UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE

Mariane Silva Caixeiro

Gestão municipal do SUS: desafios, sobrecarga e estratégias de enfrentamento de secretários municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais

Juiz de Fora
2026

Mariane Silva Caixeiro

Gestão municipal do SUS: desafios, sobrecarga e estratégias de enfrentamento de secretários municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Andréia Aparecida de Miranda Ramos

Juiz de Fora

2026

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração
automática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva Caixeiro, Mariane .
Gestão municipal do SUS: desafios, sobrecarga e estratégias de enfrentamento de secretários municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais / Mariane Silva Caixeiro. -- 2026.
142 f.

Orientador: Andreia Aparecida de Miranda Ramos
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2026.

1. Gestão em saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Secretários municipais de saúde. 4. Regionalização da saúde. 5. Saúde do trabalhador. I. de Miranda Ramos, Andreia Aparecida , orient. II. Título.

Mariane Silva Caixeiro

Gestão municipal do SUS: desafios, sobrecarga e estratégias de enfrentamento de secretários municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em 24 de setembro de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Andreia Aparecida de Miranda Ramos - Orientadora - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Sérgio Xavier de Camargo
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dr.ª Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina

Juiz de Fora, 24/09/2026.

Documento assinado eletronicamente por **Andreia Aparecida de Miranda Ramos**, **Coordenador(a)**, em 24/09/2026, às 16:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Sergio Xavier de Camargo**, **Coordenador(a)**, em 24/09/2026, às 22:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Brígida Gimenez Carvalho**, **Usuário Externo**, em 25/09/2026, às 07:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **3244505** e o código CRC **C9DCD6C8**.

À deusa

Dizem que a deusa Ísis era reverenciada
como senhora da magia e da cura.
Gerava vida.
Sua vida trouxe novo sentido à minha.
Sem peso, sem culpa, sem obrigação,
sua luz guiou meus dias de cansaço.
Sua amizade tornou os dias mais leves
e encheu de coragem as minhas decisões.
Cada uma destas páginas carrega o seu sorriso.
Sua existência iluminou toda esta jornada
acadêmica
e transformou esforço em propósito.
O futuro que construo também é para você,
minha Ísis.

AGRADECIMENTOS

Chegar ao fim deste trabalho significa muito mais do que concluir uma etapa acadêmica. Há, nestas páginas, horas de estudo, dúvidas, cansaço, escolhas, renúncias e, sobretudo, muitas pessoas que tornaram possível que eu continuasse quando o tempo parecia pequeno demais para tudo aquilo que precisava caber dentro dele.

Agradeço, primeiramente, à minha orientadora, Profa. Dra. Andréia Aparecida de Miranda Ramos, pela condução cuidadosa deste percurso, pelas contribuições que qualificaram este trabalho e pela disponibilidade em acompanhar cada etapa de sua construção.

Aos professores do PROFSAÚDE e a todos aqueles que fizeram parte desta formação, agradeço pelos conhecimentos compartilhados e pelas reflexões que ampliaram minha forma de compreender o SUS, a gestão e o próprio lugar que ocupo dentro dele.

Aos amigos da turma, agradeço pela parceria construída desde o início. Mais do que colegas, formamos um grupo muito unido, afinado e generoso, que compartilhou desafios, conquistas e apoio ao longo de todo o percurso. Levo comigo, além do aprendizado, os vínculos e as amizades construídas nessa caminhada.

Aos gestores municipais de saúde que aceitaram participar desta pesquisa, meu agradecimento especial. Obrigada por compartilharem comigo suas experiências, dificuldades, fragilidades, aprendizados e estratégias. Muito deste trabalho nasceu da confiança depositada em mim ao permitirem que histórias tão atravessadas por responsabilidade, compromisso e humanidade fossem ouvidas e transformadas em conhecimento.

À minha família, minha gratidão assume um significado ainda mais profundo. A realização de um mestrado enquanto se trabalha, administra tantas responsabilidades e, ao mesmo tempo, se vive intensamente a maternidade exige uma rede que nem sempre aparece nas páginas finais de um trabalho acadêmico, mas sem a qual muitas delas sequer teriam sido escritas.

Por isso, agradeço especialmente à minha mãe e irmã que, em muitos momentos desta caminhada, ficaram um pouco com a minha filha para que eu pudesse estudar, escrever, participar de uma aula, revisar um capítulo ou simplesmente encontrar algumas horas de concentração. Cada colo oferecido a ela foi também uma forma de cuidado comigo. Cada tarde, noite ou pequeno intervalo que vocês dividiram conosco ajudou a construir este trabalho. Talvez ninguém consiga mensurar completamente o valor dessas pequenas disponibilidades, mas eu sei que esta conquista também pertence a vocês.

À minha filha, Ísis, que atravessou todo este percurso comigo, agradeço por dar sentido

às escolhas que fiz e por me ensinar diariamente que amor e responsabilidade podem coexistir com sonhos próprios. Houve muitas vezes em que precisei dividir o tempo, reorganizar prioridades e aceitar que nem tudo poderia ser feito da forma ou no momento em que eu gostaria. Ainda assim, sua presença nunca foi um obstáculo nesta caminhada. Foi, ao contrário, uma das razões mais profundas para que eu desejasse continuar crescendo. Espero que, um dia, você compreenda que cada passo dado também carregava o desejo de lhe mostrar que ser mãe não precisa significar deixar de ser tantas outras coisas.

Ao Antônio, que chegou quando esta caminhada já estava em curso, mas escolheu caminhar ao meu lado na parte final dela. Obrigada por acreditar em mim, por incentivar meus projetos, por compreender minhas ausências e meus momentos de cansaço e, principalmente, por tornar mais leves os dias difíceis. Seu apoio foi importante para que eu chegasse até aqui.

E, por fim, agradeço à Mariane criança.

À menina que aprendeu cedo a caminhar com autonomia, que sempre quis descobrir o que existia depois do limite que lhe apresentavam e que raramente se conformou com aquilo que parecia ser o máximo possível. Agradeço à sua coragem, à sua inquietação, à sua capacidade de seguir mesmo sem conhecer exatamente o caminho.

Foi ela quem começou muitos dos sonhos que hoje eu tenho a oportunidade de realizar.

A vida certamente lhe ensinou a desacelerar em alguns momentos, a aceitar limites e a compreender que nem toda conquista precisa nascer da resistência. Mas uma parte daquela menina continua aqui: a que não parou, a que buscou outros caminhos quando disseram que não havia mais, a que sempre acreditou que ainda poderia aprender, construir e alcançar um pouco além.

Àquela Mariane, que talvez nunca pudesse imaginar até onde chegaria, eu gostaria de dizer: nós conseguimos chegar até aqui.

E ainda queremos mais.

RESUMO

Os gestores municipais de saúde desempenham papel central na operacionalização do Sistema Único de Saúde, sendo responsáveis por articular diretrizes, recursos, serviços e demandas locais em contextos marcados por diferentes capacidades institucionais. Esta pesquisa teve como objetivo caracterizar o perfil dos secretários municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais e compreender os desafios vivenciados na condução da gestão municipal do Sistema Único de Saúde. Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvido em duas etapas complementares. Na primeira, 36 gestores responderam a questionário eletrônico sobre perfil, trajetória profissional, condições de trabalho, desafios da gestão e repercussões do cargo sobre a saúde e o bem-estar. Na segunda, foram realizadas oito entrevistas semiestruturadas, individuais e dialogadas, presenciais ou on-line, com participantes selecionados intencionalmente de modo a contemplar diferentes portes populacionais. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática, na perspectiva de Bardin, da qual emergiram categorias empíricas relacionadas às responsabilidades da gestão, às competências exigidas, aos limites estruturais da governabilidade, às repercussões do trabalho sobre a vida dos gestores e às redes de apoio. Os resultados qualitativos revelaram o gestor municipal como profissional submetido a elevada pressão, responsável por articular demandas assistenciais, administrativas, financeiras, políticas e judiciais, muitas vezes sem dispor de governabilidade proporcional sobre os recursos e serviços necessários para responder a elas. Destacaram-se a multiplicidade de funções, a dependência da rede regional, o subfinanciamento, a insegurança normativa, a judicialização, a captura da agenda por demandas imediatas, a disponibilidade permanente e a solidão decisória. Ao mesmo tempo, emergiram aspectos positivos relacionados à satisfação com a função, ao reconhecimento, ao sentido atribuído ao trabalho, à liderança, à autonomia técnica, às relações colaborativas e ao compromisso com o SUS. O porte populacional modificou a forma como a complexidade gerencial se expressa, sem eliminar as pressões associadas ao cargo. Conclui-se que o fortalecimento da gestão municipal requer articulação entre qualificação individual e capacidade institucional, com financiamento adequado, apoio técnico, redes de corresponsabilização e condições sustentáveis de trabalho. Como Produto Técnico-Tecnológico, foi desenvolvida uma Nota Técnica destinada a gestores municipais, equipes gestoras e ao COSEMS-MG.

Palavras-chave: gestão em saúde; sistema único de saúde; secretários municipais de saúde; governabilidade; saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Municipal health managers play a central role in the operationalization of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS), as they are responsible for articulating guidelines, resources, services, and local demands in contexts marked by different levels of institutional capacity. This study aimed to characterize the profile of municipal health secretaries in the Southeast Health Macroregion of Minas Gerais and to understand the challenges experienced in the management of the municipal Unified Health System. A qualitative, descriptive, and exploratory study was conducted in two complementary stages. In the first stage, 36 managers completed an electronic questionnaire addressing their profile, professional trajectory, working conditions, management challenges, and the repercussions of the position on health and well-being. In the second stage, eight semi-structured, individual, dialogical interviews were conducted, either in person or online, with participants intentionally selected to include municipalities of different population sizes. The interviews were subjected to thematic content analysis based on Bardin's approach, from which empirical categories emerged related to management responsibilities, required competencies, structural limits to governability, the repercussions of work on managers' lives, and support networks. The qualitative findings revealed municipal managers as professionals exposed to high levels of pressure, responsible for articulating healthcare, administrative, financial, political, and judicial demands, often without having proportional governability over the resources and services required to respond to them. The main findings included multiple roles, dependence on the regional healthcare network, underfunding, regulatory uncertainty, judicialization, the predominance of immediate demands over the managerial agenda, permanent availability, and decisional loneliness. At the same time, positive aspects emerged, including satisfaction with the role, recognition, meaningfulness of work, leadership, technical autonomy, collaborative relationships, and commitment to the SUS. Population size influenced the way managerial complexity was expressed, without eliminating the pressures associated with the position. It is concluded that strengthening municipal health management requires articulation between individual qualification and institutional capacity, including adequate funding, technical support, networks of shared responsibility, and sustainable working conditions. As a Technical-Technological Product, a Technical Note was developed for municipal managers, management teams, and COSEMS-MG.

Keywords: health management; unified health system; municipal health secretaries; governability; occupational health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa com a delimitação das Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais 32
Figura 2 – Mapa com a delimitação das Microrregiões que compõem a Macrorregião de Saúde Sudeste de Minas Gerais 33
Gráfico 1 – Atuação e Condições de Trabalho dos Gestores de Saúde (N=36) 42
Quadro 1 – Categorias e Temas Identificados na Análise das Entrevistas (N=8) 48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica dos Participantes (N = 36)..... 40
Tabela 2 – Perfil de Escolaridade e Formação Acadêmica dos Participantes (N = 36)..... 41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS Atenção Primária à Saúde
CIB Comissão Intergestores Bipartite
CIB MICRO Comissão Intergestores Bipartite Microrregional
CNS Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS-MG Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais
EACT Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho
ESF Estratégia Saúde da Família
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA Lei Orçamentária Anual
PAS Programação Anual de Saúde
PDR Plano Diretor de Regionalização
PMS Plano Municipal de Saúde
PNEPS Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPA Plano Plurianual
PPI Programação Pactuada e Integrada
PRI Planejamento Regional Integrado
PTT Produto Técnico-Tecnológico
RAG Relatório Anual de Gestão
SIOPS Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS Sistema Único de Saúde
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA 15
1.1 OBJETIVOS 17
1.1.1 Objetivo Geral 17
1.1.2 Objetivos Específicos 17
1.2 REVISÃO DE LITERATURA 17
1.2.1 Contextualização da Gestão Municipal em Saúde Pública no Brasil 18
1.2.2 Perfil e Competências Profissionais Requeridas do Gestor Municipal de Saúde 21
1.2.3 Desafios da Gestão Municipal em Saúde 23
1.2.4 Condições de Trabalho dos Gestores Municipais 27
1.2.5 Formação e qualificação de Gestores Municipais 28
1.3 METODOLOGIA 30
1.3.1 Tipo de estudo 30
1.3.2 Local do estudo 30
1.3.3 Participantes e recrutamento 33
1.3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados 34
1.3.5 Análise dos dados 36
1.3.6 Aspectos éticos 37
1.3.7 Uso de inteligência artificial 38
2 RESULTADOS 39
2.1 Adesão dos participantes e dificuldades no campo 39
2.2 Resultados da Primeira Etapa - Formulário 40
2.2.1 Perfil sociodemográfico e formativo dos participantes 40
2.2.2 Trajetória profissional e condições de exercício do cargo 41
2.2.3 Nomeação e decisão de assumir a Secretaria Municipal de Saúde 43
2.2.4 Contexto de trabalho, autonomia, apoio e financiamento 44
2.2.5 Atividades que consomem tempo e áreas mais desafiadoras 45
2.2.6 Informações, divulgação e fatores de motivação/desmotivação 46
2.2.7 Exigências do cargo e repercussões na saúde 47
2.3 Resultados da Segunda Etapa - Entrevistas 48
2.3.1 Categorias e temas emergentes das entrevistas 49
3 DISCUSSÃO 64
3.1 Descentralização, responsabilização e governabilidade limitada 65

3.2 Capacidade institucional e diferentes formas de complexidade municipal 67
3.3 Trabalho real do gestor: urgência, multiplicidade de funções e captura da agenda 69
3.4 Formação e capacidade de governo: competência individual e capacidade institucional 71
3.5 Financiamento e administração da escassez: dimensões técnica, política e ética .. 73
3.6 Regionalização e dependência assistencial: municípios dependentes e o paradoxo do município polo 75
3.7 Judicialização, equidade e governabilidade: três faces de um mesmo fenômeno .. 77
3.8 Técnica, política e personalização da gestão: negociação, fila e defesa da equidade 79
3.9 Sobrecarga, disponibilidade permanente e saúde do gestor: uma forma de organização do trabalho 81
Embora sobrecarga, pressão e escassez de recursos também afetem outros trabalhadores da saúde, entre os secretários municipais essas dificuldades assumem uma configuração específica pela amplitude e complexidade das responsabilidades. O gestor responde simultaneamente por dimensões assistenciais, administrativas, financeiras, políticas e jurídicas, muitas vezes sem controlar diretamente todos os meios necessários para produzir as respostas esperadas. Assim, sua sobrecarga não decorre apenas do volume de trabalho, mas também da combinação entre responsabilidade ampliada, complexidade decisória e governabilidade limitada.
3.10 Solidão decisória e sentido do trabalho: sofrimento, satisfação e compromisso público 83
3.11 Redes de apoio e corresponsabilização: da participação institucional à governança efetiva 85
3.12 Síntese: fortalecer a gestão sem individualizar problemas estruturais 87
4 PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO (PTT) 91
4.1 Caracterização e origem do produto 91
4.2 Tipo e classificação do Produto Técnico-Tecnológico 92
4.3 Público-alvo 92
4.4 Objetivo 93
4.5 Desenvolvimento do produto 94
4.6 Aplicabilidade 95
4.7 Replicabilidade 95

4.8 Atores envolvidos e possibilidades de articulação 96
4.9 Caráter inovador e contribuição do produto..... 97
4.10 Impacto esperado..... 97
4.11 Forma de disponibilização e disseminação 98
4.12 Situação do produto..... 99
4.13 Considerações sobre o Produto Técnico-Tecnológico 99
4.14 Nota Técnica 100
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 123
REFERÊNCIAS..... 127
APÊNDICE A – CARTA-CONVITE..... 137
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL SOBRE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E TRABALHO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE..... 139
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE SUDESTE DE MINAS GERAIS 149
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... 151

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A gestão municipal ocupa posição estratégica na organização e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente a partir do processo de descentralização das políticas públicas de saúde, que atribuiu aos municípios responsabilidades crescentes pela organização da rede local, execução das ações e serviços, planejamento e articulação interfederativa (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; CONASEMS, 2021). Nesse cenário, os secretários municipais de saúde constituem atores fundamentais para a efetivação das políticas de saúde no território, assumindo responsabilidades que envolvem a gestão de recursos, o planejamento e monitoramento das ações, a coordenação das equipes, a organização da rede de atenção e a articulação com os demais níveis de gestão do SUS. A complexidade dessas atribuições é ampliada pela diversidade dos municípios brasileiros e pelas diferentes capacidades técnicas, administrativas e financeiras existentes entre os territórios. Estudos nacionais evidenciam mudanças no perfil dos gestores municipais, como o aumento da participação feminina e da escolaridade, mas também apontam desafios relacionados à formação específica para a gestão, à rotatividade dos ocupantes dos cargos, às condições institucionais de trabalho e à necessidade de apoio e qualificação permanentes (OUVERNEY et al., 2019; RIQUIERI et al., 2022).

