

# Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão

## *SUS manager in small cities in the state of Parana: profile, functions and knowledge about the management tools*

Elisangela Pinafo<sup>1</sup>, Brigida Gimenez Carvalho<sup>2</sup>, Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes<sup>2</sup>, Carolina Milena Domingos<sup>1</sup>, Maria Carolina Bot Bonfim<sup>1</sup>

1. Mestre, Universidade Estadual de Londrina.

2. Doutora, Universidade Estadual de Londrina.

---

**CONTATO:** Elisangela Pinafo | Rua Vereador Antônio Gusmão, 250 | Vila Moretti | Bandeirantes | PR | CEP 86.360-000 | Fax: (43) 3542-8044 | E-mail: elisangelapinafo@yahoo.com.br

Pesquisa financiada pela Fundação Araucária na Chamada de Projetos 04/2012 - Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde/PPSUS – Edição 2011. Projeto “A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora”

**Resumo:** Objetivou-se descrever o perfil dos secretários de saúde de municípios de pequeno porte, as funções que desempenham e o conhecimento e participação na elaboração de instrumentos de gestão. Estudo transversal, descritivo, exploratório, realizado em 82 Municípios de Pequeno Porte com população de até 20.000 habitantes, das áreas de abrangência da 16<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> regionais de saúde do Norte do estado do Paraná. Entrevistou-se por meio de um roteiro estruturado 72 secretários de saúde em seus locais de trabalho, no período de novembro de 2013 a setembro de 2014. Verificou-se significativo incremento no percentual de gestores que possuíam nível superior completo, entretanto, 40,3% não possuíam

graduação. A maioria dos secretários se sente preparada para exercer o cargo, e este preparo foi adquirido no cotidiano de trabalho. As funções de planejamento e o gerenciamento do FMS destacaram-se por serem funções específicas e imprescindíveis. O conhecimento dos instrumentos de gestão e a participação em sua elaboração demonstraram avanço importante para o desenvolvimento de seu papel na gestão, porém causa preocupação o fato do menor envolvimento com os instrumentos específicos do orçamento municipal. Verifica-se a necessidade de investimento na regionalização, e que processos educativos mais adequados às exigências do SUS sejam desenvolvidos para a qualificação da gestão por meio da educação permanente dos secretários municipais de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Descentralização. Recursos Humanos em Saúde. Governo Local.

**Abstract:** This study aimed to describe the profile of small cities health secretaries, the functions they perform and their knowledge and participation in the development of management tools. Cross-sectional, descriptive, exploratory study conducted in 82 Small cities with a population of up to 20,000 inhabitants, of the areas covered by the 16th, 17th, 18th, 19th and 22nd regionals of healthcare of the north of the state of Paraná. We interviewed 72 Health Secretaries in their workplaces using a structured report, in the period of November 2013 to September 2014. We found a significant increase in the percentage of managers who had completed higher education; however, 40.3% did not have a graduation course. Most secretaries feel prepared to hold the office, and this preparation was acquired in daily work. Planning functions and management of the municipal health fund were highlighted since they are specific and essential functions. Knowledge of management tools and participation in their preparation demonstrated significant progress for the development of their role in management, but the low involvement with the specific tools of the municipal budget brings concern. There is a need for investment in regionalization, and that educational processes that are more appropriate to Unified Health System (SUS) are developed for management qualification through continuous education of municipal health secretaries.

**KEYWORDS:** Unified Health System. Health Management. Decentralization. Health Human Resources. Local Government.

## Introdução

A descentralização da gestão como princípio organizativo do SUS vem avançando por meio de diversos fundamentos jurídicos e normativos desde a Constituição Federal de 1988, as Normas Operacionais Básicas (NOB), o Decreto Federal 7.508/2011 e a Lei 141/2012. No entanto, a implementação da descentralização para os municípios com autonomia no campo da saúde não tem sido isenta de conflitos entre os entes federados<sup>1</sup>.

Uma das questões que mais tem provocado debates e conflitos diz respeito à definição do papel de cada esfera de governo. Tal situação se deve

[...] à marcante heterogeneidade política, econômica e social no país, às características do federalismo brasileiro e às intensas transformações por que vem passando o Estado brasileiro nas diversas áreas da política, entre outras questões<sup>2</sup>.

