

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Karlla Dannielle da Silva Guedes

**GESTOR(A) MUNICIPAL DA SAÚDE NO BRASIL, SOB UMA
PERSPECTIVA REGIONAL: perfil, desafios e possibilidades na gestão de
temas estratégicos para o SUS**

João Pessoa/PB
2023

KARLLA DANNIELLE DA SILVA GUEDES

**GESTOR(A) MUNICIPAL DA SAÚDE NO BRASIL, SOB UMA
PERSPECTIVA REGIONAL: perfil, desafios e possibilidades na gestão de
temas estratégicos para o SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração Política, Gestão e Cuidado.

Orientador(a): André Luiz Bonifácio de Carvalho

João Pessoa/PB
2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

G924g Guedes, Karlla Dannielle da Silva.

Gestor(a) municipal da saúde no Brasil, sob uma perspectiva regional : perfil, desafios e possibilidades na gestão de temas estratégicos para o SUS / Karlla Dannielle da Silva Guedes. - João Pessoa, 2023.

159 f. : il.

Orientação: André Luiz Bonifácio de Carvalho.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde pública - Gestores. 2. SUS - Sistema Único de Saúde. 3. Governo local - Região Nordeste. I. Carvalho, André Luiz Bonifácio de. II. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Curso de Pós-Graduação	Instituição
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA	UFPB
Ata da Sessão de Defesa de Dissertação do (a) Mestrando(a)	
KARLLA DANNIELLE DA SILVA GUEDES	
Realizada no Dia	
24/05/2023	

Às **11** horas do dia **24** do mês de **maio** do ano de **2023** realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão de Mestrado, do(a) discente

Karlla Danielle da Silva Guedes

Intitulado

**GESTOR(A) MUNICIPAL DA SAÚDE NO BRASIL SOB UMA PERSPECTIVA REGIONAL:
Perfil, desafios e possibilidades na gestão de temas estratégicos para o SUS**

A banca examinadora foi composta pelos professores doutores

André Luís Bonifácio de Carvalho

, orientador(a),

Flavia Emília Leite de Lima Ferreira

Assis Luiz Mafort Ouverney

A sessão foi aberta pelo (a) Coordenador (a) do Curso de Pós-Graduação que apresentou a banca examinadora e passou a palavra para o (a) orientador(a), o(a) qual assumiu a coordenação dos trabalhos. Em seguida, o(a) candidato (a) procedeu com a apresentação do trabalho. Após a exposição, seguiu-se o processo de arguição do (a) mestrando (a). O primeiro examinador foi o (a) professor (a) doutor (a) **Flavia Emília Leite de Lima Ferreira**,

após procederam a arguição os(as) professores(as) doutores(as)

Assis Luiz Mafort Ouverney e

André Luís Bonifácio de Carvalho



Em seguida a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho do(a) mestrando(a).

Diante do exposto, considerando que o(a) mestrando(a), dentro do prazo regimental, cumpriu todas as exigências do Regimento Geral da UFPB, do Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Graduação "Stricto Sensu" da UFPB e do Regulamento do programa, está apto(a) a obter o Grau de MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, a ser conferido pela Universidade Federal da Paraíba.

A banca examinadora considerou **aprovado** o trabalho do(a) discente. Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada às **13** horas, e eu

André Luís Bonifácio de Carvalho

, orientador (a) do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.

JOÃO PESSOA, **24** de **maio** de **2023**.

ASSINATURA DO(A) ORIENTADOR(A):



Link da gravação:

AGRADECIMENTOS

As dificuldades de uma trajetória são mais facilmente transpostas quando, além dos nossos próprios passos, outros pés compartilham da caminhada. Por isso, gostaria de agradecer:

A Deus, pelo dom da vida.

Aos meus pais, pela inteira doação, apoio em todas as horas e, sobretudo, por acreditar que este dia chegaria.

Ao meu esposo, por toda força, paciência e companheirismo durante esta jornada.

À minha filha Helena, que, com apenas nove anos de idade, faz-me acreditar, todos os dias, que desistir dos sonhos não pode ser uma opção.

Ao meu orientador, professor André Luís Bonifácio de Carvalho, pela generosidade, acompanhamento, disponibilidade e paciência nesta trajetória. Suas palavras e ensinamentos foram fundamentais para minha formação acadêmica e pessoal.

Aos meus colegas discentes do PPGSC, com os quais compartilhei aprendizados, risadas, mas também as dificuldades da educação a distância e as dores e perdas vivenciadas durante a pandemia da Covid-19.

A cada docente do PPGSC, por partilharem seus conhecimentos ao longo das disciplinas cursadas, as quais contribuíram fortemente para a minha formação.

Ao professor Assis e à professora Flávia, por toda a colaboração na construção desta dissertação.

A Edjavane e Manuella, pessoas tão especiais, que se fizeram importantíssimas nesta construção.

“Um livro, uma caneta, uma criança e um professor podem mudar o mundo”.

Malala Yousafzai

RESUMO

As práticas de gestão pública no SUS possuem expressões diversas e vêm sendo conduzidas pelos gestores de saúde dos três entes federados. Dentre esses, os secretários(as) municipais de saúde são atores políticos estratégicos na definição e conformação dos rumos da política de saúde no país. As responsabilidades desses entes foram ampliadas significativamente, ao longo do processo de descentralização das políticas sociais, estabelecido pela Constituição de 1988, sendo essa uma importante estratégia de inclusão social e democratização da sociedade brasileira. Nesse sentido, o presente estudo se propôs a analisar o perfil e a percepção dos gestores municipais de saúde, sobre os desafios estratégicos vinculados à gestão do SUS na Região Nordeste. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, tendo como participantes do estudo 141 secretários municipais de saúde da região Nordeste do Brasil. A coleta dos dados ocorreu por meio de dois questionários eletrônicos, disponibilizados via *web* para os gestores municipais, no início de ciclo de gestão (2017) e ao final dos quatro anos no cargo de secretário municipal de saúde (2020). Os resultados do estudo mostram que o cargo de secretário municipal de saúde da Região Nordeste é representado, em sua maioria, por mulheres, pardas e pretas, com idade entre 30 e 50 anos, com ensino superior e pós-graduação, com formação acadêmica em enfermagem e sem experiência prévia na gestão municipal de saúde. Quanto à percepção dos desafios referentes à Atenção Primária à Saúde, os gestores identificaram, como principais dificuldades a serem superadas: a contrapartida financeira do estado, a implementação dos sistemas de informação, a necessidade de qualificação do processo de trabalho das equipes, além da dificuldade de fixação do profissional médico nesse nível de atenção. No tocante à regionalização, o fortalecimento da CIR e da regionalização aparecem como necessidades para garantir a descentralização e melhoria do acesso, além da ampliação de recursos financeiros, baseada nas diferenças regionais. Uma maior participação do MS e da SES nas práticas de gestão local, associada ao fortalecimento do SARGSUS, são mencionados como os principais desafios a serem enfrentados para a qualificação do planejamento em saúde.

Palavras-chave: Gestor da saúde. Sistema Único de Saúde. Governo Local. Região Nordeste.

ABSTRACT

Public management practices in the SUS have different expressions and have been conducted by the health managers of the three federated entities. Among these, municipal health secretaries are strategic political actors in defining and shaping the direction of health policy in the country. The responsibilities of these entities were significantly expanded throughout the process of decentralization of social policies, established by the 1988 Constitution, which is an important strategy for social inclusion and democratization of Brazilian society. In this sense, the present study set out to analyze the profile and perception of municipal health managers regarding the strategic challenges linked to the management of the SUS in the Northeast Region. This is a cross-sectional, descriptive and exploratory study with a quantitative approach, with study participants being 141 municipal health secretaries from the Northeast region of Brazil. Data collection took place through two electronic questionnaires, made available via the web to municipal managers, at the beginning of the management cycle (2017) and at the end of the four years in the position of municipal health secretary (2020). The results of the study show that the position of municipal health secretary in the Northeast Region is represented, for the most part, by women, mixed race and black, aged between 30 and 50 years old, with higher education and postgraduate studies, with academic training in nursing and no previous experience in municipal health management. Regarding the perception of the challenges related to Primary Health Care, the managers identified the following as the main difficulties to be overcome: the financial compensation from the state, the implementation of information systems, the need to qualify the teams' work process, in addition to the difficulty of fixing the medical professional at this level of care. Regarding regionalization, strengthening the CIR and regionalization appear as necessities to ensure decentralization and improved access, in addition to expanding financial resources, based on regional differences. Greater participation by the MS and SES in local management practices, associated with the strengthening of SARGSUS, are mentioned as the main challenges to be faced in order to qualify health planning.

Keywords: Health manager. Unified Health System. Local Government. Northeast Region.

RESUMEN

Las prácticas de gestión pública en el SUS tienen diferentes expresiones y han sido realizadas por los gestores de salud de las tres entidades federadas. Entre ellos, los secretarios de salud municipales son actores políticos estratégicos para definir y dar forma a la dirección de la política de salud en el país. Las responsabilidades de estas entidades se ampliaron significativamente a lo largo del proceso de descentralización de las políticas sociales, establecido por la Constitución de 1988, que es una estrategia importante para la inclusión social y la democratización de la sociedad brasileña. En este sentido, el presente estudio se propuso analizar el perfil y la percepción de los gestores municipales de salud sobre los desafíos estratégicos vinculados a la gestión del SUS en la Región Nordeste. Se trata de un estudio transversal, descriptivo, exploratorio, con enfoque cuantitativo, donde participaron 141 secretarios municipales de salud de la región Nordeste de Brasil. La recolección de datos se realizó a través de dos cuestionarios electrónicos, puestos a disposición vía web de los gestores municipales, al inicio del ciclo de gestión (2017) y al final de los cuatro años en el cargo de secretario municipal de salud (2020). Los resultados del estudio muestran que el cargo de secretaria municipal de salud en la Región Nordeste está representado, en su mayoría, por mujeres, mestizas y negras, con edades entre 30 y 50 años, con estudios superiores y de posgrado, con formación académica en enfermería y sin experiencia previa en gestión sanitaria municipal. En cuanto a la percepción de los desafíos relacionados con la Atención Primaria de Salud, los gestores identificaron como principales dificultades a superar: la compensación financiera del Estado, la implementación de sistemas de información, la necesidad de calificar el proceso de trabajo de los equipos, además a la dificultad de fijar al profesional médico en este nivel de atención. En cuanto a la regionalización, fortalecer el CIR y la regionalización aparecen como necesidades para garantizar la descentralización y un mejor acceso, además de ampliar los recursos financieros, en función de las diferencias regionales. Una mayor participación del MS y de la SES en las prácticas de gestión local, asociada al fortalecimiento del SARGSUS, se mencionan como los principales desafíos a enfrentar para calificar la planificación en salud.

Palabras Clave: Gestor de salud. Sistema Único de Salud Gobierno Local. Región nordeste.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Linha do tempo dos marcos normativos da gestão do SUS.....	29
Figura 2 –	Mapa do território brasileiro, com destaque para a Região Nordeste.....	31
Figura 3 –	Mapas do panorama de implantação do PEC em municípios de pequeno porte na Região Nordeste, em junho de 2017 e outubro de 2020.....	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Distribuição dos secretários municipais de saúde por faixa etária. Nordeste, 2017-2020.....	52
Gráfico 2 –	Distribuição dos secretários municipais de saúde por nível de escolaridade, de acordo com o sexo. Nordeste, 2017-2020.....	53
Gráfico 3 –	Distribuição dos secretários municipais de saúde por faixa salarial de acordo com o sexo. Nordeste, 2017-2020.....	55
Gráfico 4 –	Distribuição dos secretários municipais de saúde por raça, segundo a unidade da federação da Região Nordeste, 2017-2020.....	56
Gráfico 5 –	Percentual do grau de percepção do enfrentamento dos principais desafios enfrentados pelos secretários municipais de saúde referentes à gestão da Atenção Primária. Nordeste, 2017-2020.....	59
Gráfico 6 –	Percentual de Implantação do PE nos municípios de pequeno porte populacional, nos estados da Região Nordeste do Brasil. Julho/2017, outubro/2020, dezembro/2022.....	65
Gráfico 7 –	Percepção dos principais desafios enfrentados pelos secretários municipais de saúde referentes à Regionalização. Nordeste, 2017-2020.....	71
Gráfico 8 –	Percepção dos principais desafios enfrentados pelos secretários municipais de saúde referentes ao Planejamento em Saúde. Nordeste, 2017-2020.....	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Indicadores sociodemográficos por unidade federativa da Região Nordeste do Brasil, 2022.....	32
Quadro 2 –	Síntese dos eixos e variáveis inerentes à pesquisa com gestores(as) municipais ciclo 2017-2020.....	45
Quadro3 –	Síntese dos desafios enfrentados pelos secretários municipais de saúde em relação aos eixos da Atenção Básica, Regionalização e Planejamento em Saúde distribuídos por unidade federativa. Nordeste, 2017-2020.....	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Número e percentual de estabelecimentos públicos de saúde da Região Nordeste do Brasil, de acordo com a esfera de gestão. Nordeste, 2022.....	33
Tabela 2 –	Divisão administrativa das Unidades Federativas da Região Nordeste do Brasil.....	33
Tabela 3 –	Cobertura da atenção primária por unidade federativa da Região Nordeste do Brasil. Nordeste, 2022.....	34
Tabela 4 –	Percentual de aprovação dos Instrumentos de Planejamento em Gestão por Unidade Federativa da Região Nordeste do Brasil. Nordeste, 2022.....	35
Tabela 5 –	Gestores respondentes por Unidade Federativa, no início e final do ciclo de gestão. Nordeste, 2017-2020.....	43
Tabela 6 –	Distribuição dos municípios por porte populacional por Unidades Federativas da Região Nordeste do Brasil.....	48
Tabela 7 –	Distribuição dos secretários municipais de saúde por sexo de acordo com o porte populacional.....	50
Tabela 8 –	Distribuição dos secretários municipais de saúde de acordo com o sexo por Unidade Federativa. Nordeste, 2017-2020.....	51
Tabela 9 –	Síntese da distribuição dos Secretários Municipais de Saúde da Região Nordeste por principais características do perfil e trajetória profissional. Nordeste, 2017-2020.....	58
Tabela 10 –	Percentual de Implantação do Prontuário Eletrônico na Região Nordeste do Brasil, em Unidades Básicas de Saúde e municípios com até 50 mil habitantes. Região Nordeste, 2022.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PE	Prontuário Eletrônico
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PS	Plano de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão Anual do SUS
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	Objetivo geral.....	21
2.2	Objetivos específicos.....	21
3	A GESTÃO DA SAÚDE E A RELAÇÃO INTERFEDERATIVA.....	22
4	ABORDAGEM ESTRATÉGICA SOBRE A REGIÃO NORDESTE.....	30
4.1	Os desafios para a gestão no enfrentamento da covid-19 no Nordeste brasileiro.....	36
4.2	O Consórcio Nordeste.....	38
5	METODOLOGIA.....	41
5.1	Tipo de estudo.....	41
5.2	Cenário de pesquisa.....	41
5.3	Sujeitos da pesquisa.....	42
5.4	Instrumento de coleta de dados.....	43
5.5	Processamento e análise dos dados.....	45
5.6	Aspectos éticos.....	47
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
6.1	Características municipais da gestão em saúde na Região Nordeste do Brasil.....	48
6.1.1	Perfil dos secretários municipais de saúde da Região Nordeste...	50
6.1.2	Trajetória profissional e motivação para assumir o cargo de gestor.....	56
6.2	Principais desafios enfrentados pelos gestores do SUS na Região Nordeste.....	58
6.2.1	Percepções sobre os desafios vinculados à Atenção Primária à Saúde.....	58
6.2.2	Percepções sobre a pauta da Regionalização em Saúde, na agenda da gestão do SUS, na Região Nordeste.....	67
6.2.3	Percepções sobre os principais desafios vinculados à prática do Planejamento em Saúde.....	72
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80

REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICE A.....	97
Instrumentos de Coleta de Dados	

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) está alicerçado em fundamentos constitucionais e legais que definem seus princípios e objetivos, suas diretrizes operacionais e seus mecanismos de financiamento, além das atribuições e competências dos entes federados (VASCONCELOS e PASCHE, 2017).

A questão federativa no Brasil apresentou maior relevância a partir da Constituição de 1988, que instituiu o SUS, gratuito e universal, orientado pela diretriz da descentralização político-administrativa, com comando unitário em cada esfera de governo (MACHADO et al., 2014). Provindo da necessidade de compreender a grande diversidade territorial e a heterogeneidade das regiões brasileiras, o federalismo estruturado no país se apresenta como uma forma de organização e de distribuição do poder estatal, em que a existência de um governo central não impede que sejam divididas responsabilidades e competências entre as diversas esferas de gestão (OLIVEIRA, 2018).

Além disso, o federalismo brasileiro traz, como uma característica peculiar, o reconhecimento dos municípios como entes federativos com expressivo peso e responsabilidade em diversas áreas da política pública, e tal estruturação o distingue de todos os outros regimes federativos no mundo. Essa conformação compreende também mudanças expressivas no caráter historicamente dual do federalismo no Brasil, fortalecendo, na arena política, os atores municipais, trazendo também novos dilemas e desafios para a construção do pacto federativo no país (MATTA, 2007).

O movimento sanitário brasileiro procurou assegurar, desde a Constituição Federal de 1988, a saúde como um direito dos cidadãos e coloca a descentralização político-administrativa como uma das diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde. Vale ressaltar que, na agenda da reforma sanitária, a diretriz da descentralização é vista como estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais, além de representar elemento fundamental para a construção do sistema de saúde, implicando o estabelecimento de novas relações entre diferentes níveis de governo, entre instituições e entre serviços (MATTA, 2007).

Em seguida, a lei 8080/90, que versa sobre a organização, direção e gestão do Sistema Único de Saúde, estabeleceu as instâncias de condução do SUS, de acordo com cada esfera de governo: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde (MS); no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de

Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990).

Mesmo com essa organização, a heterogeneidade de características estruturais nos municípios contribuiu para que a descentralização dos poderes não ocorresse de maneira unânime, em todo o país, interferindo na capacidade dos entes municipais em assumirem uma gestão plena. Esse obstáculo não anulou os benefícios promovidos pela descentralização, na medida em que reduziu a fragmentação das ações e serviços e estimulou o fortalecimento da parceria entre municípios e outros níveis de governo (TEIXEIRA e MOLESINI, 2002).

O processo de descentralizar poderes, proposto na Constituição Federal, tornou a gestão do sistema uma responsabilidade comum entre união, estados e municípios, respeitando a autonomia de cada esfera de governo e estabelecendo decisões baseadas em um consenso. Como um dos princípios organizativos, a descentralização está relacionada a avanços significativos na consolidação do SUS, na medida em que diverge do modelo centrado na assistência e redistribui recursos e responsabilidades entre os entes federados (SANTOS, 2013).

No Brasil, o modelo de descentralização é predominantemente do tipo político-administrativo, já que envolve, além da transferência de serviços, a transferência de poder, responsabilidades e recursos, antes concentrados no nível federal, para os entes estaduais e, principalmente, para os municípios (FLEURY, 2003; MELO, 2017).

Nesse contexto, os entes municipais tornam-se os principais responsáveis pela condução da rede de serviços de saúde no país, e esses gestores assumem uma função crucial no comando e execução das ações e serviços, levando em consideração as devidas particularidades regionais (ARCARI et al., 2020).

A década de 1990 é marcada pela passagem de um cenário fortemente centralizado para um panorama em que centenas de gestores municipais e estaduais tornam-se atores fundamentais no processo de construção da saúde. Vasconcelos e Pasche (2017) ainda reforçam que o arcabouço legal do SUS define como competência dos municípios: a execução dos serviços públicos de saúde, a participação na organização da rede regionalizada de atenção à saúde, a implementação das políticas instituídas pelo governo federal e a colaboração na efetivação das competências estaduais e federais.

Dessa forma, o desafio da construção do exercício da gestão da saúde nos municípios está relacionado ao aumento do grau de responsabilização a partir da gestão descentralizada.

Tais aspectos demonstram que as práticas de gestão pública no SUS possuem expressões diversas, sendo os secretários e dirigentes de saúde dos três entes federados os atores responsáveis pela instituição, implantação e implementação das políticas governamentais a partir do pacto federativo (BRASIL, 2006).

Para Fleury (2014), as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) representam a autoridade sanitária responsável pelo gerenciamento dos sistemas locais de saúde nos municípios do Brasil. Seus dirigentes fazem parte dos governos locais eleitos, sendo o secretário ou secretária escolhido para exercer essa função pelo prefeito. Suas responsabilidades foram ampliadas, significativamente, ao longo do processo de descentralização das políticas sociais estabelecido pela Constituição de 1988, como parte da institucionalização de um padrão de proteção, que está baseado, sobretudo, no conceito de seguridade social, como parte importante da estratégia de inclusão e democratização da sociedade brasileira.

Nesse sentido, compreende-se que os secretários(as) municipais de saúde são atores políticos estratégicos na definição e conformação dos rumos da política de saúde no país, já que tratar de qualidade na gestão em saúde implica tratar também da qualidade da atuação e das decisões políticas dos seus gestores governamentais, em termos de direcionalidade, comando, condução e difusão de uma política pública (BRASIL, 2006).

“Pensar em gestão é essencialmente pensar nos gestores, em seus comportamentos e ações, seus cálculos, suas práticas, suas relações de poder, suas interações, mediações, desacordos e acordos” (BRASIL, 2006).

Diante dos aspectos abordados, é possível perceber que a gestão municipal da saúde no Brasil se torna um campo propício de pesquisa e se pretende responder ao questionamento: Quem são e como atuam os gestores municipais de saúde frente aos desafios e possibilidades na gestão de temas estratégicos para o SUS, na Região Nordeste do Brasil?

O presente estudo se insere no contexto das pesquisas realizadas por Fleury em 1996 e 2006, Ouverney (2019) e Carvalho (2020) e da Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS, estudo longitudinal que acompanha a dinâmica de

atuação dos secretários de saúde do Brasil, a partir da inserção no grupo de pesquisa interinstitucional, envolvendo pesquisadores do Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal do Espírito Santo, Universidade Federal da Paraíba e atores dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde.

Cabe destacar que a Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais corresponde a um estudo de abrangência nacional que vem sendo realizado desde o ano de 1996 e teve a sua primeira coleta com a intenção de se avaliar o impacto da descentralização na gestão da saúde municipal. Em 2006, uma nova fase foi realizada para identificar o perfil dos gestores, no intervalo de uma década. A terceira coleta de abrangência nacional ocorreu em 2017, tendo o envolvimento da Universidade Federal da Paraíba, além da Fiocruz e do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). É a partir dos dados dessa fase da pesquisa que o presente estudo pretende ser realizado (FLEURY, 2014; OUVERNEY et al., 2019; CARVALHO et al., 2020).

A expressiva participação dos gestores da Região Nordeste na última Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS realizada em 2017- relatado por Carvalho et al. (2020) e Ouverney et al. (2020), como a participação dessa pesquisadora no grupo de pesquisa: PVC12384-2020, intitulado: Perfil dos gestores municipais de saúde do ciclo de gestão 2017-2020: trajetória e desafios a serem enfrentados - despertou o interesse de realizar um recorte que permitisse análise específica para essa região.

Convém ainda destacar o enfrentamento dos gestores da Região Nordeste, que, em meio à grave crise na saúde pública mundial causada pela pandemia da COVID-19, estabeleceram modalidades de organização e articulações próprias, a exemplo do Consórcio Nordeste.

A partir do exposto e na busca de identificar o referencial de atuação desses gestores que protagonizam a condução do Sistema Único de Saúde, esta dissertação propõe compreender o perfil, a atuação e a percepção dos secretários municipais de saúde da Região Nordeste do Brasil, diante dos desafios enfrentados na prática de gestão da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar o perfil e comparar as percepções dos gestores municipais da Região Nordeste, no início e no final da gestão, sobre os desafios estratégicos vinculados à gestão do SUS.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil dos gestores municipais da Região Nordeste;
- Categorizar os desafios enfrentados pelos gestores no que diz respeito a temas estratégicos para a gestão do SUS;
- Identificar aspectos estratégicos para o enfrentamento aos desafios vinculados à gestão da Atenção Básica, à Regionalização e ao Planejamento em Saúde.

3 A GESTÃO DA SAÚDE E A RELAÇÃO INTERFEDERATIVA

A Constituição Federal de 1988 propôs a descentralização do SUS, o que torna a gestão do sistema uma responsabilidade compartilhada pelos três entes federativos (União, Estados e Municípios), respeitando a autonomia de ambos e a consensualidade das decisões (BRASIL, 1988). Enquanto princípio organizativo, a descentralização remete a avanços importantes na construção do Sistema Único de Saúde brasileiro, pois, além de romper com o modelo centrado na assistência, também redistribuiu recursos e responsabilidades entre os três entes, promovendo uma prestação de serviços mais eficiente e equitativa (SANTOS, 2013).

Em 1990, com a edição da Lei orgânica 8.080, inicia-se efetivamente a organização do SUS. Nesse contexto, a proposta de descentralização é reafirmada, estabelecendo a condução do sistema com direção única em cada esfera de governo: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990).

Ainda na década de 90, ocorreram os principais avanços no processo de descentralização do setor saúde no Brasil, e, junto a eles, surgiram inúmeros desafios. Nesse momento, a esfera municipal torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país, e os gestores municipais assumem papel fundamental na execução das ações e serviços, acolhendo as respectivas particularidades regionais. No entanto, segundo Ouverney e Fleury (2017), a conjuntura de transferências de poder, atribuições e recursos financeiros não se deram de modo uniforme, tendo a gestão em saúde vivenciado momentos discordantes entre descentralização, recentralização e, até mesmo, estagnação.

O processo de municipalização no SUS apresentou avanços significativos ao longo da década de 90 (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). No período, foram elaboradas e implementadas, sequencialmente, estratégias de descentralização expressas através de normas operacionais (NOB 91, NOB 93, NOB 96), instrumentos normativos que proporcionaram mudanças graduais na conformação do arranjo federativo brasileiro, conferindo maior poder e participação aos entes subnacionais na condução da política de saúde do país (Ouverney, 2014).

Contudo, mesmo partindo de disposições legais que estabeleciam a descentralização como princípio organizativo, diversos entraves estiveram presentes e representaram fatores limitantes para a implantação uniforme desse processo descentralizador na organização do sistema. Fatores como o projeto neoliberal de Estado, a instabilidade financeira do setor saúde e a incerteza sobre a capacidade de estados e municípios em assumir as responsabilidades de gestão e implementação de políticas foram questões que contribuíram para que a condução da transferência de poder, atribuições e recursos não acontecesse de modo regular (Ouverney, 2014).

Editada em 1991, a NOB 01/91 (BRASIL, 1991) foi formulada em um processo centralizado e sem a participação dos atores envolvidos no projeto da reforma sanitária, evidenciando a construção de uma normativa incipiente e em desacordo com os novos princípios constitucionais estabelecidos a partir de 1988. O enfoque dessa norma está essencialmente vinculado à normalização de mecanismos de financiamento do SUS, repasse, acompanhamento, controle e avaliação dos recursos financeiros da União para os municípios e/ou estados (SCATENA e TANAKA, 2001). Partindo desse cenário, mudanças significativas não ocorreram nas práticas da gestão em saúde, cabendo a estados e municípios apenas a função de prestadores de serviços com mínima autonomia no planejamento e regulação da política de saúde (Ouverney, 2014).

De acordo com Ouverney e Fleury (2017), essa normativa estabeleceu uma prática de pactuações diretas entre os municípios e a esfera federal, sem mediações estaduais o que fragilizou ainda mais os processos de pactuação e integração entre os três entes federativos. Além disso, o processo de gestão foi conduzido pelo MS, que mantinha raízes no modelo inamptiano, ditando regras de transferência de recursos e conduzindo o controle da execução financeira dos demais entes federados (RIBEIRO et al., 2018).

Em contraponto à estratégia de descentralização proposta pela NOB 91, a normativa estabelecida no ano de 1993 (NOB 93) passa a representar uma mudança significativa em relação ao aumento da autonomia das gestões estaduais e municipais (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Essa normativa derivou de um produto de ampla discussão entre gestores, sociedade, pesquisadores entre outros entes que efetivamente incorporavam os estados e, especialmente, os municípios como entes federativos responsáveis pela condução da política de saúde (Ouverney, 2014).

Para Scatena e Tanaka, a NOB 01/93:

Representa um marco definidor no processo de consolidação do SUS, tanto por romper, ainda que de modo parcial, com a lógica do INAMPS, como por assentar os elementos e princípios da descentralização, na proposição das Condições de Gestão e do Gerenciamento do Processo de Descentralização (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 65).

O texto de tal normativa caracteriza a descentralização através da redistribuição de poder; da reorganização institucional envolvendo dimensões políticas, sociais e culturais, diálogos, negociação e pactuação; da redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, além da autonomia proporcional à capacidade de gestão (BRASIL, 1993). Ademais, a NOB 93 estimulou um amplo processo de municipalização da gestão ao instituir formas de gestão municipal e estadual: Incipiente, Parcial e Semiplena. Ela também estabeleceu a transferência de recursos regular e automático (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena; habilitou os municípios como gestores; instituiu as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), de âmbito estadual e as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), nacional como espaços estratégicos de negociação, pactuação e articulação entre os gestores das três esferas de governo, na condução do sistema único de saúde (BRASIL, 2003).

Sustentando esse processo de gestão cooperativa, em seguida, a NOB 96 reafirma a importância do fortalecimento da municipalização. Nesse momento, os entes municipais se apresentam como principais responsáveis pela provisão dos serviços de saúde, o que coloca em questão o desafio da integralidade da atenção à saúde (RIBEIRO et al., 2018). De acordo com Ouverney (2014), a normativa contida na NOB 96 buscou concretizar o pleno exercício através da gestão municipal da saúde, reafirmando, assim, sua essência municipalista, na medida em que, amplia as inúmeras atribuições e responsabilidades das secretarias municipais de saúde para a provisão de serviços ofertados à população.

A diretriz da descentralização deve ser entendida como uma estratégia que estabelece a redistribuição de poder, a redefinição de papéis e o estabelecimento de novas funções entre as três esferas de governo. O processo em questão submerge dimensões políticas, sociais e culturais, nas quais se fazem necessárias pactuações entre os atores envolvidos. Para Castro, Castro e Vilar (2005), o nível local (município) é o espaço onde as práticas concretas são materializadas, mostrando-se como uma

esfera de grande papel nos processos de descentralização, já que assume novas funções e torna-se lócus de mudanças.

