

Gestão em saúde na visão de gestores municipais de duas regiões de saúde: desafios e potencialidades

Health management in the vision of municipal managers of two health regions: challenges and potentialities

Camila D'Ávila Lopes Alves

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública, pela Escola de Saúde Pública/RS. Prefeitura Municipal de Imbé/RS.

E-mail: miladlopes.alves@gmail.com.

ORCID: <http://lattes.cnpq.br/0945840644964474>

André Luis Alves de Quevedo

Enfermeiro. Mestre em Epidemiologia, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Governo do Estado do Rio Grande do Sul.

E-mail: andrequevedo_sls@hotmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9314-7578>

Maria Isabel Barros Bellini

Assistente Social. Doutora em Serviço Social, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Governo do Estado do Rio Grande do Sul.

E-mail: maria.bellini@puhrs.br.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1680-5009>

Resumo

Objetivos: conhecer o perfil dos secretários municipais de saúde ou seus representantes de duas Regiões de Saúde e identificar as potencialidades e as fragilidades encontradas por esses atores no exercício da gestão. **Metódos:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida de agosto a outubro de 2018, em uma Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes deste estudo foram quatorze secretários municipais da saúde ou seus representantes. **Resultados:** destacaram-se como potencialidades, o gestor ter conhecimento da legislação, experiência prévia na área da saúde, a capacidade de mediação de conflitos, ter uma equipe engajada, o trabalho em rede, o apoio da gestão municipal, estadual e do Conselho dos Secretários Municipais da Saúde. Como fragilidades, foram apontadas a burocracia, a insuficiência dos recursos financeiros, a falta de perfil do profissional de saúde, a transição epidemiológica e a interferência política nos processos de trabalho. **Conclusões:** a gestão em saúde pode ser considerada um processo em constante mudança, com desafios pautados em dificuldades e potencialidades, que exigem inovação, processos de invenção e novas formas de gerir pelos atores públicos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Saúde Pública; Gestão em Saúde; Administração de Serviços de Saúde; Gestor de Saúde.

Abstract

Objective: to investigate the profile of the municipal health managers or their representatives from two

Health Regions and to identify the potentialities and fragilities found by these actors in the management. Methodology: qualitative research, developed from August to October 2018, in a Coordenadoria Regional de Saúde of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The participants of this study were fourteen municipal health secretaries or their representatives. Results: stood out as potentialities, the manager to have knowledge of the legislation, previous experience in the health area, the ability to mediate conflicts, have an engaged team, the networking, the support of municipal and state management and of the Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do

Sul. The weaknesses were the bureaucracy, insufficient financial resources, the lack of profile of the health professional, the epidemiological transition and the political interference in the work processes. Conclusions: the health management can be considered an ever-changing process, with challenges based on difficulties and potentialities that require innovation, processes of invention and new ways of managing by the public actors.

Keywords: Unified Health System, Public Health, Health Management, Health Services Administration, Health Manager.

Introdução

Conforme declarado na VIII Conferência Nacional de Saúde, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.^{1:41}. Assim, a saúde passa a ser compreendida não mais como apenas ausência de doença e objeto de intervenção da medicina; e, sim como resultante e condicionante de condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços, sendo essencial à cidadania e à democracia.

Após a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 90, a maior parte dos serviços de saúde passou a ser de responsabilidade de execução dos municípios. Tal fato aumentou o desafio para os gestores municipais - de fazer uma gestão adequada às necessidades em saúde da população, gerindo eficientemente os serviços de saúde do território e tendo o desafio de otimizar os recursos disponíveis para o investimento em saúde.

As formas de gestão e atenção no trabalho em saúde tiveram que ser colocadas em análise, no sentido de atender aos novos pressupostos da política pública de saúde que se desenhava. Contudo, devido às diversas necessidades da vida humana, o trabalho em saúde não consegue ser uniforme e controlável, exigindo do trabalhador e do gestor uma iniciativa contínua para compreender e responder às demandas apresentadas.²

Entre os trabalhadores da saúde, existe um participante social e operacional que é fundamental na Saúde Pública, que está na figura do gestor da saúde, sendo este o secretário municipal, estadual ou federal (ministro) de saúde. Através dele, as decisões técnicas e políticas são realizadas, sejam elas ligadas ao financiamento dos recursos para saúde, aos trabalhadores e outras ações administrativas que impactam diretamente na atenção à saúde para o cidadão.