Já em 1991, Paim apontava a necessidade da descentralização, mas que esta não deveria ser um caminho exclusivo e excludente, pois a municipalização poderia levar a “engendrar” um labirinto ou um quebra-cabeça de mais de 5.000 sistemas municipais de saúde<sup>3</sup>.

A gestão do SUS no município envolve um conjunto de atividades políticas, técnicas e administrativas, que são desenvolvidas com o intuito de assegurar o planejamento, a organização e o controle do sistema e dos serviços de saúde. Desta forma, cabe ao gestor de saúde a tarefa de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação dos serviços de saúde<sup>4</sup>.

Neste contexto, é esperado que as pessoas que ocupam formalmente o lugar de “gestor” estejam preparadas e qualificadas para gerir este sistema complexo, principalmente de compatibilizar o produtivo campo de autogoverno dos trabalhadores com diretrizes propostas e interesses advindos da direção hierárquica superior e, principalmente, atender às necessidades de saúde dos usuários<sup>5</sup>.

Diante do cenário da atual política de saúde, a qualidade, a responsabilidade, a eficiência, a efetividade e a eficácia são itens de extrema importância para a garantia de bons resultados na gestão do SUS, o que leva à reflexão sobre qual o perfil adequado para o gestor municipal, na perspectiva de corresponder a demandas e incorporar as novas concepções gerenciais<sup>6</sup>.

Ocorre que a maioria dos municípios brasileiros é de pequeno porte, sendo que mais de 70% deles têm menos de 20 mil habitantes. Segundo o Plano Diretor em Municípios de Pequeno Porte, este grupo de municípios tem necessidade de que sejam instituídas políticas específicas devido à carência de estrutura para o planejamento e à baixa capacidade de gestão urbana<sup>7</sup>. Além disso, estes municípios se veem diante da tarefa de gerir uma rede de serviços heterogênea e não integrada institucionalmente, e com oferta insuficiente de serviços na média complexidade<sup>8</sup>.

Considerando a relevância do gestor municipal para o êxito do SUS, verifica-se que conhecer o perfil de secretários de saúde de pequenos municípios, em relação à formação, às funções exercidas, conhecimento e participação na elaboração de instrumentos de gestão e seu preparo para exercer o cargo de gestor, pode elucidar as fragilidades existentes nestes municípios e apontar caminhos para superá-las, além de contribuir para outras investigações na mesma linha, dada a escassez de publicações sobre esse tema específico.

Este estudo objetiva descrever o perfil dos secretários de saúde de municípios de pequeno porte da macrorregião Norte do estado do Paraná, as funções que desempenham e o conhecimento e participação na elaboração de instrumentos de gestão.

## Metodologia

Trata-se de estudo transversal, exploratório, realizado no Norte do estado do Paraná, em municípios com população de até 20.000 habitantes, das áreas de abrangência de cinco regionais de saúde (RS), a saber: 16<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup>. Na macrorregião Norte do Paraná são 82 municípios com menos de 20.000 habitantes, também chamados de Municípios de Pequeno Porte (MPP), que representam aproximadamente 84% dos municípios da região<sup>9</sup>. A população de estudo foi composta por secretários de saúde dos MPP das RS supracitadas.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2013 a setembro de 2014, e foi orientada por um roteiro estruturado que abrangia questões relacionadas a idade, sexo, formação, experiência anterior na gestão, qualificação para atuar na gestão, atividades de gestão desenvolvidas e conhecimento e participação na elaboração dos instrumentos de gestão.

Os gestores foram abordados em seus locais de trabalho e apresentados aos objetivos do estudo. Os que concordaram em participar preencheram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para os secretários de saúde que não foram encontrados em seus municípios a entrevista deu-se por meio de ligação telefônica. Foram realizadas três tentativas de coleta de dados, uma vez presencialmente e duas vezes por meio de ligações telefônicas, e as que não obtiveram sucesso foram consideradas perdas.

As entrevistas foram digitadas numa planilha do Programa *Excel* e as análises desses dados foram realizadas pelo programa *Epi Info* (versão 3.5.4.), sendo realizada análise estatística descritiva.

Este estudo integra a pesquisa denominada “A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora”. A pesquisa está norteada pelos princípios éticos contemplados na resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição a que estão vinculados os pesquisadores e aprovado sob parecer nº 146/2012.