Esses desafios assumem maior relevância diante de um contexto marcado pelo subfinanciamento do SUS, pela judicialização da saúde, pela pressão crescente por acesso a serviços especializados, pela complexidade dos instrumentos de planejamento e gestão e pela necessidade de tomada de decisões técnicas em cenários permeados por demandas políticas e sociais. Ao gestor municipal cabe, frequentemente, conciliar necessidades de saúde da população, limites orçamentários, demandas dos trabalhadores, exigências dos órgãos de controle e pactuações interfederativas, em um cotidiano caracterizado por elevada responsabilidade e múltiplas demandas. Publicações recentes reforçam que a gestão municipal permanece atravessada por dificuldades relacionadas à formação e à rotatividade dos gestores, à qualificação das equipes, ao apoio institucional e ao fortalecimento da governança regional (CONASEMS, 2021; BRASIL, 2023; CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2024). Nesse sentido, compreender as condições concretas em que esses sujeitos desenvolvem seu trabalho é fundamental não apenas para identificar obstáculos à gestão, mas também para reconhecer estratégias e possibilidades de enfrentamento construídas no cotidiano dos municípios.

Embora a literatura nacional contribua para a compreensão do perfil e dos desafios da gestão municipal do SUS, ainda são limitados os estudos que abordam de maneira articulada as características dos secretários municipais de saúde, suas condições de trabalho e os desafios vivenciados em contextos regionais específicos. Essa lacuna é particularmente relevante na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, território constituído por municípios com diferentes características demográficas, socioeconômicas, estruturais e capacidades de gestão, inseridos em uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde. Conhecer essa realidade pode contribuir para identificar necessidades comuns aos gestores, especificidades territoriais e demandas de apoio institucional e de educação permanente, produzindo subsídios para o fortalecimento da gestão municipal e da regionalização do SUS.

A escolha deste objeto de estudo, também, relaciona-se à trajetória profissional da pesquisadora, enfermeira com atuação na Atenção Primária à Saúde e, atualmente, inserida na gestão municipal de saúde. A experiência cotidiana no exercício da gestão suscitou inquietações acerca das dificuldades enfrentadas pelos secretários municipais de saúde e das estratégias mobilizadas para responder às demandas do território e às responsabilidades inerentes à condução do SUS em âmbito local. Essa aproximação com o campo, articulada à lacuna identificada na literatura, fundamentou a necessidade de investigar quem são esses gestores, em quais condições desenvolvem seu trabalho e quais desafios enfrentam no cotidiano da gestão municipal.

Dessa forma, este estudo justifica-se pela relevância de produzir conhecimento situado sobre a realidade dos gestores municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, contribuindo para dar visibilidade às condições concretas de exercício da gestão e para identificar elementos que possam subsidiar ações de qualificação, apoio institucional e fortalecimento da capacidade gestora dos municípios. Assim, teve como objetivo compreender os principais desafios enfrentados pelos secretários municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, caracterizando seu perfil profissional, suas condições de trabalho e as estratégias utilizadas no cotidiano da gestão do SUS. Desenvolvido no âmbito do Trabalho de Conclusão do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE, o estudo busca articular produção de conhecimento e transformação da realidade, perspectiva própria da formação profissional em saúde. Como desdobramento aplicado da pesquisa, foi elaborado um Produto Técnico-Tecnológico, constituído por uma Nota Técnica direcionada aos gestores municipais de saúde, equipes gestoras e ao COSEMS-MG, com a finalidade de sistematizar os

principais achados do estudo e oferecer subsídios para a reflexão sobre o trabalho da gestão, a tomada de decisão e o fortalecimento das condições institucionais necessárias à gestão do SUS nos municípios.

1.1 OBJETIVOS

Os objetivos que orientaram o desenvolvimento deste estudo são apresentados a seguir.

1.1.1 Objetivo Geral

Caracterizar o perfil dos gestores municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais e compreender os desafios enfrentados por estes profissionais na condução da gestão pública.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico, organizacional e de saúde dos gestores municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais;
- Identificar e analisar as atividades desenvolvidas e os principais desafios enfrentados pelos gestores municipais de saúde na condução da gestão pública;
- Elaborar uma Nota Técnica destinada aos gestores municipais de saúde, equipes gestoras e COSEMS-MG, com base nos achados da pesquisa, visando subsidiar a tomada de decisão e contribuir para o fortalecimento e a qualificação da gestão municipal do SUS.

1.2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi organizada em eixos relacionados à gestão municipal do SUS, ao perfil e às competências dos gestores, aos desafios da gestão, às condições de trabalho e aos processos de formação e qualificação.

1.2.1 Contextualização da Gestão Municipal em Saúde Pública no Brasil

A gestão em saúde pode ser compreendida como um processo político, técnico e organizacional que articula saberes, práticas e recursos com o objetivo de planejar, coordenar e avaliar ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Trata-se de uma função estratégica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por garantir a efetividade das políticas públicas em saúde e assegurar a integralidade do cuidado (Brasil, 2006). Para Mendes (2011), gerir em saúde é operar o sistema de modo a produzir respostas concretas às necessidades da população, coordenando fluxos de atenção e processos de trabalho com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Nessa perspectiva, a gestão não se restringe ao gerenciamento de insumos e pessoas, mas exige a construção de relações democráticas e participativas entre os diversos atores envolvidos no processo de cuidado. Segundo Vasconcelos e Pasche (2006), a gestão do SUS pressupõe a capacidade de articular ações intersetoriais, alocar recursos com justiça social e incorporar dispositivos de avaliação e controle social como fundamentos da prática gerencial. Assim, o gestor em saúde deve ser um sujeito ético-político, capaz de garantir a oferta da atenção básica e o acesso da população aos demais níveis de atenção, através da rede de atenção a saúde.

A gestão municipal em saúde pública no Brasil resulta de um processo histórico que combina avanços institucionais e desafios estruturais. A descentralização tornou-se um eixo organizador do SUS, especialmente após a Constituição Federal de 1988, quando os municípios passaram a responder diretamente pelo planejamento, execução e fiscalização das ações de saúde em seus territórios (Brasil, 1988). Esse movimento, contudo, não foi um ato pontual, mas o desdobramento de uma trajetória de mobilização social e disputa por um sistema mais equânime e acessível.

Com a CF/1988, os municípios consolidaram-se como entes federados, ao lado da União e dos estados, com autonomia política, administrativa e financeira. Na saúde, essa autonomia se articula à interdependência entre níveis de governo e demanda mecanismos permanentes de coordenação, pactuação e cooperação para formular e implementar políticas (ARRETCHE, 2004; LIMA, 2012; RIBEIRO et al., 2018). Esse arranjo ganha forma na regionalização e nas instâncias interfederativas, nas quais a capacidade de ação municipal depende também da articulação com os demais entes. Em síntese, o protagonismo municipal é indissociável de

coordenação federativa contínua e de arranjos cooperativos estáveis entre os três níveis de governo (ARRETCHE, 2004; RIBEIRO et al., 2018).

A construção do SUS não pode ser compreendida sem considerar o contexto histórico das políticas de saúde no Brasil. Até meados do século XX, a assistência médica no país era predominantemente privada, voltada para segmentos específicos da população e fortemente vinculada ao setor previdenciário. O acesso à saúde pública era restrito e marcado por desigualdades regionais profundas, o que gerava altos índices de mortalidade e precariedade nos serviços básicos (Escorel, 1998). Esse cenário começou a ser contestado por intelectuais e profissionais de saúde que, inspirados pelas experiências de outros países, passaram a reivindicar um modelo universal de atenção.

A partir da década de 1970, o Movimento Sanitário emergiu como um dos principais articuladores da reforma do sistema de saúde brasileiro. Formado por profissionais, pesquisadores, sanitaristas e lideranças populares, o movimento defendia a saúde como um direito fundamental e lutava pela construção de um sistema público, baseado na equidade e na integralidade do cuidado. Esse debate foi consolidado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, onde foi amplamente reconhecido que a saúde deveria ser compreendida não apenas como ausência de doença, mas como um resultado multifacetado de determinantes sociais, econômicos e ambientais que impactam a qualidade de vida da população. A partir dessa conferência, o conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado foi fortalecido, influenciando diretamente a criação do SUS dois anos depois (Brasil, 1986).

Com a promulgação da Constituição de 1988, o SUS foi formalmente estabelecido, garantindo a universalização do acesso aos serviços de saúde e estruturando um modelo baseado na descentralização e participação social. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) consolidou os princípios do SUS, que incluem universalidade, integralidade e equidade, e definiu as competências dos entes federativos no planejamento e gestão da saúde pública (Brasil, 1990). Essa lei reforçou o papel dos municípios como gestores diretos dos serviços, permitindo maior autonomia na administração dos recursos e na execução das políticas sanitárias locais.

Entretanto, essa autonomia veio acompanhada de desafios significativos. A descentralização, por si só, não garantiu o financiamento adequado para os municípios, o que gerou desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, especialmente em regiões com menor infraestrutura. A Lei nº 8.142/1990 regulamentou a participação da sociedade civil no SUS, instituindo os conselhos de saúde como instâncias centrais de deliberação, fiscalização

e controle social (Brasil, 1990). Contudo a participação social, embora garantida pela legislação, ainda representa um desafio na prática. Os conselhos municipais de saúde, as conferências e outras instâncias de governança nem sempre conseguem mobilizar efetivamente os cidadãos, o que limita o potencial de fiscalização e acompanhamento das políticas sanitárias. A Resolução CNS nº 453/2012 reforça a necessidade de transparência e controle social, mas sua implementação ainda encontra barreiras estruturais e institucionais que precisam ser superadas (Conselho Nacional de Saúde, 2012).

Outro fator que restringiu a expansão do financiamento público foi a Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu novo regime fiscal e estabeleceu limites para as despesas primárias federais. Seus efeitos foram incorporados ao debate sobre a sustentabilidade financeira do SUS e sobre as condições de expansão da oferta pública de ações e serviços (BRASIL, 2016; CASTRO et al., 2019). Além da questão financeira, a judicialização da saúde também se consolidou como desafio para a gestão, podendo repercutir sobre orçamento, planejamento e prioridades assistenciais (COSTA; SILVA; OGATA, 2020).

Com esse panorama, o gestor municipal se torna uma figura central na execução das políticas de saúde. Sua atuação exige conhecimento técnico, capacidade de articulação política e planejamento estratégico. Estudos com secretários municipais mostram, contudo, lacunas de formação específica para a gestão e barreiras institucionais ao acesso e à utilização de conhecimentos no cotidiano decisório (VERMELHO; FIGUEIREDO, 2017; BECKER; RECH; REIS, 2018). Além disso, o exercício da função ocorre em ambiente atravessado por tensões técnicas, políticas e institucionais, que ampliam a necessidade de negociação permanente e de apoio institucional (FLEURY; OUVERNEY, 2018; MALAMAN et al., 2021).

As relações interfederativas moldam diretamente a gestão municipal: definem responsabilidades, regras de financiamento e mecanismos de coordenação, condicionando a execução local por meio de normas, pactuações e relações de interdependência. A literatura sobre federalismo sanitário mostra que a autonomia municipal convive com desigualdades de capacidade estatal e com a necessidade de coordenação entre União, estados e municípios (ARRETCHE, 2004; RIBEIRO et al., 2018).

Diante desse histórico de avanços e desafios, a gestão municipal em saúde pública no Brasil se consolida como um campo de constante evolução. O SUS representa uma conquista democrática que assegura o direito à saúde para todos, mas sua efetivação exige esforço contínuo para superar o subfinanciamento, a capacitação insuficiente dos gestores e a fragilidade da participação social. Como enfermeira e gestora municipal, vivencio essas tensões

diariamente e reconheço a necessidade de um planejamento mais eficaz e de estratégias que fortaleçam a governança local. Somente com compromisso político, investimento adequado e um sistema de gestão eficiente será possível consolidar um SUS que não apenas garanta acesso ao atendimento, mas que também promova equidade e justiça social.

No SUS, a coordenação federativa se expressa no Pacto pela Saúde e em instrumentos de planejamento e pactuação regional, que buscam articular autonomia local, diretrizes nacionais e organização regional da atenção (BRASIL, 2006; LIMA, 2012; RIBEIRO et al., 2018).

1.2.2 Perfil e Competências Profissionais Requeridas do Gestor Municipal de Saúde

Os gestores municipais de saúde desempenham um papel central na operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsáveis por traduzir diretrizes nacionais em ações locais e garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde (Paim, 2009). Essa função exige um conhecimento abrangente das políticas públicas de saúde, capacidade de articulação política e competências técnicas para administrar recursos, liderar equipes e mediar conflitos. A diversidade de formações e experiências desses profissionais reflete tanto o caráter multidisciplinar da gestão quanto os desafios inerentes à função.

A formação acadêmica dos gestores municipais de saúde é heterogênea, abrangendo diferentes áreas profissionais (OUVERNEY et al., 2019; RIQUIERI et al., 2022). Muitos profissionais assumem a função sem formação específica para a gestão e constroem parte importante de suas competências durante o próprio exercício do cargo. Nesse contexto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde orienta processos formativos articulados aos problemas concretos do trabalho e às necessidades dos serviços (BRASIL, 2009).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011) observa que muitos gestores ingressam na administração pública após atuar em outras funções dentro da rede de saúde. Embora a experiência prática seja um fator relevante, há uma lacuna na capacitação específica para a gestão municipal, o que pode comprometer a qualidade da administração e a implementação eficaz de políticas públicas.

