

NAS MÃOS DE QUEM ESTÁ A GESTÃO DO SUS? Percepções dos gestores municipais sobre gerenciamento

WHO IN HANDS IS SUS MANAGEMENT? Perceptions of municipal managers on management

**Ezilaine Albino Monteiro Santos¹, Jacqueline Rodrigues do Carmo Cavalcante¹,
Marina Martins Souza Lima¹, Cristiane José Borges², Giulena Rosa Leite²,
Bruno Bordin Pelazza³, Ludmila Grego Maia⁴**

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar as percepções dos gestores municipais de saúde de uma Comissão Intergestora Regional do Estado de Goiás, sobre os instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida em uma região de saúde, a amostra foi constituída por nove gestores. Os resultados apontam predominância feminina na gestão do SUS. Quanto ao grau de escolaridade nota-se que 78% dos gestores possuem curso superior. A admissão ao cargo de gestor do sistema municipal de saúde ocorreu por meio de indicação política para 100% dos entrevistados. Os dados apresentados mostram que a gestão municipal do SUS é realizada, por indivíduos que embora a maioria tenha formação superior na área da saúde, o conhecimento ainda é incipiente e ineficiente, no que se refere à concepção do SUS e instrumentos básicos de gestão.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

This study had as goal to analyze the perceptions of the municipal health managers of a regional interagency committee of the State of Goiás, on the instruments of management of the Unified Health System (UHS). This is a descriptive study, with qualitative approach, developed in a health region and the sample was composed by nine managers. The study shows the female predominance in UHS management. Regarding the level of education, one note that 78% of the managers have higher education. The data showed that 100% of the managers said assume the position of the health municipal system management by means of political statement. Thus, the municipal management of the Unified Health System is often carried out by individuals, although most of them has higher education in health, with weak and inefficient knowledge regarding the design of UHS and basic management tools.

Descriptors: Unified Health System; Health Planning; Health Management.

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem na Universidade Federal de Goiás (UFG), Regional Jataí, GO, Brasil.

² Doutoranda pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Regional Jataí, GO, Brasil.

³ Doutorando pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil.

⁴ Doutoranda pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil.

Introdução

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) começou a se delimitar no final da década de 1970, sendo caracterizado pelo processo da reforma do Estado e ações do Movimento Sanitarista, que foram fatores preponderantes para impulsionar a 8ª Conferência Nacional de Saúde e consequentemente sua criação^{1,2,3}.

Assim, este Sistema tem por definição ser de caráter universal, integral além de garantir a todo cidadão brasileiro assistência à saúde como direito de cidadania, inclusão e justiça social, o qual o transformou em uma das principais conquistas da sociedade brasileira^{2,4,5}.

É sabido que o SUS vem passando por importantes mudanças, especialmente no processo de descentralização, sendo este princípio o que alavancou a municipalização e a regionalização⁶. Dentro desse processo, estabeleceu-se como responsabilidade dos municípios a gestão do sistema, onde foram inseridos instrumentos essenciais de gestão⁷. Assim, o surgimento da figura dos gestores de saúde, os colocou como sendo sujeitos fundamentais para a administração, organização e planejamento das ações e serviços de saúde em âmbito municipal, buscando alcançar a consolidação do sistema nacional de saúde⁸.

Desta forma, os gestores do SUS tem a função de condução de políticas públicas na área da saúde, com saberes e práticas necessárias para tomadas de decisões, controle, pactuações, negociações e planejamento que exigem interações com diversos grupos, comissões e com outros gestores, devendo agir de forma coerente, ética e planejada⁹.

Com o processo da regionalização, os gestores estão inseridos em Colegiados de Gestão, entre estados e municípios¹⁰. Estes colegiados devem ser constituídos por gestores municipais e por representantes dos gestores estaduais, ou seja, a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e, ainda no nível federal com a Comissão Intergestora Tripartite (CIT). As comissões são fundamentais para a formulação e efetuação das políticas de saúde¹¹.

Neste seguimento, no que se refere à competência municipal, com a publicação do Decreto presidencial 7.508 de 28 de junho de 2011, foi instituída a Comissão Intergestora Regional (CIR), que tem dentre as suas atribuições, garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso, além de ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde¹².

