. Para minimizar as dificuldades enfrentadas na gestão destes municípios, os consórcios intermunicipais apresentam-se como uma possibilidade de auxílio. Municípios com objetivos e necessidades comuns buscam em conjunto, a resolução dos problemas que excedem a capacidade resolutive de um município isolado (TEIXEIRA, 2014; FARAH, 2001).

Com o fortalecimento da autonomia político-gerencial dos municípios, emerge a oportunidade de reestruturar a gestão municipal de saúde de forma democrática, participativa, tecnicamente competente e voltada para a eficiência e a efetividade. A gestão do sistema pode ser considerada uma ocupação de ampla atuação, abarcando toda a complexidade do sistema de saúde, ou seja, um conjunto de práticas, atividades políticas, técnicas e administrativas que vão assegurar o planejamento, a programação, a condução, a direção, a organização e o controle dos serviços de saúde em sua integralidade. Logo, é necessário que os gestores públicos reúnam uma pluralidade de critérios de eficiência e eficácia (político, econômico, sociais, ambientais, etc.) para a prática de sua função (MATUS, 2000 apud MORAES, 2010).

O Gestor Municipal, isto é, o Secretário de Saúde, tem papel fundamental na base organizacional do sistema de saúde. Segundo Teixeira 2002, cabe a ele, o comando de um conjunto de processos: articulação com as organizações sócio comunitárias do município, com o Legislativo Municipal, com Poder Executivo Municipal, organização de ações conjuntas intersetoriais, condução política do Sistema Municipal de Saúde (SMS), negociações com o setor privado, estabelecendo contratos e convênios com o SUS no município, planejamento e programação do SMS, definição de prioridades, reorganização do modelo assistencial

adequando-o as necessidades de saúde da população, controle e avaliação do SMS, fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde, a organização da Secretaria Municipal de Saúde, capacitação técnica e gerencial para grupos intermediários, administração de recursos financeiros, gestão de pessoas, de materiais e de infraestrutura do sistema municipal de saúde.

2.2.2 GESTÃO - PLANEJAMENTO - CONTROLE SOCIAL

O SUS possui um modelo de organização de serviços que traz como característica marcante a valorização do nível municipal. Cabe aos municípios, fazer o planejamento das ações em saúde em seu nível de governo. Os instrumentos de gestão a seguir, obedecem a uma lógica nacional e estão articulados nos diferentes níveis de governo referindo-se à atenção a saúde. Os instrumentos básicos do PlanejaSUS são: a) Plano de Saúde (PS); b) Programação Anual de Saúde (PAS); e c) Relatório Anual de Gestão (RAG). O PS é o instrumento que aborda a análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem alcançados no período de quatro anos, sendo estruturado em objetivos, diretrizes e metas. A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que contém as ações executoras das intenções que constam no PS, representando as ações voltadas às diretrizes da saúde e à gestão do SUS. O Relatório Anual de Gestão (RAG) traz registros dos resultados obtidos, sendo que, PS, a PAS e o RAG são instrumentos correlatos e não podem ser vistos separadamente (ARCARI, 2015).

Os instrumentos de planejamento são momentos importantes para a gestão do SUS, propiciando levantamento dos problemas existentes, o estabelecimento de prioridades, determinação de ações e estratégias para enfrentamento dos problemas de saúde, alocação de recursos financeiros, avaliação e prestação de contas. Estes instrumentos de gestão seguem fluxos de elaboração e homologação e obrigatoriamente são submetidos à avaliação e aprovação no Conselho de Saúde em cada nível de governo, devendo estes, serem claros e precisos para o entendimento de todos os envolvidos no processo, entre eles, os usuários representantes do controle social (LUZ; PEREIRA; SILVA, 2013; VIEIRA, 2009).

Estes instrumentos de gestão fazem parte do arcabouço burocrático do SUS. Tem por objetivo aprimorar e assegurar o funcionamento do sistema, favorecendo mudanças nos processos de gestão, no sentido de melhorar os serviços de saúde e dos indicadores de saúde da população, bem como assegurar meios para atuação do controle social (SHIMIZU *et.al.*, 2013).

A Constituição Federal apresenta a participação cidadã como um fundamento do processo social, possibilitando a atuação da sociedade no controle das decisões e processos de políticas públicas. A atuação dos conselhos em espaços públicos oportuniza a representação de

interesses coletivos, são canais de participação política, de controle público sobre a ação governamental, de deliberação legalmente institucionalizada, bem como de publicização das ações do governo. Os conselhos, muito mais que um canal de comunicação, são espaços de argumentação, tem o poder de tornar efetivas as questões, valores e dilemas apresentados pela sociedade. No setor saúde, o modelo de descentralização e o fundamento da participação popular estão expressos na Lei 8.080/90 a qual estabelece as bases do SUS e na Lei 8.142/90 que estabelece como formas de participação popular na gestão do SUS as Conferências e os Conselhos de Saúde. A Lei 8.142/90 institucionaliza a paridade da representação dos usuários do SUS, do poder público e dos trabalhadores de saúde. Dessa forma o Conselho Municipal de Saúde integra o sistema de tomada de decisão da política de saúde do município (CORREIA, 2000; SHIMIZU *et.al.*, 2013).

Assim como a democratização brasileira é recente, o controle social também está em processo de maturação. É perceptível que os conselhos enfrentam grandes desafios em sua atuação. Apresentam dificuldades em efetivar a participação. Alguns fatores merecem destaque, entre eles e em primeiro lugar, a formação cultural de centralização político-administrativa que contribui para uma formação pouco participativa. Possivelmente o potencial emancipatório dos conselhos requer maior organização da sociedade civil, pois observa-se que a maioria executa tarefas que não constituem as atividades-núcleo dos conselhos que são o motivo maior da sua criação (SÁ; PORTO, 2011).

2.2.3 GESTÃO DA SAÚDE PARA ALÉM DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – MÉTODO DA CO-GESTÃO

O modelo burocrático de Max Weber, embora tenha tido notável disseminação na administração pública, durante o século XX no mundo todo, na prática, nunca deu conta de democratizar as instituições. O SUS aponta várias tentativas de ampliação da democratização, dentre elas, a descentralização do poder aos municípios, as conferências de saúde, os conselhos constituídos com maioria de usuários em sua composição, planejamento ascendente e trabalho multi e interdisciplinar. Contudo, as medidas adotadas parecem insuficientes para a diminuição do alto grau de alienação na maioria dos trabalhadores, fruto do contexto histórico a que fomos e estamos sujeitos e a dificuldade de romper com certos paradigmas (CAMPOS, 1998).

Apesar de todos os esforços para incentivar a democratização dos serviços de saúde, no cotidiano dos serviços, ainda seguem variações tayloristas. O que se percebe são alguns

momentos de participação, como oficinas de Planejamento por exemplo. São momentos de grande valia, contudo, tímidos e insuficientes. A busca por um método de gestão, que tenha como princípio, assegurar o cumprimento de cada organização na produção de saúde e também, que seja capaz de possibilitar a reflexão e o estímulo aos trabalhadores, ampliando a capacidade de reflexão, de e por consequência, a realização pessoal e profissional é algo em construção. O método da Gestão Colegiada ou significa que todos participam do governo e ninguém decide sozinho ou isolado, as decisões são compartilhadas (CAMPOS,1998).

O jeito de fazer a gestão nas instituições é uma escolha determinada pelos ideais ético-políticos da equipe dirigente. A horizontalidade nos processos de decisão, sob a lógica da co-gestão, ganha espaço e se configuram na possibilidade de constituir sistemas de co-gestão, que rendam compromissos, solidariedade, benefício público, poder de reflexão e a autonomia dos agentes de produção (CAMPOS, 1997).

Portanto, inverter a lógica tradicional de gestão, significa associar responsabilidades e pactuações coletivas, resultando em processos de co-gestão. Na área da saúde, pensar o trabalho em equipe como a composição entre o campo (que seriam atividades entre várias categorias profissionais) e o núcleo, (que seria as especificidades de cada especialidade) são conceitos que integram a co-gestão. Campos (2005), sugere mudanças nos métodos tradicionais de gestão, a partir do Método Paidéia, considerando que a gestão se dá entre sujeitos decorrente do estabelecimento de algum nível de co-gestão (CAMPOS, 2005; FAGUNDES, 2014)

2.3 FORMAÇÃO E CONHECIMENTO PARA A GESTÃO

O modelo de administração de Taylor trabalha sob a lógica de administrar pessoas como se fossem coisas, instrumentos, sem vontade própria, que estão sujeitos, que precisam ser disciplinados. Este conceito faz parte da cultura e muitas escolas de administração reproduzem este conhecimento na formação. Contudo, há um movimento para mudar estes conceitos, e outras escolas com pensamento mais estratégico, trabalham no sentido de valorizar o imaterial e as particularidades dos sujeitos (MATOS; PIRES, 2006). Entretanto, segundo Campos 1998, “nenhuma dessas correntes investem na produção de sujeitos dotados ao mesmo tempo de autonomia e de capacidades para contratar compromisso com o outro’.

É pertinente entender que a educação é o caminho para se atingir este “fim”. Atualmente vem sendo discutidas as melhores alternativas para se alcançar a formação pretendida e vale a

pena recordar o ideal de Paidéia: a formação de cidadãos para a vida, capazes de viver em sociedade, prevendo o assentimento de determinados papéis e especialmente, dando ênfase para a atuação profissional. O ato de aprender deve ser um processo que permita fazer conexões e relações entre diferentes tipos de situações, entre fatos e objetos, ressignificando e reconstruindo, para que possa fazer sentido e ser utilizado em diferentes situações (DE SOUSA CAMPOS; DO AMARA, 2007; MITRE *et al*, 2008).

A educação na saúde vem sendo defendida e acompanha o desenvolvimento do SUS. No entanto, embora haja um grande investimento em educação, tem sido frequente observar em conversas com gestores e trabalhadores de saúde que apesar dos investimentos financeiros e esforços em processos educacionais, não tem se observado impactos nos serviços de saúde. Persistem processos de trabalho fragmentados, por vezes seguindo modelos tayloristas, saberes segregado uns dos outros, trazendo no imaginário das equipes a retórica de que mesmo no sistema de saúde, alguns ocupam o lugar do saber, e que este saber é repassado para o nível da produção dos serviços. Há um paradoxo importante, o Ministério da Saúde investe em processos de educação na saúde para a promoção e autonomia do cuidado, humanização, acolhimento com desejo de executar processos educacionais eficazes no intuito de melhorar os processos de trabalho do SUS, contudo, observa-se um baixo impacto na produção do cuidado e poucas mudanças no trabalho em ato (FRANCO, 2007).

2.3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Paulo Freire fala da importância do ato de ler. Segundo ele, “a leitura do mundo precede a leitura da palavra...”, fazer a leitura do seu mundo foi sempre fundamental para a compreensão da importância do ato de ler, de escrever ou de reescrevê-lo, e transformá-lo através de uma prática consciente. Primeiro, a “leitura” do mundo, depois, a leitura da palavra que nem sempre dialoga com a leitura do “mundo” (FREIRE, 2003). Esta leitura remete a pensar: Quanto o ensino da gestão em saúde dialoga com a realidade do fazer cotidiano de um gestor? Como este profissional se percebe quando está imerso neste “outro mundo”? Um mundo tão distante das palavras ensinadas na academia que de modo geral está muito mais preocupada com a leitura das “palavras”.

Na construção e valorização de saberes que vão para além dos de procedimentos operacionais padrão, constroem-se alternativas que visam aproximar os mundos. A educação

permanente na saúde entra no sentido de minimizar as possíveis lacunas deixadas pelo ensino e se apresenta como um espaço potencializador do processo de subjetivação e pretende a implicação dos sujeitos com seu próprio processo de trabalho e o desenvolvimento das instituições, Implicação essa entendida como “...ético-política do trabalhador em seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe (MERHY, 2005) ”.