O desempenho dos gestores municipais exige um conjunto diversificado de competências, que podem ser categorizadas em três eixos principais: técnicas, gerenciais e interpessoais.

Competências Técnicas: O conhecimento sobre os princípios do SUS, universalidade, integralidade e equidade, é indispensável. Além disso, é fundamental que o gestor compreenda

a organização do sistema em níveis de atenção (primária, média e alta complexidade) e conheça programas estratégicos como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), que são pilares da atenção municipal (Paim, 2009; Brasil, 1990).

Competências Gerenciais: A função do gestor envolve elaborar o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), instrumentos essenciais para o planejamento e a avaliação das ações locais (Brasil, 2017). Também lhe cabe administrar o Fundo Municipal de Saúde, assegurando transparência na aplicação dos recursos e eficiência dos serviços (CONASS, 2011). No campo orçamentário-financeiro, o gestor participa da elaboração e compatibilização do PPA, LDO e LOA, garantindo aderência entre os instrumentos do SUS (PMS, PAS, RAG) e as peças orçamentárias; responde pela execução por rubrica, em conformidade com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LC 101/2000) e a LC 141/2012; utiliza o SIOPS e acompanha transferências regulares, emendas parlamentares e as regras de custeio/investimento que impactam o fluxo de caixa e o planejamento. Evidências sugerem que a alfabetização orçamentária dos gestores, combinada a processos de educação permanente e ao uso de painéis de monitoramento, melhora a execução e a tomada de decisão (Gozi, 2025; Tamaki et al., 2012; CONASEMS, 2021).

Competências Interpessoais: Campos (2013) enfatiza que a cogestão e a mediação de conflitos são habilidades essenciais para lidar com a diversidade de atores envolvidos na saúde pública. Os gestores precisam estabelecer parcerias, articular políticas intersetoriais e negociar com governos estaduais e federais. Além disso, liderar equipes multiprofissionais exige um alto nível de capacidade de comunicação, empatia e tomada de decisão baseada em evidências.

Além dessas competências, é importante reconhecer que a municipalização da saúde, consolidada com a descentralização do SUS, ampliou significativamente as responsabilidades atribuídas aos gestores locais e tornou mais complexas as exigências técnicas, políticas e relacionais do cargo (FLEURY; OUVERNEY, 2018). Estudos sobre a implicação do secretário municipal de saúde também evidenciam como responsabilidades institucionais podem ser progressivamente personalizadas, favorecendo sobrecarga e sobreimplicação (MALAMAN et al., 2021). Esse cenário reforça a necessidade de apoio institucional contínuo e de espaços formativos que articulem experiência prática, reflexão crítica e atualização permanente.

1.2.3 Desafios da Gestão Municipal em Saúde

A gestão em saúde, no contexto do SUS, refere-se ao conjunto de práticas e processos voltados à organização, planejamento, coordenação e avaliação das ações e serviços de saúde, visando à garantia do cuidado integral e à efetivação do direito à saúde. Para Mendes (2011), a gestão da saúde deve ser compreendida como o processo de condução política e técnica dos sistemas e redes de atenção, articulando necessidades sociais, tecnologias e saberes em prol da equidade e da eficiência no cuidado. Já Giovanella et al. (2008) destacam que a gestão assume um papel estratégico na implementação das políticas públicas de saúde, exigindo não apenas competências técnicas, mas também a capacidade de liderança, negociação e articulação intersetorial.

A gestão municipal de saúde, especificamente, desempenha um papel central na estrutura do SUS, pois é no nível local que as ações de saúde se concretizam e se aproximam das realidades e necessidades da população. No entanto, diversos desafios impactam diretamente a atuação dos gestores, dificultando a implementação eficaz dos programas e a garantia de acesso equitativo aos serviços. Entre os obstáculos mais recorrentes, destacam-se o subfinanciamento, a judicialização da saúde, a interferência política, a gestão de equipes e a articulação intersetorial.

O subfinanciamento constitui um dos desafios históricos do SUS e repercute diretamente sobre a capacidade municipal de manter e ampliar serviços. A Emenda Constitucional nº 95/2016 acrescentou restrições ao crescimento das despesas federais, intensificando o debate sobre sustentabilidade do financiamento e capacidade de resposta do sistema (BRASIL, 2016; CASTRO et al., 2019). Em contextos de demanda crescente, a limitação orçamentária amplia a necessidade de priorização e torna mais difícil compatibilizar planejamento, expansão da oferta e manutenção dos serviços existentes.

Além da insuficiência global de recursos, a trajetória do financiamento do SUS evidencia mudança importante na participação relativa dos entes federativos. Ao longo das últimas décadas, observou-se redução proporcional da participação da União no custeio das ações e serviços públicos de saúde, acompanhada de aumento da participação de estados e, principalmente, dos municípios. Em 2000, a União respondia por 59,8% do gasto público em saúde, enquanto os municípios participavam com 21,7%; em 2022, essas proporções passaram para 37,6% e 34%, respectivamente. Esse movimento amplia a pressão sobre os orçamentos

municipais e reforça a necessidade de analisar o subfinanciamento também como questão federativa e distributiva (PIOLA; VIEIRA, 2024).

Outro elemento que passou a influenciar de forma crescente o financiamento municipal da saúde é a ampliação das emendas parlamentares. A consolidação do orçamento impositivo ampliou a participação do Poder Legislativo na definição da destinação de recursos federais, inclusive para o SUS. Embora essas transferências possam ampliar a capacidade financeira dos municípios, estudos apontam desigualdades na distribuição per capita dos recursos e possíveis distorções em relação a critérios técnicos e de equidade, especialmente na Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, as emendas parlamentares podem ampliar a disponibilidade de recursos, mas também introduzir maior imprevisibilidade e dependência de decisões políticas na programação financeira municipal (VIEIRA; LIMA, 2022; ULINSKI et al., 2024).

Há também, o significativo desafio da judicialização da saúde, que tem crescido nos últimos anos, impondo dificuldades à administração pública. O aumento de demandas judiciais para aquisição de medicamentos e tratamentos de alto custo gera impactos diretos sobre o orçamento municipal, desviando recursos que poderiam ser destinados a ações planejadas e estruturantes do sistema de saúde (COSTA; SILVA; OGATA, 2020). Esse fenômeno reflete a fragilidade das políticas de acesso a medicamentos e tratamentos especializados, demonstrando a necessidade de aprimoramento dos critérios de incorporação tecnológica e do fortalecimento da regulação na assistência farmacêutica.

A gestão municipal da saúde é atravessada por relações técnicas e políticas que exigem negociação contínua com diferentes atores. A literatura mostra que o secretário ocupa posição de articulação entre demandas da população, equipes, governo municipal e instâncias interfederativas, e que a condução da política local depende tanto de competências técnicas quanto da capacidade de negociação e construção de legitimidade (FLEURY; OUVERNEY, 2018; MALAMAN et al., 2021). Essas tensões podem dificultar a sustentação de critérios técnicos quando a gestão opera sob forte pressão por respostas imediatas, reforçando a importância de processos decisórios transparentes e institucionalizados.

Além disso, a gestão de equipes multiprofissionais exige estratégias de valorização do trabalho, educação permanente e construção coletiva dos processos de gestão. Estudos sobre gestão do trabalho e educação na rede pública do SUS destacam que a qualificação das equipes não depende apenas da oferta de cursos, mas também de tempo, condições organizacionais, apoio institucional e integração entre formação e problemas concretos do serviço (VERMELHO; FIGUEIREDO, 2017; FERRAZ et al., 2022).

Por fim, a articulação intersetorial é um aspecto fundamental para a promoção da saúde nos municípios. A efetividade das políticas públicas depende da integração entre diferentes áreas, como educação e assistência social, possibilitando ações conjuntas para enfrentar determinantes sociais que influenciam o perfil epidemiológico das populações (Brasil, 2017). A ausência de estratégias bem definidas para a construção de políticas integradas limita a capacidade do gestor de desenvolver iniciativas que abordem a saúde de forma ampla e preventiva, restringindo a atuação do setor a uma perspectiva predominantemente curativa.

A gestão municipal de saúde no Brasil é marcada por decisões complexas que impactam diretamente o bem-estar da população, exigindo dos administradores não apenas conhecimento técnico e habilidades gerenciais, mas também um compromisso sólido com princípios éticos e morais. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a ética na gestão pública transcende questões normativas e jurídicas, constituindo-se como um dos pilares para garantir a equidade no acesso aos serviços, a transparência na administração dos recursos e a responsabilidade social na implementação das políticas de saúde. Como destacam Paim et al. (2011), a reforma do sistema de saúde brasileiro foi impulsionada principalmente pela mobilização da sociedade civil, que influenciou a inclusão da saúde como direito universal na Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, ampliando significativamente o acesso à saúde para grande parte da população brasileira.

O fortalecimento da gestão municipal depende de capacidade técnica, planejamento e articulação entre os diferentes níveis de governo. A descentralização conferiu maior protagonismo aos municípios, mas também tornou mais visíveis diferenças de estrutura e capacidade institucional (CONASS, 2011; FLEURY; OUVERNEY, 2018). Nesse contexto, avaliação e monitoramento são instrumentos importantes para identificar fragilidades, acompanhar resultados e subsidiar decisões de gestão (TAMAKI et al., 2012).

Um dos desafios centrais da ética na gestão municipal é a alocação de recursos públicos, especialmente diante da limitação orçamentária e da crescente demanda por serviços de saúde. Estudos com secretários municipais mostram que a gestão dos gastos envolve participação na definição orçamentária, conhecimento dos instrumentos legais e escolhas sobre a destinação dos recursos segundo necessidades locais (VILLANI; BEZERRA, 2013). Nessa perspectiva, indicadores, planejamento e critérios públicos tornam-se essenciais para sustentar decisões distributivas e ampliar a transparência da gestão.

A transparência na administração pública é outro aspecto fundamental da ética na gestão municipal de saúde. O acesso da sociedade às informações sobre gastos, contratos e

implementação de políticas contribui para fortalecer o controle social e a legitimidade das decisões. A Lei nº 8.142/1990 e a Resolução CNS nº 453/2012 estruturam a participação da comunidade por meio dos conselhos e conferências de saúde e reforçam a necessidade de acompanhamento e deliberação social sobre a política de saúde (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2012).

Além da responsabilidade financeira e administrativa, a ética na gestão pública relaciona-se ao compromisso com universalidade, integralidade, equidade e transparência. O gestor municipal precisa organizar serviços e tomar decisões em consonância com os princípios do SUS, preservando critérios técnicos e públicos mesmo em contextos de pressão e escassez (CONASS, 2011; PAIM et al., 2011).

A atuação dos gestores municipais também exige um compromisso ético com a valorização dos profissionais de saúde e com a garantia de condições adequadas para o exercício da profissão. Paim et al. (2011) destacam que, apesar dos avanços recentes, como o aumento do investimento em recursos humanos e a ampliação da cobertura da atenção primária, ainda persistem desafios estruturais, especialmente no que diz respeito à sobrecarga das equipes e à precarização das condições de trabalho, o que pode comprometer a qualidade dos serviços e a satisfação dos trabalhadores. O fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde é um dos desafios identificados na análise dos Planos Municipais de Saúde, que, em muitos casos, ainda apresenta lacunas significativas na definição de estratégias para a valorização dos trabalhadores.

Dessa maneira, os desafios enfrentados pelos gestores municipais de saúde evidenciam a complexidade da administração pública no SUS e a necessidade de estratégias que viabilizem a superação dessas barreiras. O perfil do gestor municipal de saúde é multifacetado, exigindo expertise técnica, habilidades gerenciais e competências interpessoais para lidar com os desafios da administração pública. A atuação eficaz depende de um planejamento sólido, da articulação política e da capacidade de mobilizar a sociedade na construção de políticas sustentáveis para o setor.

O aprimoramento da capacitação dos gestores, a ampliação dos investimentos em saúde e a promoção da participação social são elementos-chave para garantir um modelo de gestão pública que responda às reais necessidades da população e promova justiça social. Como concluem Paim et al. (2011), para que o sistema de saúde brasileiro supere os desafios atuais, é necessário fortalecer o apoio político, reestruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores público e privado, promovendo a sustentabilidade e a equidade do SUS.

1.2.4 Condições de Trabalho dos Gestores Municipais

As condições de trabalho dos gestores municipais de saúde são marcadas por desafios estruturais e organizacionais que repercutem sobre a capacidade de decisão e sobre a própria saúde de quem ocupa a função. Estudos com gestores evidenciam sobrecarga, continuidade do trabalho no ambiente familiar, pressão por respostas e demandas que ultrapassam a capacidade imediata de resolução (MALAMAN et al., 2021; SOARES et al., 2024). A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora orienta que os agravos relacionados ao trabalho sejam compreendidos a partir dos ambientes, processos e relações laborais (BRASIL, 2012).

A sobrecarga de trabalho, a responsabilidade decisória e a dificuldade de desligamento da função podem repercutir sobre a saúde mental dos gestores. Poletto et al. (2016) identificaram síndrome de burnout em gestores municipais de saúde, enquanto Soares et al. (2024) descrevem exaustão, estresse, alterações do sono e invasão da vida familiar em contextos de elevada demanda. Esses achados reforçam a necessidade de compreender o sofrimento do gestor como questão relacionada à organização do trabalho, e não apenas como problema individual de autocuidado.

Além disso, a escassez de recursos financeiros e a insuficiência de capacidade instalada limitam a execução das políticas e ampliam a pressão sobre a gestão municipal. Estudos com secretários de saúde apontam insuficiência de recursos, diferenças conforme o porte municipal e necessidade de maior domínio dos instrumentos de financiamento e orçamento (VILLANI; BEZERRA, 2013; ARCARI et al., 2020). A complexidade dos processos administrativos e de prestação de contas acrescenta exigências técnicas ao cotidiano do gestor.

A pressão política também constitui dimensão relevante do trabalho gerencial. A gestão do SUS exige negociação com diferentes atores e sustentação de critérios públicos em contextos de interesses diversos. A perspectiva da cogestão destaca a importância de construir decisões compartilhadas sem eliminar conflitos e diferenças de poder (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013), enquanto estudos sobre secretários municipais mostram que a função é atravessada por forças políticas e institucionais que podem ampliar a responsabilização individual (MALAMAN et al., 2021).

As demandas da comunidade agravam esse cenário. A Portaria nº 2.436/2017 reforça a importância da atenção básica, mas gestores enfrentam dificuldades para atender expectativas da população por serviços de média e alta complexidade, que fogem à capacidade municipal, principalmente nos municípios de pequeno porte (BRASIL, 2017).

Diante desses desafios, a educação permanente, o apoio institucional e as redes entre gestores aparecem como estratégias importantes para ampliar a capacidade de análise e reduzir decisões isoladas. O Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS destaca a educação permanente e o apoio técnico como componentes do fortalecimento da gestão (CONASEMS, 2021), e experiências com apoiadores mostram potencial para favorecer aprendizagem no trabalho e governança colaborativa (SILVA et al., 2020).