## Resultados

Foram entrevistados 72 secretários municipais de saúde (88%), totalizando 10 perdas. A média de idade foi de 41 anos, variando de 25 a 67 anos. Quanto ao sexo, não houve diferença quantitativa entre masculino (50%) e feminino (50%). Em relação à escolaridade, 43 secretários possuíam nível superior completo (60%) e, destes, pouco mais da metade concluiu pós-graduação *lato sensu*. Entre os graduados, 51% tiveram formação na área da saúde e, destes, 28% eram enfermeiros e 14% farmacêuticos. No entanto, graduações em áreas que não da saúde também tiveram uma importante representatividade entre os gestores (49%), sendo mais frequente a formação em ciências humanas (24%) e administração (12%) (Tabela 1).

Em relação ao tempo de atuação como secretário de saúde, foi expressiva a quantidade de profissionais com até três anos de atuação na função (71%), em que o tempo mínimo foi de dois meses e o máximo de 27 anos. Quanto à remuneração, 70,8% dos gestores referiram receber salário de até R\$ 3.000,00/mês, sendo o menor salário de R\$1.000,00 e o maior de R\$ 7.260,00 mensais (Tabela 1).

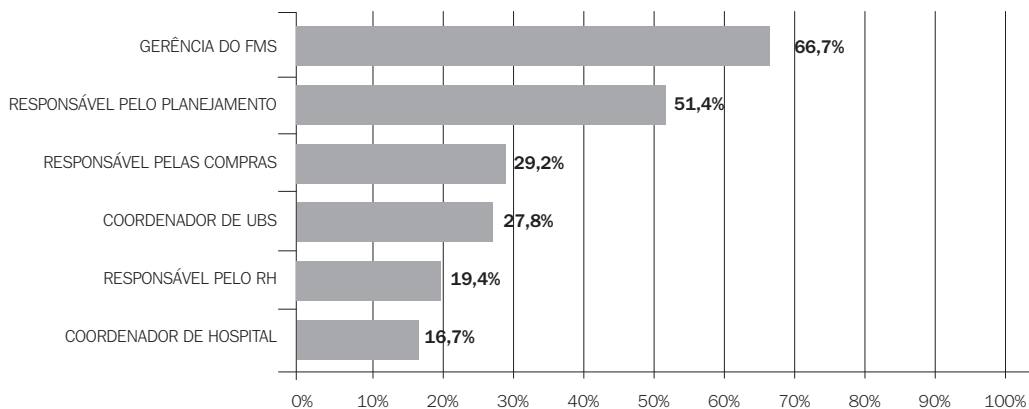
Importante parcela dos secretários já exerceu alguma função de gestão anteriormente (60%), distribuídos em variadas funções, tais como secretário de saúde (24%), administrador de hospital (7%), gerente de programas (7%), dentre outras. A expressiva maioria dos gestores referiu se sentir integralmente (54%) ou parcialmente (42%) preparado para atuar na sua função. Os secretários

**Tabela 1.** Perfil dos secretários de saúde dos MPP da Macrorregião Norte do Paraná, 2014.

PERFIL DOS SECRETÁRIOS	SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE	
	N (72)	%
<b>SEXO</b>		
Feminino	36	50,0
Masculino	36	50,0
<b>IDADE</b>		
25 H 34 anos	17	23,6
35 H 44 anos	23	31,9
45 H 54 anos	20	27,8
55 H 67 anos	12	16,7
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Ensino Médio Completo	17	23,6
Superior Incompleto	12	16,7
Superior Completo	19	26,4
Pós-graduação lato sensu	24	33,3
<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NA FUNÇÃO</b>		
até 1 ano	26	36,1
1 + 3 anos	25	34,7
3 + 6 anos	8	11,1
6 + 9 anos	4	5,6
9 + 12 anos	2	2,8
12 + 24 anos	6	8,3
24 ou mais	1	1,4
<b>SALÁRIO</b>		
Menor que 3.000,00	51	70,8
3.000,00 + 4.000,00	15	20,8
Maior que 4.000,00	6	8,4

Fonte: as próprias autoras

**Figura 1.** Funções desempenhadas pelos secretários de saúde de MPP da Região Macrorregião Norte do Paraná, 2014.



Siglas: FMS - Fundo Municipal de Saúde | UBS - Unidade Básica de Saúde | RH - Recursos Humanos

Fonte: as próprias autoras

atribuem este preparo, principalmente, à experiência proporcionada pelo cotidiano de trabalho (77%), mas também citaram os cursos oferecidos pela regional de saúde (26%).