Todavia, a gestão do sistema com ênfase no planejamento, se mostrou como ferramenta essencial capaz de beneficiar e nortear a função do gestor de saúde, garantindo a plena e efetiva estabilização do SUS. Foram pactuados de forma tripartite, os instrumentos específicos a todo Sistema de Planejamento do SUS e consequentemente nas três esferas de gestão¹³.

Nesse contexto, apresentam-se os instrumentos básicos que dão expressão concreta ao SUS e orientam os gestores de saúde a administrar esse complexo sistema¹³. Dentre os instrumentos, destacam-se: O Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Faz-se necessário que os gestores reconheçam seu papel na condução da gestão, bem como, conheçam tais instrumentos, essenciais para gerir o SUS.

Deste modo, o interesse pela temática foi motivado com o objetivo de analisar as percepções dos gestores municipais de saúde de uma Comissão Intergestora Regional do Estado de Goiás, sobre os instrumentos de gestão do SUS. Uma vez que a gestão não deve ser meramente um cargo político¹⁴. Para ter um sistema de qualidade há necessidade de gestores com competências e, habilidades substanciais para promover estratégias com mudanças resolutivas para o desenvolvimento de ações que atendem as exigências e objetivos do SUS¹⁵.

Contudo, espera-se que os gestores conheçam e dominem ferramentas de planejamento para a gestão em saúde, de modo a aperfeiçoar suas habilidades para alcançar excelência nos indicadores de saúde, contribuindo para melhorar a qualidade da assistência à saúde da população.

Destarte, a questão norteadora deste estudo foi: Quais as percepções dos gestores de uma Comissão Intergestora Regional sobre os instrumentos de gestão do SUS?

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma região de saúde do Estado de Goiás. A amostra foi constituída por nove gestores integrantes a uma Comissão Intergestora Regional de Saúde, no qual se encontram uma vez ao mês no município sede desta Comissão. Os critérios de seleção foram: ser gestor municipal de saúde nomeado em decreto, fazer parte desta Comissão e aceitar voluntariamente participar da referida pesquisa. Foi excluído um gestor desse estudo, por não ter sido encontrado na ocasião das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a dezembro de 2015, e se deu por meio de entrevista individual e semiestruturada. Utilizou-se instrumento de coleta de dados composto por questões sociodemográficas e questões norteadoras, sendo estas: Qual sua concepção a respeito do SUS? O (a) senhor (a) sabe como surgiu o SUS? De acordo com sua trajetória o que o (a) senhor (a) entende por instrumentos de Planejamento do SUS? Qual sua percepção e entendimento sobre o Plano Municipal de Saúde? Qual sua percepção e entendimento sobre Programação Anual de Saúde? Qual sua percepção e entendimento sobre o Relatório Anual de Gestão? Este instrumento foi avaliado por expertises na área deste conhecimento, para adequação e verificação de compreensão das questões, além de ter sido realizado um treinamento com os três entrevistadores que realizaram a coleta de dados.

Inicialmente, foi apresentado aos participantes do estudo, o termo de consentimento livre e esclarecido, contendo o objetivo da pesquisa, garantia do anonimato dos participantes e a possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento. As entrevistas foram gravadas mediante a autorização dos entrevistados, e teve a duração de aproximadamente 20 minutos, posteriormente foram transcritas na íntegra. Ressalta-se que as reuniões da CIR aconteciam uma vez ao mês e foram necessárias 4 visitas para entrevista dos gestores.

Com o propósito de garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas foram identificadas pela letra G (gestores) do alfabeto, seguida de números (1 a 9), de acordo com o número de participação dos gestores no estudo.

As entrevistas foram sistematizadas, examinadas, com leituras exaustivas. Os dados foram organizados e analisados seguindo as fases preconizadas por Bardin¹⁶, ou seja, pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A partir da análise emergiram duas categorias temáticas: Percepção e Entendimento sobre o SUS e Compreensão dos Gestores Municipais Sobre os Instrumentos Básicos do SUS.