As condições de trabalho dos gestores municipais de saúde refletem contradições entre as diretrizes do SUS e a realidade operacional. A superação desses desafios exige não apenas políticas de valorização profissional, mas também reformas estruturais no financiamento e na gestão participativa do sistema.

1.2.5 Formação e qualificação de Gestores Municipais

A qualificação dos gestores municipais de saúde é um componente estratégico para o fortalecimento da gestão local do SUS, especialmente diante dos desafios operacionais, políticos e financeiros que marcam o cotidiano dos serviços. A literatura destaca que a complexidade do Sistema Único de Saúde requer gestores com habilidades técnicas, administrativas e políticas, capazes de articular ações intersetoriais e promover o cuidado integral em saúde (GERSCHMAN, 1995; GIOVANELLA et al., 2008).

Apesar disso, parte expressiva dos secretários municipais assume a função sem formação específica em gestão pública ou saúde coletiva, o que reforça a importância de processos continuados de qualificação. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe aprendizagem articulada ao cotidiano dos serviços (BRASIL, 2009), e estudos com secretários municipais mostram que barreiras de tempo, recursos e organização do trabalho interferem no acesso e na efetividade das ações formativas (VERMELHO; FIGUEIREDO, 2017).

Uma estratégia-chave de qualificação da gestão é o apoio institucional (o “Apoiador”), inspirado no método Paideia, que combina análise institucional, cogestão e educação permanente para fortalecer capacidades decisórias, planejamento e negociação no cotidiano (CAMPOS, 2013; CAMPOS; DOMITTI, 2007). No plano interfederativo, CONASS e CONASEMS estruturaram ações formativas e redes de apoio técnico aos gestores municipais, com manuais, oficinas, cursos e tutoriais — a exemplo do Manual do(a) Gestor(a) Municipal

do SUS (CONASEMS, 2021) e de projetos colaborativos que disseminam práticas de gestão e regionalização em todo o país (BRASIL, 2011; CONASEMS, 2021).

A educação permanente mostra maior potência quando articulada a apoio institucional, análise dos problemas reais do serviço e acompanhamento da implementação das decisões. Nessa direção, experiências de apoio à gestão municipal indicam que processos formativos combinados à atuação de apoiadores podem fortalecer capacidades de planejamento, negociação e governança (SILVA et al., 2020).

CONASS, CONASEMS e COSEMS constituem referências importantes de apoio técnico e formação para gestores do SUS. O Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS sistematiza orientações para o cotidiano da gestão, enquanto estratégias de apoio institucional desenvolvidas em articulação com os COSEMS aproximam a qualificação dos problemas concretos enfrentados nos municípios (CONASEMS, 2021; SILVA et al., 2020).

Ainda que essas iniciativas representem avanços importantes, o acesso desigual à formação e a rotatividade dos cargos de gestão dificultam a consolidação de capacidade institucional nos municípios. Estudos nacionais mostram mudanças frequentes no perfil e na permanência dos secretários, enquanto a literatura sobre educação permanente destaca que descontinuidade das equipes e fragilidade dos processos de trabalho limitam a construção de práticas críticas e reflexivas (OUVERNEY et al., 2019; RIQUIERI et al., 2022; MICCAS; BATISTA, 2014).

A literatura analisada evidencia, portanto, que a gestão municipal do SUS se desenvolve em um cenário marcado por responsabilidades crescentes, desigualdades de capacidade institucional, restrições de financiamento, dependência regional, exigências técnicas complexas e necessidade permanente de articulação política e interfederativa. Ao mesmo tempo, permanecem lacunas na compreensão de como esses elementos são vivenciados concretamente pelos secretários municipais de saúde e de que maneira repercutem sobre seu trabalho, suas decisões e sua saúde. Partindo dessa lacuna, o presente estudo buscou aproximar o debate teórico da experiência cotidiana dos gestores da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, conforme os procedimentos metodológicos descritos a seguir.

1.3 METODOLOGIA

A metodologia foi estruturada de modo a contemplar o desenho do estudo, o cenário, os participantes, os procedimentos de coleta e análise dos dados, os aspectos éticos e a declaração de uso de inteligência artificial.

1.3.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, realizado por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, visando uma análise dos desafios enfrentados pelos gestores municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. Essa abordagem possibilitou compreender as percepções subjetivas dos participantes e construir significados a partir de suas experiências no exercício da gestão municipal do SUS.

Os procedimentos metodológicos qualitativos podem envolver entrevistas em profundidade, observação e análise documental, entre outras estratégias de coleta e interpretação dos dados. Essa metodologia mostrou-se adequada para o presente estudo, por possibilitar a compreensão de dinâmicas sociais complexas, como é o caso da gestão pública em saúde e das experiências vivenciadas pelos secretários municipais no cotidiano do SUS (CRESWELL; POTH, 2023; DENZIN et al., 2023).

Embora o estudo tenha utilizado um questionário estruturado na primeira etapa da coleta, sua finalidade principal foi caracterizar o perfil dos participantes e subsidiar a seleção dos participantes da etapa de entrevistas. O eixo central da pesquisa concentrou-se na compreensão das experiências, percepções e desafios relatados pelos gestores municipais de saúde, especialmente por meio das entrevistas dialogadas realizadas na segunda fase da coleta.

1.3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na Macrorregião de Saúde Sudeste de Minas Gerais.

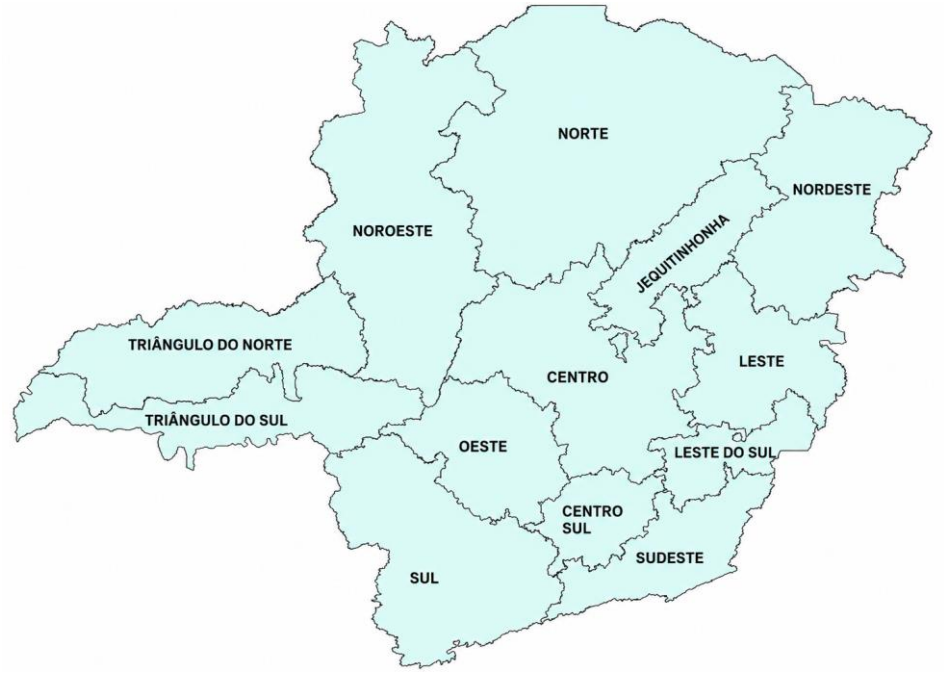
O Estado de Minas Gerais está dividido em 14 macrorregiões de saúde. A regionalização, adotada no âmbito do SUS, busca ampliar o acesso aos serviços e promover a integração entre diferentes níveis de atenção, conforme preconizado pelo planejamento regional (SILVA; RAMIRES, 2011).

A Macrorregião de Saúde Sudeste é composta por 94 municípios distribuídos em nove microrregiões: Além Paraíba, Carangola, Juiz de Fora, Leopoldina/Cataguases, Lima Duarte, Muriaé, Santos Dumont, São João Nepomuceno e Ubá. Administrativamente, essa macrorregião possui quatro Unidades Regionais de Saúde, sediadas em Juiz de Fora, Leopoldina, Ubá e Manhuaçu, sendo Juiz de Fora considerada Pólo Macrorregional e Muriaé, Pólo Macrorregional Complementar (SESMG, 2023).

A região possui 1.596.974 habitantes e área de 24.664,80 km², com densidade demográfica de 64,75 hab/km² (IBGE, 2022). Os principais desafios regionais, segundo o Planejamento Regional Integrado (PRI, 2023), são a baixa resolubilidade da Atenção Primária, a deficiência na contratualização de serviços, as dificuldades de acesso a leitos hospitalares e as altas taxas de mortalidade infantil.

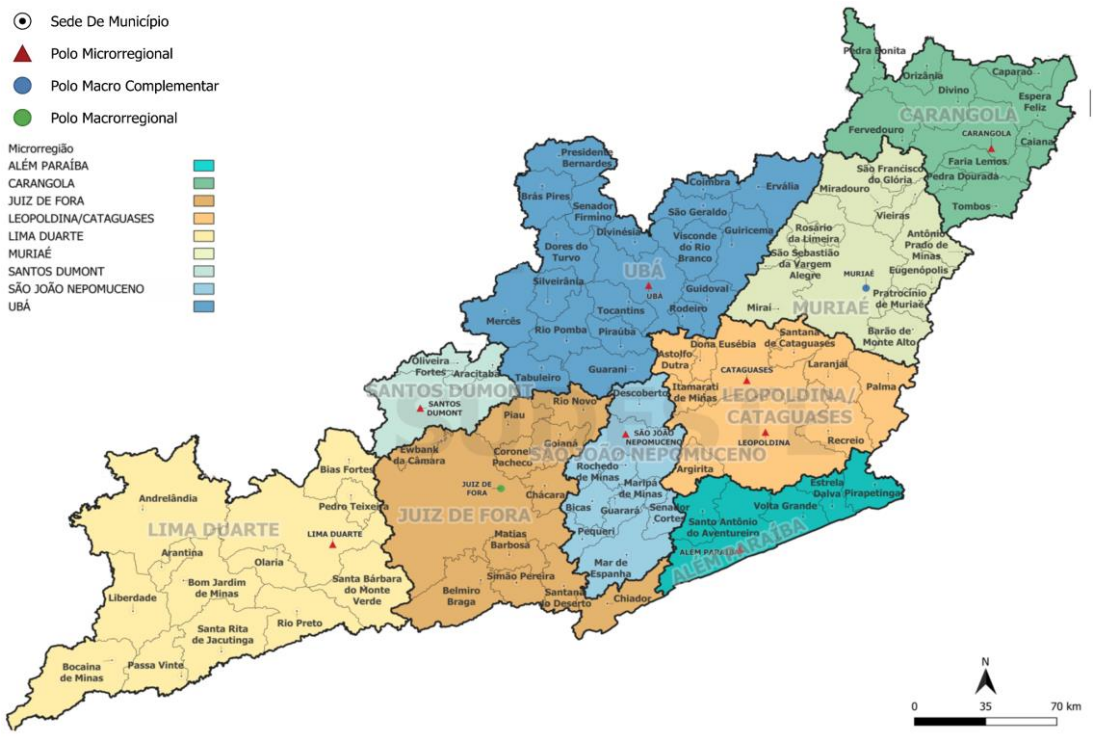
A escolha desse território justificou-se pela relevância regional da Macrorregião Sudeste no processo de organização da rede assistencial em Minas Gerais e pela inserção da pesquisadora como Secretária Municipal de Saúde de um município de pequeno porte dessa macrorregião. Essa inserção possibilitou maior aproximação com o campo de pesquisa e com os gestores municipais, especialmente por meio das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e dos espaços de articulação do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG). Ao mesmo tempo, foram adotadas medidas para preservar a autonomia dos participantes e evitar possíveis assimetrias de poder, conforme descrito nos procedimentos éticos e de recrutamento.

Figura 1 – Mapa com a delimitação das Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais.



Fonte: Diretoria de Regionalização e Estudos Assistenciais - DREA/SDCAR/SUBGR/SES-MG. 2023.

Figura 2 – Mapa com a delimitação das Microrregiões que compõem a Macrorregião de Saúde Sudeste de Minas Gerais.



Fonte: Diretoria de Regionalização e Estudos Assistenciais - DREA/SDCAR/SUBGR/SES-MG. 2023.

1.3.3 Participantes e recrutamento

A população-alvo do estudo foi composta pelos 94 secretários e secretárias municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. Foram considerados elegíveis os gestores que estavam em exercício do cargo durante o período de coleta de dados, com idade igual ou superior a 18 anos, de qualquer sexo, identidade de gênero e etnia, e que manifestaram concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os gestores que não estavam no exercício do cargo no período da coleta.

O recrutamento ocorreu de forma indireta, por meio de carta-convite institucional (APÊNDICE A), divulgada pelo COSEMS-MG em reuniões ordinárias e apresentada nas reuniões da CIB Micro, a fim de preservar a autonomia dos participantes e evitar assimetrias de poder, considerando que a pesquisadora atua como Secretária Municipal de Saúde em um dos municípios da macrorregião. Nenhuma lista de e-mails pessoais foi solicitada ao COSEMS-MG ou às CIBs. Os gestores que manifestaram interesse voluntário em participar informaram um endereço de e-mail ou contato telefônico com aplicativo WhatsApp, institucional ou pessoal, para o recebimento do TCLE e, posteriormente, do link de acesso ao questionário.

Também foi esclarecido que a decisão de participar ou não do estudo não interferiria em qualquer relação institucional, apoio técnico, cooperação entre municípios ou vínculo profissional. A participação foi voluntária, sem qualquer forma de coerção ou benefício material.

Os gestores foram informados de que poderiam deixar de responder a perguntas que lhes causassem desconforto, bem como retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de justificativa e sem qualquer prejuízo. Após a assinatura do TCLE, os participantes receberam o link do questionário da primeira etapa.

Para a segunda etapa, composta por entrevistas dialogadas, os participantes foram selecionados intencionalmente, buscando contemplar diversidade de experiências segundo o porte populacional dos municípios. Foram considerados gestores de municípios classificados conforme o porte populacional do IBGE: 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) e Grande Porte (de 100.001 a 900.000 habitantes). Esse critério permitiu ampliar a identificação de aspectos relacionados à gestão municipal em diferentes contextos, incluindo municípios com gestão apenas da Atenção Primária à Saúde e municípios com responsabilidades também na

média e alta complexidade; municípios com e sem hospital; municípios com e sem consórcio; e gestores com diferentes trajetórias de formação e qualificação.

O grupo de participantes da etapa de entrevistas foi composto por três gestores de municípios de Pequeno Porte I, dois de Pequeno Porte II, dois de Médio Porte e um de Grande Porte. Para garantir o anonimato dos participantes e dos municípios, os entrevistados foram identificados por códigos alfanuméricos de acordo com o porte populacional do município. Assim, os gestores de municípios de Pequeno Porte I foram codificados como PPI-01, PPI-02 e PPI-03; os de Pequeno Porte II como PPII-01 e PPII-02; os de Médio Porte como MP-01 e MP-02; e o de Grande Porte como GP-01.

1.3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas complementares. A primeira ocorreu no período de janeiro a fevereiro de 2026, e a segunda, entre fevereiro e março do mesmo ano.