Assim, os gestores de saúde são atores essenciais em todas estas áreas do Sistema Único de Saúde. E, refletir sobre sua visão e atuação pode repercutir positivamente na gestão e nos processos de trabalho, impactando, em última análise, na situação de saúde da população.

Com o Controle Social, positivado na criação do SUS, se ampliou os espaços de acompanhamento e formulação de políticas públicas pelos usuários, bem como pelos trabalhadores da saúde, através dos movimentos sociais e dos espaços existentes nos conselhos^{3:2822} e nas conferências de saúde. Apesar de ainda existir a necessidade de potencializar a voz deste Controle Social, não se retira a importância de ouvir o gestor de Saúde Pública a respeito da sua visão do “ser gestor”, já que os desafios neste processo são vivenciados e enfrentados por este ator político.

Dessa forma, fazer a gestão do campo da saúde requer mais que os instrumentos e conhecimentos administrativos⁴. E, em áreas mais abrangentes como a da Saúde Coletiva, apenas esses elementos não seriam suficientes para atuar no sistema público de saúde, pois não conjugariam todas as competências necessárias para atender às necessidades de gestão da saúde, reforçando assim a complexidade do papel e a responsabilidade da figura do gestor de saúde.

Nessa perspectiva, o objetivo desta pesquisa foi conhecer o perfil dos secretários municipais de

saúde de uma Coordenadoria Regional de Saúde e identificar potencialidades e fragilidades nos processos de gestão através da visão do gestor ou seus representantes.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, que responde a questões particulares, em uma realidade que não pode ser quantificada; trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.⁵ Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano interpreta as suas ações inserido em um contexto vivido e partilhado com outros. De caráter exploratório, pois objetiva tornar o tema mais familiar, com o intuito de formular hipóteses. Envolveu um levantamento bibliográfico prévio, além de pesquisa com pessoas que tiveram experiências práticas com o tema e a análise dos dados encontrados, à luz da literatura científica pertinente.⁶

A coleta de dados foi realizada através de instrumento, organizado de duas etapas. Na primeira parte foram levantados os dados gerais dos entrevistados, que serviram para o enriquecimento da análise das respostas. A segunda parte correspondeu a um roteiro semiestruturado com perguntas qualitativas abertas, as quais serviram de guia para as respostas acerca do tema abordado.

Essa coleta foi realizada, de forma individual, posterior às reuniões da Comissão

Intergestores Regional (CIR) de uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do estado do Rio Grande do Sul, Brasil - a qual está organizada para atender administrativamente a duas Regiões de Saúde, correspondendo a vinte e três municípios. Portanto, os participantes deste estudo foram os secretários municipais de saúde destas Regiões de Saúde ou seus representantes.

A análise dos dados se deu através da análise de conteúdo, técnica de pesquisa qualitativa indicada para encontrar respostas para questões formuladas e descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos. Neste estudo, foram utilizadas as fases da análise temática, que são: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.⁵

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram orientados sobre a possibilidade de retirar a sua participação do estudo, em qualquer momento. Para a preservação do sigilo, após a transcrição das entrevistas, esses foram identificados por letras do alfabeto. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde, da Escola de Saúde Pública do estado do Rio Grande do Sul, sob o parecer nº 2.866.830.

Resultados

Sobre o perfil dos gestores entrevistados

Dos vinte e três municípios da Coordenadoria Regional de Saúde, foram entrevistados quatorze

participantes. Destes, dez eram secretários municipais de saúde e quatro eram seus representantes. Dos que não foi possível a coleta das informações, após as duas tentativas nas reuniões da CIR, sete foi por motivo de ausência e dois se recusaram a participar do estudo.