As Normas Operacionais intentaram uma reordenação dos modelos de atenção e de gestão da saúde. Nelas os papéis de cada esfera de governo foram definidos, os instrumentos de gestão reorganizados, e os critérios e fluxos de financiamento estabelecidos (BRASIL, 2006b). Mesmo assim, esses avanços não preveniram a instituição de sistemas municipais de saúde fragmentados e com consideráveis desigualdades na oferta e no acesso aos serviços, comprometendo a legalidade do SUS (BRASIL, 2007).

Na busca de superação de tais fragilidades, é publicada, após discussão entre a três esferas de governo, a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS/SUS 01/2001), a qual almejava ampliar as responsabilidades dos municípios para garantir acesso aos serviços de saúde e reorganizar a atenção, tendo como eixo norteador desse processo a regionalização (BRASIL, 2001). O compilado de estratégias consolidadas na Norma Operacional de Assistência à Saúde tem por objetivo a ampliação das responsabilidades municipais quanto ao acesso aos serviços de Atenção Básica, sendo a regionalização e a hierarquização princípios essenciais para atingir a equidade na alocação de recursos e serviços de saúde.

Para Sauter, Girardon-Perlini e Kopf (2012), nesse contexto:

A organização dos serviços no âmbito da atenção básica passa a ser responsabilidade dos municípios, com as ações de atenção secundária ficando a cargo da responsabilidade solidária dos municípios da microrregião e as ações de alta complexidade sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SAUTER; Girardon-Perlini; Kopf, 2012, p. 269).

Logo em seguida, a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS/SUS 01/02) emerge devido à necessidade de ajustes, em alguns aspectos, da estratégia anterior. Como resultado das discussões da Comissão Intergestores Tripartite, essa normativa traz como novidade acordos referentes aos prestadores de serviços de média e alta complexidade, com fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais e no que diz respeito aos mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento à população (BRASIL, 2002).

O caráter fortemente normativo das estratégias vivenciadas na década de 90 culminou ainda na aprovação dos Pactos pela Saúde, no ano de 2006, que

representam importantes instrumentos políticos de negociação permanente entre gestores, fortalecidos através dos espaços das Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite (OUVERNEY et al., 2019). A descentralização dos serviços de saúde para os municípios promoveu um processo de fragmentação e perdas na qualidade dos serviços, além de fragilizar a assistência à saúde. Nesse sentido, tal instrumento surge como uma proposta de ofertar serviços com maior economia de escala e de escopo, além de melhor qualidade (PESTANA e MENDES, 2003).

O Pacto pela Saúde aborda três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. O Pacto de Gestão é orientado e estruturado a partir da regionalização e apresenta como objetivo tornar possível acordos entre as três esferas do sistema, promovendo inovações através de instrumentos de gestão e redefinindo ainda novas responsabilidades dos gestores de acordo com as necessidades de saúde da população. O Pacto Pela Saúde tem como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas, garantindo, assim, a integralidade das ações e serviços fragilizados no percurso do processo de descentralização. O Pacto pela Vida está relacionado com o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades sobre a situação de saúde da população brasileira (BRASIL, 2006a; SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012).

Com o intuito de efetivar essa pactuação entre os gestores, é promulgado o Decreto 7508/11, que regulamenta a Lei 8080/90 e busca concretizar a possibilidade da construção da atenção integral à saúde na agenda dos gestores do SUS a partir da implantação dos aspectos organizacionais da gestão e institui, nesse momento, as Comissões Intergestores como espaços de pactuações entre a gestão do SUS (BRASIL, 2011).

Essa normativa veio reafirmar a regionalização como estratégia para o reordenamento da política de saúde, configurando-se como regulador da estrutura organizativa do SUS, do planejamento em saúde, da assistência e da articulação interfederativa. O avanço proposto pelo decreto foi a ampla participação da gestão municipal nas decisões, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR) e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que prevê o planejamento regional integrado e ascendente (BRASIL, 2011).

Segundo Medeiros et al. (2017), “as diretrizes do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011 têm contribuído para ampliar a capacidade de governança dos pequenos municípios nas regiões de saúde”.

Esses colegiados gestores têm a função precípua de atuar no SUS seguindo suas normas, leis e diretrizes legais. Cada um dos representantes [...] defende suas propostas para atender as necessidades de saúde específicas de cada município, estado ou região (GIL; LUIZ; GIL, 2016a, p. 41).

Ainda de acordo com o decreto, nessas instâncias de pactuação, os gestores públicos de saúde podem ser representados por conselhos de acordo com a esfera do governo:

- No âmbito nacional, os gestores estaduais formam o Conselho Nacional de Secretário de Saúde (CONASS).
- No âmbito estadual, os gestores municipais de Saúde se organizam através do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).
- No âmbito municipal, os gestores municipais se organizam através do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2011).

A gestão é o eixo estruturante na condução da política de saúde no país, e o estabelecimento de normativas e estratégias para consolidação desses atores têm se mostrado necessárias para o fortalecimento e ampliação da governança local nas secretarias municipais de saúde. Essa trajetória normativa, desde a Constituição de 1988, pode ser sinteticamente visualizada na figura 1.

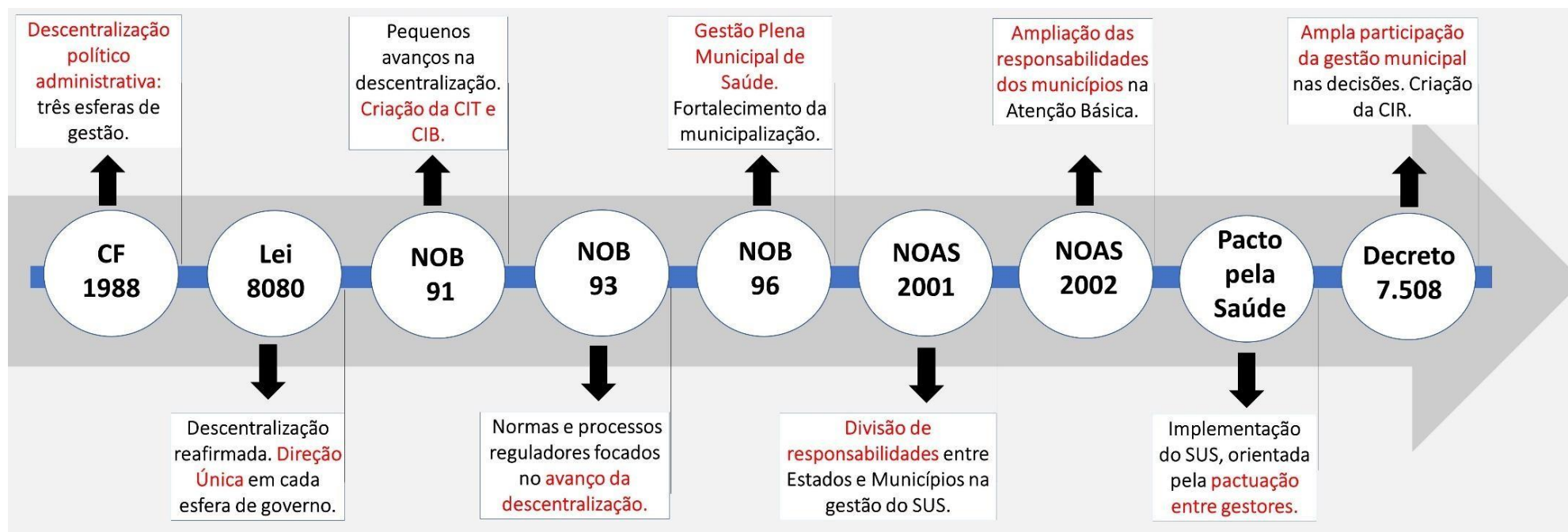
A proposta contida no Decreto 7.508 de reduzir as desigualdades locais através do processo de descentralização associado à responsabilização compartilhada, solidária e cooperativa entre os entes federados, encontrou limitações nos anos que sucedem tal normativa. Ribeiro e Moreira (2016) abordam que dinâmicas entre ações cooperativas e competitivas contidas nas normativas do SUS, juntamente com a problemática do financiamento do setor público, estão diretamente relacionadas às dificuldades na consolidação do federalismo cooperativo no sistema de saúde do país.

Para esses autores, abandonos nas agendas da saúde e frequentes crises fiscais impedem que governos estaduais consigam executar o papel de coordenador de políticas regionais que busquem equalizar a atenção à saúde. Além disso, no

lócus municipal, as diferentes capacidades fiscais de condução política e de recursos direcionados à atenção à saúde evidenciam a crise do federalismo cooperativo brasileiro (RIBEIRO e MOREIRA, 2016). O federalismo cooperativo do setor saúde, no Brasil, aparece em uma arena de conflitos entre os três entes federativos, em que o pacto de responsabilização mútua, previamente disposto, encontra-se fragilizado (RIBEIRO et al., 2017; MOREIRA e RIBEIRO, 2016).

Partindo desse pressuposto, fica evidente que é característica da gestão em saúde a interlocução de diversos atores em espaços estratégicos com concepções e perspectivas distintas, fazendo-se necessária a intermediação de conflitos e tensões entre os gestores, que tem papel cada vez mais relevante na operação de instrumentos e processos decisórios dentro dos sistemas de saúde.

Figura 1 – Linha do tempo com marcos normativos da gestão do SUS.



Fonte: elaborado pela pesquisadora.

4 ABORDAGEM ESTRATÉGICA SOBRE A REGIÃO NORDESTE

A Região Nordeste é uma das cinco regiões do Brasil que foram demarcadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 1969. O seu território compreende uma área de 1.558.000 km², correspondentes a 18,3% do país (IBGE, 2017). Uma grande parte do território nordestino é composto pela região semiárida também conhecida como Polígono das Secas, que abrange 1.134 municípios, perfazendo uma área total de 977,6 mil km², dos quais 874,3 mil km² estão situados na Região Nordeste. Em termos percentuais, a porção semiárida do Nordeste representa mais de 50 % do seu território (LIMA; MONTE; MILITÃO, 2012).

O Nordeste é formado por nove unidades federativas (figura 2) e 1.794 municípios. A região é composta pelos Estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe, conforme mostra a figura 2. Segundo dados do IBGE, a região possui mais de 57,6 milhões de habitantes, o que corresponde a cerca de 30% da população do país. Desse total, aproximadamente 60% reside nos Estados da Bahia (26%), de Pernambuco (16,8%) e do Ceará (16%) (IBGE, 2017).

A região litorânea concentra a maior parte da população nordestina, havendo, comparativamente, extensas áreas do Sertão e do Meio-Norte consideradas verdadeiras “lacunas demográficas”, notadamente nos Estados da Bahia, do Piauí e do Maranhão, o que explica a baixa densidade demográfica dessas três unidades federativas (quadro 1). Dos 1.794 municípios existentes no Nordeste, apenas 88 possuem densidade demográfica acima de 200 hab./km, enquanto 609 têm esse indicador significativamente menor, sendo inferior ou igual a 20 hab./km. Embora territorialmente sejam os menores estados do Nordeste, Alagoas (112,33 hab/km²) e Sergipe (94,36 hab/km²) possuem as maiores densidades demográficas da região (LIMA; MONTE; MILITÃO, 2012).

Cerca de um quarto da população nordestina mora nas capitais dos estados (IBGE, 2017). Além disso, o Nordeste possui 11 municípios com mais de 500 mil habitantes, dos quais apenas Jaboatão dos Guararapes (PE) e Feira de Santana (BA) não são capitais. Em todos os estados nordestinos, as áreas das capitais detêm uma grande parcela da população estadual.

Do outro lado, existem na região 961 (53,6%) municípios com até 15 mil habitantes e 1.629 municípios (90,8%) com até 50 mil habitantes. De acordo com Lima

et. al (2012) e a partir dos dados explanados, podemos afirmar que o Nordeste é constituído essencialmente por municípios de pequeno porte populacional, fator importante a ser considerado na influência sobre as dinâmicas e pactuações da gestão pública municipal.

Dentre as regiões brasileiras, o Nordeste possui a segunda maior população, a terceira maior extensão territorial, o menor Índice de Desenvolvimento Humano e o terceiro maior Produto Interno Bruto do país. Dada sua extensão territorial, é a região brasileira com o maior número de estados e detém diferentes características físicas e níveis muito variados de desenvolvimento humano ao longo de suas zonas geográficas (IBGE, 2017).

Figura 2 – Mapa do território brasileiro, com destaque para a Região Nordeste.



Fonte: <http://www.teleios.com.br/brasil/nordeste/nordeste/mapa-nordeste/>

Quadro1 – Indicadores sociodemográficos por unidade federativa da Região Nordeste do Brasil, 2022.

UNIDADE FEDERATIVA	POPULAÇÃO ESTIMADA 2021	ÁREA TERRITORIAL/km ²	DENSIDADE DEMOGRÁFICA	PIB	IDH	RENDIA PER CAPTA/R\$	TAXA DE DESOCUPAÇÃO	ACESSO A PLANO DE SAÚDE
Alagoas	3.365.351	27.830,661 km ²	112,33hab/km ²	58.964	0,631	777,00	19,40%	11,90%
Bahia	14.985.284	564.760,429 km ²	24,82 hab/km ²	293.241	0,660	843,00	20,30%	15,60%
Ceará	9.240.580	148.894,447 km ²	56,76 hab/km ²	163.575	0,682	881,00	14,30%	15,70%
Maranhão	7.153.262	329.651,496 km ²	19,81 hab/km ²	97.340	0,639	635,00	15,50%	5,80%
Paraíba	4.059.905	56.467,242 km ²	66,70 hab/km ²	67.986	0,658	876,00	17,80%	19,50%
Pernambuco	9.674.793	98.067,877 km ²	89,62 hab/km ²	197.853	0,673	829,00	17,10%	17,00%
Piauí	3.289.290	251.755,481 km ²	12,40 hab/km ²	52.781	0,646	837,00	14,63%	13,80%
Rio Grande do Norte	3.560.903	52.809,599 km ²	59,99 hab/km ²	71.337	0,684	1.109,00	16,30%	17,10%
Sergipe	2.338.474	21.938,188 km ²	94,36 hab/km ²	44.689	0,665	929,00	19,60%	20,20%

Fonte: Elaborado pela autora com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022.

Adentrando na pauta da saúde, o Nordeste conta com 9.051 estabelecimentos públicos de saúde; entre eles esses, 7.309 são gerenciados pela gestão municipal, 1.320 pela gestão estadual, e 422 são geridos duplamente. Esse número de estabelecimentos corresponde a aproximadamente 33% dos serviços públicos do território nacional (CONASEMS, 2022). A maior concentração de serviços de saúde encontra-se sob responsabilidade da gestão municipal, o que está de acordo como percurso normativo da gestão do SUS, nesse sentido os municípios são os principais executores das ações e serviços de saúde. Segue abaixo quantitativo de estabelecimentos públicos de saúde da Região Nordeste distribuídos por unidade federativa.

Tabela 1 – Número e percentual de estabelecimentos públicos de saúde da Região Nordeste do Brasil de acordo com a esfera de gestão. Região Nordeste, 2022.

UNIDADE FEDERATIVA	GESTÃO MUNICIPAL		GESTÃO ESTADUAL		GESTÃO DUPLA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALAGOAS	379	69,8%	161	29,7%	03	0,6%
BAHIA	1.776	79,3%	197	8,8%	267	11,9%
CEARÁ	927	77,9%	253	21,3%	10	0,8%
MARANHÃO	771	85,7%	123	13,7%	06	0,7%
PARAÍBA	1208	94,7%	43	3,4%	24	1,9%
PERNAMBUCO	1234	92,2%	96	7,2%	09	0,7%
PIAUÍ	319	47,7%	293	43,5%	61	9,1%
RIO GRANDE DO NORTE	524	85,5%	47	7,7%	42	6,9%
SERGIPE	171	61,5%	107	38,5%	0	0
NORDESTE	7.309	80,8%	1.320	14,6%	422	4,7%

Fonte: elaborado pela autora com base no Painel de Apoio - Estabelecimentos de Saúde. CONASEMS, 04/2022.

Em uma perspectiva de divisão regional, que visa uma melhor organização e distribuição das ações e serviços de saúde, o Nordeste apresenta sua divisão administrativa constituída em 33 macrorregiões e 133 regiões de saúde organizadas nos nove estados, conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2 – Divisão administrativa das Unidades Federativas da Região Nordeste do Brasil.

UNIDADES FEDERATIVAS	MACRORREGIÕES	REGIÕES DE SAÚDE	MUNICÍPIOS
ALAGOAS	2	10	102
BAHIA	9	28	417
CEARÁ	5	22	184
MARANHÃO	3	19	217
PARAÍBA	3	16	223
PERNAMBUCO	4	12	185
PIAUÍ	4	11	224
RIO GRANDE DO NORTE	2	8	167
SERGIPE	1	7	75
TOTAL	33	133	1.794

Fonte: elaborada pela autora com base no site Dados E-gestor (Ministério da Saúde), 2022.

Carvalho et al. (2019) abordam que, no ano de 1998, cerca de 78% dos municípios da Região Nordeste possuíam Agentes Comunitários de Saúde (ACS); apenas 22% dos municípios apresentavam Equipes de Saúde da Famílias (ESF); também não existia Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Entretanto, o número de municípios que aderiram ao processo de implantação de ACS e ESF apresentou um crescimento nos anos subsequentes. Quanto ao NASF, somente no ano de 2010, os municípios nordestinos aderiram à implantação do núcleo, totalizando 33% desses municípios com a estratégia implantada.

Esse percentual de cobertura vem crescendo progressivamente, e, de acordo com dados dos painéis de indicadores da Atenção Primária à Saúde, a Região Nordeste, em dezembro de 2020, contava com 16.273 equipes de Saúde da Família vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família e 1.204 equipes na Atenção Básica Tradicional. A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da família na Atenção Básica (AB) era de 49.709.676 (87,10%) pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 46.992.365 (82,33%) pessoas. Em 2020, as maiores coberturas da Atenção Básica no Nordeste foram distribuídas entre os estados do Piauí (99,15%), seguido da Paraíba (97,83%) e Sergipe (92,67%) (BRASIL, 2022).

Tabela 3 – Cobertura da Atenção Primária por Unidade Federativa da Região Nordeste do Brasil. Nordeste, 2022.

UF	% COBERTURA AB	% COBERTURA ESF	POPULAÇÃO UF
ALAGOAS	83,63%	75,54%	3.337.357
BAHIA	84,34%	77,54%	14.873.064
CEARÁ	87,80%	83,88%	9.132.078
MARANHÃO	87,75%	85,44%	7.075.181
PARAÍBA	97,83%	94,99%	4.018.127
PERNAMBUCO	81,96%	76,98%	9.557.071
PIAUÍ	99,15%	99,03%	3.273.227
RIO GRANDE DO NORTE	85,71%	80,56%	3.506.853
SERGIPE	92,67%	86,63%	2.298.696
NORDESTE	87,10%	82,33%	57.071.654

Fonte: Painéis de Indicadores da APS, Ministério da Saúde, maio/2022.

Em relação à cobertura da Atenção Primária à saúde (APS), o Brasil, em fevereiro de 2022, contava com 47.736 Equipes de Saúde da Família, o que representa uma cobertura de 69,74%. Já a Região Nordeste possuía 17.350 Equipes de Saúde da Famílias implantadas cobrindo 79,22% da população nordestina com serviços de baixa complexidade, apresentando, assim, um indicador maior que a referência nacional (BRASIL, 2022).

O planejamento do setor saúde é um importante instrumento para o fortalecimento e a consolidação do SUS. Os instrumentos de planejamento em saúde são de responsabilidades das três esferas de governo e representam ferramentas imprescindíveis na garantia de funcionamento do sistema único de saúde em todos os seus níveis.

Em relação a tais instrumentos, dos 1794 municípios da Região Nordeste, apenas 377 tem seus Planos de Saúde (PS) aprovados até o mês de agosto do ano de 2022, os quais correspondem à vigência 2022-2025, representando 21% do total do Nordeste. Em relação ao Relatório Anual de Gestão, até o agosto de 2022 apenas 24,4% dos municípios nordestinos apresentavam tal instrumento finalizado, e cerca

de 8% das gestões municipais haviam concluído a Programação Anual de Saúde (PAS) para o ano de 2022 (CONASEMS, 2022).

Tabela 4 – Percentual de aprovação dos Instrumentos de Planejamento em Gestão por Unidade Federativa da Região Nordeste do Brasil. Nordeste, 2022.

UNIDADE FEDERATIVA	PLANO DE SAÚDE (PS) (2022-2025)		RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG) (2021)		PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS) (2022)	
	Aprovado		Aprovado		Aprovado	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alagoas	19	18,6%	14	13,7%	10	9,8%
Bahia	75	18%	104	24,9%	36	8,6%
Ceará	23	12,5%	42	22,8%	10	5,4%
Maranhão	20	9,2%	45	20,7%	5	2,3%
Paraíba	108	48,4%	70	31,4%	22	9,9%
Pernambuco	41	22,2%	50	27%	17	9,2%
Piauí	36	16,1%	68	30,4%	17	7,6%
Rio Grande do Norte	30	18%	32	19,2%	16	9,6%
Sergipe	25	33,3%	13	17,3%	14	18,7%
NORDESTE	377	21%	438	24,4%	147	8,2%

Fonte: Elaborada pela autora com dados obtidos na página do CONASEMS, agosto/2022.

4.1 Os desafios para a gestão no enfrentamento da covid-19 no Nordeste brasileiro.

A pandemia da COVID-19 evidenciou as desigualdades presentes no Brasil, fato confirmado através do elevado número de casos e óbitos nas regiões mais pobres, como a nordestina. O Nordeste abrange 27% da população brasileira e apresentou cerca de um quinto de todos os casos (19,96%) e dos óbitos do país (19,28%), no ano de 2022 (BRASIL, 2022a). Entretanto, esses números na região já representaram um terço de todos os casos e óbitos do Brasil nos períodos iniciais da pandemia (SILVA et al., 2021).

Estudo realizado, no ano de 2020, mostra que a COVID impactou a região nordestina de forma muito agressiva. Através de uma análise comparativa entre os estados do nordeste, autores discutem que várias unidades federativas da região compartilharam fatores que estiveram associados à ampliação da epidemia, como: a elevada densidade demográfica; a alta desigualdade social; as elevadas taxas do trabalho informal; a presença de aeroportos internacionais e o fato de serem locais destinados ao turismo (SILVA et al., 2021).

Complementando essa análise, o estudo de Kerr et al. (2020) mostra que o padrão de distribuição espacial da COVID-19 também esteve associado à precocidade da entrada do vírus na região, mais precisamente no estado do Ceará. O território cearense teve o maior número de casos notificados na região, apesar da implementação de ações de prevenção e controle sólidas desde quando os primeiros casos foram detectados.

Em contrapartida, grande parte dos estudos desenvolvidos durante o período pandêmico abordam a negligência do governo federal no enfrentamento à pandemia da COVID-19. Para Lui et al. (2021), houve uma série de contradições e descoordenação por parte do Ministério da Saúde, ou seja, ficou sob responsabilidade dos estados e municípios a adoção das primeiras medidas em resposta à pandemia do coronavírus.

Aquino et al. (2020) também abordam a falta de coordenação da União no controle da pandemia, na medida em que o governo federal se coloca contrário às experiências acumuladas em outras nações, quando foram divulgadas orientações contrárias a Organização Mundial da Saúde (OMS), além da excessiva troca de ministros da saúde.

A ausência de liderança do governo em formular uma resposta nacional consistente estimulou o protagonismo de governos estaduais e gestões municipais no desenvolvimento de respostas à pandemia nessa região. As intervenções implantadas por entes locais variaram significativamente, assim como o momento em que foram instituídas (KERR et al., 2020).

De acordo com Machado et al. (2020), a COVID-19 produziu uma sobrecarga em sistemas em âmbito mundial. No Brasil, cabe ressaltar a extenuante tarefa dos gestores da saúde, em seus diversos níveis de atenção, no cumprimento da tarefa a eles pleiteadas desde a Constituição Federal de 1988, qual seja, a garantia do direito universal, integral e equânime da saúde a toda a população brasileira.

Carvalho et al. (2022) apontam que:

Os desafios que se impõem no âmbito dessa agenda abrangem temas diversos, como a produção de informações e sua comunicação à sociedade, a construção de planos de emergência, a gestão territorial e da infraestrutura de transporte, a compra e a distribuição de insumos e equipamentos, a contratação e a formação de profissionais de saúde, a edição de normas que regulam a dinâmica social, a definição de políticas de garantia de renda e proteção ao emprego, a mediação de conflitos e a construção de pactos entre os atores políticos, entre outros (CARVALHO et al., 2022, p. 63).

Autoridades estaduais e municipais foram as responsáveis por implementar as medidas de saúde pública para reduzir a transmissão da COVID-19, inclusive declarando estado de emergência, determinando o fechamento de empresas de varejo e serviços, restringindo o transporte e fechando escolas e universidades, já que a única estratégia efetiva para mitigar a COVID-19 foi reduzir o contato entre pessoas suscetíveis e infectadas através da identificação precoce dos casos.

Kerr et al. (2020) afirmam que, embora as respostas para controle da pandemia tenham se apresentado de maneira distinta entre os estados, houve uma significativa redução no número de óbitos pela COVID-19 na Região Nordeste, como resultado das medidas de distanciamento físico e de ações na saúde tomadas pelos governos estaduais.

Nesse sentido, percebe-se que inúmeros desafios estiveram presentes na rotina dos gestores da saúde. Implantar e sustentar políticas públicas, mesmo que respaldadas por embasamento científico consistente, é um desafio, ainda mais quando existem pressões políticas e econômicas em concomitância a um cenário de calamidade pública (XIMENES et al., 2021). A epidemia da COVID-19 no Nordeste brasileiro, que atinge a região e o país em um dos períodos mais difíceis de sua história política, econômica e social, deixará marcas para sempre no futuro de suas gerações.

Diante desse cenário arrevesado, as articulações político-administrativas evidenciaram dinâmicas e pactuações próprias nessa região que visaram aprimorar o desenvolvimento local. Exemplificando esses arranjos organizativos, têm-se o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste (Consórcio Nordeste), que é uma autarquia interestadual brasileira formada pelos 9 estados que compõem a região, os quais desempenharam relevante papel no enfrentamento à pandemia da COVID-19.

4.2 O Consórcio Nordeste

Os consórcios são uma modalidade de cooperação que abrangem a reunião de instituições em busca de objetivos semelhantes. Podem ser horizontais, quando a colaboração acontece entre municípios e estados, ou verticais, quando a colaboração se dá entre a união e os estados ou municípios (TELES, 2019). O consórcio possibilita que gestores se articulem, observem um ou vários problemas por completo e, através de soluções compartilhadas, obtenham resultados satisfatórios, minimizando burocracias e barreiras entre governos (CLEMENTINO, 2019).

O Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste é um tipo de cooperação interestadual oficializada em julho de 2019, que reúne os governadores dos nove estados da região. Tem como objetivo promover o desenvolvimento sustentável e integrado da região, permitindo conjuntamente a realização de compras públicas e a implementação integrada de políticas, incluindo a prestação de serviços públicos, como nas áreas de educação, comunicação, saúde, infraestrutura e segurança (LEITE, 2020).

Essa instituição tem a estrutura de governança colegiada, moldada para construção de consensos em torno da atuação conjunta, voltada à superação das necessidades dos estados da região, com paridade de representação e adoção de mecanismos de construção de decisões que priorizem o consenso e respeitem a autonomia federativa e às especificidades de cada ente consorciado. Clementino (2019) ressalta o ineditismo do Consórcio Nordeste, uma vez que esse é o primeiro do país a ser formado por estados federados, não incluindo entidades municipais e federal, o qual representa uma alternativa de negociação e decisão coletiva compartilhada sobre o futuro comum dessas unidades federativas.

Diante da falta de protagonismo no que diz respeito às medidas sanitárias, econômicas e operacionais de prevenção e combate à COVID-19 por parte do governo federal, municípios e estados precisaram desenvolver articulações e posicionamentos locais para o enfrentamento da pandemia. Segundo Perez e Santana (2021), o problema dessas decisões terem ficado sob responsabilidades de estados e municípios está associado à reduzida disponibilidade de recursos financeiros e humanos, além de grande parte desses entes não contarem com comitês científicos ou apoio de comunidades técnico-científicas para a orientação da gestão

da crise diante do enfrentamento de uma pandemia como a vivenciada desde o ano de 2020.

Na pauta da saúde, o Consórcio Nordeste se destacou como uma instituição de cooperação e coordenação no combate à Covid-19, principalmente, com a criação de um Comitê Científico próprio (FERNANDEZ e PINTO, 2020; BROM e GRIN, 2021; ROSSI e SILVA, 2020). Nos termos da Resolução nº 05/2020, o Comitê Científico de apoio ao combate da pandemia do novo coronavírus (Covid-19) tem como finalidade assessorar os estados consorciados na adoção de medidas para a prevenção, o controle e a contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, a fim de evitar a disseminação da doença e a promover a estruturação do sistema de saúde para o atendimento da população (LEITE, 2020).

A ação dos estados foi direcionada pelas recomendações dos boletins do Comitê Científico, efetivando, devido a tais orientações, a aquisição conjunta de equipamentos hospitalares e vacinas. O Consórcio Nordeste facilitou a padronização e a inovação de gestão da crise sanitária pelas unidades federativas nordestinas embasado nas orientações técnicas do comitê científico (JUNQUEIRA et al., 2021). Esses boletins informativos permitiram o alinhamento da gestão da crise pelos governadores e traziam orientações em relação às medidas restritivas a serem tomadas, como distanciamento social rigoroso, e quanto às estratégias para diminuir escassez de materiais hospitalares, como a estruturação da rede de atenção à saúde, compras conjuntas de insumos e equipamentos necessários à execução dos planos de ação estaduais (MELO, 2021; JUNQUEIRA et al., 2021).

De acordo com Fernandez e Pinto (2020):

A ação do Consórcio Nordeste na crise não só ampliou o escopo de ações estratégicas para enfrentamento da pandemia como desenvolveu ações inovadoras e conseguiu suprir, em parte, a falta de recursos, ações e de coordenação do governo federal (FERNANDEZ; PINTO, 2020, p.18).

O sucesso do Consórcio Nordeste pode ser atribuído a aspectos relacionados à existência de uma grave crise política e econômica no país, o que impulsionou alternativas de gestão intergovernamental através das lideranças políticas regionais, além da forte identidade regional associada à presença de um discurso compartilhado, reafirmando o grande potencial de arranjos institucionais de gestão pública na Região Nordeste (CLEMENTINO, 2019).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

O presente estudo apresenta uma abordagem quantitativa e, quanto ao objetivo, classifica-se como descritivo e exploratório, sendo iniciado por uma pesquisa bibliográfica. As pesquisas exploratórias têm como característica a função de apresentar uma maior aproximação com a problemática, com vistas a torná-la mais explícita ou a construir hipóteses. Já as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, além de permitirem a identificação de possíveis relações entre variáveis (GIL, 2018).