A dimensão ampla do SUS, estruturado na responsabilidade social e a diversidade tecnológica presente na prática dos trabalhadores, é um cenário privilegiado para o ensino aprendizagem, principalmente nos locais de produção de saúde, onde os fenômenos de subjetividade afloram. Este é o ambiente perfeito para a ação criativa dos trabalhadores e usuários. A proposta de Educação Permanente em Saúde é: educar no e para o trabalho. A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar (FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE,2016). Segundo Ceccim 2005, Educação Permanente em Saúde configura uma prática pedagógica, oportuna ao conhecimento da gestão de coletivos locais e regionais, articulações entre instituições, supondo a construção da prática de aprender a aprender no seu fazer cotidiano, fortalecendo protagonismo coletivo e multiprofissional.

A Gestão do SUS é constituída por uma rede e opera com forte transversalidade, principalmente quando trabalha na lógica por linhas de cuidado integral, onde o objetivo, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários, é de satisfazer as necessidades de saúde. Nos processos de trabalho em saúde, é fundamental e insubstituível que os trabalhadores tenham governabilidade no modo de fazer assistência. Entende-se que são espaços de micropolítica, onde os trabalhadores fazem a gestão de si mesmos e de seus processos de trabalho, contudo, submetem-se a certos processos de captura normativa que estão instituídas sobre este processo. Mesmo assim, há um trânsito contínuo de saberes e fazeres que permeiam o seu trabalho diário, fortalecendo as práticas no ambiente micro organizacional ou de micro gestão, conferindo ao trabalhador liberdade de ação sobre seu processo de trabalho (MERHY, 2002).

2.3.2 ESPAÇOS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

As perspectivas de mudanças na formação dos profissionais de saúde são diversas, dentre elas, encontra-se interação ensino-serviço. Um dos entraves dessa interação é a metodologia, preocupada mais em transferir conhecimento aos estudantes e dando pouca ênfase na aprendizagem. Outro fator a ser considerado são as políticas e estruturas dos serviços de

saúde e de ensino, que ainda apresentam dificuldades de articulação, dificultando essa integração de grande importância para a consolidação do SUS (CECCIM & FEUERWERKER, 2004)

a construção conceitual e prática do trabalho em equipe, decorre do esforço de mudar o trabalho técnico verticalmente hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com possibilidades à autonomia e à criatividade no fazer coletivo (CECCIM, 2005).

Para se alcançar uma formação profissional crítica e reflexiva, é preciso investir na sensibilização dos atores envolvidos no processo ensino-aprendizagem, buscando amenizar essa dicotomia para a busca da efetivação da produção de cuidados em saúde, estruturando capacidades de trabalho como acolhimento, cuidado às várias dimensões e necessidades das pessoas, coletivos e populações. O espaço de convergência entre o serviço e a formação é um espaço rico em possibilidades na aquisição de novos saberes e práticas, no trabalho em equipe, bem como, condutas interprofissionais na produção do cuidado. A rede pública de saúde, embora seja um campo privilegiado para as atividades práticas para a formação, apresenta por vezes, dificuldades do estudante se inserir nestes espaços como preconizado, limitando assim as possibilidades destes na apropriação acerca do cuidado, escuta do usuário, dos processos de organização do trabalho e da gestão (ALBUQUERQUE, 2008).

Segundo Ceccim & Feuerwerker (2004), deve ser dada atenção especial na formação de novos pactos de trabalho, entre a rede de ensino e a de atenção à saúde para atender as demandas de saúde da população e os princípios do SUS. Para isso, são necessários novos instrumentos de planejamento e gestão, para que os serviços de saúde possam realmente ser espaços de aprendizagem. Os autores propõem uma perspectiva da formação dos profissionais em saúde sob a imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino – gestão - atenção - controle social. Os profissionais de saúde deveriam passar por todos estes componentes para qualificar a formação, propondo a construção e a organização de uma educação responsável, com ações de intervenção na realidade na perspectiva de propiciar mudanças.

2.3.3 GESTÃO POR COMPETÊNCIAS, UMA ESTRATÉGIA EM GESTÃO

A partir da Reforma do Aparelho do Estado (1995), a administração pública no Brasil, passou por mudanças significativas, tendo em vistas a substituição do modelo burocrático pelo

gerencial. A principal diferença entre os dois modelos é a maneira de enxergar os trabalhadores, a sociedade e o próprio Estado (MATIAS-PEREIRA, 2010).

O primeiro prioriza a padronização e formalização de procedimentos, enquanto o segundo dedica-se na busca de resultados efetivos na esfera pública. Os gestores públicos deparam-se diariamente com as mais diversas situações, tanto na dimensão técnica quanto política e precisam possuir o entendimento de como agir em cada uma delas. Logo, é indispensável antes de tudo, que os gestores obtenham a competência de administrar o aparelho público. A gestão por competências vem auxiliar na área de gestão de pessoas, é uma estratégia em gestão, uma ferramenta ajustada para propiciar ganhos organizacionais, aproximando os objetivos organizacionais e profissionais (BITENCOURT, 2010; MORAES, 2010; BERGUE, 2010).

A sociedade vem exigindo cada dia mais do setor público com o objetivo de ter suas necessidades e demandas plenamente satisfeitas. Este fato ocorre em todos os setores e se reflete ainda mais no setor saúde. O atual cenário exige no mínimo que as tradicionais práticas nos serviços sejam substituídas por outras que tenham um olhar voltado para as competências e habilidades dos servidores, a contar pela escolha de gestores. Apoiando-se nessas considerações, a gestão local de saúde deve ser desenvolvida por profissionais com capacidade de liderança que é mencionada por estudiosos da Administração como a capacidade de reunir pessoas em torno de projetos, metas, objetivos e processos de trabalho, obtendo resultados significativos, motivação do grupo e clima de trabalho favorável (ANDRÉ, 2007).

Profissionais com essas características consideradas elevam a organização, pois melhora os processos de trabalho, adequando seus serviços às necessidades dos usuários. Bons profissionais são essenciais também para elaboração e a implementação de políticas públicas voltadas as necessidades da população. Este é momento em que a gestão entra em ação e esta ação é promovida por pessoas, é de fundamental importância que estes atores estejam motivados, sentindo-se valorizados, respeitados em suas limitações, dentro de suas habilidades e competências para que tenha o alcance e o acerto desejado (VARGAS, 2012).

Segundo Campos (1998) “Inventar um modelo de gestão que respondesse a uma série de exigências do próprio modelo de atenção sugerido pelo SUS é, portanto, um desafio em aberto”.

2.4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUS NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

O Rio Grande do Sul situa-se no extremo sul do Brasil, ocupando pouco mais de 3% do território brasileiro e abriga em torno de 6% da população do país, ocupando uma área de 281.731.445 km². Em 2010, a população atingiu 10.639.929 habitantes e em 2016 eram 11.286.500 habitantes. A maior concentração populacional encontra-se na região metropolitana de Porto Alegre. Segundo o Censo do IBGE de 2010, a população gaúcha reside predominantemente em áreas urbanas (85,1%) (IBGE, 2011).

A população está distribuída em quatrocentos e noventa e sete municípios, dos quais 66,6% apresentam uma população menor que 10.000 habitantes e tem sua economia baseada na agricultura, pecuária e indústria (SES/RS, 2013). A capital do Estado, Porto Alegre, possui população de 1.450.555 habitantes (IGBE).

A publicação do Decreto Presidencial nº 7.508/2011 colocou como desafio para o gestor estadual, o incentivo à produção de ações participativas de planejamento nas Regiões de Saúde. Nesse sentido, foi necessário elaborar estratégias de gestão para viabilizar a construção de novas metodologias de planejamento, monitoramento e de avaliação do SUS no cenário estadual. Outro fator importante foi qualificar os instrumentos de gestão do SUS, pois além de exigência legal, estas são ferramentas que contribuem com os processos de gestão, controle, avaliação e auditoria do sistema (BRASIL, 2011).

2.4.1 DISTRIBUIÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA DA SAÚDE NO ESTADO

Durante os anos de 2011 e 2012, o Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão da Secretaria Estadual da Saúde coordenou o processo de estruturação das Regiões de Saúde no Estado. As equipes de trabalho das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) discutiram com os municípios a reorganização do território regional, com a finalidade de desencadear um processo de gestão coletiva e incentivar o planejamento regional (SES/RS,2013).

O Rio Grande do Sul está dividido em trinta Regiões de Saúde (CIB, 555/2012), distribuídas nas 19 Regiões Administrativas da Secretaria Estadual da Saúde. Nas 30 Regiões de Saúde, conformam-se as Redes de Atenção à Saúde, podendo estar compreendidas em uma ou mais regiões de saúde (Tabela 1).

O Estado possui dezenove CRS que desempenham a função de coordenação político-administrativa, são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento de

ações e de serviços de saúde mediante a cooperação técnica e operacional realizada com os gestores municipais e prestadores de serviços. As Coordenadorias Regionais estão se reestruturando para assumir funções decorrentes do novo desenho das Regiões de Saúde, tais como: a participação em diferentes Comissões Intergestores Regionais (CIR); a realização de trabalho conjunto com outras coordenadorias para a organização das redes temáticas de atenção à saúde; e a oferta de apoio institucional aos municípios, tendo em vista a articulação e a proposição de ações que tenham como foco o planejamento regional realizado de forma ascendente para atender o território, levando em consideração as especificidades loco regionais. Todos esses esforços e ações no sentido da regionalização e descentralização aumentam as responsabilidades e autonomia do Gestor Municipal (SES/RS,2017).

O estado do Rio Grande do Sul está organizado administrativamente em sete macrorregiões. Nestas macrorregiões vamos encontrar as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, em municípios sede que atendem as 30 Regiões de Saúde (Figura 1), (SES/RS,2017).

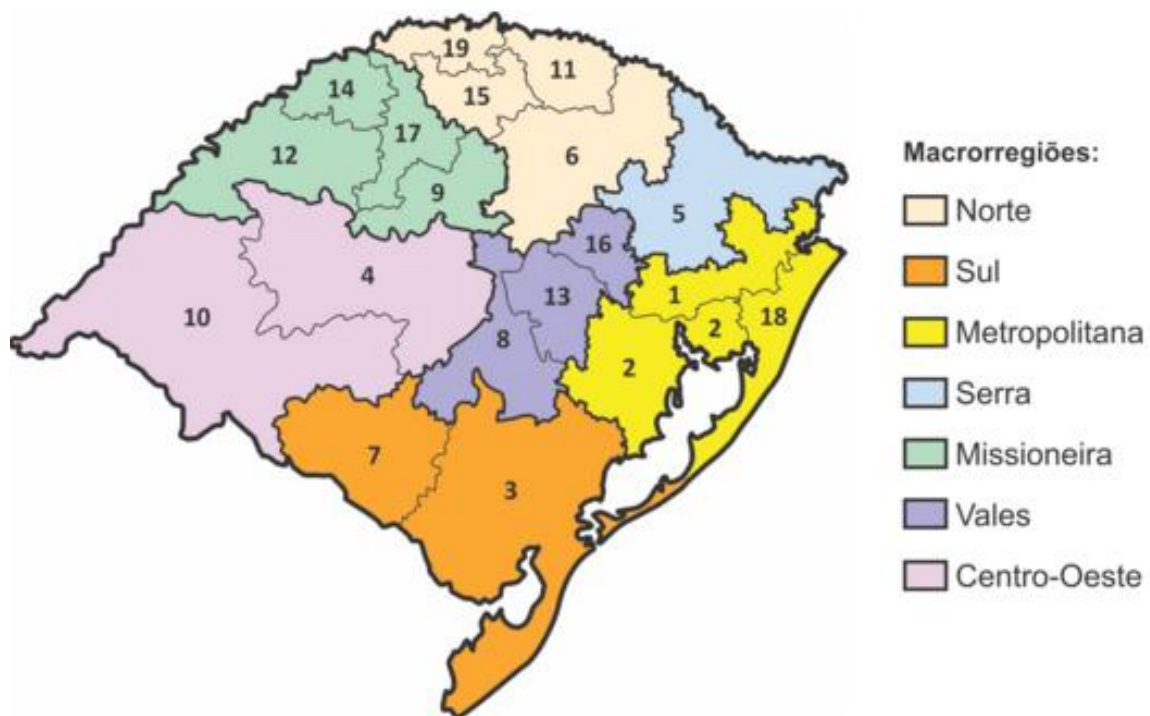


Figura 1. Mapa com a distribuição das Coordenadorias Regionais de Saúde nas sete Macrorregiões do Estado do Rio Grande do Sul.