Em relação ao perfil do gestor de saúde, quanto à escolaridade foi relatada a formação desde o ensino fundamental completo até pós-graduação, onde prevaleceu o ensino superior completo. Quanto à idade, variou de 28 a 73 anos - sendo que sete eram do sexo feminino e sete do sexo masculino.

As profissões citadas foram: administração, enfermagem, fisioterapia, auxiliar administrativo, comerciante, técnico de enfermagem e motorista. Sendo que entre essas, a profissão de enfermagem foi a mais mencionada.

Sobre as experiências profissionais anteriores, os gestores responderam já ter atuado como: administrador, enfermeiro assistencial, fisioterapeuta, professora de educação infantil, professora de ciências, agente comunitário de saúde, agricultor, auxiliar administrativo, comerciante, empresário, vereador e técnico de enfermagem. Quanto ao tempo de atuação na gestão pública variou desde um a dezoito anos.

Subjetividades do processo de gestão em saúde

Na segunda parte da entrevista, referente às respostas relacionadas às potencialidades que facilitam a gestão, foi descrita a importância

relacionada às equipes, principalmente na questão de união, engajamento, comprometimento e perfis para a função.

Foi apontado pelos participantes que ser profissional da saúde, ter experiência na área e conhecimento da legislação do Sistema Único de Saúde facilita o processo de gestão - ainda que alguns dos entrevistados não fossem especificamente da área da saúde.

Também foram expressivas as respostas de que as reuniões da Comissão Intergestores Regionais (CIR), a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), as reuniões do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS), o apoio do prefeito municipal e os recursos financeiros auxiliam fortemente na gestão pública em saúde. Considerando a perspectiva regional, nos apontamentos realizados pelos gestores municipais ou seus representantes, esteve presente o discurso da governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do município e da Região de Saúde.

Apareceram também relatos sobre a Atenção Primária à Saúde, mais especificamente sobre o processo da planificação da atenção à saúde, e o trabalho em rede como potencializadores no processo da gestão em saúde. Como potencialidades também foram apontados a capacidade do gestor de mediar conflitos e o “espírito conciliador”.

Como elementos dificultadores, os entrevistados destacaram a burocracia, a

insuficiência de recursos financeiros, a falta de perfil e engajamento dos trabalhadores, o pouco vínculo do agente comunitário em saúde com a comunidade, a transição epidemiológica e a interferência política (por vezes partidária).

Discussão

A equipe em saúde é enfatizada, cada vez mais, como uma unidade produtiva em substituição ao trabalho independente e isolado de cada profissional. Assim, o trabalho em equipe é como uma modalidade de trabalho coletivo, onde é imprescindível uma relação recíproca que transverse as intervenções técnicas e profissionais de diferentes categorias; e que, através da cooperação contínua, seja possível produzir articulações das ações em saúde.⁷

Referente ao engajamento, aponta-se que, quando é difícil promover a subjetivação e o reconhecimento do próprio profissional no seu ambiente de trabalho, acaba sendo ineficiente o desenvolvimento identificador do indivíduo e por fim sobram sofrimentos, mal-estares e adoecimentos, ou seja, restando aos poucos a falta de comprometimento e engajamento deste profissional na equipe.⁸

O fato dos gestores municipais de saúde ou seus representantes referirem como fator potencializador o conhecimento das legislações que regulamentam o sistema público de saúde é fundamental, pois essas legislações são a base de todo o processo de gestão do SUS, guardando pertinência com o processo

constitutivo e normativo da organização das políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, aponta-se que o Sistema Único da Saúde é regulamentado de tal forma que todo gestor possa ser guiado em suas ações pelas legislações vigentes, a fim de que todo cidadão brasileiro possa estar amparado em seu direito à saúde.

A Comissão Intergestores Regional (CIR) é um elemento essencial nos acordos solidários visando à equidade regional no SUS⁹, sendo que tal fato apareceu na percepção dos sujeitos entrevistados. Isto porque, nas Redes de Atenção a Saúde (RAS)¹⁰ o usuário deve ter assegurado a continuidade do cuidado em saúde, em todos os pontos da rede, e isto é organizado através do planejamento em saúde - desde o nível local até o federal, competindo às Comissões Intergestores Regionais e Estaduais realizarem a coordenação e pactuação deste processo.