O projeto de pesquisa foi autorizado pela Secretária Municipal de Saúde, em seguida recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, conforme parecer nº 1.137.517 de 26/06/16. Foram respeitados os aspectos éticos envolvendo seres humanos conforme a Resolução nº 466/2012.

Resultados e Discussão

Caracterização dos gestores municipais de saúde

Quanto aos dados sociodemográficos, dos nove gestores do SUS entrevistados, a maioria (oito) é do sexo feminino. Os dados evidenciam a presença da feminilização na gestão do SUS, importante ressaltar que nas últimas décadas as mulheres estão cada vez mais conquistando seu espaço no mercado de trabalho. Observa-se que este gênero (mãe, esposa, dona de casa) requer a disposição, para realizar várias atividades ao mesmo tempo, acumulando tarefas extrínsecas com as intrínsecas do seu domicílio¹⁷.

Assim ao ter sua autonomia, as mulheres são capazes de se unirem contra um projeto político dominante, na composição de um poder político igualitário e de direitos democráticos, equitativos na revigoração da participação da mulher no cenário brasileiro, em especial na gestão do SUS¹⁸.

Quanto ao grau de escolaridade nota-se que (78%) dos gestores possuem curso superior, sendo a maioria na área de saúde (enfermeira, médica, odontóloga), com média de 4 anos de formadas, (56%) informaram ter realizado algum tipo de especialização, sendo estas em áreas diversas como: ginecologia e obstetrícia, saúde da mulher, saúde coletiva, saúde da família, saúde pública, administração em saúde, oncologia e saúde do trabalhador. Os que cursaram apenas o ensino médio correspondeu a (22%) dos entrevistados.

Para Melo¹⁴, na realidade não existe um pré-requisito acadêmico para assumir um cargo tão importante como o de gestor. No entanto, neste estudo, a análise do perfil dos gestores do sistema municipal de saúde demonstra um dado relevante, na qual a maioria dos entrevistados possuem formação superior na área da saúde, o que pode ser um diferencial que permita melhor compreensão sobre funcionamento e administração do SUS. Pois pressupõe-se que haja conhecimento prévio, por parte dos mesmos sobre normas e legislações específicas do sistema nacional de saúde.

Neste sentido, espera-se como resultado da formação superior na área da saúde gestores com capacidades inovadoras, dinâmicas para exercer seu papel no sistema de saúde. Contudo, ainda se caracteriza um grande desafio edificar nas instituições de graduação, desempenhos de corresponsabilidade, com implicação entre ensino e gestão em saúde ao longo da formação profissional¹⁹.

Em relação ao tempo de atuação como gestor no sistema municipal de saúde, a média foi de 2,4 anos, e à experiência anterior como gestores do SUS (56%) dos entrevistados informaram que não tinham nenhuma experiência, além disso, (44%) dos gestores referiram experiência em gestão do SUS. Somente 33% afirmaram possuir formação em gestão, tais como nas áreas de administração e saúde, gestão hospitalar, gestão em saúde pública.

De acordo com o estudo de Macêdo²⁰, a aquisição de conhecimento profissional abrange dimensões como o conhecimento teórico, a prática profissional, a troca de experiências e o conhecimento e habilidade técnica na equipe. Assim, é fundamental que se invista em cursos de capacitação/qualificação que possam auxiliar os gestores a adquirirem competências para auxiliá-los na gestão e planejamento das ações de saúde do município sob sua responsabilidade.

Neste cenário, exemplos como a educação à distância (EAD), se configuram como um novo caminho na educação e tem sido cada vez mais necessária na contribuição do aumento do conhecimento, pois favorece o acesso ao ensino em locais mais remotos, sendo a aposta do Ministério da Saúde, para capacitação dos gestores do SUS²¹.

Este tipo de ensino traz ferramentas e instrumentos importantes para auxiliar na consolidação do sistema e continuamente ganha novos cenários, pois compartilha informações e entendimentos sobre o SUS, conseqüentemente, amplia a visão dos gestores para que possam atuar com eficiência em seus locais de trabalho¹⁵.