Para Lakatos e Marconi (2019), a pesquisa bibliográfica “é um tipo de produção científica feita com base em textos, como livros, artigos científicos, ensaios críticos, dicionários, enciclopédias, jornais, revistas, resenhas, resumos”. Ainda segundo os autores, a utilização de artigos científicos constitui uma prioridade dos pesquisadores, por possibilitar acesso a conteúdo científico atualizado, enquanto os livros constituem-se como meio de leitura refletida.

O método quantitativo, como sugere a nomenclatura, é executado através de técnicas estatísticas e apresenta como característica principal o emprego da quantificação na coleta e tratamento das informações encontradas (MINAYO, 2014; MATIAS-PEREIRA, 2019).

5.2 Cenário da pesquisa

O Brasil é um país composto por cinco regiões territoriais: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Tais regiões representam o agrupamento de estados (unidades federativas) com características semelhantes, associadas a aspectos naturais, sociais, culturais e econômicos (IBGE, 2017).

Os dados utilizados neste estudo foram coletados a partir da Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS, um estudo transversal com abrangência nacional, que tem como base uma pesquisa nacional desenvolvida nos anos 90 por Sônia Fleury e atualmente vem sendo implementado a partir de uma parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e a Universidade Federal da Paraíba.

A pesquisa com os(as) gestores(as) municipais de saúde do ciclo 2017-2020, do qual deriva essa pesquisa, foi desenvolvida, em sua primeira fase, no período de julho de 2017 a agosto de 2018; nesse momento 2.313 (59,5%) gestores do país responderam integralmente ao questionário aplicado. O período de novembro a dezembro de 2020 correspondeu à fase final e foi desenvolvida a partir do desdobramento da fase inicial, que foi consolidada a partir dos gestores respondentes que permaneceram como secretários municipais de saúde, durante os 4 anos do ciclo de gestão, obtendo 313 gestores respondentes em todo o país.

Eixos de análise foram utilizados para caracterizar dimensões como: o perfil do gestor, a trajetória profissional, a participação nos espaços de gestão, os desafios da gestão, o acesso a serviços de saúde, o conhecimento sobre as doutrinas e princípios do SUS, a influência de atores e entidades sobre as práticas de gestão, a comunicação e a transparência, as agendas Intergestoras, além do enfrentamento à covid-19.

O estudo aqui proposto será realizado a partir de um recorte regional referente à Região Nordeste do Brasil, a qual é composta por 1.794 municípios, distribuídos em 133 regiões de saúde situadas nos 9 estados que a compõe: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe. O território nordestino apresenta uma área de 1.558.000 km², correspondente a 18% do território do nacional. A região faz limite com Minas Gerais e Espírito Santo, ao Sul, e com Goiás, Tocantins e Pará, em toda sua fronteira Oeste. A localização mencionada pode possibilitar importantes articulações e pactuações interfederativas para os gestores dessa região.

A escolha da Região Nordeste está associada à elevada participação de gestores municipais de saúde nos dois momentos da pesquisa base. A região apresentou um percentual de mais de 50% de participação, o que caracteriza um melhor aprofundamento do objeto de estudo. Além da justificativa já mencionada, o recorte do cenário elencado para o estudo, em questão, também está associado à afinidade desta pesquisadora e à inserção em um programa de pós-graduação na Universidade Federal da Paraíba, além da escassez de pesquisas com a temática em uma perspectiva regionalizada.

No estudo aqui proposto, foram trabalhados eixos estratégicos específicos que buscaram responder aos objetivos gerais e específicos da pesquisa.

5.3 Sujeitos da pesquisa

A população do estudo foi composta pelos gestores municipais de saúde da Região Nordeste que responderam integralmente ao questionário da pesquisa base na primeira fase e que se mantiveram no cargo de secretário municipal de saúde durante os quatro anos do ciclo de gestão, o que corresponde a 141 secretários municipais na Região Nordeste.

Na primeira fase do estudo, 963 secretários municipais de saúde da Região Nordeste responderam integralmente ao questionário aplicado; desses, 493, segundo informações obtidas através do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), permaneceram no cargo de gestor até a segunda fase da coleta de dados. Dos gestores que permaneceram no cargo, 141 responderam ao questionário na íntegra, e esses representam a amostra estudada. O quantitativo de gestores respondentes da Região Nordeste pode ser observado detalhadamente na tabela 5.

Tabela 5 – Gestores respondentes por Unidade Federativa, no início e final do ciclo de gestão. Nordeste, 2017-2020.

UF (NORDESTE)	Nº MUNICÍPIOS	Nº RESP. 1ª FASE	% RESP. 1ª FASE	Nº RESP. APTOS 2ª FASE	Nº RESP. 2ª FASE	% RESP. 2ª FASE
ALAGOAS	102	27	26,47	17	04	23,5
BAHIA	417	109	26,14	47	11	23,4
CEARÁ	184	74	40,22	33	10	30,3
MARANHÃO	217	91	41,93	50	16	32
PARAÍBA	223	182	81,61	100	31	31
PERNAMBUCO	185	123	66,48	27	07	26
PIAUÍ	224	174	77,67	139	21	15
RIO GRANDE DO NORTE	167	108	64,67	41	09	22
SERGIPE	75	75	100	39	32	82
TOTAL	1.794	963	53,67	493	141	28,6

Fonte: Elaborado pela autora, com base na Pesquisa: Perfil dos gestores municipais de saúde, ciclo de gestão 2017-2020.

5.4 Instrumentos de coleta de dados

A pesquisa bibliográfica foi realizada no mês de maio de 2022, tendo sido consultadas as bases de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), na busca por estudos originais realizados no Brasil, sem filtro de tempo. A chave de busca utilizada foi: (“Brazil”) AND (“Health management” OR “health manager”) AND (“Unified Health System”), sendo incluídos os descritores DECS (Descritores em Ciências da Saúde). A partir dessa busca, foram encontrados, somando as duas bases de dados, 123 artigos científicos, dentre esses 101 foram excluídos por não atenderem o propósito de aprofundamento do objeto de estudo, por se tratarem de artigos de revisão, manuais ou por estarem duplicados. Os resultados das buscas foram gerenciados em planilha xls, sendo excluídas as duplicações e os artigos que não atenderam ao objeto de estudo; a partir da verificação de títulos e resumos, restaram 22 artigos para aprofundamento da temática. Todas as pesquisas selecionadas foram caracterizadas pelas seguintes informações: autores, ano de publicação, título, local e ano de realização e periódico de publicação do estudo.

A pesquisa bibliográfica foi utilizada com o objetivo de balizar o referencial teórico da pesquisa, qualificar os achados encontrados na análise do banco de dados e aprimorar o aprofundamento sobre as interfaces das dinâmicas e pactuações da gestão no Sistema único de Saúde. Além do levantamento de artigos científicos, foram utilizadas informações obtidas através de bases de dados do IBGE¹, da página do CONASEMS² e da página do e-gestor³ para a caracterização da Região Nordeste, envolvendo os 9 estados da federação com seus respectivos municípios.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados corresponderam a dois questionários eletrônicos *on-line*, disponibilizados por meio de um *link* na plataforma virtual Survey Monkey, os quais foram adequadamente testados pela equipe de pesquisa em relação ao seu conteúdo, funcionalidade, *layout* e capacidade operacional e aplicado em duas fases: primeiro questionário, no início do ciclo de gestão municipal, em 2017; segundo questionário, no final do ciclo de gestão, em 2020.

¹<https://cidades.ibge.gov.br/>

²<https://www.conasems.org.br/painel-de-apoio/perfil/>

³<https://egestorab.saude.gov.br/>

Outrossim, esses instrumentos foram organizados em questões objetivas. O primeiro questionário foi composto por 63 questões categorizadas nos seguintes eixos de análises: I: Perfil do Gestor; II: Trajetória Profissional; III: Participação nos espaços de gestão; IV: Dos princípios e Doutrinas do SUS; V: Desafios da Gestão; VI: Influência de atores e entidades sobre as práticas do gestor(a); VII: Influência de atores e entidades sobre as práticas do gestor(a); VIII: Acesso a ações e serviços de saúde; IX: Comunicação e Transparência e X: Agendas Prioritárias Intergestores. Esse questionário buscou identificar o perfil dos secretários municipais de saúde, além da percepção e desafios que esperavam enfrentar durante o ciclo de gestão. Já o segundo instrumento foi composto por 52 questões e objetivou avaliar as dificuldades enfrentadas por esses gestores durante a atuação como secretários municipais de saúde, nos 4 anos de gestão.

Cabe destacar que o segundo instrumento também abrangeu os eixos de análise existentes no primeiro questionário, além de abarcar um novo eixo referente ao enfrentamento da pandemia da COVID-19. As perguntas dos questionários não foram iguais, como pode ser observado no apêndice dessa pesquisa, no entanto; permitiram correlações e se complementaram para realização de uma análise das percepções e desafios enfrentados pelos gestores municipais durante o período em que estiveram conduzindo as secretarias municipais de saúde.

5.5 Processamento e análise dos dados

A delimitação de análise que buscam responder os objetivos desta pesquisa está enquadrada dentro dos eixos: I, II, III, V e X; conforme descreve quadro 2.

Quadro 2 – Síntese dos eixos e variáveis inerentes à pesquisa com gestores(as) municipais ciclo 2017-2020.

Eixos	Descrição das variáveis
I: Perfil do Gestor(a)	Dados pessoais, formação profissional.
II: Trajetória Profissional	Experiência prévia, trajetória política e motivação para a assunção ao cargo.
III: Participação nos espaços de gestão	Posicionamento do gestor quanto à importância da CIR, CIB CIT, CMS e Conferência de Saúde, para o desempenho da gestão.

IV: Dos Princípios e Doutrinas do SUS	Posicionar-se quanto ao processo de implementação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS e definir o mais importante para ele.
V: Desafios da Gestão	Temas estratégicos com ênfase na relação Interfederativa, acesso a ações e serviços de saúde, práticas de planejamento e gestão, fortalecimento do controle social, operacionalização da regionalização em saúde, gestão do trabalho e educação da saúde e judicialização.
VI: Influência de atores e entidades sobre as práticas do gestor(a)	Identificação das forças que influem nos processos e práticas de gestão.
VII: Acesso a ações e serviços de saúde.	Percepção sobre a situação de acesso dos usuários do SUS a ações, insumos e serviços de saúde.
VIII: Comunicação e Transparência	Instrumentos e formas utilizadas para disseminar informações e se comunicar com a população.
IX: Agendas Prioritárias Intergestores	Principais movimentos dos gestores municipais, estaduais, do Ministério da Saúde e do COSEMS na construção de agendas estratégicas para o ciclo de 2017 a 2020.
X: Agenda de enfrentamento a COVID-19	Principais movimentos dos gestores municipais no enfrentamento da pandemia de Covid-19.

Fonte: Questionário da Pesquisa com gestores (as) municipais de saúde ciclo 2017-2020.

Essa escolha teve como base, além dos elementos do perfil (eixos I e II), os eixos específicos (III e V) vinculados à atenção básica, que se constitui como um espaço estratégico para a garantia do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, segundo art. 11 do Decreto 7508; ao planejamento, tendo em vista o início de um novo ciclo de gestão para os gestores municipais (2021-2024) e que, segundo o art. 15 do referido decreto, deverá ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se às necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. Por fim, entre as temáticas, está a regionalização, como um dos princípios organizativos do SUS, que encontra no Art. 18 da Lei 8080 o processo de participação do gestor municipal no planejamento, na programação e na organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual.

Os dados provenientes do questionário aplicado para os secretários municipais de saúde foram analisados após sua classificação e filtragem, através do software

Excel 2013. A partir disso, foram também elaboradas planilhas que permitiram melhor visualização, tabulação e análise das informações encontradas e dos aspectos a serem avaliados. As respostas foram organizadas por respondentes, seguindo a lógica da unidade da federação da Região Nordeste do país, com apresentação em gráficos e tabelas, com os resultados expostos em frequências relativas e absolutas, buscando identificar as convergências e divergências nos achados.

Para uma apurada apropriação do objeto de pesquisa, foi realizada uma caracterização do perfil dos gestores do Nordeste, através da tabulação e análise dos dados exportados do questionário estruturado aplicado. Além disso, uma análise comparativa, referente às respostas do início e final do ciclo de gestão, foi realizada sobre aspectos relacionados aos desafios enfrentados na condução do sistema único de saúde em áreas estratégicas como: atenção básica, regionalização, planejamento em saúde, sobretudo, influenciada sob a ocorrência da pandemia da Covid-19, no último ano de gestão.

Em relação aos dados referentes à percepção dos desafios, os gestores pontuaram, no início do ciclo de gestão, os 3 principais desafios a serem enfrentados dentro nas áreas estratégicas acima pontuadas. No último momento, a pergunta esteve direcionada ao grau de dificuldade de enfrentamento dos mesmos desafios, sendo consolidadas as respostas referentes a difícil e muito difícil.

A partir dessa classificação, foi elaborado um gráfico de barras com a comparação entre os desafios da AB. Quanto à Regionalização e ao Planejamento em Saúde, gráficos de linhas foram organizados com o objetivo de evidenciar as tendências de permanência ou deslocamento dos desafios em tais agendas estratégicas.

5.6 Aspectos éticos

A Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa e teve parecer aprovado por meio do CAAE 31290620.9.0000.8069, CEP/CCM/UFPB, sendo desenvolvido a partir de parceria entre o Departamento de Ciências Sociais da ENSP/Fiocruz, a Universidade Federal da Paraíba e o CONASEMS. Para a realização das entrevistas com os presidentes dos COSEMS, será encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa pela Plataforma

Brasil uma emenda, seguindo os trâmites necessários para a realização desta etapa não prevista na pesquisa base.

RESULTADOS e DISCUSSÕES

6.1. Características municipais da gestão em saúde na Região Nordeste do Brasil

A amostra obtida no presente estudo foi composta por secretários municipais de saúde de 141 cidades, distribuídas nas nove unidades federativas da Região Nordeste do Brasil. Dentre os nove estados, Sergipe apresentou o maior número absoluto de respondentes e o maior percentual de representatividade em relação ao total de gestores em ambas as fases da pesquisa, conforme mostra tabela 5. Alagoas representa a unidade federativa com menor número absoluto, e o estado do Piauí, o menor número percentual de respondentes aptos.

Cabe aqui pontuar que o aprofundamento deste estudo sobre dinâmicas e pactuações da gestão municipal em saúde, necessita de avaliações direcionadas ao porte populacional, visto que características econômicas e sociais influenciam substancialmente os rumos das políticas de saúde locais.

De acordo com dados do IBGE, os municípios podem ser classificados em cinco categorias, de acordo com o porte populacional: pequeno porte I (até 20.000 habitantes), pequeno porte II (de 20.001 a 50.000 habitantes), médio porte (de 50.001 a 100.000 habitantes), grande porte (de 100.001 a 900.000 mil habitantes) e metrópole (maior que 900.000 habitantes) (IBGE, 2011).

Os respondentes desta pesquisa são gestores que atuam essencialmente em municípios de pequeno porte (95%), estando 103 (73%) desses municípios na categoria de pequeno porte I, 31 (22%) classificados como pequeno porte II, 6 desses municípios pertencem à categoria de médio porte, e apenas 1 cidade apresenta grande porte populacional, tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos municípios por porte populacional por Unidades Federativas da Região Nordeste do Brasil.

UF	PORTE POPULACIONAL			
	PPI (até 20 mil hab.)	PPII (> 20 a 50 mil hab.)	MP (> 50 a 100 mil hab.)	GP (> 100 a 900 mil hab.)
AL (N: 04)	01	02	01	00
BA (N: 11)	06	04	01	00
CE (N: 10)	06	03	01	00
MA (N: 16)	11	05	00	00
PB (N: 31)	26	04	01	00
PE (N: 07)	04	03	00	00
PI (N: 21)	18	03	00	00
RN (N: 09)	08	00	01	00
SE (N: 32)	23	07	01	01
TOTAL (N:141)	103	31	06	01

O Brasil é composto, em sua maioria, por municípios de pequeno porte populacional, grande parte desses instituídos após a Constituição Federal de 1988. Os municípios de pequeno porte representam cerca de 89% dos municípios do país e, mesmo tendo sido ofertado a tais entes autonomia política, administrativa e financeira, a partir do processo de descentralização, ainda são os entes mais vulneráveis da federação (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

A descentralização político-administrativa, com a consequente transferência de responsabilidades de gestão em ações e serviços de saúde para os municípios, é uma função complexa que sofre interferências dos determinantes e condicionantes sociais e epidemiológicos; além de interferências técnicas, políticas e econômicas. De acordo com Pinafo et. al. (2020), municípios com população inferior a 20 mil habitantes possuem condições limitadas no que se refere à oferta de serviços e capacidade de gestão. Além disso, tais entes se deparam com questões difíceis quanto a orçamentos municipais, arrecadações fiscais e alocação de recursos orçamentários reduzidos, fatores que tendem a limitar o poder de decisão dos secretários municipais nos diversos espaços de decisão (SILVA; CARVALHO; DOMINGOS, 2018; PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016). Na análise por porte populacional, não foi possível evidenciar diferenças significativas entre o sexo do gestor e o número de habitantes dos municípios, já que os dados apontam que homens e mulheres,

proporcionalmente, dividem o cargo de forma semelhante, quanto ao tamanho do município na Região Nordeste, como mostra tabela 7.

Esses achados se mostram diferentes dos encontrados por Fleury et al. (1997) e Arcari et al. (2020), ao visualizarem, em seus estudos, a predominância do sexo feminino em municípios de pequeno porte, enquanto que homens estavam à frente da gestão em municípios com maior número de habitantes.

Tabela 7 - Distribuição dos secretários municipais de saúde por sexo, de acordo com o porte populacional do município. Nordeste, 2017-2020.

PORTE POPULACIONAL	SEXO			
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Pequeno porte I	71	73,9	32	71,2
Pequeno porte II	22	23	09	20
Médio porte	03	3,1	03	6,6
Grande porte	00	00	01	2,2
TOTAL	96	100	45	100

6.1.1 Perfil dos secretários municipais de saúde da Região Nordeste

Os resultados do estudo apontam para a predominância de gestoras na condução do SUS, na Região Nordeste do país. Dos 141 respondentes, 96 (68%) foram do sexo feminino, enquanto 45 (32%) dos secretários pertencem ao sexo masculino. Ao destrinchar por estado, a presença das mulheres à frente da gestão municipal atinge um percentual de 80% ou mais nos estados da Bahia, Ceará e Piauí, conforme mostra a tabela 6.

A inserção da figura feminina em espaços institucionais tem-se dado a passos lentos, dada a análise da construção do processo histórico do trabalho feminino. No entanto, Wermelinger et al. (2010) afirmam que o fim do século XIX foi marcado pelo acesso das mulheres a novas formações técnico-científicas e que, nas últimas décadas, vem ocorrendo um aumento significativo e sucessivo da presença feminina na força de trabalho.

Embora o crescimento da força de trabalho feminino no país venha progredindo com o passar das décadas, a entrada expressiva das mulheres no mercado não

representou uma diminuição significativa das desigualdades profissionais entre os gêneros. De acordo com Rezende (2020), ainda existe uma tendência de exclusão feminina em cargos de autoridade, especialmente, na política e na economia. A mesma autora enfatiza que:

A ampliação do acesso das mulheres às posições de poder e decisão deve ter como meta não apenas a garantia de paridade, mas a própria transformação dessas arenas, no sentido da construção de uma sociedade mais justa e diversa (REZENDE, 2020, p. 358)

Dados do censo brasileiro de 2020 apontam para um crescimento de 33,6% da taxa de participação feminina no mercado de trabalho no país, entre as décadas de 50 e 90. Porém, esse incremento da força feminina no mundo do trabalho não necessariamente provocou uma diminuição expressiva das desigualdades profissionais no que se refere ao gênero, já que parte significativa das funções ocupadas por mulheres continuam limitadas a setores e atividades específicas, não relacionadas a cargos de chefia (WERMELINGER et al., 2010).

O retrato evidenciado neste estudo mostra que, na Região Nordeste do Brasil, as mulheres vêm conquistando espaços de governança nas secretarias municipais de saúde, que podem promover transformações nas práticas de gestão. A feminização da gestão em saúde, aqui encontrada, já foi descrita por outros autores como uma tendência e mudança no perfil das secretarias municipais de saúde ao longo dos anos (FLEURY, 2014; FLEURY e OUVÉNEY, 2018; OUVÉNEY et al., 2019; ARCARI et al., 2020; CARVALHO et al., 2020).

Estudo desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) mostrou que a ampliação da empregabilidade feminina pode estar relacionada a um “diferencial de gênero”, que atribui a esse público capacidade de melhor adaptação às novas demandas impostas pelo mercado de trabalho. De acordo com a autora, o “diferencial de gênero” está associado ao nível médio de escolaridade mais alto e o ao patamar de remuneração abaixo da média masculina, parâmetros similares aos encontrados nesse recorte regional (LAVINAS, 2001).

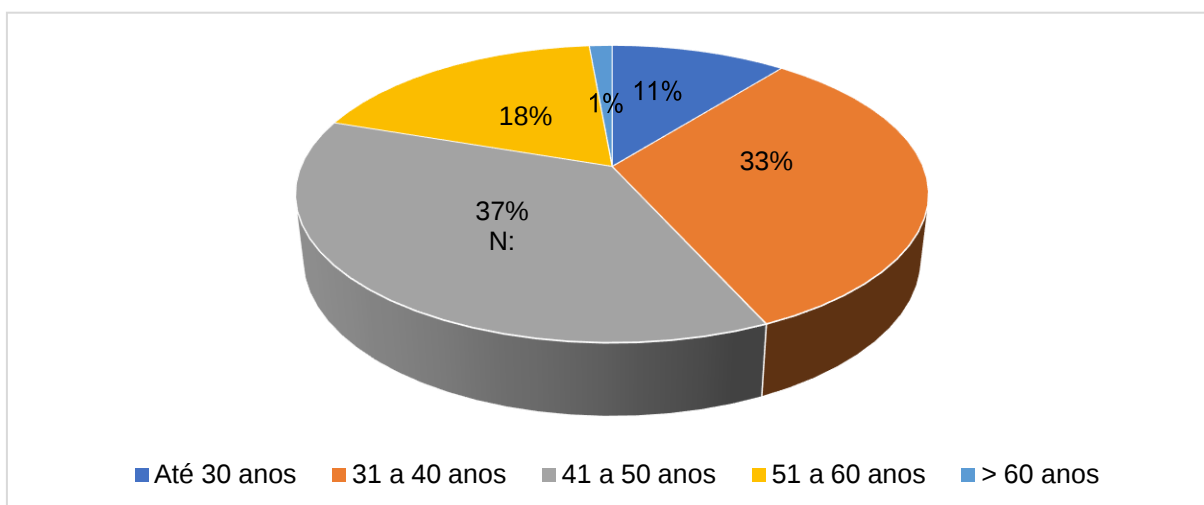
Tabela 8 - Distribuição dos secretários municipais de saúde de acordo com o sexo por Unidade Federativa. Nordeste, 2017-2020.

Unidade Federativa	SEXO (%)			
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Alagoas (N: 04)	2	50	2	50
Bahia (N:11)	9	81,8	2	18,2
Ceará (N:10)	8	80	2	20
Maranhão (N:16)	9	56,2	7	43,7
Paraíba (N:31)	21	67,8	10	32,2
Pernambuco (N:07)	5	71,4	2	28,6
Piauí (N:21)	18	85,7	3	14,3
Rio Grande do Norte (N:09)	7	77,8	2	22,2
Sergipe (N:32)	17	53,1	15	37,5
Total (N:141)	96	68	45	32

Quando se analisa a faixa etária, cerca de 70% (n:92) dos gestores da Região Nordeste possuem idade entre 31 e 50 anos; por volta de 11% (n:9) dos secretários municipais tinham até 30 anos no início do ciclo de gestão; e cerca de 19% (n:40) apresentaram uma faixa etária acima de 51 anos de idade, gráfico 1. Os gestores mais jovens estiveram distribuídos nos estados do Maranhão (26,6%), Sergipe (33,3%) e Bahia, que conta com 20%, na faixa etária de até 30 anos de idade.

Estudo de abrangência estadual aponta para uma distribuição etária semelhante aos dados encontrados nessa pesquisa, com uma média de idade correspondente a 43,76 anos (ARCARI et al., 2020). Outras análises em âmbito nacional também reafirmam a tendência de idade aqui encontrada como uma constante no perfil da gestão municipal em saúde (FLEURY et al., 1997; FLEURY e OUVENEY, 2018; OUVENEY et al., 2019; CARVALHO et al., 2020).

Gráfico 1- Distribuição dos secretários municipais de saúde por faixa etária. Nordeste, 2017-2020.

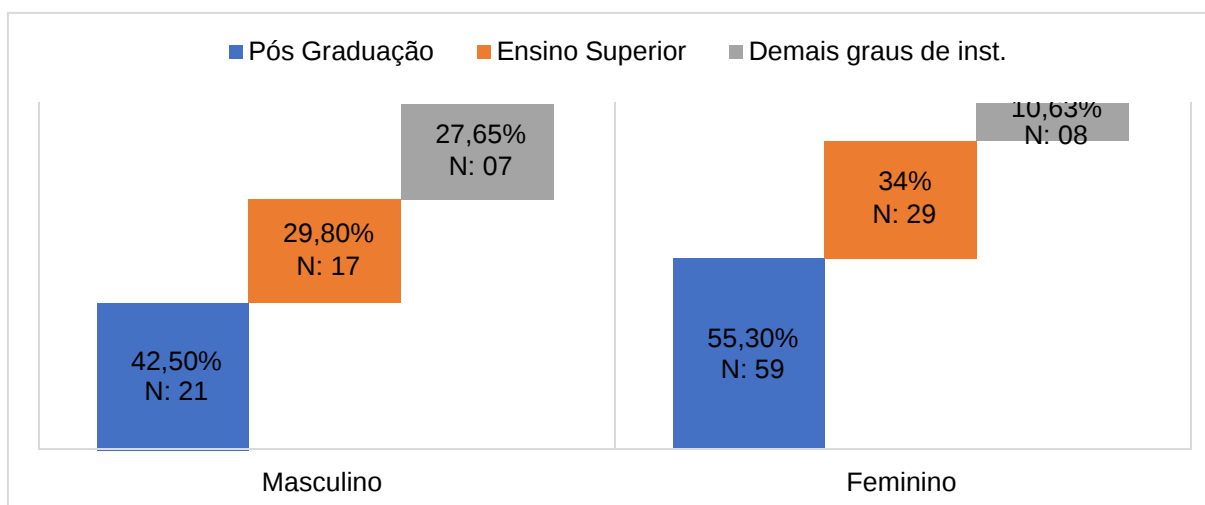


Quanto ao grau de instrução, identificou-se que a maioria dos secretários municipais possuem pós-graduação/especialização (46%); cerca de 33% informaram ter apenas o ensino superior completo, enquanto apenas 7 (aproximadamente 5%) dos respondentes sinalizaram o mestrado como nível de formação acadêmica. Os demais níveis de escolaridade estiveram distribuídos entre ensino superior incompleto (7%), ensino médio completo e incompleto (8%), além do ensino fundamental (1%). Pode-se inferir que maiores graus de instrução podem sugerir maior capacidade técnica para execução das funções de gestão, entretanto não assegura que melhores decisões políticas e técnico-gerenciais serão tomadas.

A análise por unidades federativas permitiu inferir que os estados da Paraíba, Ceará e Sergipe contam com gestores com formação no nível de mestrado, enquanto que a Bahia, Sergipe e a Paraíba possuem alguns gestores sem formação no ensino superior.

A relação entre nível de escolaridade e sexo evidencia o maior grau de instrução no público feminino. Gestoras pós-graduadas representam 55,3% da amostra contra 42,55% gestores com especialização ou mestrado. Essa superioridade no grau de instrução também é percebida nos outros níveis de escolaridade, conformemostra o gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição dos secretários municipais de saúde por nível de escolaridade de acordo com o sexo. Nordeste, 2017-2020.



Dentre os gestores com formação superior, 45,7% disseram ter formação prévia na área da saúde, estando os profissionais de enfermagem à frente das gestões municipais no Nordeste, com 63% de representatividade.

Nesse aspecto, é relevante também pontuar que a feminização das profissões na área da saúde é uma realidade. Especificamente nesse setor, a participação do gênero feminino chega a quase 70% da totalidade de trabalhadores, com 62% da força de trabalho relacionadas às categorias profissionais de nível superior e 74% nos níveis médio e elementar (WERMELINGER et al., 2010).

Pesquisa realizada no ano de 2013 apontou que a tendência de feminização das profissões da saúde possui evidências desde o Censo de 2000, mostrando que as mulheres representavam 62% dos profissionais com diploma universitário na área. Dessas, 95% eram formadas em nutrição, cerca de 90% possuíam bacharelado em enfermagem, 51% odontólogas, e 36% concluíram o curso de medicina (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013).

Quanto à prevalência dos profissionais enfermeiros na condução das secretarias municipais de saúde, Carvalho et al. (2020) também observaram a predominância de enfermeiras, com experiência prévia em Atenção Básica à frente da gestão municipal em saúde do país, achado que corrobora com a premissa de que tal categoria profissional é historicamente conhecida pelo desempenho de funções administrativas e gerenciais em serviços de saúde públicos e privados. Em seu estudo, Silva et al. (2022) destacam a existência de comportamentos de liderança

durante o processo de trabalho do enfermeiro, para os autores, existe uma integração entre gestão e liderança no cotidiano das atividades de enfermagem.