Aponta-se que, com a definição das Regiões de Saúde o processo de gestão em saúde foi integrado na governança, na qual o gestor municipal para fazer a gestão do seu território precisa pactuar com os demais atores de municípios vizinhos e com a gestão estadual da saúde.

Quanto à relevância do apoio da gestão municipal, Aleluia et al.¹¹ também identificaram essa necessidade no seu estudo, afirmando ser fundamental nos processos de gestão. Pois,

quando este não existe ou é ineficiente, é inevitável a presença de obstáculos para a gestão do cuidado em saúde em toda a rede de saúde.

A Atenção Primária à Saúde, e mais especificamente o modelo Saúde da Família, pode aprofundar os processos de trabalho em saúde das equipes, pois produz maior responsabilidade sanitária, já que os trabalhadores são considerados como referência de saúde para uma determinada população adscrita¹. Assim, a Estratégia de Saúde da Família pode ser uma forma de reorganização do trabalho em saúde, destacando-se nesta o trabalho em equipe como uma diretriz operacional.¹²

No entanto, o SUS ainda necessita do fortalecimento e da qualificação da Atenção Primária em Saúde - como aquela que realmente organiza as Redes de Atenção em Saúde, buscando diminuir as barreiras de acesso e as fragmentações das políticas e programas de saúde ofertados à população.¹³

Quanto à Planificação da Atenção Primária à Saúde, ela faz parte da Planificação da Atenção à Saúde realizada no Rio Grande do Sul - que tem como pressupostos problematizar e produzir mudanças no papel da Atenção Primária em Saúde, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado dos usuários no território. E, a partir disso, fornecer apoio técnico às gestões municipais para qualificar as equipes de saúde e organizar a rede de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.¹⁴

Cabe ressaltar que, durante o período de realização do presente estudo, o processo da planificação ainda estava em desenvolvimento na CRS estudada, reforçando que ele tem características potencializadoras para a qualificação da gestão municipal em saúde, conforme os entrevistados.

A questão do conflito pode ser discutida a partir da reflexão da divisão técnica do trabalho em saúde. Uma vez que, o cuidado em saúde fragmentado pela organização dos processos de trabalho (através da distribuição de tarefas e padronizações) faz o profissional focar apenas na tarefa, deixando de lado o entendimento das responsabilidades do processo de cuidar.¹⁵

Nesse sentido, é de suma importância que o gestor saiba valorizar os trabalhadores da equipe, a fim de identificar qualidades e necessidades de formação - no sentido de buscar evitar conflitos e mesmo quando esses surgirem ter a capacidade de conciliá-los.

É comum no cotidiano, a maior valorização de algumas responsabilidades em relação às outras, mesmo diante do “trabalho multidisciplinar ou coletivo”. O fato é que, se o trabalho não for bem desempenhado, de acordo com o seu propósito, acaba facilitando ainda mais a “divisão técnica” e contribuindo frequentemente para a submissão às decisões gerenciais. Assim, o ideal seria um trabalho concentrado no modelo de “cuidado integrado”, onde cada membro da equipe presta todo o conjunto diversificado de

cuidados que o usuário necessita, considerando as orientações de todas as categorias dos profissionais de saúde.¹⁵

De fato, os conflitos e as contradições entre as categorias profissionais da saúde sempre irão existir. E, o caminho mais coerente parece ser aprender a conviver com estas polaridades, mas também criar espaços para que elas possam ser trabalhadas, considerando os interesses de todos os envolvidos. Já que, os conflitos entre as profissões no âmbito do trabalho em saúde sempre existirão, o que importa é que no apoio matricial prevaleça o compromisso com a saúde, ou seja, com os usuários - pois todas as discussões precisam ser voltadas para as práticas de melhoria dos processos da atenção à saúde.¹⁶

No estudo de Claro e Cunha¹⁷, os entrevistados relataram que quando um conflito é de cunho cultural escolhem não intervir, por se sentirem despreparados para tal. Mas consideram ser benéfico para o trabalho que os conflitos sejam mediados. Os autores trazem que, quando os conflitos não são dirigidos adequadamente interferem no processo de trabalho da equipe, produzindo um ambiente de trabalho negativo, resultando então na má-qualidade dos serviços em saúde prestados aos usuários.