Outro dado significativo deste estudo, reside no fato dos gestores afirmarem assumir o cargo por meio de indicação política. Apesar deste ser um cargo de confiança do poder executivo, espera-se algumas habilidades e competências mínimas ao futuro gestor para assumir uma pasta tão importante^{22,23}. Enfatizando-se ainda que vários fatores possam ser prejudiciais ao se levar em consideração apenas a indicação política como: baixo índice de escolaridade, a precária formação para o cargo, a inexistência ou nenhuma experiência para ocupar o cargo de secretário municipal da saúde, além da falta de afinidade e habilidade para assumir e trabalhar na gestão de um sistema tão complexo.

Gestores de todos os níveis do sistema devem buscar capacitação e adquirir competências que os habilitem para gerência e administração do SUS^{24,25}. Visto que esse sistema necessita de indivíduos vigilantes, proativos e que busquem constantemente inovações com vistas a alcançar resultados positivos no desempenho relativos à sua gestão²⁶.

Percepção e entendimento sobre o SUS

Nesta categoria temática observou-se relatos relacionados com a concepção do SUS, pois acredita-se que tal conhecimento é fundamental para exercer o cargo de gestor. Os gestores afirmaram que o SUS é uma das principais políticas sociais do país, abrangendo a toda a população.

“O SUS é para mim é hoje, uma das principais políticas sociais do país. Que através dele é [...] escrito na Constituição como um direito de todos e dever do estado, mediante as políticas públicas. [...] com política pública forte que é... fundamentada por lei, portarias e de um maior sistema público de saúde do mundo.” (G5).

“A concepção que é a maior política nacional de inclusão social né? Ele atinge todas as pessoas, independente da classe social [...] Então eu sendo brasileiro ou não, eu tenho direito ao SUS.” (G8).

Observa-se que as afirmativas dos gestores estão em consonância com documento publicado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, o qual confirma que o SUS é considerado como a maior política social brasileira, tendo em seu conjunto as políticas públicas de seguridade social, que inclui a Saúde, a Previdência e a Assistência Social¹¹. Tais declarações pautam-se na Constituição Federal de 1988, a qual teve como marco principal a consolidação do SUS, estabelecendo seus princípios: Universalização, Equidade, Integralidade, Regionalização e Hierarquização e suas diretrizes: Descentralização, Atendimento integral, Participação da Comunidade²⁷.

Neste sentido, toda população tem acesso aos serviços de saúde pelo SUS, atendidos desde a atenção primária até a terciária, tornando a saúde como direito universal emancipado de religião, gênero, raça e cor. Tendo como prerrogativa, priorizar com equidade a prevenção e promoção da saúde a toda comunidade brasileira¹⁵.

Para alguns gestores, o SUS é visto como um sistema burocrático e complexo de se efetivar na prática.

[...] “Mas é um programa que se fosse executado, da forma que ele foi elaborado, atenderia a toda a população e nós não teríamos a realidade que nós temos hoje.” (G2).

[...] “Se você for olhar as normas do SUS, as diretrizes do SUS os direitos do SUS é muito, muito perfeito. Porém não é isso que a gente se vê né? No dia a dia, na realidade.” (G9).

No Brasil, apesar das práticas de saúde seguirem normativa vigente, em muitos casos distanciam-se do modelo teórico de referência, configurando ações que não conseguem abarcar os princípios e diretrizes constitucionais do SUS¹⁵.

Os dados mostram que uma pequena parcela dos gestores demonstra em seus relatos algum conhecimento teórico sobre o processo de criação do SUS.

“O SUS surgiu através da reforma sanitária é... depois em 86 logo escrito na constituição, em 88 e regulamentado [...].” (G5).

[...] “Antes do SUS era o INAMPS [...] e no INAMPS era só aquelas pessoas que era funcionárias, que tinham realmente o direito, e aí foi criado o SUS a Lei 8.080 né de 1988? 1990 né? Que onde o SUS, ele foi descentralizado [...] para passar por um direito de todos e dever do estado. Aí teve a questão da universalização, da equidade né? Para todos.” (G9).

Entretanto, a criação do SUS na década de 1980, foi fruto de muitas lutas e conquistas, com o Movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de 70 que culminou com a 8ª Conferência de Saúde, posteriormente regimentado pela Constituição Federal de 1988. Dessa forma, vários avanços nas políticas de saúde puderam ser reconhecidos pela sociedade^{27,28}.