Na primeira etapa, foi aplicado um questionário autoaplicável (APÊNDICE B), enviado por meio eletrônico aos secretários municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE.

O instrumento foi elaborado pela pesquisadora, sendo parte de seu conteúdo adaptado dos instrumentos “Questionário do Núcleo de Saúde Mental de Fernando de Noronha” (Pernambuco, s.d.) e “Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT)” (Bahia, 2014). A aplicação ocorreu de forma assíncrona, permitindo que os participantes respondessem em seu próprio tempo, sem necessidade de interação em tempo real. Essa escolha mostrou-se adequada diante da elevada carga de trabalho dos secretários municipais de saúde e da dificuldade de conciliar agendas entre os participantes.

A análise do perfil dos participantes considerou as seguintes variáveis:

Sociodemográficas: idade, sexo, formação acadêmica, tempo de atuação no cargo, experiência prévia em gestão pública e vínculo com o serviço público;

Organizacionais: tipo de vínculo empregatício, regime de contratação, carga horária semanal e acúmulo de funções;

Contexto de trabalho: percepção sobre apoio institucional, carga de trabalho, pressão política, recursos disponíveis e participação em ações de educação permanente;

Saúde e bem-estar: autorrelato de sintomas de estresse, esgotamento profissional, equilíbrio entre trabalho e vida pessoal e estratégias de enfrentamento.

Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas individuais, dialogadas, presenciais ou on-line, conforme a disponibilidade dos participantes. As entrevistas remotas ocorreram por meio da plataforma Microsoft Teams. Todas seguiram roteiro semiestruturado elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE C) e buscaram aprofundar aspectos que não poderiam ser compreendidos apenas por meio do questionário estruturado.

Das oito entrevistas realizadas, duas ocorreram presencialmente e seis de forma remota. As entrevistas presenciais foram realizadas durante o evento Conexão Minas Saúde, em local reservado, garantindo privacidade aos participantes. Todas as entrevistas foram conduzidas pela própria pesquisadora e tiveram duração entre 25 e 45 minutos, com média aproximada de 30 minutos.

As entrevistas abordaram os seguintes eixos temáticos: principais responsabilidades e atividades desempenhadas no cotidiano da gestão municipal; competências técnicas, gerenciais e interpessoais consideradas importantes para o exercício do cargo; principais desafios enfrentados na gestão municipal do SUS, como subfinanciamento, judicialização, interferência política, regulação, gestão de pessoas e organização dos serviços; estratégias de enfrentamento e gestão de conflitos; formação profissional, lacunas de conhecimento e necessidades de capacitação; impactos da função sobre a saúde mental, o bem-estar, a vida familiar e a vida social; e perspectivas sobre o fortalecimento da gestão municipal do SUS.

A seleção seguiu critérios de amostragem intencional, comum em pesquisas qualitativas, buscando a variação máxima de experiências relevantes ao fenômeno investigado (PATTON, 2002). A inclusão dos participantes foi orientada pela diversidade dos contextos municipais e pelo potencial de contribuição das experiências dos gestores para a compreensão dos desafios da gestão municipal em saúde.

As entrevistas foram gravadas em áudio, mediante autorização dos participantes, transcritas e posteriormente anonimizadas. Nas transcrições e nos resultados, foram suprimidos nomes próprios, nomes de municípios e outros elementos que pudessem permitir a identificação direta ou indireta dos participantes. Os áudios e as transcrições foram armazenados em ambiente digital protegido, conforme descrito no item referente aos riscos e à proteção de dados.

O encerramento da etapa de coleta de dados foi definido com base no critério de saturação teórica, compreendida como o momento em que as entrevistas passaram a apresentar recorrência de informações, sem o surgimento de novos elementos relevantes para a compreensão do fenômeno investigado. A saturação foi identificada a partir da repetição dos conteúdos emergentes durante a análise das entrevistas, evidenciando estabilidade das

categorias analíticas e suficiência do material empírico para responder aos objetivos da pesquisa. Dessa forma, constatou-se que entrevistas adicionais apenas reforçariam os padrões já identificados, sem acrescentar novos códigos, categorias ou dimensões interpretativas, justificando o encerramento da coleta de dados.

1.3.5 Análise dos dados

Os dados sociodemográficos e profissionais obtidos por meio do questionário foram organizados e analisados com o apoio do programa Microsoft Excel, utilizando técnicas de estatística descritiva simples, com a finalidade de caracterizar o perfil dos gestores participantes a partir das variáveis selecionadas.

Os dados qualitativos provenientes das entrevistas foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin (2011). Esse método permitiu identificar temas, sentidos e padrões emergentes nas falas dos participantes, articulando dimensões manifestas e latentes dos discursos. A análise foi desenvolvida em três etapas principais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, com inferência e interpretação.

Na etapa de pré-análise, realizou-se a organização do corpus, composto pelas transcrições das entrevistas. Foi feita leitura flutuante do material, com o objetivo de promover aproximação inicial com os discursos e identificar impressões preliminares. Nessa fase, também foram considerados os eixos previamente previstos no roteiro de entrevistas, sem desconsiderar temas emergentes trazidos pelos próprios participantes.

Na etapa de exploração do material, as entrevistas foram submetidas a leitura aprofundada e codificação, com identificação das unidades de sentido presentes nos relatos. Os eixos do roteiro de entrevistas orientaram a aproximação inicial com o material, mas não foram utilizados como categorias analíticas previamente definidas.

A partir da recorrência, similaridade e pertinência das unidades de significado identificadas nas entrevistas, os códigos foram progressivamente agrupados em temas e, posteriormente, em categorias empíricas. Dessa forma, as categorias apresentadas nos resultados não foram estabelecidas a priori, mas construídas após a análise do material empírico, buscando representar os sentidos, relações e experiências expressos pelos participantes.

Por fim, na etapa de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, as categorias e os temas foram analisados à luz do referencial teórico adotado, buscando ultrapassar a

descrição dos relatos e compreender os significados, relações e contradições presentes nas experiências dos participantes.

1.3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, por meio da Plataforma Brasil, respeitando as diretrizes das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e aprovada sob o número de parecer 7.954.705 (ANEXO A).

Todos os participantes receberam informações sobre os objetivos, procedimentos, riscos, benefícios, voluntariedade e formas de proteção dos dados antes de sua participação. A participação ocorreu somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantido aos participantes o direito de recusar a participação, não responder a qualquer pergunta que causasse desconforto e retirar o consentimento a qualquer momento, sem prejuízo pessoal, profissional ou institucional.

A identidade dos participantes e dos municípios foi preservada por meio de codificação alfanumérica. As falas utilizadas na apresentação dos resultados foram anonimizadas, mantendo-se apenas os elementos necessários à compreensão analítica do fenômeno estudado.

1.3.7 Uso de inteligência artificial

Durante a elaboração deste trabalho, foi utilizada ferramenta de inteligência artificial, especificamente o ChatGPT, desenvolvido pela OpenAI, exclusivamente como recurso auxiliar ao processo de revisão e organização do manuscrito. Seu uso compreendeu apoio à revisão ortográfica e gramatical, aprimoramento de clareza e coesão textual, síntese e reorganização de conteúdos previamente elaborados pela pesquisadora, padronização e formatação do documento e apoio à conferência e organização das referências bibliográficas.

A ferramenta não foi utilizada para produção, fabricação ou alteração dos dados da pesquisa, definição dos resultados, realização das entrevistas ou tomada autônoma de decisões relativas à análise e interpretação do material empírico. As categorias analíticas, a interpretação dos resultados, as decisões teórico-metodológicas, a seleção das evidências utilizadas e as conclusões do estudo permaneceram sob responsabilidade da pesquisadora. Não foram

inseridos na ferramenta dados pessoais identificáveis ou informações capazes de identificar os participantes da pesquisa.

Todas as sugestões obtidas com auxílio da ferramenta foram submetidas à leitura crítica, conferência, edição e validação pela autora, que assume integral responsabilidade pela originalidade, precisão, integridade científica e conteúdo final apresentado neste trabalho. As referências bibliográficas utilizadas foram acessadas, lidas e conferidas em suas fontes de origem antes de sua incorporação ao manuscrito.

2 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em duas etapas complementares: inicialmente, os achados do formulário eletrônico e, em seguida, os resultados das entrevistas dialogadas.

2.1 Adesão dos participantes e dificuldades no campo

A coleta de dados apresentou desafios relacionados à adesão dos participantes, especialmente considerando o perfil do público-alvo da pesquisa. Os secretários municipais de saúde são profissionais com elevada carga de trabalho, múltiplas responsabilidades administrativas, técnicas e políticas, além de agendas frequentemente atravessadas por demandas urgentes da população, dos serviços de saúde, de órgãos de controle e de instâncias regionais. Esse contexto dificultou tanto a resposta ao questionário eletrônico quanto o agendamento das entrevistas dialogadas.

Apesar da divulgação da carta-convite por meio de canais institucionais e espaços colegiados, a participação ocorreu de forma voluntária e dependeu da disponibilidade dos gestores. Observou-se que muitos secretários demonstraram interesse no estudo, mas relataram dificuldades para reservar tempo para responder ao questionário ou participar da entrevista, em razão da rotina intensa da gestão municipal. No caso das entrevistas, houve necessidade de flexibilidade para adequação de horários, remarcações e realização em formato *on-line*, conforme a disponibilidade dos participantes.

A baixa adesão, portanto, não foi compreendida apenas como uma limitação metodológica, mas também como um elemento expressivo do próprio objeto de estudo, pois reflete a sobrecarga cotidiana, a dificuldade de organização da agenda e a centralidade das demandas imediatas no exercício da gestão municipal em saúde. Assim, embora o número de participantes não represente a totalidade dos secretários da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, os dados obtidos possibilitaram aprofundar experiências significativas e diversificadas, especialmente pela seleção intencional dos participantes das entrevistas, que contemplou diferentes portes populacionais de municípios.

2.2 Resultados da Primeira Etapa - Formulário

A primeira etapa da pesquisa consistiu na aplicação de formulário eletrônico aos (às) secretários (as) municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. O formulário obteve 36 respostas válidas, correspondendo a uma taxa de resposta de 38,3% em relação aos 94 secretários municipais de saúde da macrorregião estudada. A planilha extraída do *Google Forms* foi revisada e organizada em blocos temáticos, de modo a favorecer a apresentação dos achados no texto.

Foram consideradas respostas válidas aquelas de participantes que aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados possuem natureza descritiva e oferecem uma leitura inicial sobre perfil, trajetória profissional, condições de exercício do cargo, fatores associados à nomeação e à decisão de assumir a secretaria, desafios da gestão, fontes de informação, estratégias de divulgação, motivações, desmotivações e repercussões do trabalho sobre a saúde dos gestores.

Nas questões de múltipla escolha, cada participante pôde assinalar mais de uma alternativa. Por esse motivo, os percentuais foram calculados sobre o total de respondentes e não devem ser somados entre si.

2.2.1 Perfil sociodemográfico e formativo dos participantes

As características sociodemográficas referentes à faixa etária, sexo, estado civil, raça/cor/etnia, número de filhos e local de residência são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica dos Participantes (N = 36)

Categoria	Variável	N	%
Sexo	Feminino	21	58,3
	Masculino	15	41,7
Estado Civil	Casado(a)	29	80,6
	Outros	7	19,4
Cor / Raça / Etnia	Branca	29	80,6
	Parda	5	13,9
	Preta	2	5,6
Número de Filhos	1 filho	21	58,3
	2 ou mais filhos	12	33,3
	Nenhum filho	3	8,3
	Sim	31	86,1

Reside no Município de Atuação	Não	5	13,9

Fonte: Dados da pesquisa (2026)

Os dados referentes ao perfil de escolaridade e formação acadêmica dos participantes revelaram que a maioria dos gestores avaliados possui ensino superior completo e variedade de formação acadêmica, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Perfil de Escolaridade e Formação Acadêmica dos Participantes (N = 36)

Categoria	Variável	N	%
Nível de Escolaridade	Ensino Médio Completo / Curso Técnico / Superior Incompleto	6	16,7
	Ensino Superior Completo	16	44,4
	Pós-Graduação / Especialização	9	25,0
	Mestrado	5	13,9
Formação Superior Declarada	Enfermagem	7	19,4
	Fisioterapia	3	8,3
	Pedagogia	3	8,3
	Administração	3	8,3
	Outras formações (1 respondente cada) *	10	27,8
	Sem informação / Não se aplica	7	19,4

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

***Nota:** Inclui formações individuais nas áreas de Nutrição, Ciências Contábeis, Logística, Magistério Superior, Gestão em Saúde, Educação Física, Análise de Sistemas, Letras, área Ambiental, Assistência Social e Farmácia.

2.2.2 Trajetória profissional e condições de exercício do cargo

Quanto à capacitação específica em gestão de saúde pública/coletiva, 19 gestores (52,8%) informaram não possuir formação ou capacitação específica. Entre aqueles que declararam ter capacitação, 12 (33,3%) a adquiriram após assumir a gestão e cinco (13,9%) antes de assumir o cargo.

Quanto ao tempo na função, houve distribuição entre diferentes níveis de experiência: 11 gestores estavam há 6 anos ou mais no cargo (30,6%), 10 entre três e seis anos (27,8%), 10

entre um e três anos (27,8%) e cinco há menos de um ano (13,9%). Quanto ao acúmulo de outras funções ou cargos, 86,1% afirmaram não acumular e 13,9% relataram algum tipo de acúmulo, seja em atividade privada ou em outro cargo na prefeitura.

A carga horária semanal foi um dos pontos mais expressivos: 27 gestores (75,0%) informaram trabalhar mais de 40 horas por semana.

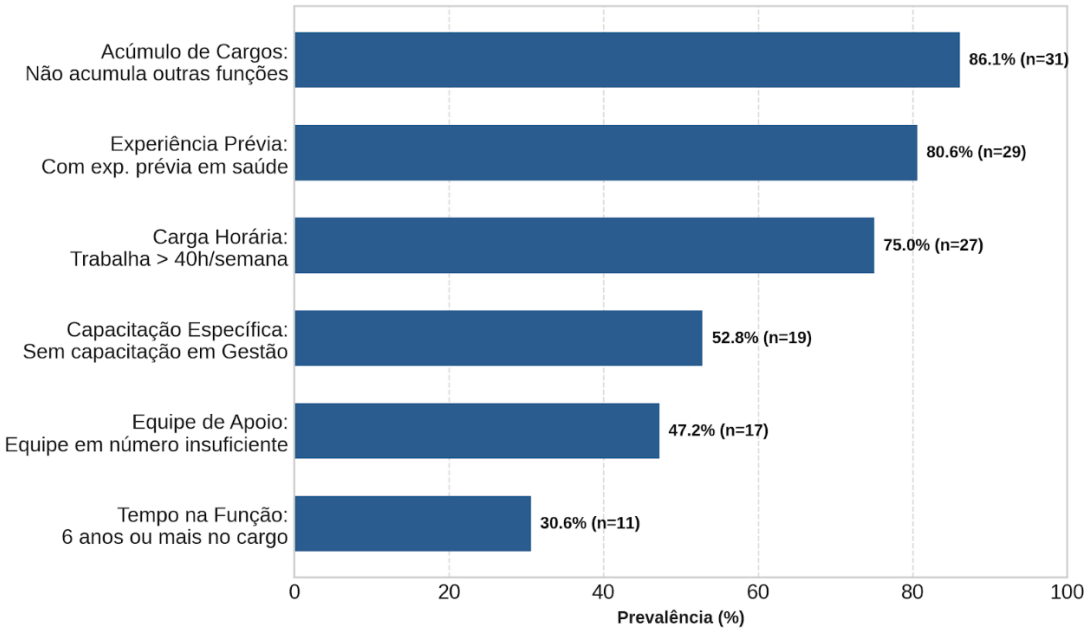
Vinte e nove gestores (80,6%) declararam experiência prévia em gestão e/ou assistência à saúde.