Nesse sentido, aponta-se a importância da presença de um ator-chave que tenha capacidade de mediar, pois assim se torna possível a criação de um ambiente favorável para práticas inovadoras e o estabelecimento

de vínculos que facilitam as intervenções quando necessárias.¹⁸

Apesar dos conceitos de apoio matricial e apoio insitucional não aparecerem explicitamente nas entrevistas como fatores que facilitam a gestão, puderam ser percebidos através dos apontamentos relacionados à valorização da equipe de saúde e do apoio do gestor (prefeito), bem como da CRS, da CIR e do COSEMS/RS.

Nessa perspectiva, sinaliza-se que, no apoio matricial prevalece a cogestão de relações interprofissionais - é o cogoverno através do trabalho de equipe. Porém, nem sempre é fácil, pois o apoiador tem que ter a capacidade de construir um espaço coletivo de cogestão, ou seja, onde todos possam discutir, analisar, interpretar e deliberar sobre determinado tema com o objetivo de chegarem a acordos. O fato é que isto só será possível quando dentro desses espaços, todos reconhecerem o “outro” como sujeito capaz de desenvolver capacidades analíticas e habilidades específicas para o trabalho em saúde. Só assim se torna possível trabalhar em cogestão.¹⁶

Em um estudo mais recente¹⁹, aponta-se que o modelo de gestão articulado com o apoio matricial sobrevivia há aproximadamente vinte anos no município estudado - desde o início da implementação até o momento em que tal pesquisa foi realizada, independente da gestão municipal e graças ao protagonismo dos profissionais. Ou seja, demonstrando que este método contribui na gestão dos

processos de trabalho em saúde, a fim de produzir resolutividade.

Em contraposição, o apoio institucional é mais difícil de ser implantado, pois tem correlação direta com a figura do gestor. Isto significa que, nesses espaços de cogestão acabará prevalecendo o projeto governamental, já que a maioria dos gestores ocupa cargo de confiança¹⁶. E, mesmo que nestes espaços de gestão tenha a coparticipação dos trabalhadores e dos usuários nos processos de gestão, essa tensão de forças e de relações de poder sempre acaba aparecendo.

No estudo de Pacheco e Gomes²⁰ foi percebido que o apoio institucional acaba sempre mantendo uma reprodução vertical no cotidiano. Por isso que, segundo os autores, dentro das reflexões da gestão em saúde não deveriam ser usados conceitos como o de “empoderamento”. Já que, na verdade, para os autores, os seres humanos não sabem lidar com relações simétricas de poder.

E, justamente por essa diversidade de interesses: de classes, de gêneros, culturais, políticos, ideológicos, religiosos e singulares, temos uma assimetria de ponto de vista de desejo. Logo, persiste a necessidade de um espaço para escuta na gestão pública em saúde, a fim de contemplar essas diversidades em todo o processo da atenção em saúde.

Sobre as fragilidades que dificultam a gestão, a maior ênfase, segundo os entrevistados, foi a falta

de recursos financeiros e a burocracia do Sistema Único de Saúde. Rizzotto²¹ fala sobre a noção de focalização, na qual, devido à limitação da disponibilidade de recursos financeiros, o SUS deve ter a prioridade de suas ações nas políticas sociais, protegendo as camadas menos favorecidas da população. Porém, o mesmo relata que isso contradiz o princípio de universalidade da Constituição Federativa Brasileira de 1988 - segundo a qual toda a população deve ter o acesso garantido a bens e serviços públicos como saúde, educação, saneamento básico, habitação, transporte, entre outros.