O estudo evidenciou também que alguns gestores desconhecem totalmente o processo de criação do SUS, o que representa um sinal de alerta para a administração e gerenciamento do sistema.

[...] não posso te falar muita coisa ainda não.” (G4).

“Não sei te falar a história dele não.” (G6).

[...] não vai ter como te responder isso agora.” (G7).

Segundo Goi Barrios¹⁹, é considerado de suma importância o conhecimento sobre o SUS e suas políticas públicas. Desta forma, o conhecimento habilitaria e capacitaria os gestores como fomentadores e estimuladores, sendo estas habilidades imprescindíveis e vitais para a operação da gestão em saúde.

Compreensão dos gestores municipais sobre os instrumentos básicos do SUS

Nesta categoria emergiram quatro subcategorias, sendo estas: Instrumentos de Planejamento do SUS; Plano Municipal de Saúde; Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão. Inicialmente, buscou-se uma compreensão global dos entrevistados sobre os instrumentos de gestão, seguindo os aspectos específicos destes. Visto que esses instrumentos estabelecem, o elenco básico dos objetos a serem promovidos pelo PlanejaSUS¹³. Este foi instituído com a intenção de reconhecer que os desafios apresentados na atualidade exigiram um novo parecer em relação ao processo de planejamento, que expressam beneficiar a aplicação favorecendo a gestão do SUS^{4,13,28}.

Assim, os gestores ao serem indagados sobre os *Instrumentos de Planejamento do SUS* demonstraram em seus relatos inúmeras divergências conceituais.

“São instrumentos, ou seja, documentos necessários para planejamento, adição e avaliação dos serviços de saúde” [...]. (G1).

[...] “são instrumentos que vão permitir [...] desenhar construir as políticas públicas de saúde, a serem implantadas no município” [...]. (G5).

[...] "São as ferramentas utilizadas e amparadas em leis, pra que a gente é... organize e dirija as secretarias, utilizando as verbas, os financiamentos que são feitos. É a organização em si." (G6).

Anúnciação e Souza²⁹, referem que o planejamento é fundamental para a gestão em saúde, visto que a implementação de políticas públicas ocorrem de maneira mais efetiva e organizada quando apoiadas em ações previamente planejadas²⁸. O planejamento deve ser pensado como uma ferramenta norteadora para o processo de gestão, indispensável para que o gestor dê destaque à construção de conhecimento e habilidades e para que as ações esboçadas atendam às necessidades da comunidade sob sua gestão²⁹.

Neste sentido, o planejamento norteará todas as informações necessárias para a elaboração, execução e efetividade das ações pretendidas¹³. Todavia, tal fato foi constatado no depoimento de apenas um dos entrevistados.

[...] "São os instrumentos, que nos norteiam para ter uma diretriz no atendimento à comunidade." (G2).

É oportuno mencionar que alguns gestores ao serem indagados sobre a temática não souberam responder, a respeito dos *Instrumentos de Planejamento do SUS*, o que é preocupante, pois o planejamento é a primeira ação a ser analisada e desenvolvida a partir do momento em que se assume uma secretaria de tamanha importância¹³.

[...] Não tem como falar muita coisa também não, a esse respeito né? [...]" (G4).

[...] Nada. Não tenho nenhum entendimento sobre isso [...]" (G7).

Tais evidências, fazem coro e reafirmam o descrito por Melo Lins¹⁴, ao retratar a importância da capacitação e atualização dos gestores de saúde, sendo constatada como uma necessidade para fortalecimento e construção do SUS.

Em relação à subcategoria *Plano Municipal de Saúde*, a minoria dos gestores mencionaram elaborá-lo considerando a realidade municipal e a participação ativa da comunidade.

[...] pegar os seus coordenadores de equipe, seus técnicos, sentar ver a realidade do município. E criar um plano em cima, tanto de recursos humanos, recursos financeiros e realidade. [...]" (G2).