Em relação à equipe de apoio, 17 participantes (47,2%) relataram possuir equipe em número insuficiente e 6 (16,7%) indicaram equipe reduzida e/ou pouco estruturada, totalizando 63,9% com algum grau de insuficiência na estrutura de apoio.

O Gráfico 1 apresenta os resultados das categorias mais prevalentes sobre a atuação e condições de trabalho dos participantes.

Gráfico 1 – Atuação e Condições de Trabalho dos Gestores de Saúde (N=36).

[Prevalência das Categorias Principais]

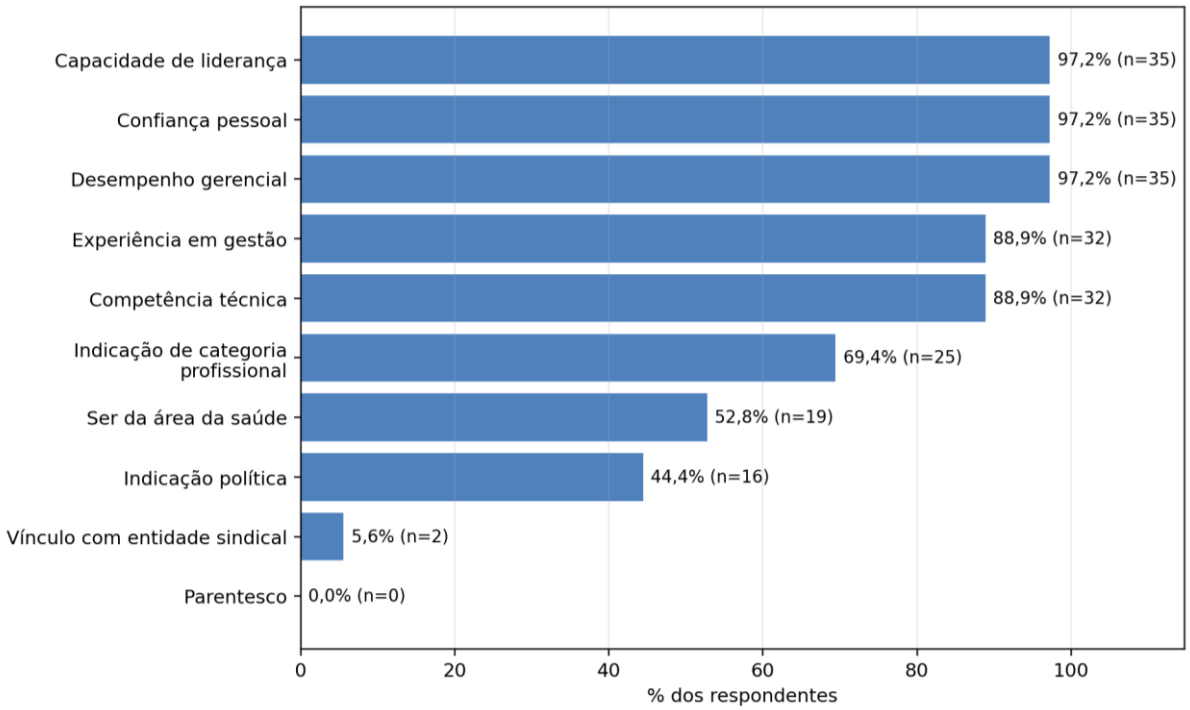


Fonte: Dados da pesquisa (2026).

2.2.3 Nomeação e decisão de assumir a Secretaria Municipal de Saúde

Os fatores percebidos como mais influentes na nomeação para o cargo foram capacidade de liderança, confiança pessoal e desempenho gerencial, todos com 35 respostas classificadas como importante ou muito importante (97,2%). Também se destacaram experiência em gestão e competência técnica, cada uma com 32 respostas de alta intensidade (88,9%). Em sentido oposto, o parentesco não foi indicado como fator de alta intensidade por nenhum respondente, e vínculo com entidade sindical apresentou baixa frequência de importância elevada (5,6%).

Gráfico 2 – Fatores de Influência na Nomeação para o Cargo de Gestor Municipal de Saúde (N=36).



Fonte: Dados da pesquisa (2026).

A decisão de assumir a Secretaria Municipal de Saúde foi associada a diferentes fatores. Todos os respondentes (100,0%) classificaram o fortalecimento do SUS na região como importante ou muito importante. Também se destacaram servir à cidade (94,4%, n=34), assumir novos desafios (91,7%, n=33) e conhecer melhor os problemas de saúde da população (86,1%, n=31). Cumprir missão político-partidária (27,8%, n=10), ganhar notoriedade política (16,7%, n=6), e vínculo com entidade sindical (8,3%, n=3) foram as opções menos frequentes.

Os principais fatores motivadores foram possibilidade de crescimento, reconhecimento e valorização (ambas com 61,1%, n=22), as próprias atividades ou tarefas (38,9%, n=14), metas profissionais (36,1%, n= 13) e relacionamento com colegas e chefias (36,1%, n= 13). Em contraste, os fatores desmotivadores mais frequentes foram carga mental elevada/estresse (72,2%, n=26), remuneração (69,4%, n=25), carga de trabalho excessiva e conflitos e pressões políticas (ambos com 47,2%, n=17).

2.2.4 Contexto de trabalho, autonomia, apoio e financiamento

As condições percebidas para o exercício da gestão foram avaliadas de modo heterogêneo. O apoio da gestão municipal foi reconhecido como alto por 31 respondentes (86,1%), seguido pelo preparo técnico para o cargo e pelas relações colaborativas e respeitosas com a equipe, ambos com 30 respostas de alta intensidade (83,3%). O acesso às informações e dados necessários foi avaliado positivamente por 28 gestores (77,8%), e a autonomia para decisões técnicas por 27 (75,0%). A infraestrutura física adequada, embora também tenha sido indicada por parte dos participantes, apresentou menor proporção de alta concordância (55,6%).

Todos os respondentes (100%, n=36) declararam estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a função laborativa: 27 gestores (75,0%) relataram satisfação e nove (25,0%) muita satisfação. Em relação ao volume de serviço, 20 participantes (55,6%) classificaram-no como exaustivo e 15 (41,7%) reconheceram a existência de sobrecarga, totalizando 97,2% dos gestores.

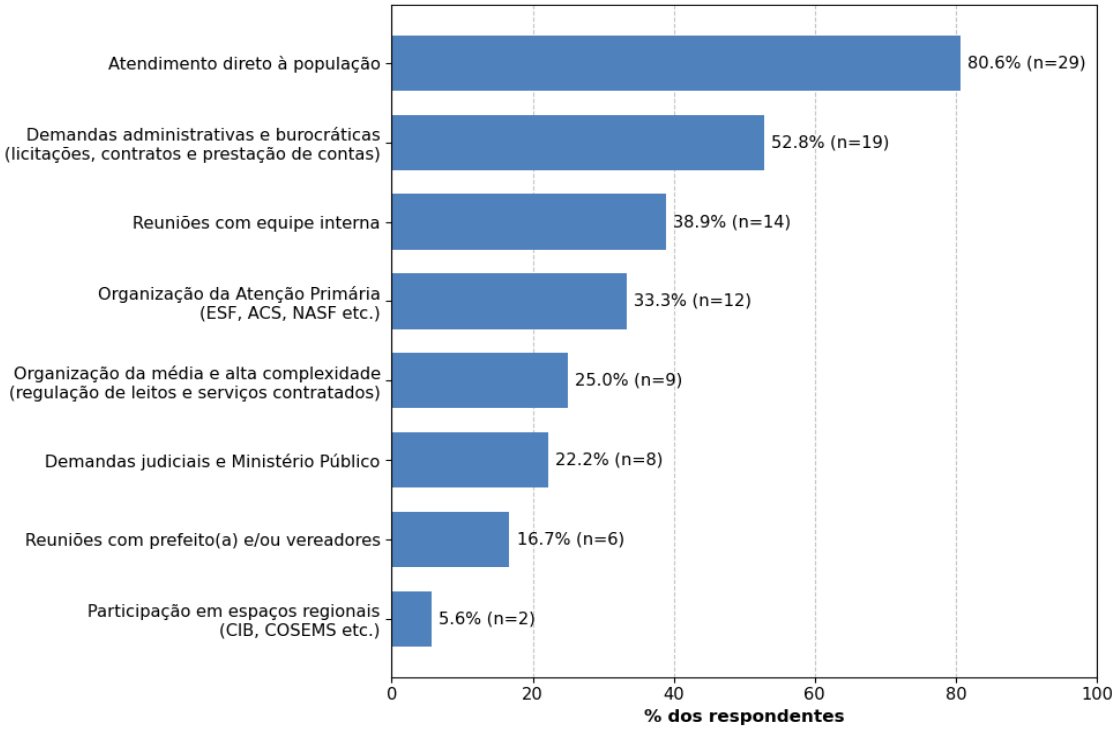
No campo do financiamento, 23 gestores (63,9%) avaliaram que os recursos recebidos são apenas parcialmente suficientes e 10 (27,8%) afirmaram que não são suficientes. Somente 3 respondentes (8,3%) consideraram o financiamento suficiente.

A participação em reuniões CIB/COSEMS foi ampla: 31 gestores (86,1%) participavam com frequência e 5 (13,9%) ocasionalmente. Essa participação foi associada principalmente a trocas de experiências com outros gestores (91,7%), apoio institucional do COSEMS (75,0%), apoio técnico da Regional de Saúde (50,0%) e cursos relacionados à gestão (47,2%).

2.2.5 Atividades que consomem tempo e áreas mais desafiadoras

Entre as atividades que mais consomem tempo na rotina dos gestores, o atendimento direto à população foi a opção mais assinalada, aparecendo como a principal demanda semanal do cargo. Em seguida, destacaram-se as demandas administrativas e burocráticas, que envolvem licitações, contratos e prestação de contas, além das reuniões com a equipe interna. Também foram apontadas atividades relacionadas à organização da Atenção Primária, incluindo ESF, ACS e NASF, e à organização da média e alta complexidade, como regulação de leitos e serviços contratados. Em seguida, apareceram as demandas judiciais e do Ministério Público, as reuniões com prefeito (a) e/ou vereadores e a participação em espaços regionais, como CIB e COSEMS.

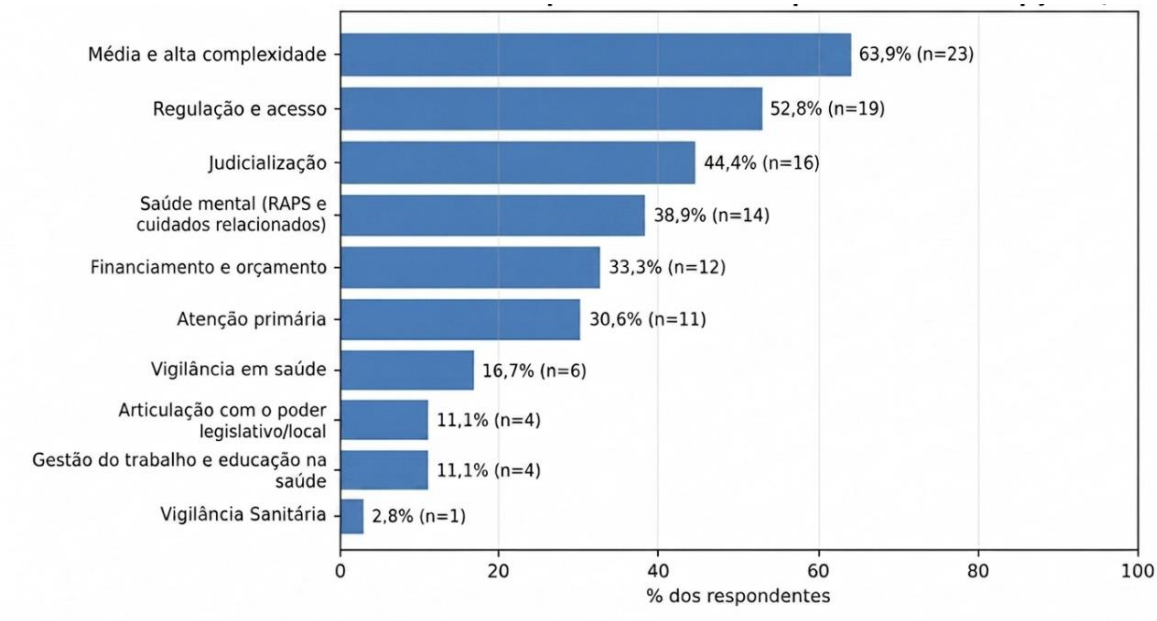
Gráfico 3 – Distribuição de Atividades por Consumo de Tempo Semanal (N=36).



Fonte: Dados da pesquisa (2026)

As áreas percebidas como mais desafiadoras no exercício do cargo de gestor municipal de saúde são descritas no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Maiores Desafios da Gestão Municipal de Saúde: Principais áreas e Percepções (N=36).



Fonte: Dados da pesquisa (2026).

2.2.6 Informações, divulgação e fatores de motivação/desmotivação

As principais origens das informações e demandas utilizadas pelos gestores foram os relatos informais de usuários (n=29; 80,6%), as pautas e deliberações do Conselho Municipal de Saúde (n=20; 55,6%), os relatórios e indicadores da Vigilância em Saúde (n=17; 47,2%) e as demandas apresentadas nas sessões da Câmara de Vereadores (n=15; 41,7%). Também foram citados canais de Ouvidoria (n=11; 30,6%), meios de comunicação (n=7; 19,4%), relatórios das Conferências Municipais de Saúde (n=7; 19,4%), formulários ou caixas de sugestão nas unidades (n=6; 16,7%) e, em resposta aberta, documentos norteadores vinculados ao PDR (n=1; 2,8%).

Quanto às formas de divulgação à população, predominaram as reuniões mensais do Conselho Municipal de Saúde abertas à população (63,9%; n=23), a página da Secretaria Municipal de Saúde na internet (55,6%; n=20) e a Secretaria de Comunicação da Prefeitura (52,8%; n=19). Outras estratégias incluíram meios de comunicação locais e redes sociais (38,9%; n=14), murais na sede da secretaria e nas unidades de saúde (30,6%; n=11), boletins e relatórios periódicos (27,8%; n=10), audiências públicas quadrimestrais e anuais na Câmara (16,7%; n=6), respostas à Ouvidoria do SUS (11,1%; n=4) e encaminhamento de relatórios a entidades representadas no Conselho Municipal de Saúde (11,1%; n=4).