Quanto às funções exercidas, a maioria referiu gerenciar o Fundo Municipal de Saúde (FMS) (66,7%), ser responsável pelo Planejamento (51,4%) e realizar outras atividades, além do exercício do cargo, assumindo responsabilidades concomitantes (Figura 1).

Os 72 secretários municipais de saúde também foram questionados acerca do conhecimento sobre os instrumentos de gestão. O Plano Municipal de Saúde (PMS) foi o instrumento que todos os gestores relataram conhecer. Quanto aos outros documentos de gestão, expressiva maioria referiu ter conhecimento sobre o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas em Audiência Pública (RQPC) (98,6%), o Relatório Anual de Gestão (RAG), a Lei Orçamentária Anual (LOA) e a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) (97,2%), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Plano Plurianual (PPA) (95,8%). Os instrumentos que os gestores referiram ter menor conhecimento foi o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) (9,7%) e o Sistema de Informação do Pacto pela Saúde (SISPACTO) (6,9%).

Quanto à participação (de modo integral ou parcial) do secretário de saúde na elaboração dos instrumentos de gestão, verificou-se que esta se deu de forma integral na produção do PMS para 70,8% dos secretários, seguida de 63,9% para o RAG e 62,5% para a PAS. A participação de forma parcial na elaboração dos instrumentos foi de 56,9% para a LOA, de 51,4% para a LDO e de 34,7% para o RQPC. O COAP, o SISPACTO e o PPA foram os instrumentos em que os gestores atribuíram sua menor participação. A atuação dos secretários na elaboração dos instrumentos se deu, principalmente, em relação à discussão de conteúdo e forma dos documentos (91,7%), na proposição de ações e metas a serem alcançadas (90,3%), e na apresentação, divulgação, acompanhamento e monitoramento dos mesmos (84,7%).

## Discussão

A complexidade de gerir um sistema de saúde como o SUS, que apresenta constante atualização da legislação da saúde, interesses diferenciados apresentados pelos prefeitos, trabalhadores, usuários, e setor privado e pelas necessidades de saúde da população, dentre vários outros fatores, justificam a necessidade de um movimento que exige transformações no modelo de atenção à saúde e de

preparo do gestor, para que o mais importante princípio do SUS, o da integralidade, seja alcançado.

A atuação do secretário municipal de saúde consiste em:

[...] um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessários à implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública<sup>2</sup>.

Esta atuação deve ser pautada em duas dimensões, a política e a técnica. Enquanto atuação política, o cargo de secretário de saúde tem significado político importante, pois foi designado pelo chefe do Executivo, e tem responsabilidade por um “projeto de governo”<sup>1</sup>.

A dimensão técnica envolve a responsabilidade em conduzir as políticas de saúde de acordo com as determinações constitucionais e legais do SUS e a dar resposta às necessidades de saúde da população. O desempenho técnico do gestor demanda conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde exigindo um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessárias à condução de políticas na área da saúde<sup>1</sup>.

Algumas alterações foram notadas no perfil do secretário municipal de saúde em relação a outros estudos<sup>10</sup>, especialmente quanto ao sexo e escolaridade. Metade dos cargos era exercida por mulheres e verificou-se significativo incremento no percentual de gestores que possuíam nível superior completo, e dentre os graduados, a maior parte concluiu pós-graduação.

Entretanto, um percentual de 40,3% dos secretários de saúde não possuía graduação, sinalizando a importância da qualificação para atuar nessa função, tão complexa e desafiadora.

Em estudo<sup>11</sup> cujo objetivo foi caracterizar o perfil e as relações laborais dos trabalhadores da Atenção Básica em 49 MPP do Paraná, verificou-se que o fato dos profissionais atuarem em MPP não os impedia de ter acesso a processos de formação e qualificação profissional, inclusive na graduação e pós-graduação. Comparando os achados do presente estudo com a pesquisa referida<sup>11</sup>, mesmo tendo havido melhoria no nível de escolaridade dos secretários, os que são graduados ainda apresentaram menor formação em relação à pós-graduação se comparados aos profissionais de nível superior da atenção básica.