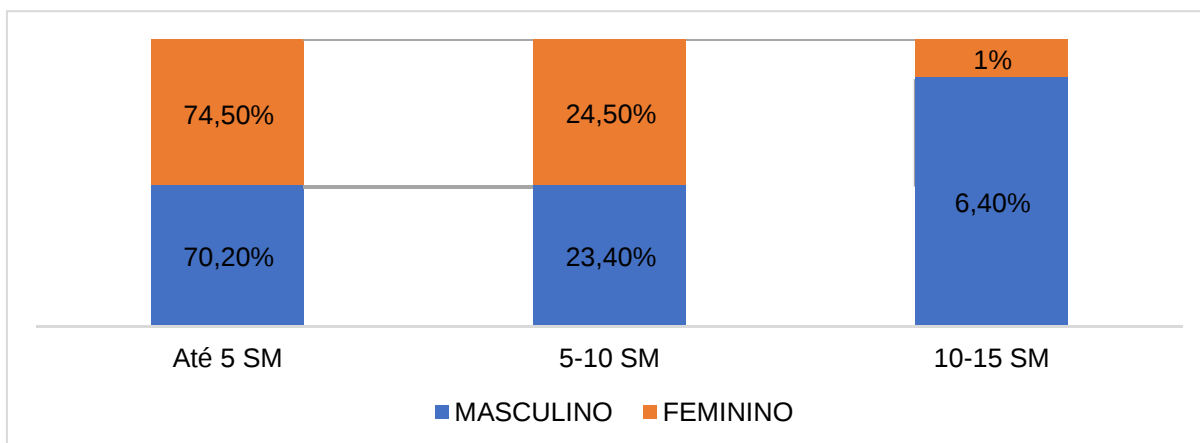
A ocupação de cargos de gerenciamento e gestão pelos profissionais enfermeiros tem sido uma prática constante e encontra-se alicerçada em normativas inerentes ao exercício profissional dessa categoria. O Decreto nº 94.406/8 aborda, em seu artigo 8º, atribuições relacionadas à direção e chefia, planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de enfermagem. Nesse mesmo sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem trazem parecer específico (Nº CNE/CES 1.133/2001) sobre competências técnicas da profissão, que estão associadas a responsabilidades gerenciais (SILVA, 2022).

Contrariando os achados evidenciados neste estudo, pesquisa realizada em 2022 com gestores atuantes nas capitais do Distrito Federal observaram a prevalência de secretários com formação em medicina, seguido da enfermagem como formação acadêmica (BRANCAGLION; SOARES; BAHIA, 2022), realidade divergente da situação encontrada nos municípios de pequeno porte da Região Nordeste.

No que tange à faixa salarial, os dados encontrados demonstram que 73% (103) dos gestores municipais recebem até 5 salários mínimos, enquanto 24% (34) deles são remunerados com valores entre 5 e 10 salários, e apenas 3% (4) recebem remuneração entre 10 e 15 salários mínimos. Os achados permitem inferir que maiores faixas salariais são pagas a gestores que ocupam cargos em secretarias com maior porte populacional, associando a complexidade da função de gestor à remuneração.

Quando a faixa salarial é associada ao sexo do gestor municipal, percebe-se que os salários mais elevados são atribuídos aos secretários do sexo masculino, conforme mostra o gráfico 3. Tal achado corrobora a pesquisa de Kon (2002), que, ao analisar a divisão do trabalho segundo o sexo, revela a tendência de desvalorização do sexo feminino, visto que as mulheres estão sujeitas a salários inferiores e piores condições de trabalho se comparado ao sexo oposto.

Gráfico 3 - Distribuição dos secretários municipais de saúde por faixa salarial de acordo com o sexo. Nordeste, 2017-2020.

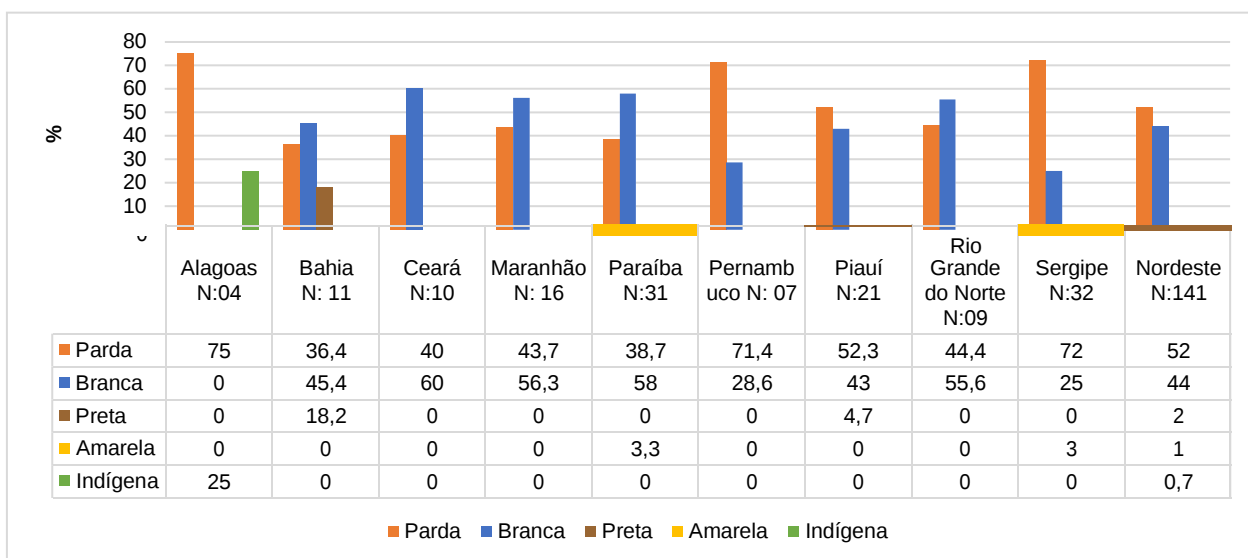


No quesito raça/cor, 52% dos gestores se declararam pardos, seguido de 44% brancos, e 4% estão entre pretos, amarelos e indígenas. Embora o percentual de secretários autodeclarados pardos na Região Nordeste seja superior a brancos, esse número apresentou maior expressão nos estados de Alagoas, Sergipe e Pernambuco que contam com mais de 70% dos gestores pardos, maiores percentuais de tal raça na região. As unidades federativas da Bahia, Ceará, Paraíba, Maranhão e Rio Grande do Norte tiveram uma maior representação de gestores brancos, tendência que pode ser visualizada no gráfico 4.

Nesse ponto, os achados deste estudo divergem dos resultados encontrados em âmbito nacional. De acordo com a pesquisa de Ouverney et al. (2019), o percentual de gestores brancos (59%) no país é superior aos pardos e pretos. O mesmo estudo converge nos achados referentes à faixa etária do gestor municipal, que apresentou 67% dos respondentes com idade entre 31 e 50 anos.

Cabe ainda destacar a diminuta representatividade das minorias (negros, amarelos e indígenas) no conjunto de secretários municipais da região. Esses foram representados por 6 secretários no universo de 141 respondentes. Esse achado sinaliza a dificuldade de fazer das instituições públicas um espaço democrático com o máximo de representatividade da população. Dessa maneira, a ausência de negros nas instituições de poder sinaliza traços históricos da sociedade patriarcal brasileira, no qual a desigualdade racial se faz presente e legitima o predomínio de determinados grupos raciais sobre outros nos espaços decisórios (OLIVEIRA, 2021).

Gráfico 4 –Distribuição dos secretários municipais de saúde por raça, segundo a unidade da federação da Região Nordeste, 2017-2020.



6.1.2 Trajetória profissional e motivação para assumir o cargo de gestor

Os secretários de saúde são os condutores de políticas públicas escolhidos por prefeitos e governadores para o compartilhamento de responsabilidades, frente à gestão municipal da saúde (BRANCAGLION; SOARES; BAHIA, 2022). Por isso, analisar a capacidade desses gestores na implementação e execução de políticas, assim como os motivos que o levaram a assumir e permanecer em tal função é de grande relevância em um país de ordenação federalista, no qual os entes subnacionais são dotados de tão significativa autonomia.

A maior parte dos sujeitos estudados não possuíam experiência prévia em gestão (69%) e nunca ocuparam o cargo de secretário municipal de saúde anteriormente (56%). Dentre as experiências em cargos de gestão, aparecem, sequencialmente, como mais prevalentes, o cargo de coordenador de atenção básica (35%), diretor de hospital (23%) e coordenador de vigilância em saúde (14%).

No início do ciclo, quando inqueridos sobre os principais atributos que influenciaram em sua nomeação para o cargo de secretário municipal, surgem, com maior destaque, a confiança pessoal do prefeito (98,5%) para tal nomeação, seguida da capacidade e potencial de liderança (95,7%) em assumir a função. Em terceiro lugar, aparece a competência técnica (94,3%) como habilidade necessária ao desempenho no papel de gestor. Comparativamente, quando instigados sobre tal assunto, ao final dos 4 anos no cargo, esses mesmos gestores apontam como principal atributo para a permanência na condução das secretarias de saúde

municipais a capacidade e a liderança no desempenho de suas funções (94,32%); já a confiança pessoal do prefeito e a competência técnica se mostram em situação equivalente, em grau de importância na percepção dos respondentes, atingindo 92%.

A migração de tal requisito, na percepção dos gestores, pode estar associada à crescente necessidade de estratégias que precisaram ser implementadas, exigindo qualidade no perfil de liderança frente à situação de calamidade pública vivenciada no contexto de pandemia da COVID-19.

Paim e Teixeira (2007) apontam, como um dos nós críticos no processo de gestão do SUS, a ausência de uma gestão profissionalizada. Para esses autores, a carência de profissionais qualificados para o exercício de ações relacionadas a planejamento, programação, gestão de recursos e tantos outros atributos e ainda é a constância de favorecimento político na indicação de ocupantes dos cargos de gestão fragilizam a defesa dos princípios constitucionais do SUS. Para esses, faz-se necessária a superação do clientelismo e amadorismo na política pública de saúde.

Com relação à motivação para assumir as funções de gestor, foram apontados, com maior importância, o desejo de fortalecer o SUS (98,5%), assumir novos desafios (97%) e se apropriar dos problemas de saúde da população (93,6%). Ainda aparece em destaque o desejo de adquirir experiência em gestão (92%), achado que reafirma o panorama da pouca experiência entre os secretários de saúde da Região Nordeste.

Em síntese, os dados do estudo mostram que as secretarias municipais de saúde na Região Nordeste são conduzidas essencialmente por mulheres, pardas, com idade entre 31 e 50 anos, com ensino superior e pós graduadas. Elas estão vinculadas, em maior parte, à formação acadêmica em enfermagem; atuaram como coordenadoras de atenção básica e não possuem experiência prévia como secretárias municipais de saúde, conforme sintetiza a tabela 9. Além disso, para assumirem o cargo de gestoras, contaram com a confiança do prefeito para efetivar sua nomeação, entretanto a permanência no cargo esteve relacionada à capacidade e liderança como atributo principal.

Tabela 9. Síntese da distribuição dos Secretários Municipais de Saúde da Região Nordeste por principais características do perfil e trajetória profissional. Nordeste, 2017-2020.

VARIÁVEIS	UNIDADES FEDERATIVAS									NE
	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE	(N:141)

	N:04	N:11	N:10	N:16	N:31	N:07	N:21	N:09	N:32	
Perfil Pessoal (%)										
Sexo (F)	50	81,8	80	56,2	67,8	71,4	85,7	77,8	46,9	66,7
Idade (31-50 anos)	100	73	70	56,2	80,6	71,4	76,2	66,7	62,5	70
Raça/Cor	75	45,4	60	56,3	58	71,4	52,3	55,6	72	51,7
	parda	branca	branca	branca	branca	parda	parda	branca	parda	parda
Escolaridade Pós G.	50	54,5	70	62,5	54,8	71,4	52,4	55,5	28,12	51
Superior	50	36,4	30	37,5	22,5	28,6	33,3	22,2	40,6	32,6
Trajetória Profissional (%)										
Profissão (enfermeiro)	25	36,4	40	31,2	29	14,3	23,8	22,2	12,5	24,8
Primeira vez no cargo de SMS	50	63,7	60	50	54,8	42,8	66,7	44,4	56,25	56
Cargo anterior na gestão (coord. AB)	50	27,3	20	12,5	38,7	28,6	33,3	55,5	28,1	31,2

6.2 Principais desafios enfrentados pelos gestores do SUS na Região Nordeste

6.2.1 Percepções sobre os desafios vinculados à Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como porta de entrada do sistema, coordenadora do cuidado em saúde e ordenadora de ações e serviços nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (ALMEIDA et al., 2018; MENDES, 2011). Não apenas no Brasil, mas também em outros países, a APS é encarada como um modelo fundamental para garantia do cuidado, sendo capaz de ofertar acesso universal e resolutividade das ações e serviços de saúde (MACINKO e MENDOÇA, 2018).

O sucesso dessa estratégia está associado a uma gestão efetiva e eficiente do sistema, no qual a alocação e administração de recursos físicos, humanos e financeiros pelos gestores da saúde se faz necessária. (VIEIRA et al., 2022)

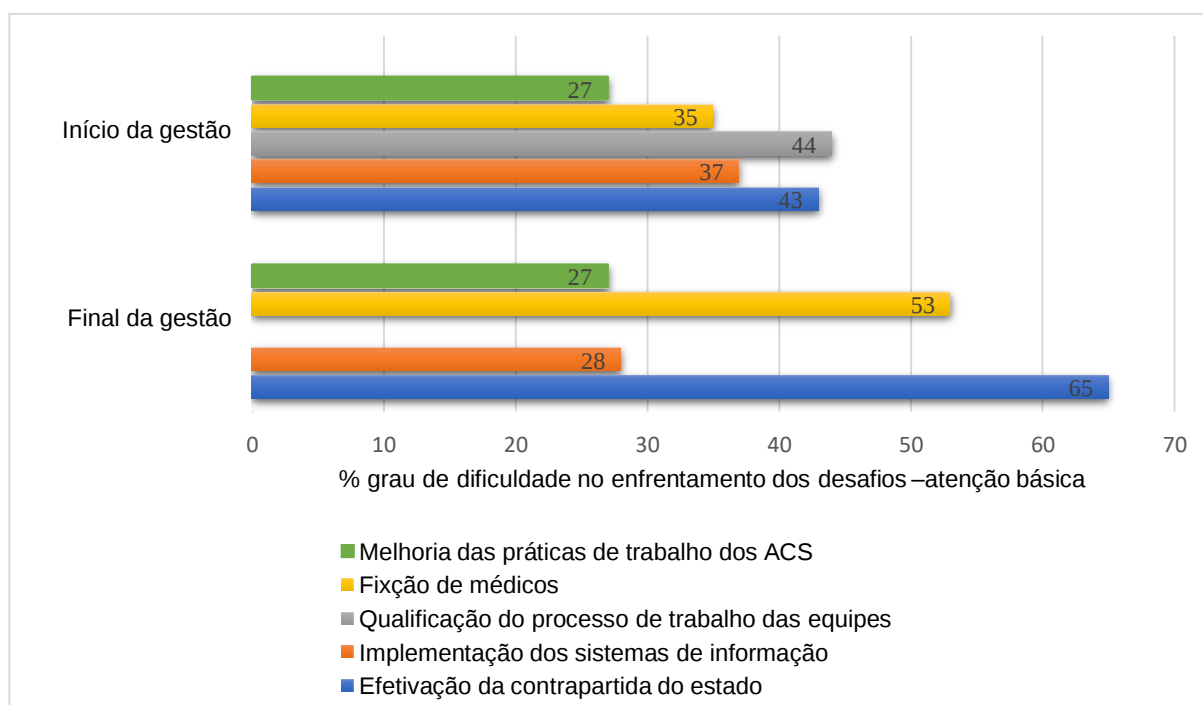
Para Aguiar et al. (2023), os processos de descentralização e municipalização, no país, tornaram a gestão municipal o cerne da organização e estruturação da atenção primária, sobretudo, em municípios de médio e pequeno porte, que apresentam menor capacidade fiscal (GIOVANELLA, 2018). Os mesmos autores ainda afirmam que essa organização recebe uma influência direta de fatores associados à trajetória pessoal e profissional, além da competência técnica desses

atores, direcionando a percepção e conduta desses na tomada de decisão e mobilização de recursos (GIOVANELLA, 2018; AGUIAR et al., 2023).

Quando questionados sobre as dificuldades vinculadas à APS na Região Nordeste, os sujeitos desse estudo apontam como desafio, em ambas as fases da pesquisa, a efetivação da contrapartida financeira do estado.

O gráfico 5 destaca, na fase inicial do ciclo de gestão, os principais desafios a serem superados para a qualificação da Atenção Básica, na visão dos secretários municipais de saúde. Segundo eles, nesse marco temporal, a qualificação do processo de trabalho das equipes de saúde, a efetivação da contrapartida financeira do estado e a implementação dos sistemas de informação seriam as maiores adversidades a serem enfrentadas. No entanto, próximo ao término dos 4 anos de gestão, a efetivação da contrapartida de recursos financeiros por parte do estado torna-se o desafio com maior grau de dificuldade para condução do SUS, frente à atenção básica; também ganha destaque a fixação do profissional médico, em segundo lugar, seguida da necessidade da implementação dos sistemas de informação.

Gráfico 5 – Percentual do grau de percepção do enfrentamento dos principais desafios enfrentados pelos secretários municipais de saúde referentes à gestão da Atenção Primária. Nordeste, 2017-2020.



Sabe-se que, no Brasil, os gastos com a saúde são de responsabilidade das três esferas de gestão, prerrogativa que condiz com as percepções encontradas nesse estudo. Embora, a execução das ações e serviços de saúde, em sua maioria, fique sob responsabilidade dos municípios, esses devem receber repasses financeiros diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal, através do Governo Federal (FADEL et al., 2009) e receber recursos da gestão estadual para a garantia de ações e serviços.

A Lei Complementar 141/2012 estabeleceu valores mínimos de recursos a serem aplicados pela União, pelos Estados e Municípios anualmente. O repasse mínimo é de 15% da arrecadação anual para a União; mínimo de 12% da arrecadação dos impostos para estados e mínimo de 15% dos impostos arrecadados para os entes municipais (BRASIL, 2012).

Dentre as responsabilidades instituídas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada em 28 de setembro de 2017, o financiamento da APS deve ser tripartite e deve estar garantido nos planos nacional, estadual e municipal de gestão do SUS. As transferências dos incentivos financeiros aos municípios devem ser efetuadas em conta específica e devem ser acompanhadas pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal (BRASIL, 2017).

Os achados referentes à contrapartida financeira do estado encontrados nesta pesquisa corroboram realidades vivenciadas pelos gestores da saúde na região, há bastante tempo. Estudos realizados na Região Nordeste, entre 2011 e 2012, apontaram que a contribuição dos estados, principalmente, no cofinanciamento da atenção básica, é quase ignóbil. Exemplo disso ocorre no estado do Rio Grande do Norte (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012; LIMA et al., 2012) e na Bahia, onde a participação do ente estadual na manutenção das ações da Atenção Primária ficou em torno de 1% dos recursos que deveriam ser destinados para esse fim (ROSA e COELHO, 2011).

Desde a década de 90, municípios vêm assumindo grande responsabilidade com despesas assistenciais, sobretudo, com a atenção básica, levando a uma “desobrigação” das contrapartidas financeiras dos entes estaduais nesse nível de atenção (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011). Somado a isso, investimentos repassados pelo governo federal aos entes estaduais, para investimento em APS, têm sido desviados para custear serviços de média e alta complexidade, comprometendo a porta de entrada do sistema (CASTRO e MACHADO, 2010).

Outra pesquisa realizada no estado de Pernambuco mostra que, mesmo com uma política estadual própria para a definição de acréscimo de recursos para os serviços primários, vigorando desde o ano de 2012, a transferência de recursos na prática não acontece como deveria. Tal política não garantiu efetivamente o cofinanciamento da atenção básica, além disso o estado mantém uma discrepância entre os recursos financeiros destinados aos blocos da atenção básica e da média complexidade, priorizando essa última (SANTOS et al., 2015; PERNAMBUCO, 2013).

Cabe aqui pontuar que este estudo se insere em uma das regiões mais pobres do Brasil, cujos municípios, em sua maioria, são de pequeno porte. Assim, detém pouca capacidade de arrecadação de recursos próprios (quadro 1) e tendem a demandar maior apoio financeiro da gestão estadual. Tal fato pode justificar a percepção dos gestores respondentes.

A inquietação com a participação no financiamento da atenção primária pelo ente estadual se mostrou presente durante todo o ciclo de gestão, além disso é possível perceber o crescimento dessa preocupação na visão dos secretários municipais de saúde, passando de 43% para 65% o grau de dificuldade a ser enfrentando em tal agenda. É válido salientar que o período de aplicação do segundo questionário está relacionado à vivência de aproximadamente um ano de pandemia da COVID-19, que impactou significativamente nos gastos públicos com a saúde, podendo estar associado ao aumento dessa percepção.

Ao pontuarem a qualificação do processo de trabalho das equipes, os secretários municipais de saúde direcionam suas percepções para uma temática importante dentro do SUS. Gleriano et al. (2021) afirmam que a formação para a APS ainda é embrionária e que a qualificação das equipes se faz necessária para proporcionar melhoria do processo de trabalho das equipes que trabalham na atenção primária, sugerindo, como estratégia para a resolução dessa dificuldade, ações de educação permanente por parte da gestão.

Outrossim, também é identificada pela gestão, como desafio a ser superado a melhoria das práticas de trabalho dos ACS. Em ambos os momentos, os secretários destacam tal dificuldade e reforçaram a necessidade de qualificação do processo de trabalho também desses profissionais na atenção primária à saúde. Curiosamente, a qualificação do processo de trabalho das equipes na atenção básica, no ano de 2020, não aparece como desafio que apresente alto grau de dificuldade de enfrentamento, mesmo diante do contexto da pandemia da covid-19.

Esse achado é corroborado quando observados os resultados referentes aos desafios vivenciados na produção de ações e serviços de saúde, durante o enfrentamento à covid-19. Os gestores não encararam, como principal problema, a inexperiência das equipes de saúde para o enfrentamento da pandemia; eles pontuaram, como maior dificuldade, a adesão da população às medidas de isolamento necessárias à mitigação da doença.

A implementação dos sistemas de informação emerge como um problema nos dois momentos em que esses atores são questionados. Assim como no início da gestão, ao final dos quatro anos, a prática da execução dos serviços tecnológicos para informação da atenção básica aparece em terceiro lugar como desafio a ser superado.

No setor saúde, a informação subsidia a gestão nos processos de tomada de decisão e a implementação das políticas públicas (OLIVEIRA et al., 2016). No entanto, entraves relativos à conservação de registros de dados manuais, dificuldades na aquisição de equipamentos tecnológicos e a insipiente capacitação dos recursos humanos acabam impactando a operacionalização dos sistemas de informação em saúde.

A década anterior foi marcada pelo surgimento de iniciativas ministeriais que visaram ao fortalecimento da infraestrutura da Atenção Básica e ao aprimoramento da informação em saúde. Nesse sentido, surge em 2013 a Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que hoje é conhecida por e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2019). Essa estratégia versa sobre um conjunto de ações que propõe informatizar as UBS brasileiras, integrando informações e sistematizando a coleta de dados, com o objetivo de consolidar um novo modelo de gestão da informação que apoie os serviços de saúde. Em relação aos seus sistemas de *software*, a estratégia possui a Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (BRASIL, 2019).

O PE é uma ferramenta que potencializa o planejamento do cuidado em saúde, contribui para construção e fortalecimento do vínculo na Estratégia de Saúde da Família, além de melhorar a organização do fluxo do usuário entre os diversos pontos das RAS (ÁVILA et al., 2022). Os benefícios da implantação e implementação desse sistema podem possibilitar aos secretários municipais a visão apropriada das condições de saúde de cada território, permitindo a criação e condução de políticas de saúde condizentes com a realidade encontrada nos diversos municípios da região.

De acordo com o painel de indicadores da Atenção Primária à Saúde, até dezembro de 2022, o Brasil contava com a implantação do Prontuário Eletrônico (PE) em 76,17% de todos os seus municípios com até 50 mil habitantes e 86% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) desses entes municipais no país (BRASIL, 2022). Quando análise é delimitada à Região Nordeste, a implantação desse sistema em municípios com o mesmo contingente populacional fica bem aquém do percentual nacional, atingindo 55,75% de implantação na região, conforme mostra a tabela 10.

Tabela 10. Percentual de Implantação do Prontuário Eletrônico na Região Nordeste do Brasil, em Unidades Básicas de Saúde e municípios com até 50 mil habitantes. Região Nordeste, 2022.

LOCALIDADE	% Implantação PE Municípios	% Implantação PE Unidades Básicas de Saúde
Alagoas (N:102)	56,04	85,29
Bahia (N:417)	56,49	84,03
Ceará (N:184)	62,84	89,35
Maranhão (N:217)	15,63	47,75
Paraíba (N:223)	63,38	88,93
Pernambuco (N:185)	46,98	86,16
Piauí (N:224)	72,60	89,38
Rio Grande do Norte (N:167)	77,36	89,43
Sergipe (N:75)	39,71	66,91
Nordeste (N:1794)	55,75	80,85
Brasil (N:5568)	76,17	86

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Painel de Indicadores da Atenção Primária à Saúde, março/2023.

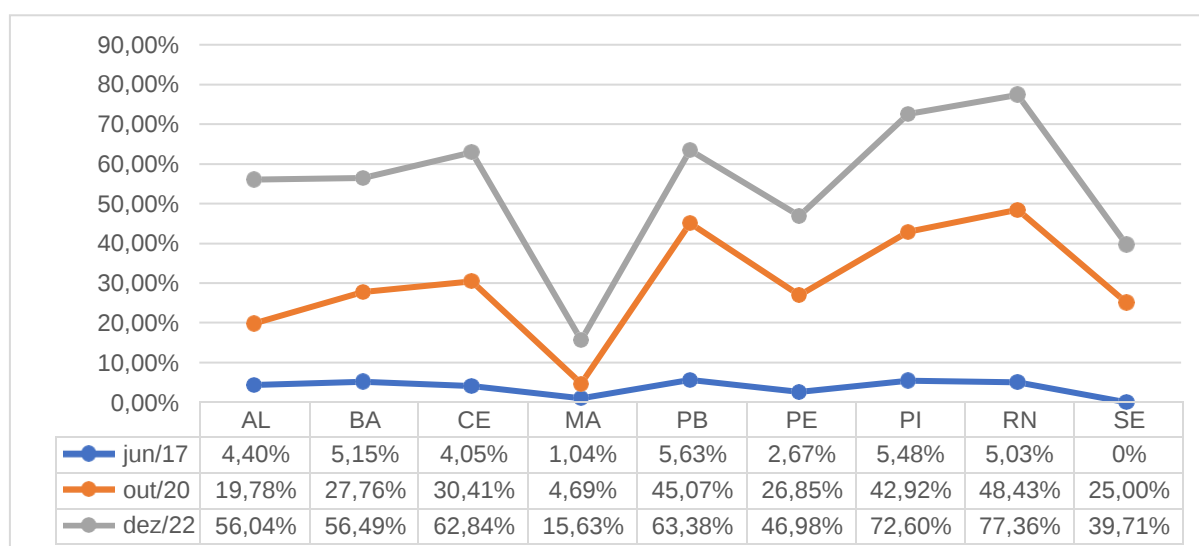
O estado do Maranhão apresenta o menor percentual de implantação do sistema de informação na região, com apenas 15,63% dos municípios e 47,75% de suas UBS utilizando tal ferramenta. Embora vivenciem esse cenário que ainda precisa de fortalecimento, no início do ciclo de gestão, apenas 31,25% dos gestores do Maranhão apontaram tal implementação como desafio a ser enfrentado; no fim da gestão, 50% desses secretários de saúde afirmaram elevado grau de dificuldade em enfrentar tal desafio.

Essa inquietação dos gestores maranhenses pode ser justificada ao analisarmos o gráfico 6, que mostra o percentual de implantação do PE, quando

aplicado o primeiro questionário (junho/2017-mês anterior ao primeiro questionário) e na aplicação do segundo instrumento (outubro/2020-mês anterior ao segundo questionário). De acordo com o gráfico 6, o estado do Maranhão vem apresentando dificuldades para implantação do PEC em seus municípios de pequeno porte. Em junho de 2017, apenas 1,04% das cidades maranhenses possuíam esse sistema instalado, e, mesmo após um período considerável, em outubro de 2020, o aumento dessa implantação foi apenas de 3,65%, realidade que impacta diretamente na condução das políticas de saúde de qualidade no território.

A correlação do panorama maranhense com o quadro 1 possibilita questionamento e preocupações com a realidade dessa unidade federativa; entre todos os estados nordestinos, o Maranhão possui o menor percentual de acesso da população a planos de saúde, apenas 5,80%. Isso implica dizer que o número de usuários do SUS no estado é elevado, demandando serviços de qualidade e uma porta de entrada do sistema resolutiva e eficiente.

Gráfico 6- Percentual de Implantação do PE nos municípios de pequeno porte populacional nos estados da Região Nordeste do Brasil. Julho/2017, outubro/2020, dezembro, 2022.



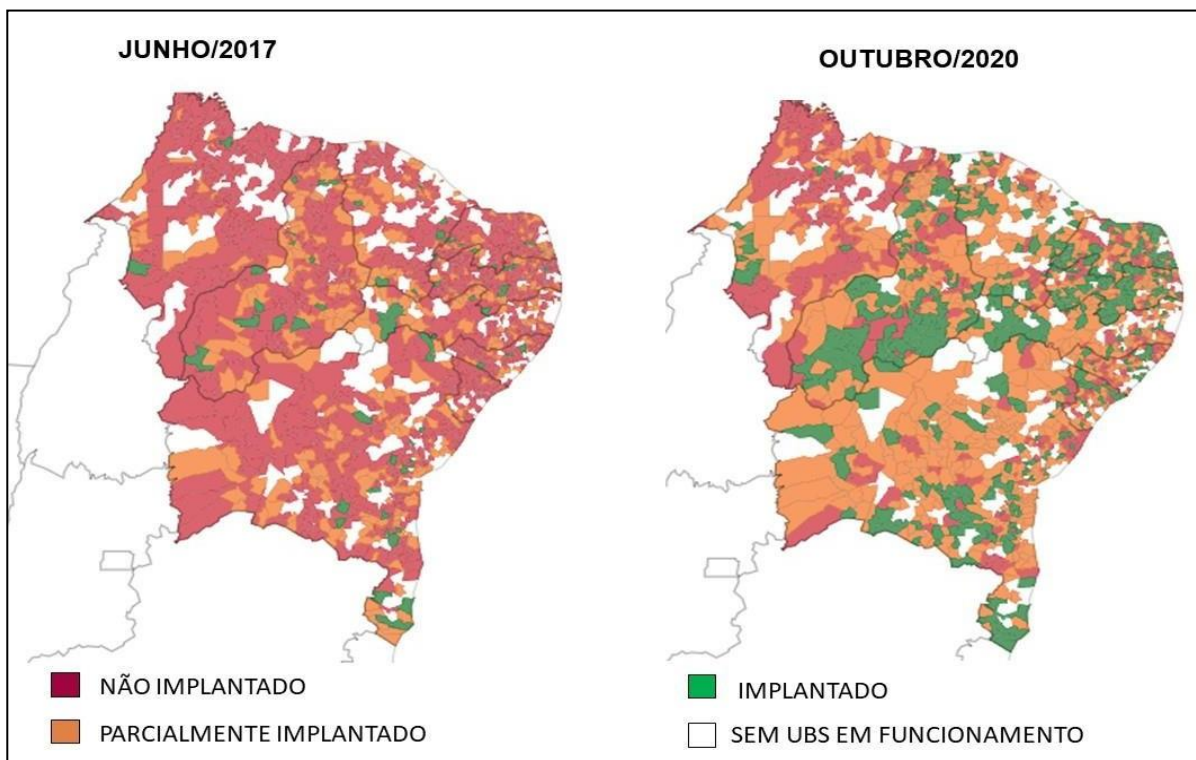
Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Painel de Indicadores da Atenção Primária à Saúde, março/2023.