2.2.7 Exigências do cargo e repercussões na saúde

As exigências percebidas nas tarefas do gestor municipal de saúde foram elevadas em diferentes dimensões. A maior frequência de respostas de alta intensidade ocorreu em atender demandas fora do horário de trabalho (80,6%; n=29). Em seguida, aparecem gerenciar conflitos entre pessoas, cumprir tarefas sob pressão de prazos, lidar com problemas complexos e imprevistos e ter controle das emoções, todos com 77,8% (n=28). Ter concentração mental foi indicado por 75,0% (n=27), enquanto buscar e assimilar informações rapidamente e trabalhar em ritmo acelerado e excessivo foram assinalados por 72,2% (n=26). Também foram citados: mostrar resultados do seu trabalho (69,4%; n=25), usar a criatividade (61,1%; n=22), lidar com ordens contraditórias (58,3%; n=21) e ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros (47,2%; n=17).

No campo da saúde e bem-estar, 32 gestores (88,9%; n=32) afirmaram perceber o impacto do cargo na saúde física e mental. Além disso, 13 participantes (36,1%; n=13) relataram aquisição de comorbidade ou doença durante o exercício da função. A autoavaliação da saúde foi majoritariamente boa (55,6%; n=20), seguida de regular (30,6%; n=11), excelente (11,1%; n=4) e ruim (2,8%; n=1). Entre as comorbidades ou condições registradas em texto livre, houve predomínio de ansiedade (22,2%; n=8), além de menções a poucas horas de sono, estresse, cardiopatia e insônia.

Os sinais e sintomas mais frequentes foram irritabilidade (55,6%; n=20), dor de cabeça (52,8%; n=19), desânimo (44,4%; n=16) e insônia (41,7%; n=15). Também foram relatados tremor de pálpebra (33,3%; n=12), dificuldade de concentração (30,6%; n=11), dores musculares (27,8%; n=10), palpitações e problemas digestivos (22,2%; n=8 cada), mudança do apetite (19,4%; n=7), tontura/vertigem (16,7%; n=6), suor excessivo (11,1%; n=4), visão turva (8,3%; n=3), zumbido (5,6%; n=2) e ausência de sintomas (5,6%; n=2).

2.3 Resultados da Segunda Etapa - Entrevistas

Dos 36 gestores participantes da primeira etapa, 14 manifestaram disponibilidade para participar da etapa de entrevistas. A partir desse grupo, foram selecionados intencionalmente oito gestores, buscando contemplar diversidade de experiências e diferentes portes populacionais.

A análise das entrevistas resultou na construção de categorias empíricas, definidas após a leitura, codificação e agrupamento dos sentidos presentes nas falas dos participantes. Essas categorias não foram estabelecidas previamente e foram organizadas em temas, conforme a recorrência e a proximidade dos conteúdos identificados no material analisado. O quadro a seguir apresenta as categorias e os temas construídos no processo de análise.

Quadro 1 – Categorias e Temas Identificados na Análise das Entrevistas (N=8)

Categorias	Temas
Complexidade e múltiplas responsabilidades da gestão municipal	Atuação generalista e organização cotidiana da rede assistencial
	Gestão financeira e ordenação de despesas
	Gestão de pessoas e mediação de conflitos
Competências e desafios do exercício da gestão	Conhecimento técnico do SUS
	Liderança e negociação
	Insegurança normativa
	Pressão política
	Judicialização da saúde e limites de governabilidade municipal
	Defesa da equidade na regulação
Limites estruturais da governabilidade municipal	Subfinanciamento e insuficiência de recursos
	Regulação assistencial e dependência da rede regional
	Burocracia e compras públicas
	Fragilidade institucional dos pequenos municípios
O gestor sob pressão: repercussões do trabalho na saúde e na vida pessoal	Disponibilidade permanente
	Invasão da vida privada e repercussões na vida familiar e social
	Sofrimento emocional e adoecimento
	A solidão decisória do gestor municipal
	Estratégias de autoproteção
Apoio, aprendizagem e suporte à gestão	Aprendizagem durante o exercício da gestão
	Necessidade de educação permanente e capacitação específica
	Apoio técnico
	Participação em CIB, COSEMS e espaços regionais de apoio

Fonte: Dados da pesquisa (2026)

2.3.1 Categorias e temas emergentes das entrevistas

Categoria 1 — Complexidade e múltiplas responsabilidades da gestão municipal

As entrevistas evidenciaram que a atuação dos secretários municipais de saúde é marcada por uma multiplicidade de atribuições, que variam conforme o porte do município, mas que, em todos os contextos, envolvem responsabilidades técnicas, administrativas, financeiras, políticas e relacionais. Nos municípios de menor porte, a função aparece de forma mais operacional e diretamente ligada ao atendimento cotidiano da população. Já nos municípios de médio e grande porte, as falas revelam maior presença de estruturas intermediárias, como coordenadores, assessorias e setores específicos, embora a responsabilidade final permaneça concentrada na figura do gestor.

Tema 1.1 — Atuação generalista e organização cotidiana da rede assistencial

Nos municípios de pequeno porte, a gestão municipal de saúde aparece fortemente associada a uma atuação generalista, marcada pelo acúmulo de funções e pela participação direta do gestor em diferentes etapas da organização da rede assistencial. As entrevistas indicam que atividades como regulação de consultas e cirurgias, encaminhamentos para tratamento fora do município, atendimento à população, organização dos serviços e resolução de demandas cotidianas fazem parte da rotina imediata da secretaria. Assim, a função do gestor não se limita à coordenação política e administrativa do sistema local de saúde, mas envolve também a execução direta de tarefas operacionais que, em municípios maiores, tendem a estar distribuídas entre setores técnicos específicos.

> *"A gente faz de tudo um pouco, né? Auxilia na regulação de consulta, regulação de cirurgias [...]Como o município é pequeno, a gente não tem uma regulação pra TFD. Quem faz a regulação é a gente mesmo nessa secretaria." (PPI-01)*

A fala evidencia uma característica recorrente da gestão em pequenos municípios: a sobreposição entre planejamento, coordenação e execução. A organização da rede assistencial, nesse contexto, não se apresenta como uma atribuição distante da rotina prática, mas como uma atividade permanentemente atravessada pela necessidade de responder às demandas imediatas da população e garantir o funcionamento dos serviços. Essa polivalência pode favorecer maior proximidade do gestor com os fluxos assistenciais e com as necessidades concretas do território; entretanto, também amplia a sobrecarga de trabalho, reduz o tempo disponível para o

planejamento estratégico e reforça a dependência da atuação direta do secretário para a continuidade das ações de saúde.

Tema 1.2 — Gestão financeira e ordenação de despesas

Outra responsabilidade fortemente presente nas entrevistas foi a gestão financeira. Os participantes reconhecem que a condução dos recursos públicos constitui uma dimensão central da função, envolvendo ordenação de despesas, controle orçamentário, prestação de contas, acompanhamento de portarias e resoluções, além do receio de responsabilização futura.

> *"Então, gerir os recursos públicos, né? Esse é o principal: gerir os recursos públicos [...] com cada resolução, com cada portaria, ver como aquele dinheiro público pode ser utilizado." (PPI-03)*

Essa responsabilidade, embora seja inerente à atuação dos gestores independentemente do porte municipal, apareceu de modo mais detalhado nas falas dos entrevistados de municípios de médio porte. Nesses contextos, foram destacados atos relacionados à formalização de contratos, autorização de pagamentos, execução de compras, relação com consórcios, gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde e interlocução com órgãos de controle.

> *"A responsabilidade é muito financeira, né? Quem é gestor sabe que a gente tem muita responsabilidade de fazer fluxo de pagamento, autorizar guia de pagamento, consórcio, pagamento de funcionário [...] como gestor do Fundo Municipal de Saúde." (MP-02)*

No município de grande porte, por sua vez, a gestão financeira aparece articulada aos indicadores epidemiológicos e assistenciais, indicando uma compreensão mais sistêmica da função. Nesse caso, o financiamento é apresentado não apenas como requisito administrativo, mas como condição estruturante para a organização da assistência e para o alcance dos resultados em saúde.

> *"Não há como separar três coisas: indicadores epidemiológicos, indicadores financeiros e assistência. [...] Sem financiamento, não há assistência; sem assistência, não há indicador epidemiológico." (GP-01)*

Assim, a gestão financeira aparece como eixo transversal da gestão municipal de saúde, mas assume diferentes graus de complexidade conforme o porte do município. Nos pequenos municípios, sobressai a insegurança quanto à correta aplicação dos recursos e ao cumprimento das normativas; nos municípios de médio porte, destacam-se as exigências relacionadas à execução orçamentária, contratos, compras, pagamentos e prestação de contas; e, no município

de grande porte, evidencia-se a articulação entre financiamento, assistência e indicadores de saúde. Essas diferenças interferem diretamente na capacidade de utilização oportuna e adequada dos recursos, podendo gerar dificuldades para o cumprimento de planos de ação, risco de subexecução financeira e, em alguns casos, necessidade de devolução de saldos não aplicados.

Tema 1.3 — Gestão de pessoas e mediação de conflitos

A gestão de pessoas e a mediação de conflitos também atravessam a rotina dos secretários, ainda que nem sempre apareçam como atribuições formalmente delimitadas. A função exige lidar com equipes, coordenadores, profissionais da rede, usuários, familiares, representantes comunitários e atores políticos. Nesse sentido, a gestão municipal de saúde se apresenta como espaço de negociação permanente, no qual a condução dos serviços depende tanto de competências administrativas quanto da capacidade de escuta, pactuação e manejo de tensões cotidianas.

> *"A questão da liderança é fundamental [...] coragem pra poder tomar decisões não tão agradáveis [...] e também ter humildade para ouvir a sua equipe, porque ninguém é dono de toda razão."*
>
> *(PPII-01)*

Essa fala evidencia que a liderança na gestão municipal de saúde não se reduz ao exercício de autoridade formal, mas envolve escuta, reconhecimento dos limites individuais e capacidade de construir decisões com a equipe, inclusive em situações sensíveis ou impopulares.

Categoria 2 — Competências e desafios do exercício da gestão

As entrevistas demonstram que os secretários reconhecem a gestão municipal de saúde como uma função que exige competências técnicas, gerenciais, políticas e interpessoais. O conhecimento da área da saúde e do funcionamento do SUS foi apontado como fundamental, mas os participantes também destacaram a necessidade de liderança, escuta, empatia, negociação e capacidade de tomar decisões em contextos de pressão. A categoria evidencia que o gestor atua em uma zona de fronteira: precisa sustentar decisões tecnicamente fundamentadas, mas inseridas em um ambiente político, social e institucional marcado por disputas, cobranças e limites de governabilidade.

Tema 2.1 — Conhecimento técnico do SUS

Grande parte dos entrevistados considera que o gestor precisa conhecer minimamente a saúde, os fluxos do SUS e as responsabilidades dos entes federativos. Esse conhecimento aparece como forma de qualificar decisões e evitar que o município assuma responsabilidades que não lhe competem.

> *"O secretário não consegue trabalhar adequadamente se ele não for técnico, se ele não conhecer da área de saúde [...] tem que saber os fluxos da saúde, essa parte burocrática de RAG, planejamento."* *(MP-02)*

Em outra entrevista, o conhecimento técnico aparece relacionado à capacidade de definir prioridades no cotidiano da gestão.

> *"A gente tendo um conhecimento básico de saúde consegue filtrar algumas coisas [...] isso é mais importante, isso dá pra esperar um pouquinho, isso daqui é prioridade."* *(PPI-01)*

Esse tema evidencia que a competência técnica é percebida pelos gestores como elemento de proteção institucional, de qualificação da tomada de decisão e de organização do cuidado.

Tema 2.2 — Liderança e negociação

Além do conhecimento técnico, os gestores apontam a liderança e a capacidade de diálogo como competências essenciais. A liderança aparece não como autoridade isolada, mas como capacidade de escutar equipes, coordenadores e demais atores envolvidos na rede.

> *"No aspecto gerencial, destacam-se habilidades de planejamento, gestão orçamentária, liderança de equipes e tomada de decisão. Já no aspecto interpessoal, são essenciais a capacidade de diálogo, articulação institucional, mediação de conflitos e comunicação com a população e com os diversos atores da rede."*
>
> *(PPII-02)*

Nos municípios médios, a negociação aparece de forma ainda mais ampla, envolvendo território, pactuações regionais e disputas políticas.

> *"A gente precisa ser politizado no sentido de conseguir negociar com o território [...] no SUS, a gente não fala só da cidade da gente, a gente fala da nossa microrregião, da nossa macrorregião."* *(MP-01)*

Desse modo, a liderança do gestor municipal de saúde se apresenta como uma competência técnico-política: exige firmeza, escuta, negociação e compreensão de que as decisões locais repercutem sobre toda a rede.

Tema 2.3 — Insegurança normativa

Nos municípios menores, a gestão financeira aparece fortemente associada à insegurança. A dificuldade de interpretar resoluções, emendas e regras de custeio gera medo de gastar incorretamente e ser responsabilizado posteriormente.

> *"Eu uso, mas o tempo inteiro eu uso ressabiada, temerosa. Eu acho que as resoluções não são claras da forma segura de gastar o dinheiro." (PPI-02)*

A mesma participante expressa incômodo diante de respostas pouco objetivas dos órgãos de apoio:

> *"Eles dizem: "no meu ponto de vista, pode'. O 'meu ponto de vista' me mata." (PPI-02)*

Essa fala ilustra a fragilidade vivida pelo gestor, que precisa decidir e responder legalmente pelos gastos, mesmo quando as normas são genéricas e o suporte técnico não oferece segurança suficiente.

Tema 2.4 — Pressão política

Outra dimensão recorrente é a tensão entre critérios técnicos e pressão política ou popular. Os gestores relatam pedidos para antecipar consultas, exames, procedimentos e cirurgias, muitas vezes mediados por vereadores, representantes comunitários, familiares ou pelo poder executivo.

> *"O tempo inteiro tem pedido pra passar os outros na frente [...] mas tem critérios que a gente segue, o médico faz a regulação, faz a triagem." (MP-02)*

Nos municípios pequenos, essa pressão aparece de forma ainda mais direta e personalizada.

> *"As pessoas já têm essa fama, né? De 'é só ir lá gritar que eu vou conseguir'." (PPI-01)*

Nos municípios pequenos e médios, o desafio da desinformação e das redes sociais aparece de forma expressiva. O gestor aponta que *fake news* e conteúdos distorcidos podem destruir o trabalho de educação em saúde e gerar custo público para reparar informações equivocadas.

> *“Alguém disse alguma coisa no Instagram [...] alguém sem conhecimento técnico nenhum, que me custa muito reverter aquilo.” (MP-01)*

Esse tema mostra que a gestão municipal contemporânea também é atravessada por disputas comunicacionais. O gestor precisa não apenas organizar serviços, mas responder a narrativas públicas que podem comprometer a confiança da população e desorganizar fluxos assistenciais.

Tema 2.5 — Judicialização da saúde e limites de governabilidade municipal

A judicialização aparece como desafio recorrente, especialmente associada a medicamentos, transferências, leitos, procedimentos de média e alta complexidade e demandas fora da competência municipal. Os entrevistados relatam que, frequentemente, são cobrados por problemas cuja resolução depende da rede regional, do Estado ou da União.