Tabela 1. Distribuição das trinta (30) Regiões de Saúde nas respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do Estado do Rio Grande do Sul

CRS	Nome das Regiões	Número de Municípios	População (Censo 2010)
1ª CRS - Porto Alegre	06 -Paranhana; 07- Novo Hamburgo/São Leopoldo; 08 -Canoas/Vale do Caí	41	1.686.231
2ª CRS - Porto Alegre	09 - Carbonífera/Costa Doce; 10 - POA/Região Metropolitana	25	2.609.412
3ª CRS – Pelotas	21 – Sul	22	845.135
4ª CRS - Santa Maria	01 - Verdes Campos; 02 Entre Rios	32	541.247
5ª CRS - Caxias do Sul	23 - Caxias e Hortências; 24 - Campos de Cima da Serra; 25 - Vinhedos e Basalto; 26 - Uvas e Vales	49	1.079.601
6ª CRS - Passo Fundo	17 - Planalto; 18 - Araucárias; 19 – Botucaraí	62	626.126
7ª CRS – Bagé	22 – Pampa	7	182.579
8ª CRS - Cachoeira do Sul	27 - Jacuí Centro	12	200.264
9ª CRS - Cruz Alta	12 - Portal das Missões	13	152.070
10ª CRS – Alegrete	03 - Fronteira Oeste	11	465.038
11ª CRS – Erechim	16 - Alto Uruguai Gaúcho	33	230.814
12ª CRS - Santo Ângelo	11 - Sete Povos das Missões	24	286.248
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	28- Santa Cruz do Sul	13	327.158
14ª CRS - Santa Rosa	14- Fronteira Noroeste	22	226.933
15ª CRS - Palmeira das Missões	15 - Caminhos das Águas	26	161.508
16ª CRS – Lajeado	29 - Vales e Montanhas; 30- Vale da Luz	37	325.412
17ª CRS – Ijuí	13 – Diversidade	20	222.771
18ª CRS – Osório	04 - Belas Praias; 05 - Bons Ventos	23	341.119
19ª CRS - Frederico Westphalen	15 - Caminhos das águas	26	187.063

Fonte: SES/RS - Tabela de própria autoria.

3. PROBLEMA DE PESQUISA

Carência de informações a respeito do perfil dos Gestores e do processo de gestão nas Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer quem são e como atuam os gestores municipais de saúde no estado do Rio Grande do Sul.

4.1.1 Objetivos específicos

- Descrever as características pessoais e profissionais dos Gestores Municipais de Saúde;
- Descrever as principais funções desempenhadas pelos Gestores Municipais de Saúde;
- Descrever as atividades e programas que perpassam o processo de trabalho na gestão municipal.

5. MANUSCRITO

O manuscrito que compõem esta dissertação foi submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva, e editado conforme as orientações da revista.

PERFIL DOS GESTORES E DA GESTÃO MUNICIPAL DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS) DE ACORDO COM O PORTE POPULACIONAL

HEALTH MANAGERS PROFILE AND THE MUNICIPAL MANAGEMENT IN THE
BRAZILIAN *UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS)* ACCORDING THE MUNICIPAL
POPULATION SIZE

Janete Madalena Arcari¹, André Phylippe Dantas Barros², Roger do Santos Rosa¹, Renato José De Marchi³, Aline Blaya Martins¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Brasil.

Correspondência para: Aline Blaya Martins de Santa Helena, Rua: Ramiro Barcelos, 2492. Bairro: Santa Cecília, Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 92425-900.

Telefone: +55 (0) 51 33 08 5015

E-mail: alineblaya@hotmail.com

RESUMO

O estudo buscou conhecer quem são e como atuam os gestores municipais de saúde. Possui delineamento transversal. Foi realizado através de entrevistas eletrônicas enviadas a Secretários Municipais de Saúde no estado do Rio Grande do Sul (RS). Foi calculada a distribuição das variáveis e a diferença entre médias segundo o porte populacional. A taxa de resposta foi de 59,75% (N=297). Participaram gestores de todas Regiões de Saúde do RS. A maioria foi composta por mulheres, com escolaridade alta, média de idade de 43,76 anos, cor branca. O grupo era heterogêneo quanto a formação. A média de gastos com saúde foi de $\approx 20\%$ das receitas brutas. Todos referiram subfinanciamento. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) era atuante/parcialmente atuante para a maioria, porém não houve consenso quanto a outras formas de controle social. Quanto ao porte populacional, 79,92% tinham ≤ 20.000 habitantes (pequeno porte). Diferenças significativas foram observadas quanto ao porte populacional. Havia mais municípios pequenos sem profissionais do *Mais Médicos* e nos de maior porte havia mais dificuldades relacionadas a gestão de pessoas. O estudo permitiu conhecer a realidade dos gestores municipais e as particularidades da gestão quanto ao tamanho do município. Sugere-se pesquisas quanto ao papel da mulher e do controle social, e sobre o impacto da política de austeridade sobre a gestão da saúde.

Palavras chave: Gestão em Saúde. Secretários Municipais de Saúde. Descentralização. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The study aims to know who are the municipal health managers. It had a cross-sectional design. It was performed through electronic interviews sent to the Municipal Health managers in the state of Rio Grande do Sul (RS). The variables distribution were calculated and the difference between means according to the population size through were assess. The response rate was 59.75% (N = 297). Managers from all Health Regions of RS had participation. The majority were women, with high schooling, mean age of 43.76 years, white color. The group was heterogeneous regarding formation areas. The average health expenditure was $\approx 20\%$ of the gross revenues. All of then referred underfunding. The Municipal Health Council (CMS) was active/partially active for the majority, however, there were no consensus regarding others social participation forms. Regarding the population size, 79.92% had ≤ 20 thousand inhabitants (small towns). Significant differences were observed regarding population size. There were more small municipalities without *Mais Médicos* professionals and in the larger ones there are more difficulties related to the people management. The study allowed to know the reality of the municipal managers and the management particularities regarding it size's. Researches about women role, social participation, as well about austerity policy impacts on health management were suggested.

Key-words: Health Management. Municipal Health Secretaries. Decentralization. Unified Health System

INTRODUÇÃO

A descentralização do Sistema de Saúde, proposta pela Constituição Federal de 1988, tornou a gestão do sistema uma responsabilidade compartilhada pela União, Estados e Municípios, respeitando à autonomia de cada ente federado e com decisões baseadas em consenso. Sendo um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização remete a avanços significativos na construção do SUS pois rompe com o modelo centralizado na assistência e redistribui recursos e responsabilidades entre os entes federados, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade¹.

Durante a década de 1990 ocorreram os principais avanços do processo de descentralização do setor saúde no Brasil e junto surgiram inúmeros desafios. A esfera municipal tornou-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e os gestores municipais assumiram papel fundamental para que as ações e serviços ofertados estejam em conformidade com as necessidades particulares de cada região².

O Brasil possui uma grande diversidade de características na conformação de seus municípios, sendo este um dos fatores que contribuíram para que a descentralização não ocorresse de forma homogênea. Este mesmo fator interferiu também na capacidade dos municípios em assumir a gestão. Mesmo assim, a descentralização favoreceu novos arranjos institucionais com a promoção de ações intersetoriais integradas, diminuindo a fragmentação das ações, assim como a parceria com outros níveis de governo e com governos de outros municípios^{3,4}. O Estado do Rio Grande do Sul, segue tal padrão e também apresenta uma grande diversidade nas características de seus municípios, com um número expressivo de municípios considerados de pequeno e médio porte⁵.

Reflexões quanto a complexidade da gestão pública do SUS, nos municípios que possuem diferentes portes populacionais, englobam temas diversos como a organização da assistência à saúde da população, questões burocráticas, judiciais, distintos perfis profissionais na assistência e na gestão e até mesmo a capacidade de formação de recursos humanos. Desta forma, o objetivo desta pesquisa foi conhecer quem são e como atuam os gestores municipais de saúde no estado do Rio Grande do Sul, quando distintos portes populacionais são considerados.

METODOLOGIA

Delineamento

Estudo observacional, quantitativo, de caráter descritivo e com delineamento transversal.

Cenário do Estudo

O Rio Grande do Sul situa-se no extremo sul do Brasil, ocupando pouco mais de 3% do território brasileiro, abriga em torno de 6% da população do país. Ocupa uma área de 281.737,947km², com população estimada para 2016 de 11.286.500 habitantes, é composto por 497 municípios. A maioria das cidades é de pequeno porte, mais de 78% têm população inferior a 20 mil habitantes. Registra-se 329 municípios (66,2%) com até 10.000 habitantes. Esses dados estabelecem os pequenos municípios como um dos principais protagonistas pela gestão do SUS no Estado do Rio Grande do Sul⁶.

O Estado está dividido em 30 Regiões de Saúde⁷, distribuídas nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) que desempenham a função de coordenação político-administrativa. Elas são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e pelo gerenciamento de ações e de serviços de saúde mediante a cooperação técnica e operacional realizada com os gestores municipais e prestadores de serviços.

Medida

O instrumento de coleta das informações, foi um questionário estruturado contendo 43 questões, não identificado e autoaplicável tomando como unidade de análise os Secretários Municipais de Saúde do estado do Rio Grande do Sul.

A versão final do questionário foi elaborada pela equipe de pesquisadores responsável por este estudo, a partir de trabalhos anteriores^{8,9} definindo três focos de análise: o gestor, abordando questões referentes ao perfil pessoal, educacional e profissional dos secretários municipais de saúde, as características do município onde atua e o processo de gestão.

O perfil do gestor foi estabelecido através das seguintes variáveis: sexo, idade, raça/cor, grau de escolaridade, profissão, tempo no cargo na atual gestão, vínculo empregatício, reside no município onde é gestor (sim/não), experiência pregressa como secretário municipal de saúde (sim/não) e filiação partidária (sim/não).

O município foi caracterizado quanto ao seu porte populacional aferido pela pergunta “Qual a população estimada do seu município?” Com as seguintes respostas possíveis: ‘≤ 5.000 habitantes (hab.)’, ‘5.001 até 10.000 hab.’, ‘10.001 até 20.000 hab.’, ‘20.001 até 50.000 hab.’, ‘50.001 até 100.000 hab.’, ‘100.001 até 500.000 hab.’ e ‘>500.000 habitantes’. Outra variável atribuída ao município foi a habilitação de saúde através da pergunta, com as seguintes repostas possíveis: Gestão Plena de Saúde, Gestão Plena de Atenção Básica de Saúde e Não sei.

A gestão foi investigada através das seguintes variáveis: Modelo de atenção básica (Estratégia de Saúde da Família -ESF/ Outro modelo/ ESF e outro modelo), prioridades da gestão, atuação do Conselho Municipal de Saúde, participação social, adesão aos programas Mais Médicos e Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), apoio do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul COSEMS/RS, gasto com saúde, Emenda Constitucional 29, Lei de Responsabilidade Fiscal e dificuldades ao administrar a secretaria.

As prioridades da gestão estabelecidas por meio das seguintes questões com “sim” e “não” como respostas possíveis: “A demanda espontânea é um critério utilizado em seu município para o estabelecimento das prioridades na saúde?”. E “As opiniões do corpo técnico da secretaria é um critério utilizado em seu município para o estabelecimento das prioridades na saúde?”.

Quanto a participação social as perguntas foram: “Como você avalia a atuação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) atualmente no seu município?” (Não é atuante/ atuante/ parcialmente atuante). “Qual a principal forma de participação da comunidade no SUS?” (intervenção de vereadores, CMS, associação comercial e industrial, não há participação, redes sociais, outro).