Entre estes dois aspectos, onde em um predomina as políticas universais e no outro as políticas residuais e seletivas (focalizadas), sobressai a discussão sobre a equidade - na qual a distribuição do recurso financeiro interfere de forma diferente, seja nos grupos sociais e/ou nas regiões geográficas.²²

No estudo de Santos e Campos⁹ aparece o apontamento quanto ao financiamento insuficiente, pois esses acreditam que deveria existir mais equidade no rateio dos repasses - sendo este realizado considerando a questão da regionalização da saúde.

Campos^{23:470} expressa sua reflexão sobre financiamento do SUS como “cronicamente subfinanciado”, produzindo assim grandes consequências negativas:

En consecuencia, el SUS ha sido crónicamente subfinanciado con consecuencias negativas para el acceso y la calidad de la atención: gastamos

3,7% del PIB en salud; otros países con sistemas públicos, en los que la salud es tomada como derecho universal, gastan entre 7% y 9% de su PIB. No se logró concretar una política laboral razonable para el personal, lo que se agravó con la transferencia de gran parte de esta responsabilidad hacia los municipios bajo el argumento de la descentralización, incluso cuando los hechos han demostrado que las ciudades, abandonadas a sí mismas, no tienen capacidad financiera y gerencial para dar cuenta de este aspecto estratégico.

Na verdade, é como se o SUS fosse uma “reforma incompleta” - apesar de 75% da população brasileira usá-lo exclusivamente, sem desembolso direto; além de metade da população brasileira estar vinculada às equipes da Atenção Primária à Saúde. Portanto, mesmo com todas as fragilidades existentes, o SUS é de fato um sistema de saúde que produz impacto na saúde brasileira, pois reduz a mortalidade infantil e trabalha diretamente no controle de doenças crônicas, através da ênfase nos processos de prevenção e promoção da saúde. Ainda, distribui medicamentos para dois terços da população e presta assistência hospitalar. Sem contar, no modelo de atenção dos serviços direcionados ao cuidado integrado da saúde mental, AIDS, câncer, entre outros²³, caracterizando assim os grandes desafios para a sua gestão e para os gestores de saúde.

Os entrevistados também relataram que a equipe não comprometida dificulta a gestão em saúde. Da mesma forma, apareceram como fragilidade no processo de gestão a falta de interesse por parte dos profissionais, a falta de

perfil, a falta de apreço dos trabalhadores pelo que fazem e a falta de pessoal.

Pacheco e Gomes²⁰ entrevistaram gestores e foi apontado sobre a importância do engajamento da equipe e da influência política. Segundo os autores, o aumento da autoestima institucional só acontecia a partir dos servidores estimulados e da diminuição das pressões políticas externas, pois geralmente no cenário estudado a pressão era constante.

Quanto à Atenção Primária à Saúde, os entrevistados compartilharam da opinião de que o pouco envolvimento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) com a comunidade também dificulta o processo de gestão.

Salienta-se que, o ACS está inserido no processo de cuidado das famílias e comunidades, de um território adscrito, bem como na prevenção de doenças - através da promoção e educação em saúde junto às famílias. Portanto, eles são personagens-chave na implantação de políticas públicas de saúde e conseqüentemente na gestão em saúde.²⁴

A relação entre o vínculo dos profissionais com os usuários e o sucesso da reabilitação da saúde, bem como a eficaz promoção do bem-estar e prevenção de doenças, é inquestionável, pois ela diminui a mortalidade, a internação, a medicalização, além de ampliar e qualificar o trabalho em saúde.²⁵

Nesse sentido, o ACS ao trabalhar com visitas,

nos domicílios das pessoas, fomenta o vínculo da família com a equipe de saúde - pois o ambiente de vivência das pessoas, lar ou trabalho, são de fato os espaços em que se torna possível a criação de condição para promover saúde, devido ao sentimento de pertencimento.²⁴

Segundo os gestores municipais ou seus representantes, fatores que também interferem e produzem fragilidade nos processos de gestão são a cultura da população e a transição demográfica.