Todas as Unidades Federativas do Nordeste apresentavam, em 2017, baixo percentual de implantação do PE em seus municípios de pequeno porte. No ano de 2020, três estados possuíam percentuais de implantação superiores a 40%: Rio

Grande do Norte à frente, com aproximadamente 48%; Paraíba com 45%; e Piauí com 43% de cidades com tal implantação (gráfico 6). Em dezembro de 2022, o Piauí e o Rio Grande do Norte possuíam percentuais de implantação próximos à média nacional, com números superiores a 70%, enquanto Ceará e Paraíba superaram 60% de implantação nos municípios de pequeno porte populacional (tabela 10).

Diferentemente do estado maranhense, que nesta pesquisa apresentou uma elevação na percepção de dificuldade nesta pauta, o Rio Grande do Norte e a Paraíba apresentaram redução quanto à preocupação com a implementação dos sistemas de informação em seus territórios. Em 2017, 38,7% dos secretários paraibanos e 44,4% dos potiguares encaravam a temática como um desafio a ser superado durante o ciclo de gestão. Nessas mesmas unidades federativas, 12,9% e 11,1% desses gestores, respectivamente, atribuíram grau de dificuldade no enfrentamento desse desafio, durante os quatro anos de gestão. No estado do Piauí, o mesmo percentual se manteve, o que deixou os gestores preocupados no início e final do ciclo (28,6%).

Figura 3 - Mapas do panorama de implantação do PEC em municípios de pequeno porte na Região Nordeste, em junho de 2017 e outubro de 2020.



Fonte: Painéis de Indicadores da Atenção Primária, 2023.

A figura 3 mostra o cenário da implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão nos estados da Região Nordeste. De acordo com a figura e com os achados nesta pesquisa, é possível afirmar que, embora avanços tenham acontecido, muito ainda precisa ser avançado nessa agenda.

Inúmeros precedentes podem estar associados à dificuldade da estratégia de informatização da atenção primária na região, por isso são pertinentes estudos que possam avaliar possíveis causas, além de processos institucionais e de gestão que busquem compreender essa realidade regional, identificando as particularidades estaduais e municipais.

No final do ciclo de gestão, a dificuldade da fixação do profissional médico surge como um desafio enfrentado pelos secretários na condução das secretarias municipais de saúde. A problemática da fixação dos profissionais de saúde na Atenção Primária é uma realidade não apenas nacional, o que pode ser confirmado em estudos de abrangência internacional, que demonstram que o provimento e retenção de profissionais médicos em áreas de grande vulnerabilidade social é uma constante (OLIVEIRA et al., 2015). A escassez de médicos no Brasil foi apontada na pesquisa demográfica médica, que divulga o quantitativo de 2,18 médicos por mil habitantes, valor inferior à média internacional, que é de 3,4 (SCHEFFER et al., 2018).

No Brasil, estudos direcionados para a atenção básica demonstram que existe uma concentração de médicos em serviços localizados nos grandes centros urbanos, em detrimento dos municípios com pequeno contingente populacional. Além disso, existe também uma alta rotatividade desses profissionais decorrente de fatores associados à precarização das condições de trabalho e a baixa valorização desse nível de atenção (CAMPOS e MALIK, 2008; CAMPOS; MACHADO; GIRARDI et al., 2009).

A partir de novembro de 2018, essa pauta se tornou um desafio ainda maior na agenda dos gestores. A saída de mais de oito mil médicos do país se apresentou como um obstáculo para a assistência de milhões de brasileiros, em especial, nas regiões de difícil acesso (LIMA; CARVALHO; COELI, 2019). Esse fato pode justificar a percepção dos gestores nordestinos, no final do ciclo de gestão.

De acordo com os resultados obtidos, é possível inferir que o desafio de fixação de médicos na APS ainda é um impedimento para efetivação de diversos princípios do SUS, no Nordeste, a exemplo da universalização do acesso e da integralidade da atenção à saúde. O profissional médico é parte indispensável na composição da

equipe multiprofissional de saúde da família, e a sua fixação é fundamental para instituir nos serviços práticas eficientes e resolutivas.

6.2.2 Percepções sobre a pauta da Regionalização em Saúde na agenda da gestão do SUS, na Região Nordeste.

O processo de regionalização subsidia a efetivação da descentralização da gestão de ações e serviços de saúde no SUS, garantindo à população direito à saúde equânime e resolutivo. Essa diretriz vem sendo estruturada desde a Lei 8080/90, perpassando pelas normas operacionais e Pacto pela Saúde, recebendo certo grau de renovação a partir do Decreto 7.508 (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017).

Enquanto diretriz estabelecida na Constituição Federal de 1988, a regionalização objetiva a condução de uma política pública eficiente e cooperativa a partir da condução dos gestores da saúde. As percepções dos secretários municipais envolvidos neste estudo quanto às questões relacionadas ao fortalecimento da gestão e regionalização da saúde estão dispostas no gráfico 7. Esse gráfico apresenta as percepções dos gestores sobre o grau de dificuldade para o enfrentamento relacionado aos desafios para a prática de uma política regional, no início do ciclo de gestão, e como essas percepções perduraram ou mudaram durante os quatro anos.

Para especificar o percentual de dificuldade no enfrentamento dos desafios, em ambos os momentos da pesquisa, foi elaborado um gráfico de linhas que mostra o deslocamento das prioridades a serem superadas. Para isso, compilou-se o número de gestores que apontaram os principais desafios a serem enfrentados em 2017 e os desafios com maior dificuldade de enfrentamento durante o ciclo de gestão, resposta dada em 2020.

Através da análise comparativa do gráfico 7, é possível inferir que o fortalecimento das CIR como instâncias de planejamento e pactuação em âmbito regional era visto como o maior desafio a ser enfrentado quando esses gestores assumiram a condução das secretarias municipais de saúde, em 2017. Tendência totalmente divergente da percepção foi encontrada no ano de 2020, na qual o fortalecimento das CIR aparece como último desafio a ser enfrentado.

Quando questionados sobre a participação em instâncias de pactuação, cerca de 83% (117) dos secretários afirmaram participar regularmente das reuniões da CIR; aproximadamente 12% (17) afirmaram participar eventualmente; 1,4% (2) disseram

não priorizar a agenda; e 3,6% (5) não responderam. Ao avaliarem o funcionamento da CIR, 64% afirmaram ser esse um espaço de gestão avançada sem necessidade de aprimoramento ou com necessidade de poucas mudanças, situação conflituosa quando se relaciona à percepção desse público quanto à necessidade de fortalecimento das CIR como espaços de pactuação regional.

As CIR, instituídas a partir do Decreto 7.508, surgem com o objetivo de fortalecer o processo de regionalização. No entanto, essas instâncias de pactuação se mostram incipientes na medida em que se verifica um processo de funcionamento fragilizado, com ausência de câmeras técnicas e presença de corpo profissional desqualificado, o que tende a dificultar o processo de planejamento baseado nas diferenças regionais (PAIM e TEIXEIRA, 2007).

Para Carvalho, Jesus e Senra (2017), apesar dos avanços institucionais e empenho dos gestores do SUS, o processo de regionalização não tem aparecido como prioridade, exceto no caso da organização das redes de atenção à saúde. Assim, a profissionalização dos atores que conduzem o sistema - os secretários municipais - se mostra primordial para o avanço dessa agenda no Sistema Único de Saúde.

O entendimento conflituoso quanto à necessidade de fortalecimento da CIR - quando colocado como desafio a ser enfrentado - e as questões direcionadas à participação e funcionamento em tal instância colegiada pode estar relacionados com a baixa capacidade técnica da gestão, também abordada por outros autores (PAIM e TEIXEIRA, 2007; CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017)

Ainda sobre a percepção direcionada à regionalização, no início da gestão, os secretários municipais também destacaram, entre os três principais desafios, a necessidade de fortalecer a regionalização para garantir a descentralização e a melhoria do acesso a ações e serviços de saúde; além da ampliação de recursos financeiros baseado nas diferenças regionais. Cabe destacar que, dentre os desafios pontuados, apenas a necessidade de ampliação dos recursos permanece como um dos principais desafios no final do ciclo de gestão. O financiamento baseado nas diversidades de cada território não só continuou na pauta dos gestores como também se deslocou para a 1º posição, representando a maior dificuldade de enfrentamento em todo o ciclo.

O processo de regionalização é fortemente influenciado pelas diferenças estruturais e de gestão de cada unidade federativa, cuja disponibilidade de serviços,

recursos financeiros, conflitos políticos determinam o direcionamento e a agilidade das tomadas de decisão na organização das RAS (LIMA et al., 2012)

Essa diversidade de cenários surge como fator estimulador no processo de implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), instrumento normativo motivado pela interdependência e compartilhamento de recursos entre gestores da saúde (MOREIRA et al., 2017).

Neste estudo, um ponto que merece destaque refere-se ao deslocamento da implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que passou de última prioridade de superação na pauta dos gestores para uma necessidade urgente no fim do ciclo de gestão, atingindo a 3º posição como uma agenda muito difícil de ser enfrentada.

A partir do Decreto 7.508, municípios e estados foram impulsionados a celebrarem o COAP, instrumento que deveria ser responsável por consolidar o processo de regionalização e descentralização do SUS, através da pactuação corresponsável entre os gestores da saúde na garantia da oferta de ações e serviços de saúde municipais, em uma logística regional (BRASIL, 2011).

Segundo Ouverney, Ribeiro e Moreira (2017b), a implementação do contrato se deu de modo irregular, nas diferentes unidades da federação e esteve marcada por movimentos pendulares, de acordo com o contexto vivenciado em cada estado.

Diferentemente de outras regiões, o Nordeste apresentou avanços iniciais no processo de implementação do COAP, e quase a totalidade dos estados da região realizaram discussões regionais, oficializaram a agenda de implementação e discutiram a pauta nas CIB. Contudo, nas etapas mais avançadas que dependiam do compartilhamento integrado de reponsabilidades executivas e de monitoramento e avaliação, apenas o Ceará e o Mato Grosso do Sul avançaram (OUVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017).

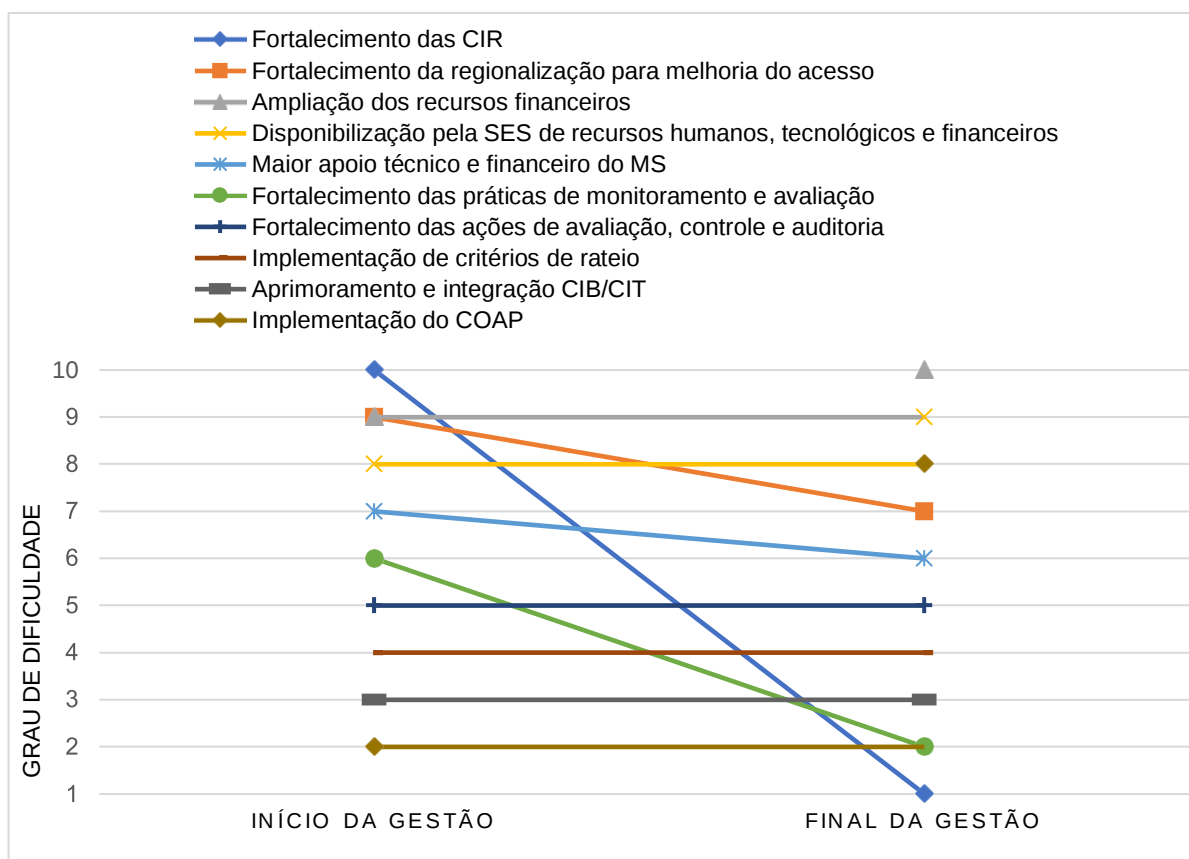
De acordo com a percepção de secretários municipais com assento nas CIB do país, o principal elemento dificultador para implementação desse pacto de cooperação é a ausência do incremento de novos recursos financeiros por parte do governo federal e estadual, para sua efetivação. Ademais, a judicialização da saúde também aparece como outro fator complicador, especificamente, entre as relações da gestão com Ministério Público e o Poder Judiciário (MOREIRA; RIBEIRO; OUVERNEY, 2017). Combinações entre complexidade político-federativa, como o número de

municípios, associado à oferta de serviços de saúde também tendem a dificultar a agenda de implementação do COAP (Ouverney; Ribeiro; Moreira, 2017).

Percepções encontradas na presente pesquisa são semelhantes a achados observados ainda em 2010, em estudo realizado em território mineiro que abordou a função do ente estadual na efetivação da regionalização. Os resultados mostraram que, na visão dos secretários municipais, emerge a necessidade de reorganizar estratégias de financiamento, através da distribuição equilibrada de recursos e proposição de serviços de saúde com uma visão de economia de escala e de escopo, respeitando as particularidades regionais do território (Stephan-Souza et al., 2010).

A visão encontrada no estudo, acima citado, dialoga com a percepção dos gestores nordestinos, tendo em vista que a pauta da necessidade de ampliação dos recursos financeiros aparece como um desafio nos dois momentos da pesquisa e impacta diretamente o processo de implementação do COAP e consequentemente o processo de fortalecimento da regionalização.

Gráfico 7 – Percepção dos principais desafios enfrentados pelos secretários municipais de saúde referentes à Regionalização. Nordeste, 2017-2020.



A percepção dos gestores em relação à ampliação do apoio técnico e financeiro do MS para a construção das práticas de gestão do SUS perdura como desafio a ser enfrentado, ocupando o 4º lugar no início da gestão e a 5ª posição no final do ciclo. Além do apoio do ente federal, outro ponto mencionado pelos gestores e que aparece com maior dificuldade de superação no final do ciclo de gestão concerne à disponibilização de recursos humanos, tecnológicos e financeiros por parte das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), como requisito para fortalecimento da gestão do SUS.

Em relação ao grau de apoio para combater a pandemia da covid-19, o Ministério da Saúde aparece como o quarto ente a subsidiar os municípios nas estratégias de controle da doença. Cerca de 80 % dos gestores apontaram o apoio do prefeito; 77% apontaram o apoio dos profissionais de saúde; 70% se sentiram amparados pelo COSEMS; enquanto o MS ofertou 56% de apoio. Ainda assim, o apoio mencionado por esses secretários pode estar relacionado ao aporte financeiro despendido aos municípios para o enfrentamento da pandemia. Nesse contexto, 99% dos gestores afirmaram ter sido contemplados com o aporte, mas não necessariamente aos direcionamentos adotados pelos municípios quanto às medidas de controle da doença.

O processo de regionalização sofre influência de diversos fatores, entre eles as relações federativas. A vivência da pandemia provocada pela Covid-19 evidenciou as falhas de organização federativa e regional no Sistema Único de Saúde. No Brasil, desde o início da pandemia, observou-se ausência de protagonismo do ente federal na condução das ações, especialmente, na articulação entre as três esferas de gestão. A ausência de articulação do Governo Federal com estados e municípios, nas instâncias de representação, provocou uma série de conflitos na relação tripartite, que acabou levando estados e municípios a assumirem fortemente o processo de coordenação da resposta à pandemia (SHIMIZU et al., 2021).

O processo de regionalização é comprometido quando o compartilhamento de responsabilidades financeiras entre os federados não é uma realidade territorial, impactando negativamente na garantia da integralidade das ações e acesso aos serviços (SANTOS et al., 2015).

Considerando a articulação interfederativa do Brasil, torna-se necessário intensificar as relações entre seus entes. Nesse sentido, municípios, estados e União precisam estar comprometidos em assumir responsabilidades a fim de efetuar um

modelo de regionalização baseado nas necessidades de saúde de cada território (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017).

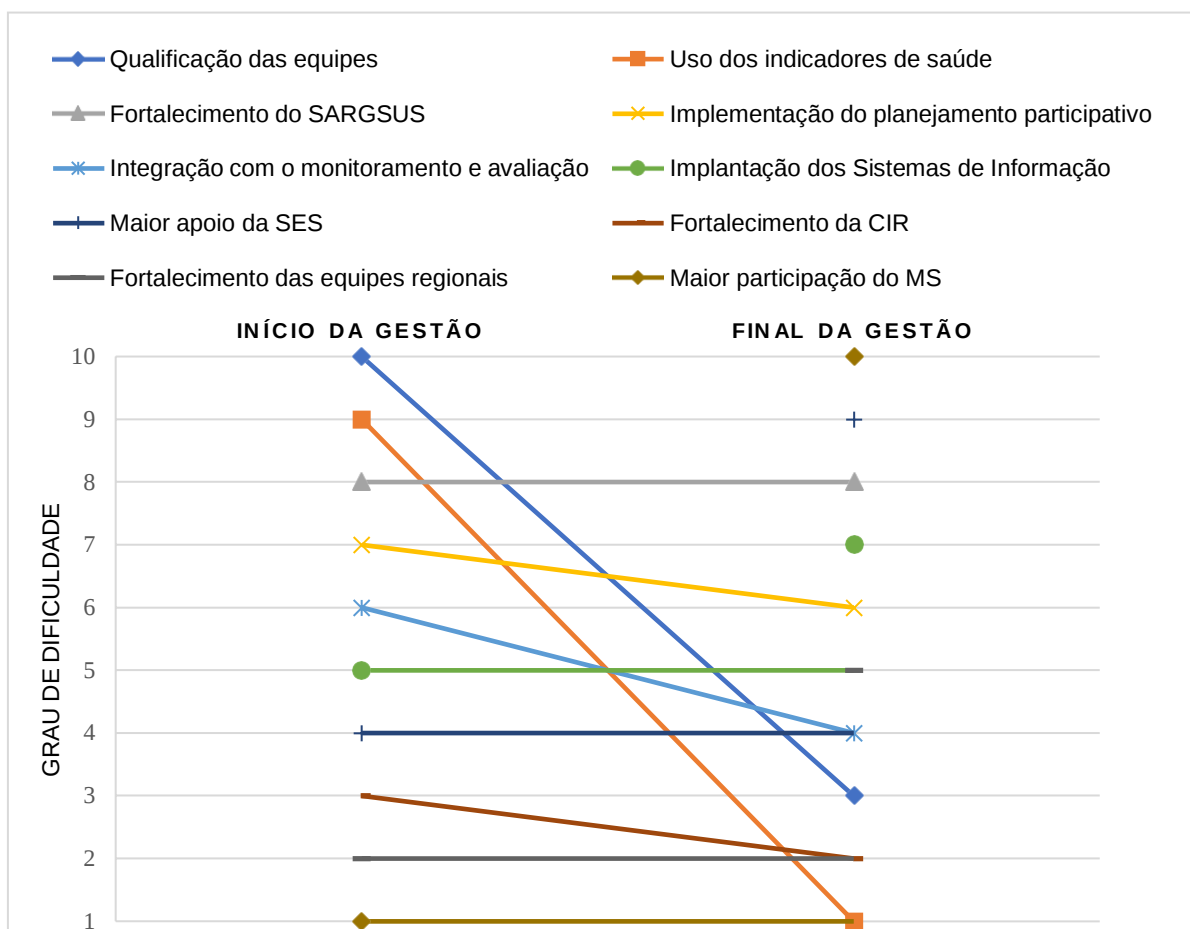
6.2.3 Percepções sobre os principais desafios vinculados à prática do Planejamento em Saúde.

Ao serem analisados os desafios relacionados à prática do planejamento em saúde nos municípios estudados, observa-se a mudança de percepção dos gestores referente às maiores necessidades em tal área. O deslocamento dessas dificuldades pode ser evidenciado no gráfico 8.

A qualificação das equipes gestoras municipais para a prática do planejamento, o uso dos indicadores de saúde e o fortalecimento do uso do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão Anual do SUS (SARGSUS), ordenadamente, são mencionados como os principais desafios a serem enfrentados para a qualificação do planejamento em saúde, no primeiro momento da gestão.

O planejamento em saúde é um importante instrumento da gestão em saúde que possibilita a organização da rede de serviços públicos, através do estabelecimento de prioridades e investimentos na área (FERREIRA et al., 2018). A operacionalização do planejamento na saúde pública está amparada em diversos instrumentos legais, iniciando com a Constituição Federal de 1988, passando pelas leis orgânicas, normas operacionais, normas assistenciais, chegando até o Decreto 7.508. O planejamento na saúde, baseado nas diretrizes do Ministério da Saúde, deve ser organizado como um sistema de atuação contínua, articulada, integrada e solidária entre as esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2010).

Gráfico 8 – Percepção dos principais desafios enfrentados pelos secretários municipais de saúde referentes ao Planejamento em Saúde. Nordeste, 2017-2020.



O gestor da saúde é o ator responsável pela coordenação, articulação e organização das ações e serviços de saúde. Também cabe a esse profissional atuar como incentivador da equipe e intercessor dos processos de trabalho, de forma a contribuir e impactar na condução do planejamento em cada município. Nesse sentido, os participantes da pesquisa apontaram como desafio a capacitação dos profissionais para atuação qualificada no planejamento em saúde.

Achados encontrados no estudo de Ferreira et al. (2018) demonstraram que existe baixa qualidade técnico-científica de tais atores, evidenciando uma necessidade de qualificação das equipes gestoras para a efetivação das ações preconizadas na gestão pública de saúde. Os autores mencionam o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) como uma das ferramentas capazes de promover adequado gerenciamento das ações nos municípios.

O PlanejaSUS, regulamentado pela portaria nº 3.085 de 1º de dezembro de 2006, prevê a atuação contínua e articulada do planejamento da União, municípios e estados. Entre os objetivos do sistema, encontram-se a pactuação das diretrizes para o processo de planejamento, o incremento de uma rede de cooperação entre os três entes federados, a capacitação permanente dos profissionais que atuam no

planejamento do SUS e a avaliação do planejamento, das ações implementadas e dos resultados atingidos (BRASIL, 2009).

A questão da necessidade de profissionalização da gestão da saúde tem sido abordada por diversos autores, os quais afirmam que os gestores precisam estar instrumentalizados tecnicamente, sobretudo, nas áreas de planejamento e avaliação, a fim de qualificar o exercício de suas funções e fortalecer o SUS (PAIM e TEIXEIRA, 2007; GIL; LUIZ; GIL, 2016b; FERREIRA et al., 2018).

Ademais, o planejamento estratégico deve contemplar as peculiaridades e as realidades de saúde locais (BRASIL, 2009). Logo, as intervenções sanitárias devem estar baseadas nas necessidades de saúde da população, as quais devem ser estruturadas a partir de indicadores demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos.

Os dados epidemiológicos são dispositivos fundamentais para elaboração dos instrumentos de planejamento, como o Plano Municipal de Saúde e o Planejamento Anual dos municípios (FERREIRA et al., 2018). Indicadores de Saúde gerados a partir desses dados são extremamente importantes para a gestão pública, orientando o planejamento, a gestão e as intervenções assistenciais e preventivas.

O uso dos indicadores de saúde no planejamento do SUS está previsto desde o seu surgimento. A lei 8.080 recomenda o uso dos dados epidemiológicos no estabelecimento de prioridades e na alocação de recursos humanos e financeiros (BRASIL, 1990). Assim, a utilização de informações de saúde pela gestão do SUS geram impactos positivos na organização de tal sistema.

A dificuldade em usar indicadores de saúde na prática do planejamento pode estar relacionada com a baixa implementação dos sistemas de informação em saúde. Para Ferreira et al. (2018), a informatização do prontuário eletrônico pelas secretarias municipais de saúde é um facilitador na organização dos dados epidemiológicos, entretanto municípios de pequeno porte populacional apresentam maiores dificuldades de estruturar sistemas de informação. Tais informações corroboram os achados identificados nesse estudo quando se associa desafios de eixos estratégicos para a gestão e que dialogam entre si, como o Planejamento em Saúde e a Atenção Primária à Saúde.

O fortalecimento do SARGSUS, com aprimoramento para desenvolvimento de ferramenta eletrônica para a construção do plano de saúde, permaneceu em 3º lugar nos dois momentos da pesquisa e reforça a necessidade de qualificação das equipes

gestoras na qualificação para a prática do planejamento em saúde. Essa tendência corrobora os dados encontrados no painel do CONASEMS que mostram que, até agosto de 2022, apenas 24,4% dos municípios da Região Nordeste apresentavam Relatórios Anuais de Gestão aprovados, referentes ao ano de 2021, conforme mostra tabela 4.

O Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS) foi constituído no ano de 2012 e é uma ferramenta eletrônica cujo objetivo é apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde (BRASIL, 2013). O RAG surge como um instrumento do planejamento em saúde que se apresenta como uma ferramenta estratégica para o controle social, já que permite o monitoramento e a avaliação do aprimoramento da política de saúde (VIEIRA, 2009).

Na perspectiva de promover o planejamento ascendente, de discutir sobre a distribuição dos recursos financeiros e de fortalecer o processo de regionalização, surge, em 2019, o DigiSUS - em substituição ao SARGSSUS -, uma plataforma digital que objetiva possibilitar aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios o registro dos instrumentos de planejamento (PS, PAS, RAG) para apreciação do conselho de saúde (BRASIL, 2021). De tal maneira, vale considerar que os achados desta pesquisa evidenciam a fragilidade do DigiSUS no que se refere às necessidades municipais e à baixa qualidade técnica das equipes em lidar com tal sistema.

O aparecimento dessa agenda como um desafio a ser enfrentado em todo o ciclo de gestão reafirma a importância de entender que esses entes municipais assumem compromissos e responsabilidades na administração da política de saúde e por isso precisam estar tecnicamente preparados para tal função. Assim, precisam estar aptos para o uso dos instrumentos e desenvolvimento das ações de planejamento, tão fundamentais para orientar investimentos e intervenções na gestão do SUS.

Quando analisadas a tendência do final do ciclo de gestão, a participação do Ministério da Saúde no apoio ao uso de instrumentos e metodologias que qualifiquem o planejamento em saúde e a carência de apoio da SES, no desenvolvimento de aparatos que qualifiquem o planejamento, aparecem como principais desafios a serem enfrentados, em primeiro e em segundo lugar, respectivamente.

As necessidades de saúde frente ao contexto vivenciado no ano de 2020, pandemia da covid-19, podem estar relacionadas à percepção dos gestores no que

diz respeito à participação do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde na qualificação do Planejamento de Saúde na região. Posturas da esfera federal anteriormente discutidas consubstanciam o sentimento de carência desse nível de gestão na organização de estratégias e ações em âmbito local.

Outrossim, a indefinição do papel da esfera estadual, em diversas situações, reflete indecisões da União em determinar a alocação e o gerenciamento de recursos em contexto regional, o que prejudica o planejamento nos municípios (CARVALHO et al., 2017).

Diante de tais achados, é pertinente ressaltar a necessidade de intensificar a articulação e a pactuação cooperativa entre União, estados e municípios no que diz respeito ao processo de planejamento em saúde, para que aconteça de acordo com as diretrizes estabelecidas e promovam o fortalecimento da gestão do SUS.

O quadro 3 aponta os principais desafios esperados e vivenciados pelos gestores, de acordo com cada unidade federativa, durante os quatro anos da gestão em saúde. Em relação à Atenção Básica, no início da gestão, os estados da Região Nordeste apresentavam percepções distintas quanto aos desafios que estavam por surgir, entretanto, no final dos quatro anos à frente das secretarias municipais, o repasse financeiro do estado para as secretarias municipais emerge como o problema mais difícil de ser enfrentado no ciclo de gestão. Os estados de Pernambuco, Maranhão e Rio Grande do Norte aparecem com os maiores percentuais de dificuldade, respectivamente, 86%, 94% e 100%.

No quesito Regionalização, o fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais aparece como principal ponto na expectativa de enfrentamento dos gestores, em 2017, e apenas os estados de Alagoas e Ceará não apresentam a pauta como prioridade. Quando questionados, em 2020, sobre os aspectos ligados à regionalização que foram mais difíceis de serem geridos, as unidades federativas apresentaram percepções diversas em relação à temática. Os estados de Alagoas, Paraíba e Maranhão identificaram como principal desafio a necessidade de ampliação dos recursos financeiros tendo como base as diferenças regionais. O maior apoio técnico e financeiro do MS para a construção das práticas de gestão do SUS é pautado pelos gestores cearenses, enquanto Maranhão, Rio Grande do Norte e Sergipe mencionam a importância de disponibilização de recursos pela SES para fortalecer o processo de regionalização. Os secretários de saúde que expõem, com maior percentual, a necessidade de implementação do COAP, como ferramenta de

pactuação e melhoria da gestão do SUS, fazem parte dos estados de Pernambuco e Piauí (quadro 3).