A adesão a programas: “Existem médicos do Programa *Mais Médicos* atuando em seu município?” (sim/não). “O seu município participa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB?” (nenhuma equipe realizou pactuação para PMAQ-AB, todas pactuaram, algumas equipes pactuaram).

Outro aspecto investigado foi o grau de apoio do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde aferido pela pergunta: “Qual é o grau de apoio do COSEMS/RS (a nível de cooperação técnica) para o planejamento e a gestão do seu município?” (alto, médio, baixo, não utilizei).

Com relação aos gastos com saúde as perguntas utilizadas foram: “Considerando a Emenda Constitucional EC-29, qual o percentual médio da arrecadação de impostos e transferências constitucionais que o seu município costuma destinar ao custeio de ações e serviços de saúde?” Podendo ser atribuído qualquer valor entre 15 e 40% e “De 0 a 10, quanto a Lei de Responsabilidade Fiscal limita a sua autonomia de gestão?”. Para fins de análise, as respostas foram categorizadas como: Não limita (0), limita pouco (1-4), limita médio (5-7), limita muito (8-10).

Por fim, as possíveis dificuldades na gestão, foram aferidas: “Indique qual o grau de dificuldade para administrar a sua secretaria de saúde hoje em relação a: i) pouco conhecimento do gestor, ii) falta de comprometimento dos profissionais de saúde, iii) disponibilidade de recursos financeiros, iv) rotatividade de profissionais, v) profissionais resistentes a mudanças. Todas tendo como respostas: nenhuma, baixa, média, alta.

Para fins de análise o porte populacional foi considerado variável expositiva, tendo sido categorizada, mediante a distribuição, de duas formas: i) categórica (até 10.000 habitantes, entre 10.001 a 20.000, mais de 20.001 até 500.000), e ii) dicotomizada (até 10.000 habitantes e 10.001 a 500.000).

As demais variáveis foram consideradas desfechos possíveis.

Coleta de dados

O instrumento foi enviado para todos os secretários municipais de saúde e respondido por meio eletrônico.

Com o propósito de divulgar a pesquisa e com objetivo de sensibilizar os gestores para a participação, a pesquisadora participou de eventos direcionados aos Secretários de Saúde realizados pelo COSEMS/RS. Em julho de 2016 participou do Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul e em fevereiro de 2017, participou do evento de Acolhimento aos Novos Gestores que foi promovido pelo COSEMS/RS e a Secretaria Estadual de Saúde SES/RS. Posteriormente em março de 2017 participou da Reunião da Diretoria e do Conselho Deliberativo do COSEMS/RS para a apresentação da pesquisa aos participantes.

Sendo que a base para pesquisas on-line, é, a priori, uma lista de endereços eletrônicos válidos, buscamos parceria com COSEMS/RS. Houve o contato com o Presidente e obtivemos o apoio e a participação direta no envio de e-mail com um link e o convite para responder ao

questionário para os secretários de saúde dos 497 municípios do Rio Grande do Sul, no período de novembro de 2016 a abril de 2017, através dos endereços eletrônicos de suas secretarias.

Foi utilizado o Software *Survey Monkey Inc.*[®] para a montagem do instrumento e coleta de dados da pesquisa.

Análise dos dados

Para a análise estatística dos dados utilizou-se o software IBM SPSS v. 21 (Chicago: SPSS), calculadas as frequências de distribuição das variáveis em análise e a diferença entre médias foi atribuída através do teste de qui-quadrado onde foram consideradas significativas as diferenças com o valor $p < 0,05$.

Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa da UFRGS, Projeto nº 32103. Os preceitos éticos e legais foram respeitados seguindo a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

O instrumento de coleta de dados foi enviado para as 497 Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul, obtendo 297 respondentes, via secretários (59,75%).

Do total dos questionários respondidos consideraram-se válidos apenas os questionários com mais de 50% das perguntas respondidas, o que totalizou 264 questionários. Ao fazer a análise do grupo de respondentes, houve a participação de gestores de todas as 19 CRS e das 30 Regiões de Saúde.

As características dos gestores participantes desta pesquisa foram: maioria composta por mulheres (58%); nível de escolaridade superior completo de 64%, com a participação de distintos graus de escolaridade, dentre os quais 4,2% possuíam ensino médio e técnico incompletos ou fundamental completo; média de idade de 43,76 anos ($\pm 9,11$) variando entre 22 e 70 anos; o grupo apresentou-se heterogêneo quanto a sua área de formação, porém, houve uma expressiva participação de administradores e enfermeiros; maioria (93,60%) de cor branca. Quanto ao vínculo empregatício 147 secretários (55,7%) possuíam cargo em comissão, enquanto 100 (37,9%) eram funcionários públicos estatutários, além de outras formas de contratações menos frequentes. A moradia no próprio município onde é Secretário de Saúde foi

referida por 248 (93,9%). Com relação ao tempo de vinculação no cargo, na atual gestão, 147 (55,7%) estava há menos de um ano (Tabela 1).

Os municípios eram 79,92% de pequeno porte (até 20.000 habitantes) segundo condição referida pelo gestor, bem como, a maioria referiu possuir modalidade de Gestão Plena de Atenção Básica (Tabela 2).

Em relação à gestão, quanto a atuação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), 130 referiram como parcialmente atuante, 122 como atuante e 12 como não atuante. Quanto à forma que os munícipes exercem a participação social, a maioria (181) referiu-se ao CMS como principal forma de participação, seguido das redes sociais, contudo, 14 indivíduos referiram que não há participação da comunidade na gestão de seus municípios.

Os gestores referiram que a maioria aderiu aos programas *Mais Médicos* e PMAQ. A média de gastos segundo relatos foi de aproximadamente 20% das receitas brutas do município (Tabela 2).

A análise da diferença entre médias tendo o porte populacional categorizado como variável explicativa mostrou que há diferenças significativas no perfil do gestor e nas características da gestão quando o tamanho do município é considerado. Observou-se uma maioria significativa de secretárias nos municípios de pequeno porte, contudo, o mesmo não ocorre quando comparado aos municípios de médio e grande porte. Nestes, homens e mulheres dividem o cargo em número muito semelhante. Na tomada de decisão, a demanda espontânea é significativamente considerada uma prioridade para os pequenos municípios, enquanto o parecer do corpo técnico toma mais expressão à medida que o porte dos municípios aumenta (Tabela 3).

No cruzamento das variáveis de desfecho com o porte populacional dicotomizado, observou-se que nos municípios de pequeno porte uma parcela significativamente não recebeu profissionais oriundos do programa *Mais Médicos*. Por outro lado, nos municípios pequenos há significativamente mais adesão ao programa PMAQ na totalidade das equipes de Saúde da Família (Tabela 4).

Houve uma diferença significativa em relação a variável filiação partidária, com um número maior de secretários sem filiação partidária em municípios maiores (Tabela 4).

Os secretários também descreveram de forma significativamente diferente questões relacionadas com o grau de dificuldade de administrar a secretaria devido à falta de

comprometimento e a resistência a mudanças dos profissionais de saúde, onde observou-se que tais aspectos representavam um problema maior para os municípios de médio e grande porte quando comparado aos pequenos (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A pesquisa tem caráter inédito principalmente com relação a abrangência do cenário do estudo uma vez que conseguiu abranger um número expressivo de secretários(as) municipais de saúde, tendo representadas todas as coordenadorias e regiões de saúde do estado do Rio Grande do Sul. Além disso, este estudo mostrou-se capaz de responder ao objetivo previamente estabelecido uma vez que permitiu conhecer, no que se propôs este estudo, quem eram e como atuavam os(as) gestores(as) municipais de saúde no estado do Rio Grande do Sul no período estudado.

O índice de retorno obtido foi maior (59,75%) do que o de pesquisas de igual interesse que foram previamente realizadas, no estado do Mato Grosso, obteve 52,48%⁸ e estudo realizado em Minas Gerais, obteve 40% de retornos¹⁰. Há evidência de que a taxa de retorno padrão de pesquisas feitas por meio de correio eletrônico é comparável àquelas obtidas via modo postal variando entre sete a 13% e que, de modo geral, a ativação da pesquisa pelos respondentes pode estar relacionada com o interesse de tais atores sobre o objeto da pesquisa¹¹, desta forma, acredita-se que é possível que os secretários que participaram possam ter interesse em compartilhar e compreender coletivamente os processos de gestão municipal da saúde.

Percebe-se mudanças no perfil dos secretários municipais de saúde em relação a outros estudos principalmente quanto ao sexo e a escolaridade¹². Os resultados apontaram para a tendência crescente da presença feminina na gestão do SUS. Tal fato já vem sendo observado há alguns anos com crescimento progressivo^{8,13,14}. Contudo, quando feita análise considerando o porte populacional, observou-se que a presença feminina mais expressiva está dada em municípios de pequeno porte, e, embora, não se possa desconsiderar a representatividade igualitária encontrada em municípios maiores, ainda observa-se através da literatura que há pouca expressividade, e desvalorização sofrida pelas mulheres no âmbito da gestão¹⁵.

A média de idade encontrada foi ligeiramente maior do que a de outros estudos realizados com secretários de estado^{16,17}. Este estudo apresentou um percentual de nível de escolaridade superior completo que concorda com o estudo de Ohira *et al.*¹⁸, porém, supera

resultados encontrados por Pinafo¹⁷, em uma pesquisa realizada com gestores de municípios de semelhante porte populacional. Contudo, ficou aquém tanto da pesquisa nacional de Fleury *et al.*¹³ quanto a realizada em âmbito municipal por Garózi¹⁴.

Com relação à profissão dos gestores, a maioria dos participantes desta pesquisa foi composta por administradores(as) e enfermeiros(as), sendo que houve uma pequena representatividade de médicos(as), o que diverge de perfil de formação encontrado por Fleury *et al.*¹³ e do que encontrou Moura em 2016¹⁹. O motivo de tal discordância é desconhecido, porém, pode-se especular que esteja relacionada com o porte populacional dos municípios da maioria dos respondentes, uma vez que se observa uma dificuldade de fixação do profissional médico até mesmo para a assistência em municípios de pequeno porte.

Tal fato pode ser considerado importante quando se trata de quebra do modelo hegemônico presente na área da saúde, uma vez que, quando somados os gestores formados nas diferentes áreas da saúde, o índice se aproxima do estudo de Ferreto *et al.*²⁰ que encontrou um número próximo de profissionais da área da saúde atuando na gestão. Porém, embora as reformas de diretrizes curriculares instituídas na primeira década de 2000 para todos os cursos da saúde preconizem a formação de competências e habilidades relacionadas com a gestão pública da saúde, o percentual encontrado de profissionais com formação na área mostrou-se pequena quando comparada com um estudo realizado em 2016 por Castro e Souza na gestão municipal da educação que encontrou uma totalidade de gestores educadores¹⁶.

Cabe pensar nos desafios que estão postos para os gestores do SUS, uma vez que a sua prática cotidiana é permeada por constantes mudanças da legislação da saúde, diferentes interesses, diferentes espaços de negociação e decisão, formais e informais e pelas crescentes demandas. Desta forma, há uma necessidade de constantes mudanças no modelo de atenção à saúde e consequentemente de preparo destes gestores²¹. Autores referem que a gestão vai além de gerenciar “coisas”, sendo indispensável a visão estratégica de gestão nos diversos âmbitos de negociações para a viabilização da atenção à saúde de forma custo efetiva. As tarefas desempenhadas por eles se desenvolvem em dimensões “políticas, técnicas e administrativas”^{17, 22, 23}.

Com relação a dimensão política cabe pensar na interlocução dos gestores com a sociedade civil, onde deveria haver consolidação e legitimidade de participação por meio dos Conselhos de Saúde, legalmente instituídos pela Lei 8142. Tais conselhos existem e funcionam na maioria dos municípios, porém os resultados deste estudo mostram que ainda há fragilidade

na gestão participativa do sistema, uma vez que alguns gestores referiram que a participação da sociedade civil é inexistente em suas gestões. É possível que as limitações de legitimidade e de atuação dos conselhos sejam decorrentes do grau de organização da sociedade civil, de problemas intrínsecos dos mecanismos representativos de participação e das práticas políticas dominantes no país²⁴.