[...] é um desenho construído junto com a comunidade, controle social, gestores, trabalhadores da saúde, prestadores, do desenho que se deseja alcançar, das metas, conforme a realidade do local. [...]" (G5).

[...] e ele deve ser elaborado, ouvindo a sociedade tá certo? Mas geralmente a gente ouve a parte interna, as problemáticas, faz o diagnóstico interno, constrói uma minuta [...]" (G8).

Poucos gestores se atem a finalidade do Plano Municipal de Saúde, que é "um instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas"¹³.

Apesar do sistema de planejamento definir que o PMS deve ser executado em um período correspondente a quatro anos¹³, percebeu-se nos relatos dos gestores alguns desacordos sobre o que é estabelecido na legislação.

[...] ações a serem executadas conforme necessidade da saúde do município, em quatro anos de gestão [...]" (G1).

[...] aquelas ações que você faz ao longo do ano". (G6).

[...] ele é atualizado anualmente que a gente realiza, apesar que ele tem validade para dois anos [...]" (G9).

O PMS deve ser elaborado e apreciado ao Conselho Municipal de Saúde^{13,31}. Os gestores têm soberania, de utilizar os recursos próprios em concordâncias com esse plano. Dessa maneira, os conselhos de saúde integram-se na administração do SUS, buscando a participação do controle social, na fiscalização de recursos financeiros e deliberações do SUS²⁷. Tal percepção de apresentar o PMS aos conselhos municipais de saúde é ilustrada nos depoimentos de alguns dos entrevistados.

“[...] instrumento obrigatório deve ser elaborado e apresentado para [...] conselho de saúde municipal.” (G1).

“[...] a gente faz [...] o Plano Municipal de Saúde, juntamente com o conselho municipal de saúde, nosso que o é ativo [...]”. (G9).

No que se refere à subcategoria *Programação Anual de Saúde (PAS)*, observa-se que os relatos indicam o cumprimento do que é preconizado pelo sistema de planejamento do SUS, o qual define a PAS “como um instrumento que operacionaliza as intenções expressas no plano de saúde”¹³. Neste instrumento, são especificadas a partir dos objetivos, das diretrizes e das metas do PMS as ações anuais e os recursos financeiros³¹.

“[...] Eu pego o Plano Municipal de Saúde e delimito anualmente aquilo que eu tenho que fazer.” (G2).

“[...] Dentro daquele ano, quais são as principais ações que você vai executar” (G5).

“[...] Você vai implementar o que você vai fazer no ano seguinte, que está dentro do seu plano”. (G8).

Neste sentido, é necessário verificar as parcerias e áreas fundamentais para a efetivação e realização das ações e conseqüentemente alcançando os objetivos e metas, que dão prática ao PMS e que são evidenciadas na *Programação Anual de Saúde*^{13,31}.

Na quarta e última subcategoria, *Relatório Anual de Gestão (RAG)*, os dados mostram que alguns gestores relacionam suas respostas ao conceito de RAG definido pelo Sistema de Planejamento do SUS, o qual o retrata como “instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da *Programação Anual de Saúde*”³¹. Observa-se que essa referência é citada nas falas de dois gestores.

*“Instrumento de gestão, onde mostra todos os resultados das ações desenvolvidas, mediante a *Programação Anual de Saúde* [...]”. (G1).*

*“[...] No Relatório de Gestão a gente vai dizer o que a gente fez dentro da *Programação Anual de Saúde*.” (G5).*

Portanto, o RAG tem grande valia para os gestores no artifício de tomada de decisões, amparando, solidificando e qualificando o SUS. O RAG caracteriza-se como um instrumento fundamental, que apresenta os resultados obtidos e norteia ocasionais redirecionamentos que se fizerem indispensáveis¹⁵. Ainda segundo os mesmos autores o RAG, justifica a aplicação dos recursos transmitida ao Fundo de Saúde, sendo intrínseco do Plano Municipal de Saúde e da *Programação Anual de Saúde*. Verifica-se no depoimento dos entrevistados, que apenas uma minoria dos gestores refere conduzir o RAG para à apreciação dos membros do conselho municipal de saúde e do poder legislativo.