No que concerne ao Planejamento em Saúde, a qualificação das equipes gestoras para prática do planejamento podem ser observada como a grande preocupação dos gestores que iniciavam a condução das secretarias municipais. Divergindo dessa tendência, aparecem o estado da Bahia e do Rio Grande do Norte, que concentravam suas apreensões no fortalecimento do uso do SARGSUS e no uso dos indicadores de saúde, na construção dos instrumentos de planejamento, respectivamente. No final da gestão, a participação e o apoio do Ministério da Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde surgem como a maior problemática vivenciada nos quatro anos. Embora a Bahia, a Paraíba e Sergipe tenham apresentado pequenos percentuais direcionados a tais desafios, tal pauta apresentou a maior dificuldade entre as variáveis questionadas.

Quadro 3 - Síntese dos desafios enfrentados pelos secretários municipais de saúde em relação aos eixos da Atenção Básica, Regionalização e Planejamento em Saúde distribuídos por unidade federativa. Nordeste, 2017-2020

	ATENÇÃO BÁSICA		REGIONALIZAÇÃO		PLANEJAMENTO	
	Início	Final	Início	Final	Início	Final
Alagoas (N: 4)	Aprimorar a alimentação dos sistemas de informação para auxiliar nas ações de monitoramento e avaliação (75%)	Fixação de médicos (75%)	Disponibilização de recursos pela SES para fortalecer o processo de regionalização (75%)	Ampliação dos recursos financeiros, tendo como base as diferenças regionais (75%)	Qualificação das equipes para prática do planejamento em saúde (75%)	Maior participação do MS no apoio à qualificação do planejamento em saúde (75%)
Bahia (N:11)	Fixação de médicos/ Contrapartida financeira do Estado/ Implementação dos SI (45%)	Fixação de médicos (64%)	Fortalecimento das CIR/ Ampliação dos recursos financeiros baseado nas diferenças regionais / Maior apoio técnico e financeiro do MS (54%)	Fortalecimento da Regionalização para melhoria do acesso (54%)	Fortalecimento do uso do SARGSUS (67%)	Maior participação do MS no apoio à qualificação do planejamento em saúde (18%)
Ceará (N:10)	Fixação de médicos (60%)	Contrapartida financeira do estado (60%)	Ampliação dos recursos financeiros baseado nas diferenças regionais (60%)	Maior apoio técnico e financeiro do MS para a construção das práticas de gestão do SUS (60%)	Qualificação das equipes para a prática do planejamento/ Uso dos indicadores de saúde/ Maior participação do MS e Maior apoio da SES (40%)	Maior apoio da SES para a qualificação do planejamento em saúde/ Maior participação do MS no apoio à qualificação do planejamento em saúde (50%)
Maranhão (N: 16)	Aprimorar a alimentação dos sistemas de informação para auxiliar nas ações de monitoramento e avaliação (64%)	Contrapartida financeira do Estado (94%)	Fortalecimento das CIR como instâncias de planejamento e pactuação no âmbito regional (62%)	Disponibilização de recursos pela SES para fortalecer o processo de regionalização/ Fortalecimento da Regionalização para melhoria do acesso/ Ampliação dos recursos financeiros baseado nas diferenças regionais (50%)	Qualificação das equipes para prática do planejamento em saúde/ Fortalecimento do uso do SARGSUS (56%)	Maior apoio da SES para a qualificação do planejamento em saúde (50%)

Paraíba (N:31)	Garantia de insumos e medicamentos/ Contrapartida financeira do Estado (48%)	Fixação de médicos e Contrapartida financeira do Estado (48%)	Fortalecimento das CIR/ Disponibilização de recursos pela SES para fortalecer o processo de regionalização (52%)	Ampliação dos recursos financeiros, tendo como base as diferenças regionais (52%)	Qualificação das equipes para prática do planejamento em saúde (71%)	Maior participação do MS no apoio a qualificação do planejamento em saúde (26%)
Pernambuco (N: 7)	Qualificação das equipes (71%)	Contrapartida financeira do Estado (86%)	Fortalecimento das CIR/ Ampliação dos recursos financeiros baseada nas diferenças regionais (71%)	Implementação do COAP como ferramenta de pactuação e melhoria da gestão do SUS (71%)	Qualificação das equipes para prática do planejamento em saúde/ Implantação de sistemas de informação/ Uso dos indicadores de saúde na construção dos instrumentos de planejamento (57%)	Maior apoio da SES para a qualificação do planejamento em saúde/ Maior participação do MS no apoio à qualificação do planejamento em saúde (43%)
Piauí (N: 21)	Contrapartida financeira do Estado (43%)	Contrapartida financeira do Estado (67%)	Fortalecimento das CIR como instâncias de planejamento e pactuação no âmbito regional (81%)	Implementação do COAP como ferramenta de pactuação e melhoria da gestão do SUS (57%)	Qualificação das equipes para prática do planejamento em saúde (71%)	Maior apoio da SES para a qualificação do planejamento em saúde (43%)
Rio Grande do Norte (N: 9)	Fixação de médicos (67%)	Contrapartida financeira do Estado (100%)	Fortalecimento da Regionalização como estratégia de qualificação da descentralização e melhoria do acesso (78%)	Disponibilização de recursos pela SES para fortalecer o processo de regionalização (78%)	Uso dos indicadores de saúde na construção dos instrumentos de planejamento (55%)	Maior apoio da SES para a qualificação do planejamento em saúde/ Maior participação do MS no apoio à qualificação do planejamento em saúde (44%)
Sergipe (N:32)	Implementação dos sistemas de informação e Contrapartida financeira do estado (47%)	Contrapartida financeira do Estado (62%)	Fortalecimento das CIR/ Disponibilização de recursos pela SES para fortalecer o processo de regionalização (50%)	Disponibilização de recursos pela SES para fortalecer o processo de regionalização (50%)	Qualificação das equipes gestoras para prática do planejamento em saúde (75%)	Maior participação do MS no apoio à qualificação do planejamento em saúde (25%)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre os gestores municipais de saúde apresenta uma relevância significativa, visto que as secretarias municipais podem ser entendidas como instâncias subnacionais para efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Os gestores estudados atuam, em sua grande maioria, em municípios de pequeno porte populacional, unidades administrativas com reduzida capacidade fiscal que enfrentam maiores dificuldades na condução de políticas públicas devido a problemas relacionados, principalmente, com a questão dos recursos financeiros. Atuando essencialmente em municípios com até 50 mil habitantes, a representatividade aqui encontrada configura uma limitação do estudo em questão, tendo em vista que pactuações e deliberações em municípios com maior contingente populacional se apresentam de modo diverso, se comparados a direcionamentos vivenciados em municípios menores. Nesse sentido, cabem pesquisas futuras que busquem observar o perfil e as percepções dos gestores municipais dessa região, em municípios com maior porte populacional e representados pelas capitais estaduais.

O cargo de Secretário Municipal de Saúde, na Região Nordeste, vem sendo representado pelo público feminino. Essas mulheres possuem pós-graduação e exercem a função pela primeira vez. Para assumir tal função, elas contaram com a confiança do prefeito, expressam ter qualidade técnica e dispor de requisitos importantes para assumir e se manterem no cargo de gestão, como a capacidade de liderança. A maior parte delas tem formação prévia na área da saúde, tendo a enfermagem como categoria profissional de maior representatividade entre essas gestoras.

Diferente de outros estudos de abrangência nacional, a maioria dos gestores nordestinos se autodeclararam pardos, apesar da prevalência, em alguns estados da região, de gestores brancos. Importante observar a baixa representatividade das minorias na gestão em saúde no que concerne à questão racial, já que amarelos, negros e indígenas representam um número ínfimo na amostra estudada.

Na visão dos gestores municipais, vários desafios estão postos e precisam ser enfrentados para a condução eficiente das secretarias municipais de saúde. A percepção dos gestores nordestinos no que diz respeito à Atenção Básica lista diversos

desafios a serem superados, a exemplo da efetivação da contrapartida financeira do estado, o que se apresenta como um problema contínuo no exercício da gestão em saúde e impacta consubstancialmente na qualidade da oferta de serviços e ações despendidas nesse nível de atenção.

A implementação dos sistemas de informação ganha destaque, na medida em que permanece como problemática durante todo o ciclo de gestão e está relacionada diretamente com a informação para subsidiar a gestão nos processos decisórios e na implementação de políticas públicas. Tais achados apontam a necessidade de fortalecimento e implementação dos sistemas de informação na região, sobretudo, nos estados do Maranhão e Sergipe, que apresentam os menores percentuais de implantação do Prontuário Eletrônico, ferramenta que possibilita aos secretários municipais uma visão apropriada das condições de saúde locais e possibilita a criação e condução de políticas de saúde condizentes com as realidades municipais.

A fixação do profissional médico também aparece na pauta dos gestores como uma problemática a ser enfrentada e reafirma uma tendência de dificuldade em manter esse profissional vinculado à atenção básica em pequenos municípios do Nordeste brasileiro. Essa realidade denota a necessidade de estratégias de fortalecimento e investimentos nesse nível de atenção.

O fortalecimento das CIR, como instâncias de planejamento e pactuação regional, aparece na pauta da Regionalização em Saúde como uma necessidade a ser priorizada, ainda que esses gestores apontem tal instância colegiada como um espaço sem necessidade de aprimoramento e afirmem participação frequente. Essa percepção divergente pode estar associada à capacidade técnica desses atores sobre o funcionamento e condução das políticas nesse espaço de pactuação

Mais uma vez, o financiamento surge na pauta da gestão do SUS, tendo em vista que o processo de regionalização é profundamente influenciado pela disponibilidade de recursos financeiros.

Os secretários municipais de saúde do Nordeste pautaram a necessidade de ampliação dos recursos financeiros como um desafio a ser superado. Logo, a necessidade de reorganizar estratégias de financiamento se fazem fundamentais para fortalecimento da regionalização e até mesmo para a concretização do processo de

implementação do COAP, ferramenta de pactuação corresponsável entre os gestores da saúde, na garantia da oferta de ações e serviços de saúde municipais, em uma logística regional.

A qualificação das equipes gestoras municipais, o uso dos indicadores de saúde e o fortalecimento do uso do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão Anual do SUS (SARGSUS) representam os principais desafios relacionados ao Planejamento em Saúde. A evidência de dificuldades nessas agendas reafirma a importância de compreender que esses entes locais assumem compromissos e responsabilidades na administração da política de saúde e que por isso precisam estar tecnicamente preparados para tal função.

É importante salientar que os desafios apontados estiveram vinculados a um ciclo de gestão, associado a mudanças na conjuntura política do país e vivenciados durante um ano da pandemia da covid-19, que, ao surgir, passa a exigir dos gestores de todo o país maior habilidade e competência técnica para o enfrentamento de tal realidade e fortalecimento do SUS.

Pode-se considerar que o cenário encontrado neste estudo não esteja tão distante da realidade encontrada nas demais regiões do país e que os desafios da gestão municipal do SUS, como um todo, não sejam tão diferentes aos aqui encontrados. Entretanto, estudos em outros contextos e a longo prazo precisam ser realizados, vislumbrando perspectivas que analisem o cenário político econômico vivenciado pela nação brasileira durante todo o período de pandemia da covid-19 e analisem os impactos nas dinâmicas e pactuações municipais posteriores a esse período.

Diante da complexidade da gestão do SUS e por meio da descentralização da saúde, é primordial que o secretário municipal de saúde tenha conhecimento, articulações e capacidade de gestão, pois a ele incumbe a provisão e o gerenciamento dos serviços de saúde com efetividade.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, V. R. et al. Quais aspectos influenciam a priorização da Atenção Primária à Saúde pelos gestores municipais do Rio Grande do Sul - Brasil? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 197-208, jan. 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/JZScJ9LJChNgz3yC9zv4ryK/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 07 fev. 2023.
- ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 244-260, set. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 jan. 2023.
- AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2423-2446, jun. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/4BHTCFF4bDqq4qT7WtPhvYr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 ago.2022.
- ARCARI, J. M. et al. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 407-420, fev. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/BRn78MRVdwkpwkZmNnVm5F/?lang=pt>>. Acesso em: 10 mai. 2021.
- AVILA, G. S. et al. Prontuário eletrônico na gestão do cuidado em equipes de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**. [internet]. v. 27, p. e79641, 2022. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/79641/pdf>>. Acesso: 04 abr. 2023.
- BRANCAGLION, M.; SOARES, J.; BAHIA, L. Uma análise do perfil dos secretários de saúde: interfaces entre saúde e os processos político-eleitorais. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 693–709, jul-set. 2022. Disponível: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cPNsXtvRXJv6mPLNgm4yLCQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Painéis de Indicadores da Atenção Primária à Saúde**, 2022. Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>>. Acesso em: 13 jan. 2022.
- BRASIL. OpenDATASUS: **Painel Coronavírus**. 2022a. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 12 mar. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. **Manual do usuário: DigiSUS gestor: módulo**

planejamento. Brasília, 2021, 62 p. Disponível em:

<<https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/va52fSwXLuX4mrhJCKZiVs4D1KIeNXermnOHHTfo.pdf>>. Acesso em: 20 abril. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria-Executiva. e-SUS Atenção Básica. **Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC** - Versão 3.2. Brasília, 2019. Disponível em: <>. Acesso em: 25 mar. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota técnica 07/2013:** estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica - SISAB. Brasília, 2013. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-07-2013-e-SUS-e-SISAB.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135**, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html> Acesso em: 12 abr. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**. Brasília. dez, 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 05 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS:** uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do Planeja SUS. Brasília, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_construcao_coletiva.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):** uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília, 2009. 318 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2007.

Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf>. Acesso em: 21 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Gestores do SUS: olhares e vivências** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 193 p. 2006. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestores_sus_olhares_vivencias.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília. 76 p. 2006a. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/webpacto/livro.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social do Sistema Único de Saúde**. Brasília. 2ª ed. 2006b. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf>. Acesso em: 07 out. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde-SUS. NOAS-SUS 01/2002. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95**, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde-SUS. NOAS-SUS 01/2001. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545**, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.

Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 12 mai. 2021.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução nº 258**, de 07 de janeiro de 1991. Norma Operacional Básica nº 01/91. Disponível em:

<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 02 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 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, set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 12 ago. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 02 set. 2021.

BROM, G. P.; GRIN, E. J. **Cooperação Federativa Interestadual no Brasil: o caso do Consórcio do Nordeste**. Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/publicacoes/pibic_-_consorcio_nordeste.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, v. 44, p. 13-24, maio 2009. Disponível em: Acesso em: <https://www.cnts.org.br/wp-content/uploads/2018/03/Artigo_Campos.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2023.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, abr. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/kKH6BLCbVfMXrMk8vHLzT9S/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 05 mar. 2023.

CARVALHO, A. L. B. et al. Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo brasileiro? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 46, esp. 1, p. 62-77, mar. 2022. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/4063/406371272005/html/>>. Acesso em: 08 ago. 2022.

CARVALHO, A. L. B. et al. Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 211-22, jan. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/HJyg7VbQhQ3WGnRYYHYnBwy/?lang=pt>>. Acesso: 05 abr. 2021.

CARVALHO, F. C. D. et al. Modificações nos indicadores sociais da região nordeste após a implementação da atenção primária. **Trabalho Educação e Saúde**. v. 17, n. 2, p. 1-21. 2019. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/tes/a/Mc65t35rGZMfyJF4bPR6yzj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 11 set. 2022.

CARVALHO, A. L. B. DE.; JESUS, W. L. A. DE.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155–1164, abr. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/X5tq3bQgN8XkGkths95ctkz/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 05 jan. 2023.

CASTRO, A. L. B. DE; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693–705, abr. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/nKfWbLqwxPYNqGpR9whw7Gn/?lang=pt>>. Acesso em: 07 fev. 2023.

CASTRO, J. L.; CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A. Quem são os gestores municipais de saúde no Rio Grande do Norte. Um estudo sobre o perfil. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Plano Diretor 2004/2005 do Observatório NESC/UFRN. 2005. Disponível em: <<https://silo.tips/download/universidade-federal-do-rio-grande-do-norte-nucleo-de-estudos-em-saude-coletiva--2>>. Acesso em: 05 ago. 2022.

CLEMENTINO, M. L. M. **A atualidade e o ineditismo do Consórcio do Nordeste**. Boletim regional, urbano e ambiental - IPEA, n. 21, p. 165-174. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9702/1/BRUA21_Opiniao1.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2022.

CONASEMS. Painel de Apoio - Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/painel/estabelecimentos-de-saude/>>. Acesso em: 15 de mai. 2022.

FADEL, C. B. et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-56, mar-abr. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/XRfVGdRqqg57cKkpxvLttj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 mar. 2023.

FERNANDEZ, M. V.; PINTO, H. A. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. **Revista Saúde em Redes**. v. 6, supl. 2, p. 7-21, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/kalec/Downloads/admin,+Fernandez_Pinto_diagramado_Portugu%C3%AAs.pdf>. Acesso em: 05 set. 2022.

FERREIRA, J. et al. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 69–79, jan-mar. 2018.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/6XdxDvqvLzKXWjTHNgZTdCp/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 07 fev. 2023.

FERNADEZ, M.; PINTO, H. A. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. **Revista Saúde em Redes**, v. 6, supl. 2, p. 7-21, 2020. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/42129/1/ARTIGO_BrazilianStates%e2%80%99Intergovernmental.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. L. M. The new profile of local managers in the decentralized health system in Brazil. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 809-825, out-dez. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7LRjjLQHpg7KN4jcDykcp9B/?format=pdf&lang=en>>. Acesso: 11 nov. 2022.

FLEURY, S. Democracia e inovação na gestão local da saúde. Rio de Janeiro: Cebes/ Editora FIOCRUZ, 2014.

FLEURY, S. Políticas Sociais e democratização do poder local. In: VERGARA, S.C & CORRÊA. V.L.A. (Orgs). Proposta para uma Gestão Pública Municipal Efetiva. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

FLEURY, S. et al. Municipalização da saúde e poder local no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1-15, 1997. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7922/6604>>. Acesso em: 05 fev. 2023.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

GIL, C. R. R.; LUIZ, I. C.; GIL, M. C. R. **Contexto de implantação e aspectos organizacionais da gestão do SUS**. São Luís: Edufma, 2016a. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/GP1U1%20(1).pdf>. Acesso em: 15 abr. 2022.

GIL, C. R. R.; LUIZ, G. C.; GIL, M. C. R. **A importância do planejamento na gestão do SUS**. São Luís: Edufma, 2016b. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7359/1/GP1U3.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2023.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**. [Internet], v. 34, n. 8, e00029818, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/16784464-csp-34-08-e00029818.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2023.

GLERIANO, J. S. et al. Gestão do trabalho de equipes da saúde da família. **Escola Anna Nery**. v. 25, n. 1, p 1-8. 2021. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ean/a/MmS9HhvNsTs9kdKtV4TN9sy/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 fev. 2023.

IBGE. Coordenação de Geografia. **Divisão regional do Brasil em regiões geográficas imediatas e regiões geográficas intermediárias**: 2017. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100600.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores sociais municipais**: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv54598.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2022.

JUNQUEIRA, C. G. B.; ALVES, M. R. A.; SANTOS, S. L. A. Entre a política pública e a oposição política: duas faces do consórcio nordeste em meio à covid-19. **Espirales**. Dossiê Especial: Faces e Aspectos da Pandemia de Covid-19 na América do Sul. p. 178-186. Foz do Iguaçu, 2021. Disponível em: <<https://revistas.unila.edu.br/espirales/article/view/2744/2603>>. Acesso em: 15 set. 2022.

KERR, L. et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.25, supl. 2, out. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/kYBX8WJpfFGSzmWdTV5CcT/>>. Acesso em: 06 ago.2022.

KON, A. A Economia Política do Gênero: Determinantes da Divisão do Trabalho. **Brazilian Journal of Political Economy**. v. 22, n. 3, jul-set. 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rep/a/wnJNrxQQnVNgjjCM5jy7x5k/?lang=pt>>. Acesso em: 11 nov. 2022.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. DE A. Fundamentos de metodologia científica. 8. ed. [3. reimpr.]. São Paulo: Atlas, 2019.

LAVINAS, L. Empregabilidade no Brasil: inflexões de gênero e diferenciais femininos. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Rio de Janeiro, set. 2001. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Lena-Lavinas/publication/228590806_Empregabilidade_no_Brasil_inflexoes_de_genero_e_diferenciais_femininos/links/5570657e08ae193af41ff61d/Empregabilidade-no-Brasil-inflexoes-de-genero-e-diferenciais-femininos.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2023.

LEITE, S. O consórcio. Consórcio Nordeste. 2020. Disponível em: <<http://www.consorcionordeste-ne.com.br/o-consorcio/>>. Acesso em: 05 de jul. 2022.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência Saúde**

Coletiva. Rio de Janeiro, v. 17, n.7, p. 1849-56, jul. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700024>. PMID:22872347>. Acesso em: 10 ago. 2022.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291. 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/vYzbD5NkckJvMhFYFBRTyhJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso: 11 abr. 2022.

LIMA, L. D.; MONTE, K. A.; MILITÃO, V. B. Nordeste em mapas 2012, Fortaleza: Banco do Nordeste, 2012. Disponível em: <https://www.bnb.gov.br/documents/88765/89729/nordeste_mapas_2012_net.pdf/c42a3f67-5dd9-4311-824d-ce418e4ea8a8>. Acesso em: 11 set. 2022.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n.11, p. 2881-92, nov.2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/TBsNKBwxKQpy9drdzST6ZdS/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 mar. 2023.

LIMA, L. D.; CARVALHO, M. S.; COELI, C. M. Médicos, política e sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. [Internet], v. 35, n. 1, e00237418, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n1/1678-4464-csp-35-01-e00237418.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2023.

LUI, L. et al. Disparidades e heterogeneidades das medidas adotadas pelos municípios brasileiros no enfrentamento à pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 19, e00319151, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/JdjB4mBnjDd7kNnQnkwTP/>>. Acesso em: 06 ago.2022.

MACHADO, M. F. et al. Atenção primária à saúde no enfrentamento à covid-19: análise dos planos estaduais de contingência do nordeste. **Revista Portal Saúde e Sociedade**. Maceió, v. 5, n. 1, p. 1286-98, jun. 2020. Disponível em: <<https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/10405/7463>>. Acesso em: 08 ago. 2022.

MACHADO, C. V. et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 48, n. 4, p. 642-650, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005200>>. Acesso em: 03 jun. 2021.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. DE F.; NOGUEIRA, C. DE O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521–532, mar. 2011. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/MhPC6fgZ5x7JKNTWWrcTfWp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 07 fev. 2023.

MACINKO, J.; MENDOÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 18-37, set. 2018. Disponível: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 30 jan. 2023.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Metodologia científica. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MATIAS-PEREIRA, J. Manual de metodologia da pesquisa científica. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea Digital**. Barcelona, v.13, n. 2, p. 239-244, jul. 2013. Disponível em: <<http://atheneadigital.net/article/viewFile/v13-n2-matos-ceriotti-deoliveira/1119-pdf-pt>>. Acesso em: 10 mar. 2023.

MATTA, G. C. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro. EPSJV / Fiocruz, 2007. Disponível: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

MEDEIROS, C. R. G. et al. Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 129-140, jan-mar. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KVYqFXPY8LsdX4ZHtXWGzKp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 07 mai. 2022.

MELO, T. M. Consórcio Nordeste: atuação na cooperação dos estados consorciados no manejo coordenado da pandemia frente à omissão do Poder Público Federal. **Caderno de comunicados científicos do II Encontro Internacional**. Coleção Democracia na Pós Pandemia, v.1. 2021. Disponível em: <<https://journal.nuped.com.br/index.php/teleitoral/article/view/227>>. Acesso em: 05 set. 2022.

MELO, M. A. B.C. Municipalismo, nation-bulding e a modernização do estado no brasil. **Habitação e Cidade**. 2017. Disponível em: <https://www.anpocs.com/images/stories/RBCS/23/rbcs23_07.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVENEY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097–1108, abr. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/JS3cnw4zzyQyNdGrWhDQZPq/?lang=pt>>. Acesso em: 10 abr. 2023.

OLIVEIRA, D de. Racismo estrutural: uma perspectiva histórico-crítica. 1. ed. São Paulo: Editora Dandara, 2021. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=0yhLEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=racismo+estrutural&ots=Bso7jhJUXg&sig=SYX9jpzZDH-gr8iviKjuoCEEg#v=onepage&q=racismo%20estrutural&f=false>>. Acesso em: 13 jan. 2023.

OLIVEIRA, B. C. Federalismo e municipalismo na trajetória política do Brasil. **Mercator**. Fortaleza, v. 17, e17023, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/mercator/a/DMQmv7vbDdWHMFD69wvncgm/?format=pdf&lang=p>>. Acesso em: 12 jul. 2021.

OLIVEIRA, A. E. C. DE et al. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 109, p. 212–218, maio-jun. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9BQRDHFnYpLfMsyXWdbLphS/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 mar. 2023.

OLIVEIRA, F. P. et al. Mais médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface**. Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623–634, set. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/KjzqvwYhM4NRvdDCyRJHvkD/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 mar. 2023.

OLIVEIRA, N. F. DE et al. Desempenho de ações de planejamento e gestão: Análise do relatório anual de gestão, em Pernambuco. **Conjecturas**. v. 22, n. 2, p. 1445–1457, abr. 2022. Disponível em: <<http://www.conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/861>>. Acesso em: 15 abr. 2023.

OUVERNEY, A. L. M. et al. Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 7, p. 75–91, dez. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YfktSTz7dpNNQWcqptDmhCM/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2021.

OUVERNEY, A. M.; FLEURY, S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 5, n.6, p. 1085-1103, nov-dez. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/8DJ5NZFqrVBr6dS3TTtGMTJ/?lang=pt>>. Acesso em: 05 jun. 2022.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193–1207, abr. 2017b. Disponível: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/yPgCpmw8dfRm3h93mFSzhxP/?lang=pt>>. Acesso em: 12 mai. 2022.

OUVERNEY, A. M. A construção da municipalização da saúde: estratégias normativas. In: **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Sônia Fleury. Rio de Janeiro: Cebes/Editora FIOCRUZ, 2014.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. supl. 12, p. 1819–1829, nov. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/LSrY4BhGKSRcFFxvQsYvCMd/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 jan. 2023.

PEREZ, O. C.; SANTANA, L. Ações do Consórcio Nordeste no combate à pandemia de Covid-19. **Revista NAU Social**. Bahia, v.11, n.2, p.259–270, abr. 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/41997/23269>>. Acesso em: 10 ago. 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Portaria Estadual nº 517**: apresenta o índice de desempenho como o montante de recursos a ser repassado por município com vistas à valorização e à melhoria da cobertura e qualidade da Atenção Primária. Diário Oficial do Estado [Internet], Recife, ago. 2013. Disponível em: <<http://geqap.blogspot.com.br/2013/08/portariaestadual-n-517-pefap.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2023.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de Gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Secretaria do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. 80p. 2004. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/livro_marcus_pestana.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2022.

PINAFO, E. et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1628-2020, maio 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/gPnKF8DqfgKyxtgPyb5hYgG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 mar. 2023.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, maio 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Hw57xQMscD8PMKcrHvXS8Cm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

REZENDE, D. L. Mulher no poder e na tomada de decisões. In: **Beijing +20: avanços e desafios no Brasil contemporâneo**. Brasília: Ipea/ Editora Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10319/1/MulhernPodernaTomadadeDecisoes_Cap_7.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2022.

RIBEIRO, J. M. et al. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1777-1789, jun. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/C3hTNXwkCW9Rgfh4P7D76y/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 04 jul. 2022.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 14-24, dez. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bJSyLw4V3LpYJG5fR36Bnfh/abstract/?lang=pt>>. Acesso: 15 jan. 2023.

RIBEIRO, J. M. et al. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1031-1044, abr. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Fg6N3bkrgrkpfvXjT43QbsJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 jan. 2023.

ROSA, M. R. R.; COELHO, T. C. B. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1863-73, mar. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/sxFvKmVdJ7wxTgTP5JLqTyJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 mar. 2023.

ROSSI, R. C.; SILVA, S. A. O Consórcio do Nordeste e o federalismo brasileiro em tempos de Covid-19. **Revista brasileira de geografia econômica**. v. 18, n. 18. 2020. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/espacoeconomia/13776>>. Acesso em: 10 set. 2022.

SANTOS, F. DE A. DA S. et al. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 402–408, out-dez. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZhFzqzm86c6ktDsSxB3bhbf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 abr. 2023.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, jan. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>. Acesso em: 22 ago. 2021.

SAUTER, A. M. W.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; KOPF, A. W. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**. Minas Gerais, v. 16, n. 2, p. 265-274, abr-jun. 2012. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n2a16.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2021.

SCATENA, J. H. G; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 10, n. 2, dez. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xbT9QBLhKC6TyKwKRng7KfL/?lang=pt>. Acesso em: 23 out. 2021.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2023.

SHIMIZU, H. E. et al. Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 945-957, out-dez. 2021. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5879/482>. Acesso em: 30 abr. 2023.

SILVA, G. T. R. DA. et al. Gestão e liderança na percepção de enfermeiros: um caminhar à luz da burocracia profissional. **Escola Anna Nery**. v. 26, p. e20210070, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/vWSnBFg6kNhy3Dyr4hDWrYL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2022.

SILVA, R. R. et al. A Interiorização da COVID-19 nos municípios do Estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 21, supl. 1, p. 121-132, fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/npZtDS7YrsK77RpPRBRcQfD/?lang=pt>. Acesso em: 06 ago. 2022.

SILVA, J. F. M; CARVALHO, B. G.; DOMINGOS, C. M. A governança e a relação público-privado no cotidiano das práticas em municípios de pequeno porte. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p 3179-3188, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TJjZtWNDz5xDvN5NNNfWshK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2023.

STEPHAN-SOUZA, A. et al., Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. **Revista APS**. Juiz de Fora, v. 13, n. supl. 1, p. S35-S45, dez.

2010. Disponível em:
<<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14433/7787>>. Acesso em: 10 abr. 2023.

TEIXEIRA, C. F.; MOLESINI, J. A. Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. **Revista Baiana Saúde Pública**. Salvador, v. 26, n 1-2, p 29-40, jan-dez. 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.22278/2318-2660.2002.v26.n1-2.a983>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

TELES, T. F. **Consórcios públicos municipais como estratégia de desenvolvimento local**: possibilidade de consorciamento na visão dos gestores municipais. 2019. 132f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) -Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2019. Disponível em: <https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/11866/2/TIANA_FIGUEIREDO_TELES.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2022.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O SUS em perspectiva. In.: **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

VIEIRA, F. S. et al. Gasto total dos municípios em atenção primária à saúde no Brasil: um método para ajuste da despesa declarada de 2015 a 2020. **Cad. Saúde Pública**. v. 38, n. 5, e0028022, 2022. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/csp/a/MnRQRzcnqxJCdjTBmmLQHhD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 mar. 2023.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. supl. 1, p. 1565-1577, out. 2009. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/csc/a/Pj3ftm7jy6K7sGXpcHxghXs/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 abr. 2023.