Outro aspecto que permeia a gestão democrática é o diálogo entre gestão e trabalhadores. Por um lado, as questões de gestão de pessoas e da formação de trabalhadores para o SUS constituem uma inquietação e um descontentamento já estabelecido há um bom tempo^{25,26}. Passaram-se quase 30 anos da construção do sistema, o país encaminha-se para a segunda etapa de reformas curriculares²⁷, contudo, é na impessoalidade de um município de maior porte, que o peso das lacunas na formação de profissionais de saúde se mostram problemáticas para a gestão municipal do SUS^{8,28,29}. Por outro lado, o distanciamento e a impessoalidade estabelecidos, entre a gestão da saúde de grandes municípios e seus trabalhadores também parece determinar a constituição de barreiras que dificultam a otimização dos processos de trabalho e de melhores práticas³⁰. Estudos relatam que a gestão de pessoas vem sendo considerada uma questão complexa para a gestão^{8,12,29}.

O estudo apresentou um percentual expressivo de gestores vinculados por meio de cargos em comissão e de filiados a partidos políticos. É interessante ressaltar que houve uma diferença significativa de gestores, possivelmente técnicos, sem filiação partidária em municípios maiores. Sendo que em números absolutos, os resultados encontrados nesta pesquisa, em relação à filiação, superaram os encontrados no estudo de Fleury *et. al.*¹³. Junqueira *et.al.*¹² em 2010, consideraram necessário ampliar a discussão sobre a inserção, na gestão pública, de profissionais técnicos que refutem o clientelismo, evidente, por exemplo, na indicação política para a ocupação de cargos de gestor de saúde, aspectos que são, segundo tais autores, mais facilmente observados nos municípios de pequeno porte.

Em relação ao exercício dos(as) secretários(as) na função, os achados desta pesquisa mostraram que praticamente metade destes ocupava o cargo a menos de um ano na atual gestão. Porém, muitos secretários já haviam ocupado a pasta em outras gestões. Tais resultados se aproximam do estudo de Luna que também mostra a intermitência da ocupação deste cargo⁸. Porém, faz-se necessário contextualizar o período em que aconteceu a coleta, próximo ao período eleitoral, em que muitos gestores se afastam para concorrer a outros cargos políticos.

A gestão municipal perpassa uma complexa rotina administrativa, com múltiplas atribuições práticas, tanto no que se refere a micropolítica quanto às demandas burocráticas.³¹ As atribuições burocráticas somam-se diariamente e o apoio e a troca de experiências entre os gestores é fundamental, sendo que, arenas tais como reuniões e congressos convocados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde são fóruns que apoiam a construção de políticas e que aproximam esferas e atores envolvidos na gestão da saúde³². Neste estudo, poucos foram os gestores que referiram não fazer uso do COSEMS-RS como instituição de apoio para o planejamento e a gestão o que corrobora com o que este conselho se propõem a fazer.

A média de gastos com serviços de saúde segue estudo anterior que já demonstrou tal realidade²⁰. A responsabilidade pelo financiamento da saúde, segundo a legislação, deve ser compartilhada pelas três esferas de governo^{33,34,35}, contudo, observa-se que os municípios estão aplicando percentual cada vez maior devido ao descumprimento ou cumprimento parcial com o estabelecido pelo estado e união, uma vez que há atrasos nos repasses e em relatórios de gestão observam-se gastos que não correspondem ao especificamente as ações e serviços diretos do sistema de saúde.

A gestão da saúde também é interdependente e parece ser determinada sob alguns aspectos pelo tamanho do município onde o secretário de saúde atua. Observou-se que os municípios de menor porte optaram pela Gestão Plena de Atenção Básica e que as secretarias organizam o cuidado de atenção básica do município, elegendo, em sua maioria, como modelo de atenção, a Estratégia da Saúde da Família. Esta tem sido a tendência induzida pela gestão federal, o que já foi observado em outros estudos^{8,13,20}.

Tais evidências mostram que esta estratégia de organização da atenção básica tem por objetivo geral a reorientação do modelo assistencial, tornando este nível de atenção a principal porta de entrada do sistema e o nível de atenção ordenador da rede de atenção e da coordenação do cuidado³⁶.

A organização da atenção básica e a viabilidade de execução da estratégia de saúde da família também parecem ser diferentes conforme o tamanho do município. O resultado encontrado neste estudo respalda a recorrente queixa dos gestores com relação a fixação do profissional médico^{8,37} em municípios menores e mais afastados dos grandes centros¹⁰, inclusive quando programas específicos foram propostos para a solução do problema (Mais Médicos) há evidências neste estudo da dificuldade que os pequenos municípios encontram na adesão. Por outro lado, parece haver maior solidariedade e capacidade de mobilização dos

trabalhadores quando um município possui poucas equipes, tal fato observa-se pela adesão a um programa proposto para ampliar o acesso e a qualidade da atenção básica, que obteve-se percentuais de adesão maiores em pequenos municípios contrariando resultados encontrados por Pinto 2012³⁸.

O financiamento é outro aspecto que possui um peso muito grande na gestão municipal, observa-se que os municípios em sua maioria precisam dispensar gastos maiores do que o previsto em lei³⁹ e referem que este aspecto representa uma dificuldade na maioria dos municípios, independente do porte populacional. Os gastos municipais além do previsto são realidade no Brasil e outros estudos com médias próximas das encontradas nesta pesquisa já referiam tal situação^{8,20}. Este fato pode ser explicado pelo estudo de Araújo e Machado e Gonçalves⁴⁰ que também analisou a destinação dos recursos e encontrou diferenças significativas tanto na quantidade de gastos *per capita* em saúde, quanto na destinação dos recursos financeiros, onde previsivelmente observa-se que os gastos dos pequenos municípios com pessoal-folha de pagamento os oneram expressivamente.

A queda da participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública, reduz o papel exercido pelo governo federal na determinação da política de saúde e aumenta a dos municípios^{8,20}, o que justifica o aumento crescente da preocupação dos gestores municipais⁴⁰. Este fato tende ao agravamento considerando a promulgação da Emenda Constitucional nº 95 que congelou os gastos com saúde por 20 anos e estabeleceu limites desfavoráveis de correção dos no financiamento da saúde^{41,42}.

Contudo, cabe ressaltar que o financiamento isoladamente não é condição para o sucesso na gestão e na atenção à saúde da população. Queiros *et.al.*⁴³ em seu estudo referiram que a adequação de recursos financeiros são uma condição necessária, todavia não suficiente, para alcançar a eficiência nos indicadores de saúde de um município. Isto faz sentido quando observamos as dificuldades relatadas pelos gestores que, principalmente nos municípios de médio e grande porte referem que a falta de comprometimento e a resistência dos profissionais a mudanças representam uma dificuldade média ou alta para a gestão da atenção da saúde.

CONCLUSÃO

Através do presente estudo, que contou com o empenho e com a solidária participação de praticamente 300 secretários de saúde que se mostraram comprometidos e implicados com

a produção uma de ciência que dê voz e visibilidade a este coletivo e seus cotidianos, foi possível compor um agregado de informações que possibilitou suprir a carência de referências sobre esse ator social para gestão do SUS. A pesquisa teve caráter inédito, visto que não se tem conhecimento de estudo de similar abrangência no estado.

Diante da complexidade da gestão do SUS, e através da descentralização da saúde, é fundamental que o secretário municipal de saúde tenha conhecimento e capacidade de gestão, pois cabe a ele prover os serviços de saúde com efetividade.

O perfil dos gestores municipais, no que tange seu grau de escolaridade e sexo, tem apresentado mudanças no decorrer do tempo que foram confirmadas neste estudo. Os resultados mostram que a evolução nas demandas da gestão pode está elevando o grau de exigência no processo de trabalho do gestor, fato que possivelmente esteja relacionado com a escolaridade dos secretários que em sua maioria tinha curso superior.

Também obtivemos resultados surpreendentes na representatividade feminina no cargo, o que mostra que as mulheres estão, paulatinamente, fazendo-se representar no cenário da gestão pública brasileiro. Todavia, este estudo demonstra claramente o quanto este espaço de poder ainda não representa a totalidade dos cidadãos, uma vez que foi observada uma hegemonia branca e que as mulheres fazem-se representar em maior número na gestão de municípios pequenos. Além disso, cabe investigar o quanto a feminilização da gestão da saúde possuirá potencial de mudança nas práticas de gestão a longo prazo.

Diferenças significativas foram encontradas quando o porte populacional do município foi considerado, onde observou-se que os pequenos municípios possuíam desvantagens quando o financiamento entrou em pauta e na questão de provimento de médicos. Porém, tendo menos dificuldade quando o assunto é a gestão de pessoas.

Por fim, é necessário contextualizar que este estudo possui limitações tais como o seu caráter transversal e o fato de ser representativo apenas para o estado do Rio Grande do Sul. No entanto, consideramos que a realidade deste cenário não seja tão distante dos demais estado no país e que os desafios da gestão municipal do SUS como um todo não sejam muito distintos dos observados nesta pesquisa. Cabe ressaltar um aspecto levantado nesta pesquisa que precisa ser alertado diante do atual cenário político econômico da nação brasileira. A totalidade dos gestores apontou neste estudo o financiamento como uma dificuldade de execução de ações e serviços de saúde e que há um cenário bastante pessimista indicando piora neste quadro o que

precisará de união, determinação e resistência por parte dos gestores para que catástrofes sociais possam ser evitadas.

Colaboradores

JM Arcari trabalhou na concepção, na elaboração da pesquisa e na redação e revisão de todo o texto; APD Barros trabalhou no desenvolvimento da metodologia do instrumento da pesquisa e no manuscrito; RS Rosa trabalhou na concepção do estudo, na análise dos dados e na redação e revisão final do manuscrito; RJ De Marchi trabalhou na construção do instrumento de pesquisa, na análise dos dados e na redação e revisão do manuscrito; e AB Martins trabalhou na orientação de todo o desenvolvimento do estudo e na redação do manuscrito.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Maurício Nunes Teixeira pela disponibilidade da licença do software *Survey Monkey Inc.*

Esta pesquisa contou com o apoio técnico do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS-RS) para a divulgação do instrumento utilizado na pesquisa.

TABELAS

Tabela 1- Distribuição de frequência das variáveis descritivas do perfil do gestor, dos municípios e da gestão em Secretarias Municipais de Saúde. Rio Grande do Sul (RS), 2017.

Variáveis	Categorias	n*(%)
Grau de Escolaridade	Fundamental completo, médio e técnico incompletos	11 (4,2)
	Médio e téc. completo	54 (20,5)
	Superior incompleto	30 (11,4)
	Superior completo	169 (64)
Profissão	Administrador	40 (15,20)
	Enfermeiro	33 (12,5)
	Tec. saúde: enfermagem, radiologia e química	23 (8,7)
	Professor Pedagogo Ed. Físico	22 (8,3)
	Out. prof. saúde: Cir. dentista, Veterinário, Nutricionista, Fonoaudiologia, Farmácia., Biomedicina	17(6,4)
	Contador	15(5,7)
	Agricultor	12 (4,5)
	Motorista Operador de máquina	10 (3,8)
	Condutor de ambulância	
	Assistente Social	7 (2,7)
	Biólogo ou Gestão Ambiental	7 (2,7)
	Advogado	6 (2,3)
	Comerciante ou Rep. Comercial	6 (2,3)
	Psicólogo	6 (2,3)
	Fisioterapeuta	5 (1,9)
	Médico	5 (1,9)
	Outros	50 (18,9)
Tempo de Secretário de Saúde na atual gestão	Menos de um ano	147 (55,7)
	Mais de um ano	28 (7,6)
	Mais de dois anos	17 (6,4)
	Mais de três anos	80 (30,3)
Já foi Secretário de Saúde em outras gestões	Já foi antes	103 (39)
	Não foi	161 (61)
Ser filiado a um partido político	Sim	210 (79,5)
	Não	54 (20,5)
População estimada do município em que é Secretário de Saúde	Até 5.000 hab.	115 (43,6)
	De 5.001 a 10.000 hab.	58 (22)
	De 10.001 a 20.000 hab.	38 (14,4)
	De 20.001 a 50.000 hab.	26 (9,8)
	De. 50.001 a 100.000 hab.	17 (6,4)
	De 100.001 a 500.000 hab.	10 (3,8)
Habilitação do Município	Gestão Plena de Saúde	36 (13,6)
	Gestão Plena de Atenção Básica	196 (74,2)
	Não sei	18 (6,8)
	Não respondeu	14 (5,3)

*n= número absoluto, ♦ =Desvio Padrão

Tabela 2- Distribuição de frequência das variáveis descritivas quanto a gestão de Secretarias Municipais de Saúde. Rio Grande do Sul, 2017.