“[...] e passa por uma avaliação não só do conselho como da câmara municipal, da população. A gente presta conta principalmente no conselho municipal.” (G3).

“[...] Na legislação, se você vê, não tem uma necessidade de você fazer a prestação quadrimestral no conselho. [...] Aqui, a gente faz no conselho e na câmara [...]”. (G8).

O RAG é um instrumento utilizado para prestações de contas do município, apresentado os resultados obtidos, através da PAS, contribuindo para uma transparência financeira dos recursos, revigorando o planejamento em saúde, sendo o RAG, um instrumento também utilizado para ações de auditoria e controle. Neste sentido, constata-se na maioria dos relatos desses gestores, o RAG sendo meramente empregado para prestação de contas, o que restringe a potencialidade deste instrumento²⁰.

“Esse Relatório é muito importante é... a gente planeja e a gente tem que prestar conta daquilo que planeja né? [...]”. (G3).

“[...] Então a prestação de conta né, que é o Relatório de Gestão [...]”. (G8).

De um modo geral, os Instrumentos Básicos de Planejamento do SUS, PMS, PAS e RAG devem ser submetidos para apreciação e aprovação dos conselhos municipais de saúde. Dessa forma, estes instrumentos devem ser elaborados de forma clara, transparente e precisa facilitando o entendimento de gestores, equipe e da população participante em conselhos de saúde^{13,31}.

Considerações Finais

Os dados evidenciaram que a gestão municipal do SUS, na maioria das vezes está nas mãos de pessoas com formação superior na área da saúde com o conhecimento incipiente e ineficiente no que se refere à concepção do SUS e instrumentos básicos de gestão. Isso indica a necessidade de organizar uma nova maneira para a escolha de quem irá ser o gestor do SUS nos municípios, não sendo ideal que ocorra somente por opção política, mas também com base numa avaliação que englobe questões referentes ao perfil de formação e experiência profissional.

Além disso, o estudo aponta para a necessidade de formação permanente dos gestores municipais, a fim de habilitá-los de maneira qualificada para a atividade de gestão, visto que a inabilidade, para tal função pode influenciar negativamente na qualidade de atenção prestada à saúde dos municípios, bem como o não cumprimento de objetivos e metas estabelecidas no SUS.

Acredita-se que as Comissões de Integração de Ensino e Serviço (CIES), ao articularem processos formativos em consonância com a educação permanente em saúde, possam desempenhar um papel fundamental para a formação junto aos gestores que atuam na Comissão Intergestora Regional da sua área de abrangência. Pois, julga-se que o processo de formação dos gestores auxiliará consideravelmente estes indivíduos a exercerem as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, conduzindo o sistema municipal de saúde, de maneira diferenciada e conseqüentemente com benefícios para a população local.

Por fim, cabe salientar que este estudo teve como limitação a ausência dos gestores municipais às reuniões do colegiado, sendo necessária a participação dos entrevistadores em várias reuniões a fim de encontra-los para coleta de dados. Essas ausências apontam para a necessidade de envolvimento e participação desses atores sociais nestes encontros tão importantes.

Referências

1. Silva JF. A atuação do CONASS na regulamentação da Emenda Constitucional N. 29, no período de 2001 a 2011. [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
2. Silva MA, Rodrigues VZ, Alves ED. Gestão dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) em uma regional de saúde do Distrito Federal (SES-DE): uma visão do gestor relacionada ao preparo para a função. *Rev Eletro Gest & Saúde* 2013; 4(3):843-860.
3. Pereira BS, Tomasi E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. *Epidemiol & Serv Saude* 2016; 25(2):411-418.
4. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):1565-1577.
5. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2071-2085.
6. Pinto ICM, Teixeira CF. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cad Saude Publ* 2011; 27(9):1777-1788.
7. Carneiro PS. A dinâmica de três Colegiados de Gestão Regional-Um olhar sobre a regionalização e pactuação. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
8. Villani RAG, Bezerra AFB. Concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco sobre a destinação e gestão dos gastos com saúde. *Saúde & Soc* 2013; 22(2):521-529.
9. Miranda DB de, Guimarães IG, Alves ED. Representações Sociais da descentralização do SUS: Perspectivas dos gestores municipais de saúde de Goiânia, Brasil. *Rev Baiana Saude Publ* 2012; 33(3):349.