WERMELINGER, M. et al. A força de trabalho do setor saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, v. 45, p. 54-70, 2010. Disponível em:
<<http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2022.

XIMENES, R. A. A et al. Covid-19 no nordeste do Brasil: entre o lockdown e o relaxamento das medidas de distanciamento social. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1441-1456, abr. 2021. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/csc/a/tPJ3Mn4n7RVMWBz4VyRFB5S/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 ago. 2022.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**QUESTIONÁRIO 1- PESQUISA NACIONAL COM GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE: CICLO DE GESTÃO 2017-2020**

1. Qual seu nome completo?

2. Qual seu e-mail e nº celular/WhatsApp?

3. Após a leitura da carta de apresentação da pesquisa e do TCLE, assinalo a seguir minha decisão:

() Concordo em participar da pesquisa

() Não concordo em participar da pesquisa

4. Qual a UF do município onde você exerce o cargo de gestor?

5. Qual o nome do Município onde você exerce o cargo de gestor?

6. A qual Região de Saúde este município pertence?

7. Qual o sexo?

() Masculino () Feminino

() Outro (especifique)

8. Qual sua faixa-etária?

- ☐ até 30 anos
- ☐ 31 a 40 anos
- ☐ 41 a 50 anos
- ☐ 51 a 60 anos
- ☐ mais de 60 anos

9. Qual sua cor ou raça/etnia?

- ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena

10. Qual sua escolaridade?

- ☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo
- ☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo
- ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo ☐ Especialização
- ☐ Mestrado ☐ Doutorado

11. Qual o nome do Município e da UF de Residência?

- ☐ O mesmo que exerce o cargo de gestor
- ☐ Outro (especifique)

12. Qual sua remuneração como gestor municipal?

- ☐ Menos de 5 salários mínimos ☐ Entre 5 e 10 salários mínimos
- ☐ Entre 10 e 15 salários mínimos ☐ Acima de 15 salários mínimos

13. Tem outras fontes de renda além da de gestor na Secretaria Municipal de Saúde?

() Sim () Não

14. Teve outra Profissão/Ocupação antes de assumir o cargo de gestor na Secretaria Municipal de Saúde?

- () ADMINISTRADOR (A)
- () ADVOGADO (A)
- () ASSISTENTE SOCIAL
- () CIRURGIÃ (O)-DENTISTA
- () ENFERMEIRO (A)
- () FARMACÊUTICO (A)
- () FISIOTERAPEUTA MÉDICO (A)
- () PEDAGOGIA/PROFESSOR (A)
- () PSICÓLOGO (A)
- () Outro (especifique)

15. Você faz parte da diretoria do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS do município que exerce o cargo de gestor?

() Sim () Não

16. Você faz parte da diretoria do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS?

() Sim () Não

17. O seu município participa de algum Consórcio Intermunicipal de Saúde no seu Estado?

() Sim () Não

18. Você ocupa alguma função/cargo no Consórcio Intermunicipal de Saúde?

	SIM	NÃO
Comitê Gestor de Redes	()	()
Conselho Deliberativo	()	()
Comissão Fiscal	()	()
Secretário (a) Executivo(a)	()	()
Diretor Geral	()	()
Vice-Presidente	()	()
Presidente	()	()
Outro (especifique)		

19. Além do mandato atual, já foi secretário municipal de saúde anteriormente? Por quanto tempo?

- () Não
- () Sim, por período < 2 anos
- () Sim, por período > 2 < 5 anos
- () Sim, por período > 5 e < 8 anos
- () Sim, por período > 8 e < 10 anos Sim, por período > 10 anos

20. Além do cargo de gestor municipal, você já assumiu anteriormente outras funções na gestão e/ou assistência da saúde?

	SIM	NÃO
Coordenação da Atenção Básica	()	()

Coordenação da Vigilância em Saúde	()	()
Diretor de Hospital	()	()
Chefe de Núcleo e ou Gerência Regional	()	()
Agente Comunitário de Saúde	()	()
Diretor(a) do Fundo Municipal ou Estadual de Saúde	()	()
Chefe do setor de Transportes da secretaria	()	()
Gestor federal e/ou estadual	()	()
Outro (especifique)		

21. Possui filiação partidária?

() SIM

() NÃO

22. Já foi candidato a algum cargo público por ELEIÇÃO ao poder executivo ou legislativo?

	SIM	NÃO
Vereador	()	()
Deputado(a) Estadual	()	()
Deputado(a) Federal	()	()
Senador(a)	()	()
Governador(a)	()	()

23. Participa ou já participou de alguma das entidades ou associações relacionadas abaixo?

	SIM	NÃO
Pastoral da Criança	()	()
Conselho Profissional	()	()
Organização não-governamental	()	()

Entidade Religiosa	()	()
Associação Comunitária	()	()
Associação Científica de Pesquisa	()	()
Sindicato	()	()
Consórcio Saúde	()	()
Outro (especifique)		

24. Com base nas respostas da questão 23, destaque o PRINCIPAL atributo que esta experiência trouxe ao desempenho de suas funções como gestor.

- () Capacidade de dialogar
- () Capacidade de negociar
- () Habilidade para mobilizar equipes
- () Habilidade para fazer leitura da realidade
- () Expertise para mediação de conflitos
- () Outro (especifique)

25. Com base nos itens abaixo destaque o grau de influência (importância/relevância) na sua nomeação como Secretário(a) Municipal de Saúde.

	Muito importante	Importante	Relevante	Pouco importante	Irrelevante
Capacidade e liderança	()	()	()	()	()
Experiência em gestão	()	()	()	()	()
Confiança pessoal	()	()	()	()	()
Indicação política	()	()	()	()	()
Desempenho gerencial	()	()	()	()	()

Indicação de categoria profissional	()	()	()	()	()
Parentesco	()	()	()	()	()
Vínculo com entidade sindical	()	()	()	()	()
Competência técnica	()	()	()	()	()
Não ser da área da saúde	()	()	()	()	()

26. Com base nos itens abaixo destaque o grau de importância/relevância na sua decisão em assumir a Secretária Municipal de Saúde?

	Muito importante	Importante	Relevante	Pouco importante	Irrelevante
Adquirir experiência em gestão	()	()	()	()	()
Ganhar notoriedade	()	()	()	()	()
Servir a minha cidade	()	()	()	()	()
Ampliar o meu prestígio político	()	()	()	()	()
Assumir novos desafios	()	()	()	()	()
Cumprir uma missão político-partidária	()	()	()	()	()
Conhecer melhor os problemas de saúde da população	()	()	()	()	()
Vínculo com entidade Sindical	()	()	()	()	()

Por em práticas conhecimentos adquiridos	()	()	()	()	()
Fortalecer o SUS em minha região	()	()	()	()	()

27. Como você avalia a sua participação nas reuniões da CIR?

- () Participo regularmente
- () Participo de eventualmente
- () Não participo devido a outros afazeres da gestão
- () Não priorizo esta agenda
- () Prefiro não responder
- () Outro (especifique)

28. Como você avalia sua participação nas reuniões da CIB?

- () Participo regularmente
- () Participo de eventualmente
- () Não participo devido a outros afazeres da gestão
- () Não priorizo esta agenda
- () Prefiro não responder
- () Outro (especifique)

29. Como você avalia o funcionamento da Comissão Intergestores Regional (CIR)?

- () Espaço de gestão e pactuação avançada sem necessidade de aprimoramento
- () Espaço de gestão e pactuação com necessidade de poucas mudanças
- () Espaço de gestão e pactuação incipiente com necessidade de mudanças
- () Espaço de gestão e pactuação muito frágil, necessitando de muitas mudanças

() Prefiro não responder

() Outro (especifique)

30. Como você avalia o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)?

() Espaço de gestão e pactuação avançada sem necessidade de aprimoramento

() Espaço de gestão e pactuação com necessidade de poucas mudanças

() Espaço de gestão e pactuação incipiente com necessidade de mudanças

() Espaço de gestão e pactuação muito frágil, necessitando de muitas mudanças

() Prefiro não responder

() Outro (especifique)

31. Como você avalia o funcionamento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)?

() Espaço de gestão e pactuação avançada sem necessidade de aprimoramento

() Espaço de gestão e pactuação com necessidade de poucas mudanças

() Espaço de gestão e pactuação incipiente com necessidade de mudanças

() Espaço de gestão e pactuação muito frágil, necessitando de muitas mudanças

() Prefiro não responder

() Outro (especifique)

32. Como você avalia a sua participação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde?

() Participo regularmente

() Participo eventualmente

() Não participo devido a outros afazeres da gestão

() Não priorizo esta agenda

() Prefiro não responder

() Outro (especifique)

33. Onde se encontra a sede do Conselho Municipal de Saúde?

() Em espaço próprio do CMS

() Em espaço alugado pela SMS

() Em espaço de propriedade do município

() Outro (especifique)

34. Quem preside o Conselho Municipal de Saúde?

() Trabalhador

() Usuário

() Prestador

() Gestor

35. As reuniões do Conselho Municipal de Saúde são registradas formalmente em atas/resumos executivos?

() Sim

() Não

() Não tenho essa informação

36. Quais meios são empregados pelo Conselho Municipal de Saúde para tornar público o conteúdo de suas reuniões?

	SIM	NÃO
Disponibilização das atas impressas na sede do CMS	()	()

Publicação em diário oficial	()	()
Meios de Comunicação (rádio, jornais, TV)	()	()
Audiências Públicas	()	()
Página do CMS na internet	()	()
Redes sociais	()	()
Gravação e divulgação de vídeo e/ou áudio	()	()

Caso existam outras formas de divulgação além das elencadas a cima cite aqui.

37. Existem canais de comunicação entre a gestão e o Conselho Municipal de Saúde?

	SIM	NÃO
Reuniões mensais de monitoramento do planejamento em saúde	()	()
Reuniões trimestrais de monitoramento do planejamento em saúde	()	()
Reuniões para tratar de demandas imediatas de necessidade da população	()	()
Acolhimento de reclamações da população por meio de atendimento telefônico	()	()
Comunicação por meio de grupo de WhatsApp para as demandas urgentes	()	()
Outro (especifique)		

38. Qual sua percepção em relação a capacitação/preparação dos conselheiros municipais de saúde para exercício do cargo?

- () Todos demonstram capacidade e preparação para o exercício do cargo
- () Alguns demonstram capacidade e preparação para o exercício do cargo
- () A maioria demonstra precisar de formação/capacitação para o exercício do cargo
- () Todos demonstram precisar de formação/capacitação para o exercício do cargo

39. Com base nas questões anteriores sobre o Conselho Municipal Saúde, como você avalia o seu funcionamento?

- ☐ Espaço de participação e controle social avançado sem necessidade de aprimoramento
- ☐ Espaço de participação e controle social em estruturação com necessidade de poucas mudanças
- ☐ Espaço de participação e controle social incipiente com necessidade de mudanças
- ☐ Espaço de participação e controle social muito frágil, necessitando de muitas mudanças
- ☐ Prefiro não responder

40. Qual a perspectiva para realização da Conferência Municipal de Saúde no seu mandato como gestor?

- ☐ Já foi realizada em 2017(
-) Será realizada em 2017(☐)
- Será realizada em 2018(☐)
- Será realizada em 2019(☐)
- Será realizada em 2020 (☐)
- Não há previsão ainda

41. Qual a sua percepção sobre a atuação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde-CONASEMS?

- ☐ Atua de maneira eficiente em defender a gestão municipal
- ☐ Realiza um bom trabalho mobilizando o gestor municipal
- ☐ Atua ainda de forma incipiente no processo de representação municipal
- ☐ Tem muita dificuldade em representar de forma sistemática os municípios

() Prefiro não responder

42. Qual a sua percepção sobre a atuação do Conselho de Secretários Municipais de Saúde-COSEMS?

() Atua de maneira eficiente em defender a gestão municipal

() Realiza um bom trabalho mobilizando o gestor municipal

() Atua ainda de forma incipiente no processo de representação municipal

() Tem muita dificuldade em representar de forma sistemática os municípios

() Prefiro não responder

43. Destaque as 3 principais formas, instrumentos e mecanismos para captar informações e/ou demandas para a gestão.

() Agendas e temas debatidos no Conselho Municipal de Saúde

() Demandas da Ouvidoria

() Demandas oriundas das sessões na câmara de vereadores

() Formulários colocados nas unidades de saúde (caixa de sugestão)

() Informações obtidos por intermédio dos meios de comunicação

() Pesquisas de opinião realizadas nas unidades de saúde

() Por meio das reuniões plenárias do Conselho Municipal de Saúde para prestamos contas das ações de saúde do município

() Relatórios de auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS)

() Relatórios oriundos das ações de vigilância em saúde

() Utilizando a estrutura de murais na sede da secretaria municipal e nas unidades de saúde

() Outro (especifique)

44. Que formas de divulgação você utiliza para informar a população sobre as ações e resultados de sua gestão? **Cite as 3 principais.**

- ☐ Boletins e relatórios periódicos disponíveis em meio físico e eletrônico(
- ☐ Por meio de página da SMS na rede mundial de computadores
- ☐ Em audiência pública feita quadrimestral e anualmente na câmara de vereadores
- ☐ Em resposta às demandas da Ouvidoria do SUS que mantemos funcionando no município
- ☐ Nas reuniões mensais do Conselho Municipal de Saúde abertas a população
- ☐ Em participações sistemáticas nos meios de comunicação da cidade (rádio, televisão, redes sociais)
- ☐ Por meio da Secretaria de Comunicação da Prefeitura que tem um programa de divulgação das ações do governo
- ☐ Utilizando a estrutura de murais na sede da secretaria municipal e nas unidades de saúde
- ☐ Por meio de plenárias de saúde feitas periodicamente com os conselheiros de saúde e as lideranças locais onde prestamos contas das nossas ações
- ☐ Encaminhamos periodicamente as entidades dos usuários, prestadores e trabalhadores que atuam no Conselho Municipal de Saúde, relatórios e informes sobre as ações da gestão
- ☐ Outro (especifique)

45. Destaque os 3 principais desafios a serem superados para a qualificação da Atenção Básica.

- ☐ Fixação de Médicos
- ☐ Implementação dos sistemas de informação
- ☐ Melhoria da infraestrutura das unidades de saúde
- ☐ Garantia de insumos e medicamentos
- ☐ Efetivação da contrapartida do Estado
- ☐ Qualificação do processo de trabalho das equipes de saúde

- () Melhoria das práticas de trabalho dos ACS
- () Adoção regular das práticas de planejamento
- () Desenvolver práticas de integração entre ações de vigilância em saúde e atenção básica
- () Aprimorar a alimentação dos sistemas de informação para auxiliar nas ações de monitoramento e avaliação
- () Outro (especifique)

46. Destaque os 3 principais desafios a serem superados para a qualificação do acesso a Média e Alta Complexidade.

- () Organização dos serviços de forma regionalizada
- () Garantia de consultas, exames e internações em quantidade e qualidade
- () Implantação da Programação Geral das ações e Serviços de Saúde (PGASS)
- () Fortalecimento das Redes de Atenção por meio de uma agenda tripartite
- () Garantia de mais recursos por parte do Ministério da Saúde
- () Maior apoio técnico e financeiro da SES
- () Implantação da Regulação e Controle (Central de Regulação)
- () Garantia de profissionais especializados em quantidade e qualidade
- () Fortalecimento da Atenção Básica como ordenadora do cuidado
- () Aprimorar a alimentação dos sistemas de informação para auxiliar nas ações de monitoramento e avaliação
- () Outro (especifique)

47. Destaque os 3 principais desafios a serem superados no que tange a qualificação do Planejamento em Saúde.

- () Qualificação das equipes gestoras municipais para prática do planejamento em saúde
- () Implantação de sistemas de informação para a tomada de decisão
- () Fortalecimento do uso do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão Anual do SUS (SARGSUS) com aprimoramento para desenvolvimento de ferramenta eletrônica para a construção do plano de saúde
- () Uso dos indicadores de saúde na construção dos instrumentos de planejamento
- () Implementar processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde
- () Fortalecimento de agendas regionais (CIR) para a prática do planejamento regional
- () Fortalecimento das equipes regionais para apoio ao processo de planejamento local/regional
- () Maior apoio da SES no desenvolvimento de instrumentos e metodologia para a qualificação do planejamento em saúde
- () Maior participação do MS no apoio ao uso de instrumentos e metodologia vinculada a qualificação do planejamento em saúde
- () Integração das práticas de planejamento com monitoramento e avaliação das ações da gestão para a qualificação da tomada de decisão
- () Outro (especifique)

48. Destaque os 3 principais desafios a serem superados para o fortalecimento da Gestão e Regionalização da Saúde.

- () Fortalecimento das CIR como instâncias de planejamento e pactuação no âmbito regional
- () Fortalecimento das ações de Avaliação, Controle e Auditoria
- () Disponibilização por parte da SES, de recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida no intuito de fortalecer o processo de regionalização

- ☐ Fortalecimento da Regionalização como estratégia de qualificação da descentralização e melhoria do acesso
- ☐ Ampliação dos recursos financeiros tendo como base as diferenças regionais
- ☐ Aprimoramento e integração das práticas interfederativas na CIB e CIT, objetivando a construção de uma agenda de pactuação regional
- ☐ Maior apoio técnico e financeiro do MS para a construção das práticas de gestão do SUS
- ☐ Implementação do COAP como ferramenta de pactuação e melhoria da gestão do SUS
- ☐ Implementação dos critérios de rateio, cumprindo o disposto na Lei 141 e garantindo uma distribuição equitativa dos recursos
- ☐ Fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação como forma de aprimorar a tomada de decisão no âmbito da gestão regional
- ☐ Outro (especifique)

49. Destaque os 3 principais desafios a serem superados para o fortalecimento do Controle Social.

- ☐ Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS
- ☐ Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde
- ☐ Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional
- ☐ Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde
- ☐ Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS
- ☐ Implementar ouvidoria municipal, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS
- ☐ Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral

- () Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os das discussões inerentes à gestão e das instâncias de controle social da saúde
- () Maior apoio da SES na implantação das políticas de equidade e capacitação de conselheiros
- () Maior apoio do MS na implantação das políticas de equidade e capacitação de conselheiros
- () Outro (especifique)

50. Destaque os 3 principais desafios a serem superados para o fortalecimento da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

- () Implementação e pactuação de diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal
- () Estabelecimento de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores objetivando a melhoria da oferta de serviços e a valorização dos trabalhadores
- () Implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local
- () Adoção de vínculos de trabalho que possam garantir os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores, conforme legislação vigente
- () Promoção e desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho
- () Parceria com a SES para desenvolver estudos que possam apontar estratégias de financiamento tripartite visando a fixação de profissionais de saúde
- () Maior apoio do Ministério da Saúde no sentido de garantir a formação, qualificação e fixação dos profissionais de saúde

() Implementação das ações voltadas para as práticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores da saúde, no âmbito municipal

() Promoção de cooperação com o estado, com os municípios da região e com o MS, visando a organização de processos conjuntos de educação permanente em saúde

() Promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde

() Outro (especifique)

51. Destaque os 3 principais desafios a serem superados no que tange a Judicialização no SUS.

() Ampliar o conhecimento do órgão de controle sobre a dinâmica da gestão das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS

() Construir uma agenda proativa com TCU, CGU e MP e Auditoria do SUS

() Fortalecimento das ações da Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica do SUS (CONITEC) possibilitando o uso dos seus trabalhos para orientar a incorporação tecnológica

() Estabelecimento de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores objetivando a melhoria da oferta de serviços e a valorização dos trabalhadores

() Desenvolvimento de sistema informatizado para acompanhamento das ações judiciais

() Estruturação de equipe multiprofissional especializada, com infraestrutura adequada para o cumprimento das ações judiciais

() Qualificação das ações de regulação reduzindo a aquisição de forma judicializada de medicamentos e insumos que ainda não possuem registro da

ANVISA e/ou atesto da Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica do SUS (CONITEC)

() Maior participação da SES na construção de agendas com o poder judiciário apoiando nas ações de mediação

() Maior apoio do Ministério da Saúde no sentido apoiar em ações de desenvolvimento de sistemas informatizados, organização de processo de capacitação e organização de ciclos de discussão com o poder judiciário

() Construir agenda tripartite junto ao Conselho Nacional de Justiça para organizar processo de formação de gestores na adoção de medidas alternativas a judicialização

() Outro (especifique)

52. Destaque os 3 principais desafios a serem superados para o fortalecimento do Financiamento do SUS.

() Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos

() Aprimorar o marco regulatório da saúde suplementar, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão/usuário

() Melhorar o padrão de gasto, observar os critérios de rateio dos recursos da União para os estados e dos estados para os municípios na forma da LC nº 141/2012() Ampliar o financiamento da Atenção Básica com a participação do Estado

() Garantir financiamento tripartite para estruturação e apoio ao funcionamento das Redes de Atenção à Saúde

() Instituir um processo de financiamento com base nas necessidades de saúde da população, com ênfase nas ações e serviços organizados de forma regional

() Promover ampla revisão normativa que garanta flexibilidade no uso dos recursos, guardando a observância às necessidades de saúde e a execução das ações e serviços

() Ampliar o financiamento da Atenção Básica com maior participação da União

- () Revisar a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), visando eliminar as dificuldades na contratação de força de trabalho para o Sistema Único de Saúde
- () Instituir novas modalidades de repasse de recursos, induzindo linhas de cuidado integral para acesso às especialidades
- () Outro (especifique)

53. Com base em sua experiência como você avalia o grau de implementação dos princípios e doutrinas do SUS.

	Implementado	Medianamente Implementado	Pouco Implementado	Não Implementado
Universalidade	()	()	()	()
Equidade	()	()	()	()
Integralidade	()	()	()	()
Descentralização	()	()	()	()
Hierarquização	()	()	()	()
Regionalização	()	()	()	()
Participação Social	()	()	()	()
Complementariedade do Setor Privado	()	()	()	()

54. Assinale o grau de influência dos atores sociais e entidades sobre suas ações no cotidiano da gestão.

	muito influente	influyente	medianamente influente	pouco influente	nenhuma influência
Associações Comunitárias	()	()	()	()	()
Vereadores	()	()	()	()	()
Instituições religiosas	()	()	()	()	()
Prefeito	()	()	()	()	()
Imprensa	()	()	()	()	()

Ministério da Saúde	()	()	()	()	()
Secretaria de Estado	()	()	()	()	()
Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS	()	()	()	()	()
Conselho Municipal de Saúde - CMS	()	()	()	()	()
Poder Judiciário	()	()	()	()	()

55. Destaque o grau de importância das situações descritas abaixo, na definição de suas ações como gestor municipal.

	muito influente	influyente	medianamente influente	pouco influente	nenhuma influência
Propostas oriundas do CMS	()	()	()	()	()
Demanda dos vereadores	()	()	()	()	()
Solicitações e demandas da Ouvidoria	()	()	()	()	()
Vereadores Relatórios de Auditoria	()	()	()	()	()
Demandas de outras instâncias (CIB/CIT)	()	()	()	()	()
Agendas discutidas na CIR	()	()	()	()	()
Matérias veiculadas na imprensa	()	()	()	()	()

Agenda organizada pelo MS	()	()	()	()	()
Agenda organizada pela SES	()	()	()	()	()
Discussões com o Poder Judiciário	()	()	()	()	()

56. Destaque o grau de resistência dos atores no tocante ao desenvolvimento das ações de sua gestão.

	muito resistente	resistente	medianamente resistente	pouco resistente	nenhuma resistência
Associações Comunitárias	()	()	()	()	()
Associações da Sociedade Civil	()	()	()	()	()
Conselho Municipal de Saúde	()	()	()	()	()
Instituições religiosas	()	()	()	()	()
Imprensa	()	()	()	()	()
Prestadores de Serviços	()	()	()	()	()
Secretaria de Estado	()	()	()	()	()
Servidores Públicos	()	()	()	()	()
Outros secretários de Governo	()	()	()	()	()
Outros (especifique)					

57. Destaque o grau de apoio oferecido pelas entidades/instituições a sua gestão.

	Apoia amplamente	Apoia medianamente	Apoia pouco	Nenhum apoio
Associações Comunitárias	()	()	()	()
Associações da Sociedade Civil	()	()	()	()
Conselho Municipal de Saúde	()	()	()	()
Instituições religiosas	()	()	()	()
Imprensa	()	()	()	()
Ministério da Saúde	()	()	()	()
Prestadores de Serviços	()	()	()	()
Secretaria de Estado	()	()	()	()
Servidores Públicos	()	()	()	()
Vereadores	()	()	()	()
Outros secretários de Governo	()	()	()	()
Outros (especifique)				

58. Tomando como base sua experiência como você avalia o acesso da população aos seguintes serviços de saúde.

	Plenamente acessível	Acessível	Medianamente acessível	Pouco acessível	Inacessível
Ambulatório de Especialidades	()	()	()	()	()
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	()	()	()	()	()
Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	()	()	()	()	()

Hospitais de Pequeno Porte - HPP	()	()	()	()	()
Laboratórios e Serviços de Imagem	()	()	()	()	()
Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF	()	()	()	()	()
Tratamento Fora Domicílio - TFD	()	()	()	()	()
Serviços de Urgência e Emergência - SAMU	()	()	()	()	()
Unidades Básicas de Saúde - UBS	()	()	()	()	()
Unidades de Pronto Atendimento de Saúde - UPAS	()	()	()	()	()

59. Tomando como base sua experiência, como você avalia o grau de acesso da população as ações e insumos de saúde destacados abaixo.

	Plenamente acessível	Acessível	Medianamente acessível	Pouco acessível	Inacessível
Atendimento Fisioterapêutico	()	()	()	()	()
Cirurgia Cardíaca	()	()	()	()	()
Cirurgia Ortopédica	()	()	()	()	()

Consulta oftalmológica	()	()	()	()	()
Exame de Mamografia	()	()	()	()	()
Exame de Citologia	()	()	()	()	()
Exame de Raio X	()	()	()	()	()
Exames laboratoriais básicos (urina, fezes e sangue)	()	()	()	()	()
Medicamentos básicos	()	()	()	()	()
Medicamentos especializados	()	()	()	()	()

60. Destaque as 3 principais ações que devem ser implementadas pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS no ciclo de gestão 2017 - 2020.

- () Implantar a estratégia do apoio institucional por meio dos apoiadores
- () Fortalecer as ações regionais do Conselho de Secretários de Saúde COSEMS
- () Auxiliar os gestores no diálogo com os órgãos de controle e com o poder judiciário
- () Realizar oficinas e cursos sobre temas prioritários aproveitando a semana das reuniões da CIR
- () Melhorar o sistema de comunicação com os municípios, auxiliando assim na tomada de decisão
- () Apoiar as ações de implementação das Redes de Atenção no âmbito das Regiões de Saúde
- () Construir agenda integrada com a SES para fortalecer as práticas de gestão objetivando a implementação da Regionalização

() Fortalecer o diálogo com o Ministério da Saúde na perspectiva de ampliar a capacidade dos gestores municipais em torno das práticas de planejamento, monitoramento e avaliação

() Trabalhar em prol da definição dos critérios de rateio estabelecidos na Lei 141/12 propiciando a divisão equânime dos recursos financeiros do SUS

() Apoiar os municípios na discussão de temas vinculados a gestão do trabalho e educação na saúde, com ênfase na fixação de profissionais e qualificação das equipes gestoras

() Outro (especifique)

61. Destaque as 3 principais ações que a Secretaria Estadual de Saúde deve implementar para o ciclo de gestão 2017 – 2020.

() Melhorar a infraestrutura das CIR para possibilitar uma ação integrada dos gestores municipais.

() Implementar um amplo processo de capacitação dos gestores municipais

() Ampliar o apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso a população

() Investir nas práticas de contratualização de serviços e da gestão na perspectiva de fortalecer a governança regional

() Apoiar os gestores municipais na construção dos instrumentos de gestão (Plano Municipal, Relatório de Gestão e Programação Anual de Saúde)

() Investir na melhoria do acesso a consultas, internações, exames e medicamentos em quantidade e qualidade

() Construir agenda integrada com a SES para fortalecer as práticas de gestão objetivando a implementação da Regionalização

() Fortalecer o diálogo com o Ministério da Saúde na perspectiva de fortalecer e ampliar a capacidade dos gestores municipais em torno das práticas de planejamento, monitoramento e avaliação

() Trabalhar em prol da definição dos critérios de rateio estabelecidos na Lei 141/12 propiciando a divisão equânime dos recursos financeiros do SUS

() Apoiar os municípios na discussão de temas vinculados a gestão do trabalho e educação na saúde, com ênfase na fixação de profissionais e qualificação das equipes gestoras

() Outro (especifique)

--

62. Destaque as 3 principais ações que o Ministério da Saúde deve implementar para o ciclo de gestão 2017 - 2020.

() Investir na reestruturação dos núcleos do MS nos estados para ampliar o apoio aos gestores municipais

() Ampliar o apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso a população

() Investir na melhoria dos sistemas de informação para auxiliar os gestores na tomada de decisão

() Apoiar os gestores municipais na construção dos instrumentos de gestão (Plano Municipal, Relatório de Gestão e Programação Anual de Saúde)

() Construir agenda integrada com a SES para fortalecer as práticas de gestão objetivando a implementação da Regionalização

() Fortalecer o diálogo com os órgãos de controle e o poder judiciário visando a mediação de temas afetos a judicialização da saúde

() Trabalhar em prol da definição dos critérios de rateio estabelecidos na Lei 141/12 propiciando a divisão equânime dos recursos financeiros do SUS

() Apoiar os municípios na discussão de temas vinculados a gestão do trabalho e educação na saúde, com ênfase na fixação de profissionais e qualificação das equipes gestoras

() Investir nas práticas de contratualização de serviços e da gestão, na perspectiva fortalecer a governança regional

() Ampliar o apoio as ações de atenção básica e vigilância em saúde, objetivando fortalecer a ações da porta de entrada do sistema de saúde

() Outro (especifique)

63. Avalie o questionário de pesquisa em relação aos quesitos relacionados abaixo:

	Escalas (0 a 10)
Abrangência do tema	
Acesso ao link do questionário	
Compreensão das perguntas	
Conteúdo abordado	
Objetividade das perguntas	
Organização do questionário	

Utilize o campo abaixo para fazer comentários sobre o questionário de pesquisa.