Variáveis	Categorias	n*(%)/ Média (\pm DP \spadesuit)
Existem médico dos Programa Mais Médicos atuando no município	Sim	195 (73,9)
	Não	54 (20,5)
	Não respondeu	15 (5,7)
Município participa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica PMAQ-AB	Todas as equipes	161 (61)
	Algumas equipes	45 (17)
	Nenhuma equipe	23 (8,7)
	Não respondeu	35 (13,3)
Apoio das instituições para o planejamento e a gestão: COSEMS-RS	Não utilizei	17 (6,4)
	Baixo	38 (14,4)
	Médio	125 (47,3)
	Alto	66 (25)
	Não respondeu	18 (6,8)
PEC – 29 gastos com saúde		19,80 (3,39)
Quanto a Lei de Responsabilidade Fiscal limita a autonomia de 0 a 10		6,64 (3,11)
Critério utilizado para estabelecer as prioridades na saúde: Demanda espontânea	Sim	179 (67,8)
	Não	85 (32,2)
Critério utilizado para estabelecer as prioridades na saúde: Parecer do corpo técnico.	Sim	143 (54,2)
	Não	121 (45,8)
Grau de dificuldades administrar a secretaria pouco conhecimento do Gestor	Nenhuma ou baixa	157 (60,2)
	Média ou alta	89 (34,1)
	Não respondeu	15 (5,7)
Grau de dificuldade de administrar a secretaria devido à falta de comprometimento dos Profissionais de saúde	Nenhuma ou baixa	133 (50,4)
	Média ou alta	111 (42)
	Não respondeu	20 (7,6)
Grau de dificuldade de administrar a secretaria pela disponibilidade de recursos financeiros	Nenhuma ou baixa	49 (18,6)
	Média ou alta	193 (73,1)
	Não respondeu	22 (8,3)
Grau de dificuldade de administrar a secretaria rotatividade de profissionais.	Nenhuma ou baixa	159 (60,2)
	Média ou alta	82 (31,1)
	Não respondeu	23 (8,7)
Grau de dificuldade de administrar a secretaria profissionais resistentes a mudanças	Nenhuma ou baixa	117 (44,3)
	Média ou alta	124 (47)
	Não respondeu	23 (8,7)
Modelo de Atenção Básica no Município	ESF	132 (50)
	ESF e outros	108 (40,9)
	Outro modelo	10 (3,8)
	Não respondeu	14 (5,3)

*n= número absoluto, \spadesuit =Desvio Padrão

Tabela 3 – Diferenças entre médias das variáveis explicativas em relação ao desfecho que analisou o porte populacional dos municípios do estado do Rio Grande do Sul categorizados como: “≤ 10.000 habitantes”, “10.001 a 20.000”, “20.001 até 500.000”, calculadas através do teste de qui-quadrado. RS/2017.

Variáveis	Categorias	≤ 10.000	10.001-20.000	20.001-500.000	p-valor
		n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo	Feminino	109(63)	18(47,4)	26(49,1)	0,07
	Masculino	64(37)	20(52,6)	27(50,9)	
Critério utilizado para estabelecer as prioridades na saúde: Demanda espontânea	Sim	125 (72,3)	27(71,1)	27(50,9)	0,01*
	Não	48(27,7)	11(28,9)	26(49,1)	
Critério utilizado para estabelecer as prioridades na saúde: Parecer técnico	Sim	82(47,4)	24(63,2)	37(69,8)	0,00*
	Não	91(52,6)	14(36,8)	16(30,2)	
Habilitação do Município	Gestão Plena de Saúde.	15(9,9)	7(21,2)	14(29,2)	0,00*
	Gestão Plena de Atenção Básica de Saúde	136(90,1)	26(78,8)	34(70,8)	
Modelo de Atenção Básica no Mun.	ESF	98(59,8)	21(60)	13(25,5)	0,00*
	ESF/Misto e outros modelos de AB	66(40,2)	14(40)	38(74,5)	

*Foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

Tabela 4 - Diferenças entre médias das variáveis explicativas em relação ao desfecho que analisou o porte populacional dos municípios do estado do Rio Grande do Sul como: “≤ 10.000 habitantes” e “> 10.000”, calculadas através do teste de qui-quadrado. RS/2017.

Variáveis	Categorias	≤ 10.000 n(%)	> 10.000 n(%)	p-valor
Existem Médicos do Programa Mais Médicos no Município	Sim	73(67)	122(87,1)	0,00*
	Não	36(33)	18(12,9)	
Município participa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica PMAQ-AB	Todas	81(70,4)	80(53,7)	0,00*
	Algumas	9(7,8)	36(24,2)	
	Nenhuma	10(8,7)	13(8,7)	
	Não respondeu	15(13)	20(13,4)	
Você é filiado a um Partido Político	Sim	101(87,8)	109(73,2)	0,00*
	Não	14(12,2)	40(26,8)	
PEC 29	De 15 a 17%	33(33)	26(20)	0,05
	De 18 a 20%	37(37)	57(43,8)	
	De 21 a 22%	16(16)	16(12,3)	
	De 23 a 32%	14(14)	31(23,8)	
Lei de Responsabilidade Fiscal	Limita pouco	24(24)	21(16,3)	0,07
	Limita médio	35(35)	36(27,9)	
	Limita muito	41(41)	72(55,8)	
Grau de dificuldades pouco conhecimento do Gestor	Média e alta	43(40,2)	46(33,1)	0,25
	Nenhuma ou Baixa	64(59,8)	93(66,9)	
Grau de dificuldade de administrar a secretaria devido à falta de comprometimento dos Profissionais de saúde	Média e alta	40(38,1)	71(51,1)	0,04*
	Nenhuma ou Baixa	65(61,9)	68(48,9)	
Grau de dificuldade de administrar a secretaria pela disponibilidade de recursos financeiros	Média e alta	82(78,1)	111(81)	0,57
	Nenhuma ou Baixa	23(21,9)	26(19)	
Grau de dificuldade de administrar a secretaria rotatividade de profissionais	Média e alta	34(32,7)	48(35)	0,70
	Nenhuma ou Baixa	70(67,3)	89(65)	
Grau de dificuldade de administrar a secretaria profissionais resistentes a mudanças	Média e alta	43(41)	81(59,6)	0,00*
	Nenhuma ou Baixa	62(59)	55(40,4)	

*Foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

REFERÊNCIAS

1. Santos, NS. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Cien saude colet* 2013; 18(1): 273-280.
2. Bodstein, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Cien saude colet* 2013; 2002; 7(3): 401-412.
3. Teixeira, CF & Molesini JA Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2014; 26(1-2): 29.
4. Farah, MFS Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. *Revista de administração pública* 2001; 35(1):119-144.
5. Roesse A, Gerhardt, TE, Silva de Miranda, A. Análise estratégica sobre a organização de rede assistencial especializada em região de saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde em Debate*, Londrina. Vol. 39, n. 107 (out/dez. 2015): 935-947.
6. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2016/2019. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016. 228 p. Il.
7. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Resolução N° 555/12 – CIB/RS. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Porto Alegre, 2012.
8. Luna, SMMP Perfil dos gestores municipais de saúde do Estado de Mato Grosso. Cáceres [MT]: Ed. Unemat, 2008.
9. Schild, VLB. Secretários municipais de saúde no SUS no RS. São Leopoldo: Unisinos; 2006.
10. Souza, A. O perfil dos secretários municipais de saúde de Minas Gerais e a organização de programas e projetos municipais. *Rev. Min. de Saúde Pública* 2002; 1(1): 1-10
11. Freitas, HMRD., Janissek-Muniz, R., & Moscarola, J. (2004). Uso da Internet no processo de pesquisa e análise de dados. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (2004: São Paulo).[Anais..].[São Paulo: ANEP, 2004].
12. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SDFR, Batista RS., Pinheiro TMM, SampaioRF.. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS Labor relations under decentralized health. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(5): 918-928.

13. Fleury S, Carvalho AI, Manotas N, Bloch R, Nevares S. Municipalização da saúde e poder local no Brasil. *Rev Adm Publica* 1997; 31(5):1-15.
14. Garózi DE. Perfil do gestor municipal da saúde e a percepção da Estratégia Saúde da Família-DRS IX-Marília-SP. 2014; 95-f.
15. Loureiro P., & Cardoso CC. O gênero e os estereótipos na gestão. *Tékhné-Revista de Estudos Politécnicos*, 2008, (10): 221-238.
16. Castro MLS, Souza MV. Transformando a gestão da educação municipal da Região Sul: Perspectivas de uma década. *Paideia, Revista de Educación* 2016; (46), 141-158
17. Pinafo E, Carvalho BG, Almeida EDFP, Domingos CM, Bonfim MCB. O gestor do sus em município de pequeno porte: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. *Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná* 2016; 17(1): 130-137.
18. Ohira RHF, Cordoni JR. L, Nunes EFPA. Perfil dos gerentes de Atenção Primária a Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2): 393-400.
19. Moura DCN, PintoJR,, Aragão AEA. Perfil dos profissionais atuantes na gestão em saúde frente ao novo modelo de reorganização do SUS: a regionalização. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2016; 10(1): 75-93.
20. Ferreto LE, Betiatto R., Santanna C, Canterle NMG, & Zanamaria N. Administração da saúde pública: o discurso dos gestores da região sudoeste do Paraná. *Rev Adm Saúde* 2007; 9(36): 78-84.
21. Savassi LCM. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Rev bra med fam comunidade* 2012; 7(23): 69–74.
22. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010;15(5): 2297-05.
23. Teixeira CF, Molesini JÁ. Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidade do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2002; 26 (1/2): 29 – 40.
24. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2005, 9(18): 489-506.
25. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2004; 14(1): 41-65.

26. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. 1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde CEBES 2003; 27(65): 316-323.
27. Varela DSS, Carvalho MMB, Barbosa MUF, Silva IZF, Gadelha RRM, Machado MDFAS. Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação de Profissionais para o SUS. Revista Brasileira de Educação e Saúde 2016; 6(3): 39-43.
28. Cavalcanti PCS, Oliveira Neto AV, Sousa MF. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? Saúde Debate 2015; 39(105):323-336.
29. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. Revista Ciência, cuidado e saúde 2008; 7(1):45-52.
30. Cunha PF, Magajewski F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. Saúde e Sociedade, São Paulo, may 2012 v. 21, n. 1(1): 71-79.
31. Revista Cosems RS. Porto Alegre. Ano 7, Edição 11. Julho, 2016. Disponível em: http://www.cosemsrs.org.br/imagens/edicao/pdf_t6t6.pdf Acesso em: 20 de julho de 2016.
32. Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
33. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, 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.
34. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de ... Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2012.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
36. Mendes JDV, & Bittar, OJNV. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. ISSN eletrônico 2014; 1984-4840, 16(1): 35-39.