A educação e a formação dos trabalhadores da saúde são formas de valorização da força de trabalho e um instrumento importante para a gestão do SUS<sup>12</sup>.

A maior parte dos secretários de saúde possui pouco tempo de atuação no cargo, mas já exerceu funções de gestão anteriormente. Este último resultado pode ter contribuído para o fato dos gestores sentirem-se preparados para atuar na função, e que este preparo foi adquirido pela experiência do cotidiano de trabalho.

Ainda que a formação acadêmica do secretário de saúde, valorizada como elemento importante para o desempenho desta função tenha melhorado, percebe-se que os gestores atribuíram o maior preparo para o exercício do cargo, à experiência do dia a dia, proporcionada pelo próprio trabalho. Isto pode associar-se ao potencial que a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem em oportunizar a reflexão sobre as práticas de trabalho como construtoras de conhecimento e mudanças.

O processo de educação permanente tem o potencial de permitir ao gestor e à equipe gestora, a discussão de suas experiências e dificuldades na gestão, visando estabelecer redes de informação que torna o gestor e sua equipe aprendizes durante o próprio processo de trabalho<sup>12</sup>.

Os secretários de saúde de MPP assumem várias outras funções executivas além daquelas inerentes ao exercício do cargo, como a responsabilidade pelas compras, gestão de recursos humanos e gerência de serviços de saúde, o que não é comum ocorrer em municípios de maior porte. Isto pode estar atrelado ao reduzido número e pouca qualificação técnica dos integrantes da equipe gestora.

Cabe destacar que o acúmulo de funções assumidas pelos secretários de saúde provoca sobrecarga de trabalho, fazendo com que dividam o seu tempo e foco de trabalho para a resolução de demandas operacionais necessárias ao funcionamento da secretaria de saúde.

A gestão da saúde não se limita ao agir instrumental que atua sobre as coisas, ela requer também uma visão estratégica por meio de negociações, alianças e pactos que possibilitem a construção da viabilidade do SUS em seus diversos níveis de atenção<sup>3</sup>. De acordo com este autor, o secretário de saúde que desenvolve suas ações com visão estratégica estará priorizando o processo de gestão que é pautado na função de estabelecer uma dada direcionalidade aos processos, grupos e instituições, e assim estará cumprindo o papel de gerir o sistema de saúde. Caso contrário, suas ações vão ao encontro da administração voltada para a gerência, na qual se administram coisas, recursos financeiros, materiais, tecnológicos, etc.

Apesar de a maioria dos secretários de saúde deste estudo referir gerenciar o FMS, observou-se que em muitos MPP esta função é executada pelo secretário de finanças

ou contador do município e não pelo gestor municipal da saúde.

Em estudo<sup>13</sup> que corrobora este achado, verificou-se a baixa autonomia política administrativa dos gestores locais, em que 68,9% dos secretários de saúde informaram não ter autonomia para gerir o FMS. Mais do que se responsabilizar pela gerência do FMS, é importante que o gestor não se restrinja a “administração de coisas”, mas que exerça a gestão como condução de processos institucionais com direcionalidade<sup>3</sup>.

Destaca-se que, em muitos casos, as secretarias municipais de saúde, ainda que amparadas pelos instrumentos de planejamento, se apresentam como simples prestadoras de serviços. Nestes casos, a gestão do FMS fica centralizada nas prefeituras e o emprego dos recursos nem sempre indica a necessidade de saúde da população.

Essa situação, principalmente na questão orçamentária, é decorrente da ausência de estrutura nas secretarias municipais<sup>8</sup>, e também reflete o fato de que as práticas de saúde no SUS encontram-se cercadas por influências políticas que interferem nas relações de poder e nas tomadas de decisões que envolvem as ações em saúde<sup>13</sup>.

A participação do secretário de saúde na alocação dos recursos financeiros do setor é um importante indicador de que este se utiliza de instrumentos de planejamento econômico, financeiro e administrativo, que visa contribuir com o desenvolvimento da administração pública<sup>3</sup>.