10. Brasil. Portaria GM/MS no 399 de 22 de fevereiro de 2006: Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. 2006.
11. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. 291 p. Para entender a gestão do SUS. Coleção Progestores.
12. Brasil. 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. Diário Oficial da União 2011.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS): Uma construção coletiva trajetória e orientações de operacionalização. Diário Oficial da União. 2009.
14. Lins CFM. Avaliação da estratégia saúde da família na capital potiguar. [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2013.
15. Rangel-S ML, Barbosa AO, Riccio NCR, Souza JS de. Redes de aprendizagem colaborativa: contribuição da Educação a Distância no processo de qualificação de gestores do Sistema Único de Saúde-SUS. Interface 2012; 16(41):545-555.
16. Bardin L. Análise do Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2007.
17. Lago RR, Cunha BS, Borges MF de SO. Percepção do trabalho docente em uma universidade da região norte do Brasil. Trab Educ & Saude 2015; 13(2):429-450.
18. Ebling SBD, Falkembach EMF, Nascimento LA, Silva MM da, Silva S de O, Minussi PS. As mulheres e suas 'lidas': compreensões acerca de trabalho e saúde. Trab Educ & Saude 2015; 13(3):581-596.
19. Barrios STG, Prochnow AG, Ferla AA, Brêtas ACP. Formação acadêmica e atuação profissional no contexto de um Colegiado de Gestão Regional. Rev Bras Enferm 2012; 65(5):815-821
20. Macêdo NB, Albuquerque PC, Medeiros KR. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. Trab Educ & Saude 2014; 12(2):379-401.
21. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Batista RS, Pinheiro TMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. Cad Saude Publ 2010; 26(5):918-928.
22. Trabalhos completos publicados em eventos científicos Lima LC, Góis RMO, Sousa HL.
Precarização do trabalho dos profissionais de saúde na atenção básica: uma revisão integrativa no período de 2000 a 2013. In: 11o Congresso Internacional da Rede Unida; 2014; Botucatu. supl. 3.
23. Santos AM, Giovanella L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. Rev Saude Publica 2014; 48(4):622-631.
24. Spiller ES. Gestão dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2009.
25. Boniatti J. Análise do perfil sócio profissional dos gestores do SUS da região do Alto Uruguai. [especialização]. Novo Hamburgo – RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
26. Menicucci TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas The Unified National Health System, 20 years: assessment and perspectives. Cad Saude Publ 2009; 25(7):1620-1625.
27. Rocha EN, Cunha JXP da, Lira LSSP, Oliveira LB de, Nery AA, Vilela ABA, et al. O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. Saude Deb 2013; 37(96):104-111.
28. Berretta IQ, de Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde Evaluation model for municipal health planning management. Cad Saude Publ 2011; 27(11):2143-2154.
29. Anunciação FC, Souza MKB. Planejamento em saúde: percepções e entendimentos sobre o plano municipal de saúde. Rev Baiana Saude Publ 2011; 35(4):845-858.
30. Almeida ARC, Souza MKB. Processo de construção e análise de relatórios anuais de gestão: dificuldades, avanços e reflexões. Rev Baiana Saude Publ 2014; 37(4):852-868.
31. Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. Cien Saude Colet 2010; 15(5):2367-2382.

Ezilaine Albino Monteiro Santos

Endereço para correspondência – Campus Cidade Universitária, BR 364, km 19, n° 3800,
CEP: 75801-615, Jataí, GO, Brasil.

E-mail: ezilainemonteiro@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0773051143686254>

Jacqueline Rodrigues do Carmo Cavalcante – jack7373@hotmail.com

Marina Martins Souza Lima – marinamartinsjatai@hotmail.com

Cristiane José Borges – cristianejose@yahoo.com.br

Giulena Rosa Leite – giulenaar@gmail.com.br

Bruno Bordin Pelazza – bordizim@hotmail.com

Ludmila Grego Maia – lgregomaia@yahoo.com.br

Enviado em 12 de setembro de 2015.

Aceito em 05 de junho de 2017.