37. Pinto HA, Sousa A., Florêncio AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, supl.1, ago. 2012.
38. Araújo CEL, Gonçalves GQ, & Machado JA. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Cien Saude Colet* 2017; 22(3): 953-963.
39. Mendes A, Marques RM. O Financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* 2014; 38(103): 900-916.
40. Rosa, R.S. Desafios para o financiamento da saúde com a PEC55. *Revista ADverso (Sindicato Intermunicipais dos Professores de Instituições Federais de Ensino Superior do Rio Grande do Sul)* 2016; (223): 33-36.
41. Freitas JH, Almeida PRB. A PEC 55 (241) e seus impactos sobre os direitos sociais. *Revista Eletrônica do Mestrado em Direito da UFAL* 2017; 7(2): 166 – 168.
42. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providencias. Brasília: DOU, 15/12/2016.
43. Queiroz, MDFM, Silva JLM, Figueiredo JS, Vale FFR. Eficiência no gasto público com saúde: uma análise nos municípios do Rio Grande do Norte. *Revista Econômica do Nordeste* 2016; 44(3): 761-776.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, as reivindicações do movimento sanitário foram apresentadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e mais tarde, foi instituído o Sistema Único de Saúde -SUS, através da Constituição Federal de 1988, que se estabeleceu amparado por um conjunto de elementos doutrinários e organizativos- os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização, hierarquização e participação social. Tendo nos municípios a associação entre os três atores centrais do processo de produção da saúde: gestores, usuários e profissionais.

A gestão do SUS passou a exigir do secretário municipal de saúde conhecimento para melhorar a sua capacidade de gestão, pois tem o desafio de ofertar serviços de saúde com eficácia e resolutividade. Nesta perspectiva, conhecer aspectos relacionados aos gestores e a gestão municipal de saúde de diferentes cidades constitui importante estratégia para identificar eventuais diferenças entre as concepções e as trajetórias institucionais da gestão do SUS.

A pesquisa teve caráter inédito visto que não se tem conhecimento de estudos semelhantes com abrangência estadual e possibilitou suprir a carência de informações a respeito do perfil dos Secretários Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul. Os resultados observados trouxeram importantes contribuições na identificação de aspectos relacionados ao perfil dos gestores, dos processos de gestão municipal, das dificuldades e potencialidades neste âmbito. Sendo que a própria adesão dos secretários(as) em responder a esta pesquisa revela o comprometimento e o afinco que estes profissionais da saúde tem com a qualificação de melhores práticas tanto no âmbito da gestão quanto na assistência.

Desde a participação do COSEMS/RS até a interlocução que tivemos com alguns secretários que contataram o grupo de pesquisa, foi possível observar o empenho que há em um ofício tão difícil de ser executado e que não pode ser ensinado de forma cartorial. Parece-nos que a maior fonte de aprendizagem dos gestores está relacionada com a cooperação e com as práticas solidárias que se dão entre eles e que se fizeram representar na execução deste estudo.

O estudo apontou, por exemplo, o quanto este espaço da gestão municipal do SUS vem mudando, porém ainda parece representar uma estreita parcela da sociedade civil brasileira. A maioria dos secretários era composta por mulheres, possuía curso superior e se autodeclarava de cor branca. Pode-se pensar que há uma exigência tecno-burocrática que exija um maior grau de escolaridade, porém, não há motivos claros para a quase totalidade de brancos. Além disso,

também a uma diminuição de espaço para as mulheres em municípios maiores onde a visibilidade e o poder aumentam. Parece que ainda há uma extensa caminhada em busca de justiça social e equidade de gênero, cor e condições sócio econômicas para que a população brasileira possa estar representada também no universo da gestão municipal do SUS.

Observou-se a necessidade de fortalecimento dos espaços e mecanismos que deem legitimidade a consolidação da gestão participativa do SUS. Passaram-se quase 30 anos de criação do sistema e na realidade ainda existem municípios sem Conselho Municipal de Saúde (CMS) e gestores que referem que não há participação social em seus municípios o que é um fato alarmante.

Outro aspecto que se relaciona com a gestão participativa é a aparente dificuldade que os municípios maiores enfrentam para motivar e construir junto com seus trabalhadores. Parece que há problemas na formação dos profissionais de saúde que muitas vezes implicam em frustração e em descomprometimento no âmbito da micropolítica, todavia, as barreiras geográficas e o tecnicismo que afastam a gestão da ponta também devem ser motivo de preocupação e de planejamento por parte dos gestores, uma vez que há boas evidências que sustentam que a cogestão e o planejamento participativo podem ser alternativas que qualifiquem não apenas a gestão, mas, também a atenção à saúde da população.

O financiamento também foi um tema relevante neste estudo, sendo de responsabilidade compartilhada e tripertite, acaba onerando os municípios de forma desproporcional, uma vez que estes aplicam em serviços de saúde valores muito acima do mínimo estabelecido na legislação; fato este que se justifica de muitas formas, mas que também está relacionado com repasses deficitários do Estado e União. Este cenário tende ao agravamento em vista a Emenda Constitucional 95 e irá exigir mobilização, união e resistência dos gestores, sob pena dos mais pobres pagarem um preço altíssimo nos casos de omissão destes atores sociais. Realmente caberá aos gestores ocuparem espaços colegiados de gestão, e o cenário político com um todo, para mobilizações unidas aos movimentos sociais no sentido de buscar alternativas.

Com relação a necessidade de mobilização da gestão, outro dado chama atenção. Em municípios menores os gestores referiram em maior número não possuir médicos vinculados ao Programa Mais Médicos – PMM. Este fato possivelmente vá ao encontro das recorrentes reclamações dos gestores em contratar profissionais médicos em municípios menores e mais afastados e que nem mesmo com programas específicos conseguem a fixação destes profissionais que são indispensáveis para o provimento da atenção à saúde aos seus munícipes.

Diante da riqueza dos resultados obtidos, acredita-se que este estudo pode contribuir para a reflexão dos próprios Secretários Municipais de Saúde quanto sua ocupação, bem como, ser utilizado pela Secretaria de Estado da Saúde, por suas Coordenadorias Regionais de Saúde para propor, avaliar e ou intensificar as assessorias técnicas aos municípios, no sentido de promover a qualificação do gestor municipal e de sua equipe gestora.

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS), que foi fundamental para a viabilidade deste estudo, poderão utilizar esses dados através de parcerias, inclusive com a Secretaria Estadual de Saúde - SES/RS, no sentido de proporcionar importantes informações sobre a gestão municipal do SUS, permitindo permuta de experiências possibilitando avanços na gestão do SUS através da formulação de diretrizes políticas.

Quero dizer que a pesquisa além de trazer dados riquíssimos permitiu-me transitar por estes espaços que me sinto confortável e dela saio fortalecida na luta por um SUS de excelência e perceber as diversas nuances da gestão. Assunto que me desperta interesse até mesmo pelo fato de já ter vivenciado essa experiência, apesar de toda complexidade que o cargo remete.

Por fim, espero que os resultados desta pesquisa possam ser utilizados por todos os que tem acreditam no SUS, que tem interesse em qualificar a gestão municipal da saúde e em pensar estratégias que possam contribuir para que os gestores prosperem, cada vez mais, no desempenho na condução das políticas de saúde local.

7. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Verônica S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev bras educ méd**, v. 32, n. 3, p. 356-62, 2008.

ALMEIDA, Nemésio Dario. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 01-09, 2013.

ANDRÉ, Adriana Maria; TRENCH CIAMPONE, Maria Helena. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, 2007.

ANTUNES, Ricardo LC. Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. In: **Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. Cortez, 2008.

ARCARI, Janete Madalena. Qualidade da elaboração do relatório de gestão nos municípios da região de saúde 29: Vales e montanhas. 2015.

Atenção básica em produção: tessituras do apoio na gestão estadual do SUS [recurso eletrônico] / Sandra Fagundes ... [et al.] organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, p. 355, 2014. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

BERGUE, Sandro Trescastro. **Gestão de pessoas em organizações públicas**. – 3. Ed. rev. e atual. – Caxias do Sul, RS: Educs, 2010.

BITENCOURT, Cláudia C. **Gestão contemporânea de pessoas: novas práticas, conceitos tradicionais** /Cláudia Bitencourt e colaboradores. – 2. Ed. – Porto Alegre: Bookman, 2010.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-12, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203 de 1996**: Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. 1996.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

_____. **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. Brasília, DF, 1990.

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Brasília: CONASEMS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Distrito 2009 200p. (**REFLEXÕES AOS NOVOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE**).

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8080, 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16p.

_____. Ministério da Saúde – Sala de apoio e gestão estratégica Ministério da Saúde. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>, acesso 31 de janeiro de 2016.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e Capital Monopolista**. Rio de Janeiro. Ed. Zahar, 3 ed. 1981.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CUNHA, Gustavo Tenório; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Práxis e Formação Paideia: apoio e co-gestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS. Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. saúde pública**, v. 14, n. 4, p. 863-70, 1998.

CAMPOS. Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In EE Merhy & R Onocko (orgs.). **Agir em saúde- um desafio para o público**. São Paulo: Ed. Hucitec, p. 229-266, 1997.

CECCIM, R.B. **Onde se lê “recursos humanos em saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção em saúde. Desafios para a educação**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc, p.161-80, 2005a.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura CM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Que controle social. **Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 35-61, 2000.

CUSTÓDIO, L. et al. Comprometimento organizacional e estratégias de gestão de pessoas: uma análise das experiências em organizações públicas brasileiras. **Anais dos Seminários em Administração–SemeAd**, 2013.

DE SOUSA CAMPOS, Gastão Wagner; DO AMARA, Márcia Aparecida. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007.

DOS SANTOS, Nelson Rodrigues. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, 2013.

FLORES, Giovana Ely; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de; ZOCHE, Denise Antunes de Azambuja. Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. **Trabalho, educação & saúde**. Rio de Janeiro. Vol. 14, n. 2, p. 487-504, 2016.

FARAH M.F.S. Parcerias, Novos Arranjos Institucionais e Políticas Públicas no nível local de governo. **Revista de Administração Pública (RAP)**, Rio de Janeiro, v.35, n. 1 p. 119-144, jan. fev. 2001.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*; 11 (23): 427-38, 2007.

FREIRE, Paulo et al. **A importância do ato de ler**. Moderna, 2003.

GRAMSCI, Antonio. **Os Intelectuais. O Princípio Educativo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira 2000.

GRAMSCI, Antonio. **Temas de Cultura. Ação Católica. Americanismo e fordismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira 2001.

HEINZELMANN, Ricardo et al. Tessituras do Apoio na Gestão do SUS: **Atenção Básica em Produção**, p. 13, 2014.

ILHA, Laura Helena et al. Ações dos enfermeiros em relação ao paciente tabagista hospitalizado. **Revista HCPA**. v. 32, n. 4, p. 427-435, 2012.

LUNA, Stella Maris Malpici. **Perfil dos gestores municipais de saúde do Estado do Mato Grosso**. 2006. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva.

LUZ A.B.C.; PEREIRA M.F.; SILVA M.L.B Análise **dos Instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS)** Coleção Gestão da Saúde Pública – v. 3, 2013.

MACHADO, Maria Helena. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 4, p. 133-146, 2000.

MATIAS-PEREIRA, José. **Curso de Administração Pública: foco nas instituições e ações governamentais** / José Matias-Pereira. – 3. ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2006.

MERHY E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunic.,Saúde, Educ.** ,v.9, n.16, p. 172-4, 2005.

MERHY E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

MORAES, Valéria Vieira de. **Trocando o pneu com o carro andando: aprendizagem relacionada ao trabalho de novos Prefeitos (as) e Secretários (as). Municipais.** Tese de doutorado. Brasília, 2010.

RONCALLI, Angelo Giuseppe **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde.** In: Antonio Carlos Pereira (Org.). *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde.* Porto Alegre: ARTMED, Cap. 2. p. 28-49, 2003.

SÁ, Maria José Comparini Nogueira de; PORTO, Maria Teresa Dalla Fontana Pinto Moreira. **Controle público e o SUS.** In: IBANEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ángelo. *Política e gestão pública em saúde.* São Paulo: Hucitec, p. 395-411, 2011.

SHIMIZU, Helena Eri et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2275-2284, 2013.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; MOLESINI, Joana Angélica *Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidade do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde.* **Revista Baiana de Saúde Pública.** Salvador, v. 26, n. 1/-2, p. 29-40, 2002.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; MOLESINI, Joana Angélica. *Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde.* **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 26, n. 1-2, p. 29-40, 2014.