No entanto, por mais que o orçamento municipal seja um exercício de participação e discussão entre os setores da administração pública municipal, ocorre uma centralização de decisões por parte do prefeito<sup>14</sup>. Desta forma, nos municípios em que a totalidade do orçamento da saúde não é de administração do secretário da saúde, verifica-se uma forte influência do poder executivo, sendo o prefeito quem toma a decisão final quanto aos recursos da saúde. O poder de decisão do secretário de saúde junto ao prefeito depende diretamente da relação política e dos processos de trabalho existentes.

A forma como o gestor da saúde participa da elaboração dos instrumentos de gestão retrata o interesse e a contribuição dada pelo gestor para estes documentos, haja vista seu papel em conduzir o processo de planejamento, organização e avaliação das ações, inerentes ao seu cargo.

Como apontado nos resultados, o PMS foi o instrumento mais conhecido pelos secretários. Nele são expressos os objetivos, diretrizes e metas a serem

alcançados no período de quatro anos, por meio da PAS e do RAG. O PMS auxilia na elaboração do PPA, LDO e LOA, que são sistematizados pela gestão municipal e contêm o planejamento e o orçamento para a execução de todas as áreas do município, inclusive as da saúde.

O secretário de saúde, como membro indicado pelo poder executivo, deve participar da discussão e elaboração destes documentos, pois são documentos base para a execução de qualquer ação no âmbito municipal.

Os resultados desta pesquisa apontaram para um movimento de construção do planejamento, organização e avaliação das ações em saúde por parte do gestor, tendo em vista que estes instrumentos são os primeiros passos para a organização da gestão. Porém, é causa de preocupação o fato de apenas pouco mais da metade dos gestores participarem, ainda que parcialmente, da elaboração da LDO e LOA, que são instrumentos específicos do orçamento municipal.

Em relação ao planejamento, esta função é assumida por pouco mais da metade dos secretários destes municípios. Vários estudos destacam que o planejamento é uma deficiência de muitos gestores que acabam por não utilizar este instrumento de gestão em toda sua potencialidade, e quando o fazem, por ocasião da elaboração do PMS, muitas vezes o mesmo só é elaborado para cumprir a formalidade. Destacam também que a maioria dos municípios não tem política de planejamento implantada, ou, quando esta ocorre, se dá de forma incipiente<sup>8,13,16</sup>.

O conhecimento e a operacionalização do COAP e do SISPACTO são os mecanismos legais mais recentes para a construção de serviços de saúde efetivos e resolutivos, e se constituem em instrumentos formais necessários para responsabilizar os entes federados com aplicabilidade processual<sup>17</sup>.

O pouco conhecimento do COAP e do SISPACTO sinaliza a incipiente discussão sobre a regionalização nas regiões estudadas, o que se caracteriza como mais uma fragilidade para a construção da integralidade, haja vista que estes municípios assumem a responsabilidade pela Atenção Básica, enquanto o acesso aos demais níveis de atenção se viabiliza no âmbito regional e que, portanto, depende de uma gestão regionalizada e interfederativa.

O município é responsável pela atenção básica, porém, precisa também garantir, através de pactuações com demais gestores municipais e estaduais, o acesso e atendimento de sua população aos demais níveis de complexidade, demonstrando ser capaz de oferecer um atendimento integral à sua população, mesmo que não ocorra em seus limites territoriais<sup>18</sup>.

A falta de aplicabilidade, de responsabilização e de investimentos, principalmente do ente estadual, sobre o processo de regionalização demonstra um moroso processo de ampliação da oferta e de acesso à atenção especializada e conseqüentemente para a construção das redes de atenção, o que tem se constituído em grande desafio para o desenvolvimento da gestão interfederativa.

A interação entre as dimensões política e técnica do processo de regionalização devem ser consideradas, pois expressa as tensões que existem e que influenciam na possibilidade de continuidade e consolidação das políticas públicas de saúde<sup>1</sup>.

## Considerações

A gestão do SUS passou a exigir que o secretário municipal de saúde tenha conhecimento e melhore sua capacidade de gerenciamento, pois tem o desafio de dotar os serviços de saúde de maior eficácia e resolutividade.