O Brasil vem passando por um processo de transição demográfica e epidemiológica, caracterizado pelo envelhecimento populacional e por uma tripla carga de doenças, a saber: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o aumento das doenças crônicas e de seus fatores de riscos (como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada); e o forte crescimento das causas externa^{25:2298}. E isso somente poderá ser enfrentado com uma Atenção Primária à Saúde resolutiva, capaz de coordenar o cuidado dos usuários e ordenar efetivamente o sistema de saúde.

Aponta-se que, o SUS com seus avanços e sua consolidação pode se tornar de fato um sistema de saúde organizado a partir das Redes de Atenção à Saúde, ofertando cuidados de qualidade, integrais, equânimes, de forma articulada e resolutiva. Através do cumprimento dos princípios e diretrizes, em todas as esferas

da gestão, de forma compartilhada, solidária e integrada, com o conhecimento e o enfrentamento dos determinantes sociais, a utilização da clínica ampliada, do trabalho em equipe, interativo e participativo, da produção de cuidado continuado, de forma individual e coletiva, pode ser estabelecida para a população brasileira uma esperança de que é possível fazer do SUS um modelo de sistema de saúde que dá certo.²⁶

Ainda, reitera-se que, a gestão em saúde sempre será uma área que depende essencialmente da capacidade de escuta, de negociação, de tomar deliberação em conjunto e de avaliar, ou seja, de atuar de forma coletiva, articulada e integrada.¹⁶ E, desta forma, é primordial compreender o processo de gestão em saúde como um pilar imprescindível da Saúde Coletiva, e como um plano de produção política que cuida da vida humana, exigindo ser trabalhada sob uma perspectiva de justiça social.²

É imprescindível, do mesmo modo, uma sociedade onde o cogoverno e cogestão sejam possíveis; e que, apesar da tradição autoritária, possa incentivar o trabalho em rede com a ideia do apoio matricial.¹⁶ Assim, aponta-se a necessidade da cogestão com espaços dialógicos de tomada de decisão, que tenham a potência de disparar novas formas de organização do trabalho para o gestor e o trabalhador, através da democratização da tomada de decisão. Nessa lógica, o profissional deixaria de ser concebido como um mero contingente de recursos humanos, para se

pensar como um trabalhador operante - que é gestor do seu próprio trabalho e que governa e disputa a condução das ações e projetos com as ferramentas que dispõe.²⁷

Portanto, o desafio de fazer gestão pública em saúde sempre permanecerá. De tal modo que, existe a necessidade de serem pensadas e desenvolvidas práticas diferenciadas das já existentes; utilizando, porém, aquilo que já aprendemos, que sabemos que dá resultado, e que funciona. E, apesar da motivação de querermos encontrar “um modelo certo” para fazer gestão, precisamos considerar que todas as abordagens ou modelos que tiveram evidência, geralmente são dinâmicos e em estão em constante mudança.²⁸ E que processos de mudança são necessários para a qualificação do gerencialismo da administração privada e para o aperfeiçoamento da gestão pública em saúde.

Considerações finais

No estudo realizado com os gestores municipais de saúde ou seus representantes, pela análise dos dados empíricos, aponta-se para o desafio de fazer a gestão municipal em saúde, na perspectiva da regionalização em saúde - considerando que os municípios devem fazer a gestão dos serviços da Atenção Primária em Saúde e que as demais ações de média e algumas de alta complexidade devem ser contempladas dentro do espaço do município e da Região de Saúde. Nesse sentido, as Comissões Intergestores Regionais aparecem como fóruns potentes de pactuação. Já que,

nesses espaços os gestores pactuam as necessidades de saúde para seus municípios, como também definem as referências, o financiamento e a organização das Redes de Atenção à Saúde para a Região de Saúde, ou seja, a governança das redes.