QUESTIONÁRIO 2- PESQUISA NACIONAL COM GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE: CICLO DE GESTÃO 2017-2020

1. Qual seu nome completo?

2. Qual seu e-mail e nº celular/WhatsApp?

3. Após a leitura da carta de apresentação da pesquisa e do TCLE, assinalo a seguir minha decisão:

- () Concordo em participar da pesquisa
() Não concordo em participar da pesquisa

4. Qual a UF do município onde você exerce o cargo de gestor?

5. Qual o nome do Município onde você exerce o cargo de gestor?

6. A qual Região de Saúde este município pertence?

7. Durante esse período de gestão foi gestor de outro município além do indicado na questão 5 acima?

- () Não
() Sim, fui gestor de apenas mais um município
() Sim, fui gestor de dois outros municípios
() Sim, fui gestor de três outros municípios
() Sim, fui gestor de mais de três outros municípios

8. Qual o sexo?

- () Masculino () Feminino
() Outro (especifique)

9. Qual sua faixa-etária?

- () até 30 anos
() 31 a 40 anos
() 41 a 50 anos

☐ 51 a 60 anos

☐ mais de 60 anos

10. Qual sua cor ou raça/etnia?

☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena

11. Qual sua escolaridade?

☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo

☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo

☐ Superior incompleto ☐ Superior completo ☐ Especialização

☐ Mestrado ☐ Doutorado

12. Qual o nome do Município e da UF de Residência?

☐ O mesmo que exerce o cargo de gestor

☐ Outro (especifique)

13. Você fez parte da diretoria do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS durante esse ciclo de gestão?

☐ Sim ☐ Não

14. Você fez parte da diretoria do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS neste período?

☐ Sim ☐ Não

15. Com base nos itens abaixo destaque os atributos que lhe ajudaram a permanecer a frente da gestão até o presente momento.

	Muito importante	Importante	Relevante	Pouco importante	Irrelevante
Capacidade e liderança	()	()	()	()	()
Experiência em gestão	()	()	()	()	()
Confiança pessoal	()	()	()	()	()
Indicação política	()	()	()	()	()
Desempenho gerencial	()	()	()	()	()
Indicação de categoria profissional	()	()	()	()	()
Parentesco	()	()	()	()	()
Vínculo com entidade sindical	()	()	()	()	()
Competência técnica	()	()	()	()	()
Não ser da área da saúde	()	()	()	()	()

16. Como você avalia a sua participação nas reuniões da CIR?

- () Participo regularmente
- () Participo de eventualmente
- () Não participo devido a outros afazeres da gestão
- () Não priorizo esta agenda
- () Prefiro não responder
- () Outro (especifique)

17. Como você avalia sua participação nas reuniões da CIB?

- ☐ Participo regularmente
- ☐ Participo de eventualmente
- ☐ Não participo devido a outros afazeres da gestão
- ☐ Não priorizo esta agenda
- ☐ Prefiro não responder
- ☐ Outro (especifique)

18. Como você avalia o funcionamento da Comissão Intergestores Regional (CIR)?

- ☐ Espaço de gestão e pactuação avançada sem necessidade de aprimoramento
- ☐ Espaço de gestão e pactuação com necessidade de poucas mudanças
- ☐ Espaço de gestão e pactuação incipiente com necessidade de mudanças
- ☐ Espaço de gestão e pactuação muito frágil, necessitando de muitas mudanças
- ☐ Prefiro não responder
- ☐ Outro (especifique)

20. Como você avalia o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)?

- ☐ Espaço de gestão e pactuação avançada sem necessidade de aprimoramento
- ☐ Espaço de gestão e pactuação com necessidade de poucas mudanças
- ☐ Espaço de gestão e pactuação incipiente com necessidade de mudanças
- ☐ Espaço de gestão e pactuação muito frágil, necessitando de muitas mudanças
- ☐ Prefiro não responder
- ☐ Outro (especifique)

21. Como você avalia o funcionamento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)?

- () Espaço de gestão e pactuação avançada sem necessidade de aprimoramento
- () Espaço de gestão e pactuação com necessidade de poucas mudanças
- () Espaço de gestão e pactuação incipiente com necessidade de mudanças
- () Espaço de gestão e pactuação muito frágil, necessitando de muitas mudanças
- () Prefiro não responder
- () Outro (especifique)

22. Como você avalia a sua participação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde durante o seu período de gestão?

- () Participo regularmente
- () Participo eventualmente
- () Não participo devido a outros afazeres da gestão
- () Não priorizo esta agenda
- () Prefiro não responder
- () Outro (especifique)

23. Quais meios são empregados pelo Conselho Municipal de Saúde para tornar público o conteúdo de suas reuniões?

	SIM	NÃO
Disponibilização das atas impressas na sede do CMS	()	()
Publicação em diário oficial	()	()
Meios de Comunicação (rádio, jornais, TV)	()	()
Audiências Públicas	()	()
Página do CMS na internet	()	()
Redes sociais	()	()
Gravação e divulgação de vídeo e/ou áudio	()	()

Caso existam outras formas de divulgação além das elencadas a cima cite aqui.

24. Destaque os canais de comunicação entre a gestão e o Conselho Municipal de Saúde durante o seu período de gestão?

	SIM	NÃO
Reuniões mensais de monitoramento do planejamento em saúde	()	()
Reuniões trimestrais de monitoramento do planejamento em saúde	()	()
Reuniões para tratar de demandas imediatas de necessidade da população	()	()
Acolhimento de reclamações da população por meio de atendimento telefônico	()	()
Comunicação por meio de grupo de WhatsApp para as demandas urgentes	()	()
Outro (especifique)		

25. Qual sua percepção em relação a capacitação/preparação dos conselheiros municipais de saúde para exercício do cargo?

- () Todos demonstram capacidade e preparação para o exercício do cargo
- () Alguns demonstram capacidade e preparação para o exercício do cargo
- () A maioria demonstra precisar de formação/capacitação para o exercício do cargo
- () Todos demonstram precisar de formação/capacitação para o exercício do cargo

26. Com base nas questões anteriores sobre o Conselho Municipal Saúde, como você avalia o seu funcionamento?

- () Espaço de participação e controle social avançado sem necessidade de aprimoramento
- () Espaço de participação e controle social em estruturação com necessidade de poucas mudanças
- () Espaço de participação e controle social incipiente com necessidade de mudanças

() Espaço de participação e controle social muito frágil, necessitando de muitas mudanças

() Prefiro não responder

27. Qual a sua percepção sobre a atuação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde-CONASEMS durante o seu período de gestão?

() Atua de maneira eficiente em defender a gestão municipal

() Realiza um bom trabalho mobilizando o gestor municipal

() Atua ainda de forma incipiente no processo de representação municipal

() Tem muita dificuldade em representar de forma sistemática os municípios

() Prefiro não responder

28. Com base em sua experiência como você avalia o grau de implementação dos princípios e doutrinas do SUS.

	Implementado	Medianamente Implementado	Pouco Implementado	Não Implementado
Universalidade	()	()	()	()
Equidade	()	()	()	()
Integralidade	()	()	()	()
Descentralização	()	()	()	()
Hierarquização	()	()	()	()
Regionalização	()	()	()	()
Participação Social	()	()	()	()
Complementariedade do Setor Privado	()	()	()	()

29. Destaque o grau de dificuldade de enfrentamento dos desafios destacados abaixo no que tange a Atenção Básica durante o ciclo de gestão (2017-2020).

	Muito fácil	Fácil	Mediano	Difícil	Muito Difícil
--	-------------	-------	---------	---------	---------------

Fixação de Médicos	()	()	()	()	()
Implementação dos sistemas de informação	()	()	()	()	()
Melhoria da infraestrutura das unidades de saúde	()	()	()	()	()
Garantia de insumos e medicamentos	()	()	()	()	()
Efetivação da contrapartida do Estado	()	()	()	()	()
Qualificação do processo de trabalho das equipes de saúde	()	()	()	()	()
Melhoria das práticas de trabalho dos ACS	()	()	()	()	()
Adoção regular das práticas de planejamento	()	()	()	()	()
Desenvolver práticas de integração entre ações de vigilância em saúde e atenção básica	()	()	()	()	()
Aprimorar a alimentação dos sistemas de informação para auxiliar nas ações de monitoramento e avaliação	()	()	()	()	()

30. Destaque o grau de dificuldade de enfrentamento dos desafios destacados abaixo no que tange ao acesso a Média e Alta Complexidade.

	Muito fácil	Fácil	Mediano	Difícil	Muito Difícil
Organização dos serviços de forma regionalizada	()	()	()	()	()
Garantia de consultas, exames e internações em quantidade e qualidade	()	()	()	()	()
Implantação da Programação Geral das ações e Serviços de Saúde (PGASS)	()	()	()	()	()

Fortalecimento das Redes de Atenção por meio de uma agenda tripartite	()	()	()	()	()
Garantia de mais recursos por parte do Ministério da Saúde	()	()	()	()	()
Maior apoio técnico e financeiro da SES	()	()	()	()	()
Implantação da Regulação e Controle (Central de Regulação)	()	()	()	()	()
Garantia de profissionais especializados em quantidade e qualidade	()	()	()	()	()
Fortalecimento da Atenção Básica como ordenadora do cuidado	()	()	()	()	()
Aprimorar a alimentação dos sistemas de informação para auxiliar nas ações de monitoramento e avaliação	()	()	()	()	()

31. Destaque o grau de dificuldade de enfrentamento dos desafios destacados abaixo no que tange a qualificação do Planejamento em Saúde.

	Muito fácil	Fácil	Mediano	Difícil	Muito Difícil
Qualificação das equipes gestoras municipais para prática do planejamento em	()	()	()	()	()
Implantação de sistemas de Informação para a tomada de decisão	()	()	()	()	()
Fortalecimento do uso do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão Anual do SUS (SARGSUS) com aprimoramento para desenvolvimento de ferramenta eletrônica	()	()	()	()	()

para a construção do plano de saúde					
Uso dos indicadores de saúde na construção dos instrumentos de planejamento	()	()	()	()	()
Implementar processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde	()	()	()	()	()
Fortalecimento de agendas regionais (CIR) para a prática do planejamento regional	()	()	()	()	()
Fortalecimento das equipes regionais para apoio ao processo de planejamento local/regional	()	()	()	()	()
Maior apoio da SES no desenvolvimento de instrumentos e metodologia para a qualificação do planejamento em saúde	()	()	()	()	()
Maior participação do MS no apoio ao uso de instrumentos e metodologia vinculada a qualificação do planejamento em saúde	()	()	()	()	()
Integração das práticas de planejamento com monitoramento e avaliação das ações da gestão para a qualificação da tomada de decisão	()	()	()	()	()

32. Destaque o grau de dificuldade de enfrentamento dos desafios destacados abaixo no que tange ao fortalecimento da Gestão e Regionalização da Saúde.

	Muito fácil	Fácil	Mediano	Difícil	Muito Difícil
Fortalecimento das CIR como instâncias de planejamento e pactuação no âmbito regional	()	()	()	()	()
Fortalecimento das ações de Avaliação, Controle e Auditoria	()	()	()	()	()
Disponibilização por parte da SES, de recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida no intuito de fortalecer o processo de regionalização	()	()	()	()	()
Fortalecimento da Regionalização como estratégia de qualificação da descentralização e melhoria do acesso	()	()	()	()	()
Ampliação dos recursos financeiros tendo como base as diferenças regionais	()	()	()	()	()
Aprimoramento e integração das práticas interfederativas na CIB e CIT, objetivando a construção de uma agenda de pactuação regional	()	()	()	()	()
Maior apoio técnico e financeiro do MS para a construção das práticas de gestão do SUS	()	()	()	()	()
Implementação do COAP como ferramenta de pactuação e melhoria da gestão do SUS	()	()	()	()	()
Implementação dos critérios de rateio,	()	()	()	()	()

cumprindo o disposto na Lei 141 e garantindo uma distribuição equitativa dos recursos					
Fortalecimento das práticas monitoramento e avaliação como forma de aprimorar a tomada de decisão no âmbito da gestão regional	()	()	()	()	()

33. Destaque o grau de dificuldade de enfrentamento dos desafios destacados abaixo no que tange ao fortalecimento do Controle Social.

	Muito fácil	Fácil	Mediano	Difícil	Muito Difícil
Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS	()	()	()	()	()
Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde	()	()	()	()	()
Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional	()	()	()	()	()
Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde	()	()	()	()	()
Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS	()	()	()	()	()
Implementar ouvidoria municipal, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS	()	()	()	()	()

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral	()	()	()	()	()
Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os das discussões inerentes à gestão e das instâncias de controle social da saúde	()	()	()	()	()
Maior apoio da SES na implantação das políticas de equidade e capacitação de conselheiros	()	()	()	()	()
Maior apoio do MS na implantação das políticas de equidade e capacitação de conselheiros	()	()	()	()	()

34. Destaque o grau de dificuldade de enfrentamento dos desafios destacados abaixo no que tange ao fortalecimento da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

	Muito fácil	Fácil	Mediano	Difícil	Muito Difícil
Implementação e pactuação de diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal	()	()	()	()	()
Estabelecimento de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores objetivando a melhoria da oferta de serviços e a	()	()	()	()	()

valorização dos trabalhadores					
Implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local	()	()	()	()	()
Adoção de vínculos de trabalho que possam garantir os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores, conforme legislação vigente	()	()	()	()	()
Promoção e desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho	()	()	()	()	()
Parceria com a SES para desenvolver estudos que possam apontar estratégias de financiamento tripartite visando a fixação de profissionais de saúde	()	()	()	()	()
Maior apoio do Ministério da Saúde no sentido de garantir a formação, qualificação e fixação dos profissionais de saúde	()	()	()	()	()
Implementação das ações voltadas para as práticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores da saúde, no âmbito municipal	()	()	()	()	()
Promoção de cooperação com o estado, com os	()	()	()	()	()

municípios da região e com o MS, visando a organização de processos conjuntos de educação permanente em saúde					
Promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde	()	()	()	()	()

35. Destaque o grau de dificuldade de enfrentamento dos desafios destacados abaixo no que tange a Judicialização no SUS.

	Muito fácil	Fácil	Mediano	Difícil	Muito Difícil
Ampliar o conhecimento do órgão de controle sobre a dinâmica da gestão das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS	()	()	()	()	()
Construir uma agenda proativa com TCU, CGU e MP e Auditoria do SUS	()	()	()	()	()
Fortalecimento das ações da Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica do SUS (CONITEC) possibilitando o uso dos seus trabalhos para orientar a incorporação tecnológica	()	()	()	()	()
Estabelecimento de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores objetivando a melhoria	()	()	()	()	()

da oferta de serviços e a valorização dos trabalhadores					
Desenvolvimento de sistema informatizado para acompanhamento das ações judiciais	()	()	()	()	()
Estruturação de equipe multiprofissional especializada, com infraestrutura adequada para o cumprimento das ações judiciais	()	()	()	()	()
Qualificação das ações de regulação reduzindo a aquisição de forma judicializada de medicamentos e insumos que ainda não possuem registro da ANVISA e/ou atesto da Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica do SUS (CONITEC)	()	()	()	()	()
Maior participação da SES na construção de agendas com o poder judiciário apoiando nas ações de mediação	()	()	()	()	()
Maior apoio do Ministério da Saúde no sentido apoiar em ações de desenvolvimento de sistemas informatizados, organização de processo de capacitação e organização de ciclos de discussão com o poder judiciário	()	()	()	()	()
Construir agenda tripartite junto ao Conselho Nacional de Justiça para organizar processo de formação de gestores na adoção	()	()	()	()	()

de medidas alternativas a judicialização					
--	--	--	--	--	--

36. Destaque o grau de dificuldade de enfrentamento dos desafios destacados abaixo no que tange ao fortalecimento do Financiamento do SUS.

	Muito fácil	Fácil	Mediano	Difícil	Muito Difícil
Aprimorar o marco regulatório da saúde suplementar, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão/usuário	()	()	()	()	()
Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos	()	()	()	()	()
Melhorar o padrão de gasto, observar os critérios de rateio dos recursos da União para os estados e dos estados para os municípios na forma da LC nº 141/2012	()	()	()	()	()
Ampliar o financiamento da Atenção Básica com a participação do Estado	()	()	()	()	()
Garantir financiamento tripartite para estruturação e apoio ao funcionamento das Redes de Atenção à Saúde	()	()	()	()	()
Instituir um processo de financiamento com base nas necessidades de saúde da população,	()	()	()	()	()

com ênfase nas ações e serviços organizados de forma regional					
Promover ampla revisão normativa que garanta flexibilidade no uso dos recursos, guardando a observância às necessidades de saúde e a execução das ações e serviços	()	()	()	()	()
Ampliar o financiamento da Atenção Básica com maior participação da União	()	()	()	()	()
Revisar a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), visando eliminar as dificuldades na contratação de força de trabalho para o Sistema Único de Saúde	()	()	()	()	()
Instituir novas modalidades de repasse de recursos, induzindo linhas de cuidado integral para acesso às especialidades	()	()	()	()	()

37. Assinale o grau de influência dos atores sociais e entidades sobre suas ações durante sua gestão.

	muito influente	influyente	medianamente influente	pouco influente	nenhuma influência
Associações Comunitárias	()	()	()	()	()
Vereadores	()	()	()	()	()
Instituições religiosas	()	()	()	()	()
Prefeito	()	()	()	()	()
Imprensa	()	()	()	()	()
Ministério da Saúde	()	()	()	()	()

Secretaria de Estado	()	()	()	()	()
Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS	()	()	()	()	()
Conselho Municipal de Saúde - CMS	()	()	()	()	()
Poder Judiciário	()	()	()	()	()

38. Destaque o grau de importância das situações descritas abaixo, na definição de suas ações durante seu período de gestão.

	muito influente	influyente	medianamente influente	pouco influente	nenhuma influência
Propostas oriundas do CMS	()	()	()	()	()
Demanda dos vereadores	()	()	()	()	()
Solicitações e demandas da Ouvidoria	()	()	()	()	()
Vereadores Relatórios de Auditoria	()	()	()	()	()
Demandas de outras instâncias (CIB/CIT)	()	()	()	()	()
Agendas discutidas na CIR	()	()	()	()	()
Matérias veiculadas na imprensa	()	()	()	()	()
Agenda organizada pelo MS	()	()	()	()	()

Agenda organizada pela SES	()	()	()	()	()
Discussões com o Poder Judiciário	()	()	()	()	()

39. Destaque o grau de resistência dos atores no tocante ao desenvolvimento das ações durante sua gestão.

	muito resistente	resistente	medianamente resistente	pouco resistente	nenhuma resistência
Associações Comunitárias	()	()	()	()	()
Associações da Sociedade Civil	()	()	()	()	()
Conselho Municipal de Saúde	()	()	()	()	()
Instituições religiosas	()	()	()	()	()
Imprensa	()	()	()	()	()
Prestadores de Serviços	()	()	()	()	()
Secretaria de Estado	()	()	()	()	()
Servidores Públicos	()	()	()	()	()
Outros secretários de Governo	()	()	()	()	()

40. Destaque o grau de apoio oferecido pelas entidades/instituições durante sua gestão.

	Apoia amplamente	Apoia medianamente	Apoia pouco	Nenhum apoio
--	------------------	--------------------	-------------	--------------

Associações Comunitárias	()	()	()	()
Associações da Sociedade Civil	()	()	()	()
Conselho Municipal de Saúde	()	()	()	()
Instituições religiosas	()	()	()	()
Imprensa	()	()	()	()
Ministério da Saúde	()	()	()	()
Prestadores de Serviços	()	()	()	()
Secretaria de Estado	()	()	()	()
Servidores Públicos	()	()	()	()
Vereadores	()	()	()	()
Outros secretários de Governo	()	()	()	()

41. Tomando como base sua experiência como você avalia o acesso da população aos seguintes serviços de saúde.

	Plenamente acessível	Acessível	Medianamente acessível	Pouco acessível	Inacessível
Ambulatório de Especialidades	()	()	()	()	()
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	()	()	()	()	()
Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	()	()	()	()	()

Hospitais de Pequeno Porte - HPP	()	()	()	()	()
Laboratórios e Serviços de Imagem	()	()	()	()	()
Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF	()	()	()	()	()
Tratamento Fora Domicílio - TFD	()	()	()	()	()
Serviços de Urgência e Emergência - SAMU	()	()	()	()	()
Unidades Básicas de Saúde - UBS	()	()	()	()	()
Unidades de Pronto Atendimento de Saúde - UPAS	()	()	()	()	()

42. Tomando como base sua experiência, como você avalia o grau de acesso da população as ações e insumos de saúde destacados abaixo.

	Plenamente acessível	Acessível	Medianamente acessível	Pouco acessível	Inacessível
Atendimento Fisioterapêutico	()	()	()	()	()
Cirurgia Cardíaca	()	()	()	()	()
Cirurgia Ortopédica	()	()	()	()	()
Consulta oftalmológica	()	()	()	()	()
Exame de Mamografia	()	()	()	()	()
Exame de Citologia	()	()	()	()	()

Exame de Raio X	()	()	()	()	()
Exames laboratoriais básicos (urina, fezes e sangue)	()	()	()	()	()
Medicamentos básicos	()	()	()	()	()
Medicamentos especializados	()	()	()	()	()

43. Destaque as 3 **principais** formas, instrumentos e mecanismos para captar informações e/ou demandas para a gestão.

- () Agendas e temas debatidos no Conselho Municipal de Saúde
- () Demandas da Ouvidoria
- () Demandas oriundas das sessões na câmara de vereadores
- () Formulários colocados nas unidades de saúde (caixa de sugestão)
- () Informações obtidos por intermédio dos meios de comunicação
- () Pesquisas de opinião realizadas nas unidades de saúde
- () Por meio das reuniões plenárias do Conselho Municipal de Saúde para prestamos contas das ações de saúde do município
- () Relatórios de auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS)
- () Relatórios oriundos das ações de vigilância em saúde
- () Utilizando a estrutura de murais na sede da secretaria municipal e nas unidades de saúde
- () Outro (especifique)

44. Que formas de divulgação você utiliza para informar a população sobre as ações e resultados de sua gestão? **Cite as 3 principais.**

- () Boletins e relatórios periódicos disponíveis em meio físico e eletrônico

- () Por meio de página da SMS na rede mundial de computadores
- () Em audiência pública feita quadrimestral e anualmente na câmara de vereadores
- () Em resposta às demandas da Ouvidoria do SUS que mantemos funcionando no município
- () Nas reuniões mensais do Conselho Municipal de Saúde abertas a população
- () Em participações sistemáticas nos meios de comunicação da cidade (rádio, televisão, redes sociais)
- () Por meio da Secretaria de Comunicação da Prefeitura que tem um programa de divulgação das ações do governo
- () Utilizando a estrutura de murais na sede da secretaria municipal e nas unidades de saúde
- () Por meio de plenárias de saúde feitas periodicamente com os conselheiros de saúde e as lideranças locais onde prestamos contas das nossas ações
- () Encaminhamos periodicamente as entidades dos usuários, prestadores e trabalhadores que atuam no Conselho Municipal de Saúde, relatórios e informes sobre as ações da gestão
- () Outro (especifique)

45. Como você avalia o grau de atuação do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – na Implementação das agendas listadas abaixo, para o ciclo de gestão 201 -2020.

	Atuou ativamente	Atuou medianamente	Atuou de forma incipiente	Foi indiferente	Não atuou
Implantar a estratégia do apoio institucional por meio dos apoiadores	()	()	()	()	()

Fortalecer as ações regionais do Conselho de Secretários de Saúde-COSEMS	()	()	()	()	()
Auxiliar os gestores no diálogo com os órgãos de controle e com o poder judiciário	()	()	()	()	()
Realizar oficinas e cursos sobre temas prioritários aproveitando a semana das reuniões da CIR	()	()	()	()	()
Melhorar o sistema de comunicação com os municípios, auxiliando assim na tomada de decisão	()	()	()	()	()
Apoiar as ações de implementação das Redes de Atenção no âmbito das Regiões de Saúde	()	()	()	()	()
Construir agenda integrada com a SES para fortalecer as práticas de gestão objetivando a	()	()	()	()	()

implementação da Regionalização					
Fortalecer o diálogo com o Ministério da Saúde na perspectiva de ampliar a capacidade dos gestores municipais em torno das práticas de planejamento, monitoramento e avaliação	()	()	()	()	()
Trabalhar em prol da definição dos critérios de rateio estabelecidos na Lei 141/12 propiciando a divisão equânime dos recursos financeiros do SUS	()	()	()	()	()
Apoiar os municípios na discussão de temas vinculados a gestão do trabalho e educação na saúde, com ênfase na fixação de profissionais e qualificação das equipes gestoras	()	()	()	()	()
Atuou de forma proativa no	()	()	()	()	()

enfrentamento a Pandemia					
--------------------------	--	--	--	--	--

46. Como você avalia o grau de atuação da Secretaria Estadual de Saúde – na implementação das agendas listadas abaixo, para o ciclo de gestão 2017 – 2020.

	Atuou ativamente	Atuou medianamente	Atuou de forma incipiente	Foi indiferente	Não atuou
Melhorou a infraestrutura das CIR para possibilitar uma ação integrada dos gestores municipais.	()	()	()	()	()
Implementou um amplo processo de capacitação dos gestores municipais	()	()	()	()	()
Ampliou o apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso a população	()	()	()	()	()
Investiu nas práticas de contratualização de serviços e da gestão na perspectiva de fortalecer a governança regional	()	()	()	()	()
Apoiou os gestores municipais na construção dos instrumentos de gestão (Plano Municipal,	()	()	()	()	()

Relatório de Gestão e Programação Anual de Saúde)					
Investiu na melhoria do acesso a consultas, internações, exames e medicamentos em quantidade e qualidade	()	()	()	()	()
Construiu agenda integrada com a SES para fortalecer as práticas de gestão objetivando a implementação da Regionalização	()	()	()	()	()
Fortaleceu o diálogo com o Ministério da Saúde na perspectiva de fortalecer e ampliar a capacidade dos gestores municipais em torno das práticas de planejamento, monitoramento e avaliação	()	()	()	()	()
Trabalhou em prol da definição dos critérios de rateio estabelecidos na Lei 141/12 propiciando a divisão equânime	()	()	()	()	()

dos recursos financeiros do SUS					
Apoiou os municípios na discussão de temas vinculados a gestão do trabalho e educação na saúde, com ênfase na fixação de profissionais e qualificação das equipes gestoras	()	()	()	()	()
Atuou de forma proativa no enfrentamento a Pandemia	()	()	()	()	()

47. Como você avalia o grau de atuação do Ministério da Saúde na implementação das agendas listadas abaixo, para o ciclo de gestão 2017 – 2020.

	Atuou ativamente	Atuou medianamente	Atuou de forma incipiente	Foi indiferente	Não atuou
Investiu na reestruturação dos núcleos do MS nos estados para ampliar o apoio aos gestores municipais	()	()	()	()	()
Ampliou o apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso a população	()	()	()	()	()
Investiu na melhoria dos sistemas de	()	()	()	()	()

informação para auxiliar os gestores na tomada de decisão					
Apoiou os gestores municipais na construção dos instrumentos de gestão (Plano Municipal, Relatório de Gestão e Programação Anual de Saúde)	()	()	()	()	()
Construiu agenda integrada com a SES para fortalecer as práticas de gestão objetivando a implementação da Regionalização	()	()	()	()	()
Fortaleceu o diálogo com os órgãos de controle e o poder judiciário visando a mediação de temas afetos a judicialização da saúde	()	()	()	()	()
Trabalhou em prol da definição dos critérios de rateio estabelecidos na Lei 141/12 propiciando a divisão equânime dos recursos	()	()	()	()	()

financeiros do SUS					
Apoiou os municípios na discussão de temas vinculados a gestão do trabalho e educação na saúde, com ênfase na fixação de profissionais e qualificação das equipes gestoras	()	()	()	()	()
Investiu nas práticas de contratualização de serviços e da gestão, na perspectiva de fortalecer a governança regional	()	()	()	()	()
Ampliou o apoio as ações de atenção básica e vigilância em saúde, objetivando fortalecer a ações da porta de entrada do sistema de saúde	()	()	()	()	()
Atuou de forma proativa no enfrentamento da pandemia	()	()	()	()	()

48. Destaque os 3 principais desafios enfrentados por você na produção de ações e serviços de saúde durante o enfrentamento a Covid-19?

() Disponibilização a testes diagnósticos

- () Ter equipe de profissionais de saúde capacitados para o enfrentamento da pandemia
- () Ter acesso a leitos com equipamentos adequados para internação de pessoas com Covid-19
- () Garantir equipamentos de proteção individual para os profissionais de saúde
- () Ter acesso e/ou desenvolver protocolos clínicos para o atendimento a pessoas com Covid-19
- () Informações contraditórias de autoridades do governo federal
- () Capacidade de produção de informações para a tomada de decisão
- () Produção de notícias falsas (Fake-News)
- () Adesão da população às medidas de isolamento

49. Classifique o Grau de apoio dos atores listados abaixo, considerando as estratégias implantadas para o combate à pandemia de Covid-19 em seu município.

	Apoiou totalmente	Apoio parcialmente	Apoiou	Apoiou de forma incipiente	Não apoiou
Ministério da Saúde	()	()	()	()	()
SES	()	()	()	()	()
Prefeito	()	()	()	()	()
Ministério Público	()	()	()	()	()
Profissionais de Saúde	()	()	()	()	()
Sindicato dos trabalhadores	()	()	()	()	()
Empresários	()	()	()	()	()
Meios de Comunicação	()	()	()	()	()
Vereadores	()	()	()	()	()
Conselheiros de Saúde	()	()	()	()	()

Imprensa	()	()	()	()	()
Entidades Religiosas	()	()	()	()	()

50. Houve repasse de recursos destinados ao combate da pandemia de COVID-19 para seu município?

() SIM () NÃO

51. Qual a proporção aproximada dos profissionais de saúde foi afastada do trabalho por suspeita ou confirmação de adoecimento por COVID-19?

() Menos de 10%

() Maior que 10% e Menor que 30%(

) Maior que 30% e Menor que 50%()

Maior que 50%

() Não sei responder

52. Com base nos itens abaixo, destaque o grau de importância dos atributos que você avalia que precisam ser observados pelos novos Prefeitos para a escolha dos novos Gestores Municipais.

	Muito importante	Importante	Relevante	Pouco importante
Capacidade e liderança	()	()	()	()
Experiência em Gestão	()	()	()	()
Confiança Pessoal	()	()	()	()
Indicação Política	()	()	()	()
Desempenho gerencial	()	()	()	()
Indicação de categoria profissional	()	()	()	()

Parentesco	()	()	()	()
Vínculo com entidade sindical	()	()	()	()
Competência Técnica	()	()	()	()
Não ser da área da saúde	()	()	()	()

53. Avalie o questionário de pesquisa em relação aos quesitos relacionados abaixo:

	Escalas (0 a 10)
Abrangência do tema	
Acesso ao link do questionário	
Compreensão das perguntas	
Conteúdo abordado	
Objetividade das perguntas	
Organização do questionário	

Utilize o campo abaixo para fazer comentários sobre o questionário de pesquisa.