VARGAS, César Sperling. *Gestão por competências no serviço público: uma estratégia em gestão.* 2012.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 1565-1577, 2009.

YOSHINAGA, Juliana Yumi. Judicialização do direito à saúde: a experiência do Estado de São Paulo na adoção de estratégias judiciais e extrajudiciais para lidar com esta realidade. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE)**, Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, n. 24, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. *Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte.* **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, p.73-78, 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015.** Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. *Plano Estadual de Saúde: 2016/2019.* Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 228 p. II, 2016.

8. APÊNDICES

Apêndice 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Olá Sr(a) Secretário(a)!

Queremos conhecer um pouco mais sobre a gestão municipal do SUS, o Sr(a) poderia colaborar?

Lhe apresentaremos agora a nossa pesquisa, que faz parte do Projeto de Mestrado em Saúde Coletiva na UFRGS, intitulada "A Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde na perspectiva dos secretários de saúde dos municípios do Rio Grande do Sul", que será realizada pela Mestranda Janete M. Arcari, sob a orientação dos Professores Drs Aline Blaya Martins e Roger dos Santos Rosa.

Sua participação demandará a resposta a algumas questões o que levará em torno de 10 minutos.

A pesquisa tem por objetivo identificar a realidade dos Gestores Municipais do Estado do Rio Grande do Sul e seus processos de trabalho na gestão. Seguir-se-á a Resolução 510 de 2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, tendo sido o projeto oportunamente submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Queremos agradecer a sua participação e nos colocamos a disposição para qualquer esclarecimento que se faça necessário através do e-mail ou celular: janete_arcari@yahoo.com.br (51) 9865-8457 ou aline.blaya@ufrgs.br.

* 1. Coordenadoria Regional de Saúde - CRS

* 2. Região de Saúde

* 3. Qual sua idade?

4. Local de Nascimento.

*** 5. Raça/Cor**

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena

*** 6. Sexo:**

- Masculino
- Feminino

*** 7. Indique seu maior grau de escolaridade:**

- Ensino Fundamental (1º grau) incompleto.
- Ensino Fundamental (1º grau) completo.
- Ensino Médio (2º grau) incompleto.
- Ensino Médio (2º grau) completo.
- Curso Técnico incompleto.
- Curso Técnico completo.
- Superior incompleto.
- Superior Completo.

8. Possui pós-graduação? (caso não, passe para a próxima questão)

Sim, Especialização em	<input type="text"/>
Sim, Residência em	<input type="text"/>
Sim, Mestrado em	<input type="text"/>
Sim, Doutorado em	<input type="text"/>
Sim, Pós-Doutorado	<input type="text"/>

*** 9. Informe a sua profissão**

- Médico
- Enfermeiro
- Odontólogo
- Psicólogo
- Fisioterapeuta
- Administrador
- Assistente Social
- Advogado
- Engenheiro
- Economista
- Contador
- Sociólogo
- Médico Veterinário
- Outro (especifique)

* 10. Quais os motivos que determinaram o convite para o cargo de secretário de saúde?
(múltipla escolha)

- Pessoa de confiança do prefeito
- Devido ter exercido cargo representativo anteriormente.
- Experiencia anterior como Secretário de Saúde
- Indicação político-partidária
- Bom relacionamento com a comunidade
- Ser um profissional da área da saúde
- Outro (especifique)

* 11. Indique seu vínculo empregatício

- Funcionário público estatutário
- Funcionário público CLT
- Cargo em comissão (CC)
- Outro (especifique)

* 12. Você reside no município onde é secretário(a) da saúde?

- Não.
- Sim. Há quantos anos?

* 13. Há quanto tempo você exerce o cargo de secretário municipal de saúde nesta gestão?

- Menos de 1 anos
- Mais de 1 ano
- Mais de 2 anos
- Mais de 3 anos

* 14. Você já foi secretário municipal de saúde em outras gestões?

- Não, é a primeira vez.
- Sim. Por quanto tempo você foi Secretário(a) de Saúde? (anos/meses)

* 15. Além de ser secretário(a) de saúde você exerce outra função pública ou outra atividade profissional?

- Não
- Sim. Qual?

* 16. Você é filiado a um partido político?

- Não.
- Sim. Qual?(sigla e nome por extenso)

* 17. Há quanto tempo você está filiado a este partido político?

- Não sou filiado.
- Sim, sou filiado ha:

* 18. Nos últimos dois anos você participou de algum curso de capacitação em gestão de serviços de saúde com carga horária de no mínimo 40 horas?

- Não.
- Sim.

* 19. Qual a população estimada do seu município?

- Até 5.000 habitantes
- De 5.001 até 10.000 habitantes
- De 10.001 até 20.000 habitantes
- De 20.001 até 50.000 habitantes
- De 50.001 até 100.000 habitantes
- De 100.001 até 500.000 habitantes
- Mais de 500.000 habitantes

* 20. Através da sua experiência, quais seriam as competências do Conselho Municipal de Saúde?
(múltipla escolha)

- Analisar e aprovar a prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde.
- Analisar e aprovar os planos de aplicação dos recursos da vigilância sanitária.
- Propor ações a serem desenvolvidas pela Secretaria de Saúde.
- Executar o plano municipal de saúde.
- Fiscalizar as ações da secretaria municipal de saúde.
- Proceder a revisão periódica do plano municipal de saúde.
- Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.

* 21. Como você avalia a atuação do Conselho Municipal de Saúde atualmente no seu município?

- Não é um conselho atuante.
- É um conselho atuante.
- É um conselho parcialmente atuante.

* 22. Na sua trajetória de gestão, o que você considera como a principal forma de participação da comunidade no SUS?

- Através da intervenção de vereadores.
- Conselho Municipal de Saúde.
- Associação comercial e Industrial.
- Não há participação.
- Redes Sociais.
- Outro (especifique)

* 23. Você participa mensalmente das reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) da sua regional de saúde?

- Não.
- Não, envio um representante.
- Não, nunca fui convidado.
- Sim.
- Sim, quando possível.

* 24. Qual o critério mais utilizado em seu município para o estabelecimento das prioridades na saúde? (múltipla escolha)

- Demanda espontânea.
- Solicitação de políticos locais.
- Parecer do corpo técnico.
- Propostas do Conselho Municipal de Saúde.
- Sugestões de outras esferas de governo.

Outro (especifique)

* 25. Qual é o grau de apoio das instituições abaixo listadas (a nível de cooperação técnica) para o planejamento e a gestão do seu município?

	Alto	Médio	Baixo	Não utilizei
Coordenadoria Regional de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COSEMS RS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FAMURS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telesaúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Governo Federal - Ministério da Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 26. No seu município quem elabora o Plano Plurianual de Saúde (PPA)?

- Equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde
- Equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde juntamente com a Secretaria da Fazenda
- Equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde com apoio de universidades.
- Consultoria contratada.
- Outro (especifique)

* 27. Indique qual o grau de dificuldade para administrar a sua secretaria de saúde hoje em relação à:

	Nenhuma	Baixa	Média	Alta
Pouco conhecimento do gestor de saúde sobre as normativas (leis e diretrizes) do SUS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estrutura física deficiente (prédios, postos, hospitais).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desorganização da secretaria de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pouco conhecimento dos funcionários da secretaria de saúde sobre as normativas (Leis e diretrizes) do SUS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de autonomia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interferência político-partidária.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de comprometimento dos profissionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilidade de recursos financeiros (subfinanciamento do SUS).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidade de articulação política entre os diversos atores do governo municipal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valores dos salários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Política intersetorial do município.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relação com o Conselho Municipal de Saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relação com o legislativo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Profissionais de saúde resistentes a mudança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotatividade dos profissionais de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 28. Qual é a habilitação do seu município?

- Gestão Plena de Saúde.
- Gestão Plena de Atenção Básica de Saúde
- Não sei.

* 29. O serviço de Atenção Básica do seu município se dá através de:

- Estratégia de Saúde da Família.
- Outro modelo assistencial de atenção básica.
- Estratégia de Saúde da Família e outro modelo assistencial de atenção básica

* 30. Seu município faz parte de algum Consórcio Intermunicipal?

- Não.
- Sim, Qual?

* 31. Existem médicos do Programa Mais Médicos atuando em seu município?

Não.

Sim. Quantos?

* 32. O Programa Mais Médicos tem contribuído para a melhoria da qualidade de sua população. Em relação a esta afirmativa, você:

- Concordo totalmente.
- Concordo parcialmente.
- Não concordo nem discordo.
- Discordo totalmente.

* 33. Qual a sua satisfação em relação ao Programa mais Médicos?

- Satisfeito.
- Parcialmente satisfeito.
- Insatisfeito.

* 34. Qual a sua percepção em relação à satisfação das suas equipes de Atenção Básica em relação ao Programa Mais Médicos?

- Satisfeitas.
- Parcialmente satisfeitas.
- Insatisfeitas.

* 35. Qual a sua percepção em relação à satisfação dos usuários de Atenção Básica em relação ao Programa Mais Médicos?

- Satisfeitos.
- Parcialmente satisfeitos.
- Insatisfeitos.

* 36. O seu município participa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica PMAQ-AB?

- Nenhuma equipe de saúde do município realizou pactuação com o PMAQ-AB.
- Sim, todas as equipes aptas fizeram pactuação com o PMAQ-AB.
- Algumas equipes.

* 37. Analise a seguinte situação: Um município com população até 10.000 habitantes, que não está conseguindo ofertar mamografias pelo SUS (não há este serviço no município, ou não há interesse dos serviços existentes em credenciar-se ao SUS). Qual seria a melhor alternativa para garantir este serviço?

- Comprar um mamógrafo para o município.
- Comprar mamografias dos serviços privados (valores acima da tabela do SUS).
- Pactuar a permuta de serviços através do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).
- Resolveria através de estratégia definida com o Consórcio Intermunicipal.
- Outro (especifique)

* 38. Como você resolveria se houvesse falta de consultas em neurologia em seu município?

- Encaminharia o usuário para um grande centro (ex.:Porto Alegre).
- Autorizaria o uso de um serviço ou médico particular.
- Pactuaria a permuta de serviços através do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).
- Resolveria através de estratégia definida com o Consórcio Intermunicipal.
- Outro (especifique)

* 39. Considerando a Emenda Constitucional EC-29, qual o percentual médio da arrecadação de impostos e transferências constitucionais que o seu município costuma destinar ao custeio de ações e serviços de saúde?

* 40. De 0 a 10, quanto a Lei de Responsabilidade Fiscal limita a sua autonomia de gestão.

* 41. Caso o Conselho Municipal de Saúde demandasse à Secretaria a criação de um ambulatório de Fisioterapia, qual seria a provável conduta?

- Encaminharia os usuários para um grande centro (ex.: Porto Alegre)
- Contratualizaria serviços de uma clínica particular.
- Pactuaria a permuta de serviços através do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).
- Resolveria através de estratégia definida com o Consórcio Intermunicipal.
- Outro (especifique)

* 42. Existem alguns instrumentos que são utilizados para a gestão do SUS. Assinale no quadro abaixo qual a sua participação direta na elaboração, execução ou pactuação.
(múltipla escolha)

	Elaboração	Pactuação	Execução	Participação indireta	Não participei
Plano Municipal de Saúde - PMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programação Anual de Saúde - PAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plano Plurianual - PPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programação Pactuada Integrada - PPI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lei Orçamentária Anual - LOA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relatório Anual de Gestão - RAG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde - COAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Muito obrigado pela sua participação!

Caso seja de seu interesse conhecer os resultados desta pesquisa, deixe seu endereço eletrônico (e-mail) para que possamos enviar.

Para finalizar clique no botão **ENVIAR** logo abaixo.

ANEXO

Anexo 1 – Normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva.

<http://www.scielo.br/revistas/csc/pinstruc.htm>

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Instruções para colaboradores
- Orientações para organização de números temáticos
- Recomendações para a submissão de artigos
- Apresentação de manuscritos

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos

demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura(demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores,

no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. 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* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.