Segundo os entrevistados, são elementos facilitadores para a gestão em saúde: a experiência prévia na saúde ou na gestão pública, o conhecimento da legislação do SUS, ter uma equipe qualificada e engajada, a capacidade de mediação de conflitos, o trabalho em rede, a Planificação da Atenção à Saúde e o apoio dos gestores municipais (prefeitos) e estaduais, bem como do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul. Como elementos dificultadores destacaram: a burocracia, a insuficiência de

recursos financeiros, a falta de perfil e engajamento dos trabalhadores, o pouco vínculo do agente comunitário em saúde com a comunidade, a transição epidemiológica e a interferência política (por vezes partidária).

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

Referências

- ¹Matta GC, Morosini MVG. Atenção à Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, editores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 39-44.
- ²Littike D, Sodré F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. Ciênc. saúde coletiva 2015;20(10):3051-62.
- ³Menezes ECO, Ronconi LFA. Accountability social e engajamento cidadão em saúde: a experiência de um município brasileiro. Gestão e Sociedade 2019;13(35):2820-38.
- ⁴Ornelas AL, Teixeira MGC. Intersetorialidade ou diálogos setoriais? reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Mangueiras, Rio de Janeiro. Saúde Debate 2015;39(106):659-70.
- ⁵Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. In: Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R, Minayo MCS, organizadores, 34  ed. Petrópolis: Vozes; 2015.
- ⁶Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
- ⁷Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública 2001;35(1):103-9.
- ⁸Mattos CBM, Schindwein VLDC. "Excelência e produtividade": novos imperativos de gestão no serviço público. Psicologia & Sociedade 2015;27(2):322-31.
- ⁹Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. Saúde Soc. 2015;24(2):438-46.
- ¹⁰Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N  4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organiza o da Rede de Aten o   Saúde no âmbito do Sistema  nico de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2010.
- ¹¹Aleluia IRS, et al. Coordena o do cuidado na aten o primária   saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. Ciênc. saúde coletiva 2017;22(6):1845-56.

- ¹²Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em saúde. In: Pereira IB; Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 320-8.
- ¹³Souza GCA, Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde e Sociedade 2010;19(3):509-17.
- ¹⁴Rio Grande do Sul [Internet]. Secretaria Estadual da Saúde. Planificação da Rede de Atenção à Saúde; 2019 [citado 2019 set 16]. Disponível em: <https://atencao-basica.saude.rs.gov.br/planificacao-da-rede-de-atencao-a-saude>.
- ¹⁵Pires DE. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 130-5.
- ¹⁶Campos GWS. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. Psicologia em Revista 2012;18(1):148-68.
- ¹⁷Claro RFS, Cunha PFSS. Estratégias de gestão construtiva de conflitos: uma perspectiva dos profissionais de saúde. Psicologia: Saúde & Doenças 2017;18(1):55-68.
- ¹⁸Oliveira SRA, et al. Strategic factors for the sustainability of a health intervention at municipal level of Brazil. Cad. Saúde Pública 2017;33(7):e00063516.
- ¹⁹Castro CP, Oliveira MM, Campos GWS. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. Ciênc. saúde coletiva 2016;21(5):1625-36.
- ²⁰Pacheco Junior JMC, Gomes R. Tomada de decisão e alta administração: a implantação de projetos de mudanças de gestão da clínica em hospitais do SUS. Ciênc. saúde coletiva 2016;21(8):2485-95.
- ²¹Rizzotto MLF. Focalização em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 221-5.
- ²²Escorel S. Equidade em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 202-10.
- ²³Campos GWS. El Sistema Único de Salud de Brasil: entre la intención y el gesto. Salud Colectiva 2015;11(4):469-70.
- ²⁴Gomes KO, et al. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. Physis 2010;20(4):1143-64.
- ²⁵Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva 2010;15(5):2297-2305.
- ²⁶Nordi ABA, Aciole GG. Apoio Matricial: uma experiência da residência multiprofissional em saúde. Trab. educ. saúde 2017;15(2):485-500.
- ²⁷Galavote HS, et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. Saude soc. 2016;25(4):988-1002.
- ²⁸Lillefjell M, et al. Governance for public health and health equity: The Trondelag model for public health work. Scand. J. Public Health 2018;46(suppl. 22):37-47.

Submissão: 21/10/2019

Aceite: 02/06/2020