O perfil do gestor, incluindo seu grau de escolaridade, tem apresentado mudanças ao longo dos anos, no entanto a formação e a qualificação do gestor de MPP apontam limites para o avanço na gestão. Oportunizar, ainda mais, processos de EPS visando promover a qualificação do gestor municipal e de sua equipe gestora pode resultar em mudanças no processo de trabalho e no incremento das ações de saúde nos municípios.

As funções de planejamento e o gerenciamento do FMS destacaram-se por serem imprescindíveis para as ações em saúde, no entanto, funções mais executivas também integram o cotidiano de trabalho destes gestores. O gestor tem atribuições para desenvolver funções técnicas e instrumentais, entretanto, deve ter preparo e tempo para desenvolver as funções estratégicas que envolvem colocar os princípios do SUS em prática.

O conhecimento dos instrumentos de gestão e a participação do gestor em sua elaboração demonstraram avanço importante para o desenvolvimento de seu papel na gestão. Porém, ainda existe a necessidade tanto do conhecimento quanto da participação na elaboração do orçamento financeiro da área da saúde, o que demonstraria avanço nas relações de poder existentes.

Torna-se necessário rever o papel exercido pelo gestor local nos processos de pactuações, pois decisões ainda incipientes no processo de regionalização demonstram enfraquecimento ou até mesmo impotência do poder local para a resolução de problemas de saúde enfrentados pelos municípios, se constituindo em obstáculo para a atenção à saúde integral aos usuários do SUS.

O incipiente processo de regionalização na região estudada deve ser aprofundado em outros estudos, pois sinaliza os limites e desafios que a municipalização possui para que haja avanços na gestão do SUS.

## Agradecimentos

À Fundação Araucária pelo financiamento da pesquisa “A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora”.

## Contribuição dos autores

EP, BGC, EFPAN, CMD trabalharam na concepção, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e revisão, e MCBB trabalhou na análise e revisão do artigo.

## Referências bibliográficas

1. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: Gondim R, Gabrois V, Mendes W. (Org.) Qualificação de gestores no SUS. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.
2. Souza RR. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002. Ministério da Saúde. Brasília – DF. [acessado 30/11/15]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf)
3. Paim JS. Saúde, política e reforma sanitária. ISC: Salvador, 2002.
4. Teixeira CF, Molesini JA. Gestão Municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. Rev Baiana de Saúde Pública. 26(1-2):29-40, 2002.
5. Carvalho BG, Peduzzi M, Nunes EPPA, Leite FS, Silva JAM. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(5):907-14.
6. Castro JL, Castro JL, Vilar RLA. de. Quem são os Gestores Municipais de Saúde no Rio Grande do Norte? Um estudo sobre o perfil. [acessado 01/09/15]. Disponível em: [http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/NESC-RN/Quem\\_sao\\_%20gestores\\_RN.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/Quem_sao_%20gestores_RN.pdf)
7. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília-DF, Nov./2005, 175p.
8. Leite VR, Lima KC, Vasconcelos CM. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. Ciênc & Saúde Colet. 17(7):1849-1856, 2012.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades. Estimativa de população 2010. [acessado 24/05/10] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
10. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM. et al. 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. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(5):918-928, 2010.
11. Nunes EPPA, Santini SML, Carvalho BG, Cordoni Júnior, L. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, 39(104):29-41, 2015.
12. Ceccim RB. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. Temp Actas de Saúde Colet, [S.l.], 6(2), 2012. [acessado 20/01/16] Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1128/1041>
13. Souza MKB, Melo CMM. Perspectiva de enfermeiras gestoras acerca da gestão municipal da saúde. R Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 16(1):20-5, 2008.
14. Cohn A, Westphal MF, Elias PE. Informação e decisão política em saúde. Rev de Saúde Públ, São Paulo, 39(1):114-121, 2005.
15. Silva EC, Gomes MHA. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. Saúde Soc. São Paulo, 22(4):1106-1116, 2013.
16. Spedo SM, Tanaka OY, Pinto NRS. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Públ, Rio de Janeiro, 25(8):1781-1790, 2009.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.
18. Villani RAG, Bezerra AFB. Concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco sobre a destinação e gestão dos gastos com saúde. Saúde Soc. São Paulo, 22 (2):521-529, 2013.

DATA DE SUBMISSÃO: 23/04/2016

DATA DE ACEITE: 07/06/2016