> *“O hospital não sou eu que ordena vaga. Eu estou me sentindo muito sozinha nessa questão de transferência.” (PPI-02)*

Em outro relato, a cobrança por demandas fora da governabilidade municipal aparece associada a ameaças e sofrimento psíquico.

> *“Já fui ameaçado de morte umas três vezes, então isso impacta diretamente na saúde mental.” (PPI-03)*

Nos municípios médios, a judicialização assume contornos mais complexos, envolvendo prestadores, clínicas privadas, laudos, Ministério Público e Poder Judiciário.

> *“A judicialização, quando vem com um pedido de um profissional de saúde que é concorrente pra ganhar dinheiro de quem está sendo judicializado, eu acho errado.” (MP-01)*

Esse tema revela que a judicialização é vivida não apenas como problema jurídico, mas como elemento que reorganiza prioridades, desloca recursos e fragiliza a autonomia técnica da gestão.

Tema 2.6 — Defesa da equidade na regulação

As entrevistas também demonstram que a gestão municipal exige capacidade de compreender o sofrimento da população e a demanda por respostas imediatas sem abandonar

critérios coletivos de priorização. Essa dimensão aparece principalmente quando os gestores relatam o contato direto com usuários, familiares e representantes comunitários.

> *"O secretário de saúde precisa ser minimamente empático e humano [...] a gente precisa ter o entendimento do lugar do outro, sensibilidade do lugar do outro."*
> *(MP-01)*

No entanto, essa empatia precisa ser equilibrada com critérios técnicos e responsabilidade coletiva, para que a gestão não se transforme em resposta apenas individualizada e assistencialista a determinados grupos da população.

> *"Quando você é secretário de saúde, você tem que pensar no coletivo [...] os casos assistenciais pontuais vão aparecer, mas devem ser tratados como excepcionalidade, não como regra."*
> *(GP-01)*

Essa tensão entre acolher a dor individual e preservar critérios coletivos atravessa grande parte das entrevistas.

Categoria 3 — Limites estruturais da governabilidade municipal

Os desafios relatados pelos participantes se organizam em torno de limites estruturais que ultrapassam a vontade individual do gestor. A insuficiência de recursos, a complexidade da regulação, a burocracia das compras públicas, a dependência da rede regional e a fragilidade institucional dos pequenos municípios aparecem como elementos que restringem a governabilidade municipal no SUS.

Tema 3.1 — Subfinanciamento e insuficiência de recursos

O subfinanciamento aparece como um dos achados mais fortes da pesquisa. Mesmo quando o município aplica percentual superior ao mínimo constitucional, os gestores relatam que as demandas permanecem maiores que os recursos disponíveis.

> *"O maior desafio, sem sombra de dúvida nenhuma, é o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde."*
> *(GP-01)*

Em município de pequeno porte II, o gestor também relata investimento elevado com manutenção de filas e gargalos.

> *"A gente gasta em torno de 30% da receita do município com a saúde [...] e ainda assim nós temos diversos desafios e gargalos."*
> *(PPII-01)*

Essa insuficiência não se limita ao volume de recursos, mas também à defasagem da tabela SUS, ao custo de novas tecnologias, à ampliação das demandas assistenciais e à transferência de responsabilidades para os municípios.

Tema 3.2 — Regulação assistencial e dependência da rede regional

A regulação assistencial aparece como uma das faces mais concretas dos limites de governabilidade municipal. Ainda que o secretário seja diretamente cobrado pela população e pela justiça, muitos fluxos dependem de pactuações regionais, disponibilidade de prestadores, leitos e serviços de média e alta complexidade. Assim, a gestão local precisa responder a demandas cuja solução não se encontra integralmente sob sua autoridade.

> *"Há dificuldades estruturais de acesso a serviços de média e alta complexidade, que muitas vezes dependem de regulação regional."*
>
> *(PPII-02)*

Essa dependência da rede regional produz tensão entre a responsabilidade atribuída ao município e a capacidade real de resposta, especialmente em situações de urgência, transferência ou acesso a procedimentos especializados.

Tema 3.3 — Burocracia e compras públicas

A burocracia e as compras públicas aparecem articuladas à gestão financeira e à insegurança normativa. Os gestores precisam executar recursos, contratar serviços, organizar pagamentos e responder aos órgãos de controle, ao mesmo tempo em que lidam com regras consideradas pouco claras, prazos administrativos e necessidade permanente de comprovação da correta aplicação dos recursos.

> *"Eu uso, mas o tempo inteiro eu uso ressabiada, temerosa. Eu acho que as resoluções não são claras da forma segura de gastar o dinheiro."*
>
> *(PPI-02)*

Essa fala evidencia que a burocracia financeira não se limita ao cumprimento de etapas administrativas, mas produz insegurança decisória, especialmente quando as normas não oferecem clareza suficiente para sustentar a aplicação dos recursos públicos.

Tema 3.4 — Fragilidade institucional dos pequenos municípios

Nos pequenos municípios, os limites estruturais se expressam com maior intensidade pela redução das equipes técnicas, pela concentração de responsabilidades na figura do secretário e pela menor disponibilidade de assessorias especializadas. Nesses contextos, a

fragilidade institucional amplia a sobrecarga, aumenta a insegurança decisória e dificulta a separação entre gestão estratégica e execução direta de atividades cotidianas.

> *"A gente acaba envolvido em tudo, né? Não tem nada que a gente não tenha que se envolver."*
>
> *(PPI-01)*

Essa fala sintetiza a fragilidade institucional dos pequenos municípios, nos quais a estrutura reduzida faz com que o secretário assuma múltiplas frentes de trabalho, transitando entre atendimento à população, regulação, organização dos serviços e demandas burocráticas.

Categoria 4 — O gestor sob pressão: repercussões do trabalho na saúde e na vida pessoal

Uma das categorias mais fortes do material analisado é o impacto do exercício do cargo sobre a vida pessoal, familiar e social. Os relatos revelam perda de liberdade social, disponibilidade permanente, interrupção de momentos familiares, desgaste físico e emocional, ansiedade, adoecimento e sensação de solidão.

Tema 4.1 — Disponibilidade permanente

O telefone e o *WhatsApp* aparecem como símbolos da disponibilidade contínua do gestor. Muitos participantes relatam que o cargo não termina no horário de expediente e que as demandas chegam à noite, nos finais de semana, feriados e momentos de lazer.

> *"Meu telefone é 24 horas [...] não tenho mais um dia de off. O tempo inteiro eu tô com o telefone na mão."*
> *(PPI-02)*
>
> *"Toda hora, 24 horas, você está na sua casa e o telefone toca uma hora da manhã."*
> *(PPI-03)*

Essa disponibilidade permanente aparece como uma das principais fontes de desgaste e como fator que impede a separação entre vida pessoal e trabalho.

Tema 4.2 — Invasão da vida privada e repercussões na vida familiar e social

Nos municípios menores, a perda da vida social é descrita de forma expressiva. A população reconhece o secretário em espaços cotidianos e transforma momentos pessoais em extensão da secretaria.

> *"Eu não tenho vida social mais [...] não vou no mercado, padaria, pracinha. Eu afastei socialmente porque as pessoas só me enxergam como saúde, um*

> *banco de dados.” (PPI-02)*
>
> *“Tudo, tudo. Você não pode sair à rua sem ser abordado toda hora.” (PPI-03)*

Mesmo nos municípios de médio porte, essa invasão da vida privada também se manifesta, sobretudo pela dificuldade de preservar momentos familiares e de convivência social diante das demandas permanentes do cargo.

> *“Não tenho quase vida [...] fica muito difícil pra mim. Eu quase não fico com meu filho.” (MP-02)*

Dessa forma, a gestão municipal de saúde aparece, especialmente nos municípios pequenos e médios, como uma função que extrapola o espaço institucional da secretaria e alcança a vida privada, familiar e social dos gestores. No material empírico analisado, esse aspecto não foi evidenciado na entrevista com o gestor do município de grande porte, o que sugere que o porte municipal pode interferir na forma como a população acessa diretamente o secretário e invade seus espaços cotidianos.

Tema 4.3 — Sofrimento emocional e adoecimento

Os impactos emocionais aparecem de diferentes formas: desgaste, ansiedade, sintomas físicos, perda de sono, alteração de peso, irritabilidade, sofrimento familiar e, em alguns casos, relato de gestores adoecidos.

> *“Eu tive alguns problemas de saúde nesse processo [...] obesidade grau 3, hipotireoidismo significativo e transtorno de ansiedade generalizado.” (MP-01)*
>
> *“Já fui ameaçado de morte umas três vezes, então isso impacta diretamente na saúde mental.”*
>
> *(PPI-03)*
>
> *“Gestores comprometidos sofrem, e muito.” (PPI-03)*

Esses relatos indicam que o adoecimento não pode ser compreendido apenas como resposta individual à pressão, mas como efeito de uma função exercida em cenário de elevada demanda, responsabilização constante e baixa separação entre trabalho e vida pessoal.

Tema 4.4 — Solidão da gestão e solidão decisória do gestor municipal

A solidão da gestão emerge como achado relevante, especialmente quando os participantes relatam que, apesar da existência de reuniões, pactuações e apoios formais, a decisão final e a responsabilização recaem sobre o secretário municipal de saúde. Essa solidão

aparece tanto na condução de situações assistenciais complexas quanto na tomada de decisões financeiras, jurídicas e administrativas.

> *"É muito bonito, faz reunião, tá todo mundo junto, mas no final não tem ninguém junto. O problema é seu e com pouquíssimas ferramentas."* *(PPI-02)*
>
> *"A gente está muito sozinho no final da conta. É você."*
>
> *(PPI-02)*

Essas falas revelam a distância entre o discurso de apoio institucional e a experiência concreta do gestor, que, frequentemente, percebe-se sozinho para decidir, responder e sustentar as consequências das decisões tomadas.

Tema 4.5 — Estratégias de autoproteção

Alguns gestores também relatam desenvolvimento de estratégias de autoproteção, como estabelecer limites no telefone, organizar fluxos, delegar demandas e tentar não absorver todas as cobranças.

> *"O telefone da secretaria tá lá de oito às cinco. Se quiser falar, manda lá. Agora no meu pessoal, não."* *(PPI-01)*

No município de grande porte, a organização institucional aparece como fator protetor.

> *"O trabalho bem organizado, bem direcionado, não abre espaço para desespero."*
> *(GP-01)*

Essa categoria evidencia que a saúde física e mental do gestor é atravessada não apenas por características individuais, mas também pela existência ou ausência de suporte institucional, de equipe técnica estruturada e de fluxos organizados.

Categoria 5 — Apoio, aprendizagem e suporte à gestão

As entrevistas indicam que os secretários reconhecem a impossibilidade de dominar sozinhos toda a complexidade da gestão municipal de saúde. A necessidade de apoio institucional, jurídico, técnico, regional e formativo aparece de forma transversal.

Tema 5.1 — Aprendizagem durante o exercício da gestão

Muitos gestores relatam que o aprendizado ocorre no próprio exercício do cargo, diante das demandas que surgem. Mesmo aqueles com trajetória prévia no SUS reconhecem que a gestão exige atualização constante.

> *“A gente entra no cargo sem conhecer nada e sai dele sem conhecer tudo.” (PPI-01)*
>
> *“A gente está constantemente aprendendo.” (PPI-03)*

Essa aprendizagem prática é fundamental, mas também revela fragilidade: muitas vezes o gestor aprende em meio à pressão, ao risco de erro e à responsabilização.

Tema 5.2 — Necessidade de educação permanente e capacitação específica

A necessidade de educação permanente e capacitação específica decorre da própria complexidade da gestão municipal do SUS. As falas indicam que o exercício do cargo exige domínio progressivo de planejamento, financiamento, regulação, instrumentos de gestão, legislação, pactuações regionais e mediação de conflitos. Assim, a formação do gestor não se esgota na experiência prévia na saúde, mas demanda processos continuados de apoio e qualificação.

> *“Apesar da experiência na gestão pública, reconheço que há áreas altamente especializadas, como a incorporação de novas tecnologias em saúde, a regulação dos procedimentos de alta complexidade e temas jurídicos mais específicos, especialmente aqueles relacionados à judicialização, que exigem constante atualização e apoio técnico.”*
>
> *(PPII-02)*

Essa fala evidencia que a gestão municipal exige aprendizagem contínua, sobretudo diante de temas técnicos e jurídicos que extrapolam a rotina administrativa e demandam suporte institucional qualificado para subsidiar a tomada de decisão.

Tema 5.3 — Apoio técnico

Nos municípios com maior estrutura, o apoio de coordenadores, assessorias, jurídico próprio e equipe técnica qualificada aparece como elemento que reduz a sobrecarga e qualifica a gestão.

> *“É fundamental contar com equipes qualificadas e apoio institucional para subsidiar a tomada de decisão.” (PPII-02)*
>
> *“Tenho uma assessoria jurídica que responde pra lá. Chega essa demanda nesse assessor jurídico.” (GP-01)*

Por outro lado, nos municípios menores, a ausência ou fragilidade desse apoio aumenta a sensação de solidão e insegurança. Esse tema reforça a necessidade de políticas de apoio ao gestor, especialmente em municípios de pequeno porte, onde a estrutura técnica é mais limitada.

Tema 5.4 — Participação em CIB, COSEMS e espaços regionais de apoio

A participação em espaços regionais de apoio, como CIB, COSEMS e instâncias de pactuação, aparece como elemento estratégico para reduzir o isolamento do gestor e ampliar a capacidade de resposta municipal. Esses espaços favorecem a troca de experiências, o acesso a orientações técnicas e a construção de respostas compartilhadas para problemas que ultrapassam a escala local.

No presente estudo, a participação em reuniões CIB/COSEMS foi expressiva: 86,1% dos gestores relataram participar com frequência. Essa participação foi associada principalmente à troca de experiências com outros gestores (91,7%), ao apoio institucional do COSEMS (75,0%), ao apoio técnico da Regional de Saúde (50,0%) e a cursos relacionados à gestão (47,2%).

Ainda assim, os relatos demonstram que o apoio regional e institucional precisa produzir efeitos concretos na tomada de decisão cotidiana, pois o gestor municipal permanece como responsável direto pela condução da política de saúde no território.

3 DISCUSSÃO

Os achados indicam que formação, financiamento, regionalização, judicialização, pressão política, sobrecarga e adoecimento não constituem problemas independentes, mas dimensões de uma mesma configuração institucional. O secretário municipal de saúde ocupa uma posição de elevada responsabilização e governabilidade limitada: é uma das faces mais próximas do SUS para a população e, simultaneamente, nem sempre controla os recursos, serviços, fluxos e decisões necessários para responder às demandas que lhe são atribuídas. Essa assimetria ajuda a compreender por que a gestão cotidiana é marcada por negociação permanente, personalização das cobranças, captura da agenda por urgências, sobrecarga e solidão decisória.

Os resultados do formulário eletrônico e das entrevistas dialogadas desta pesquisa mostram que os secretários municipais de saúde acumulam responsabilidades relacionadas ao planejamento, à execução orçamentária, à gestão de equipes, à regulação, ao atendimento direto à população, à articulação regional, à judicialização e à resposta às demandas imediatas dos serviços. Essas responsabilidades, entretanto, são exercidas em municípios com capacidades institucionais distintas, considerando o porte populacional, a estrutura administrativa, a disponibilidade de equipes técnicas, a oferta assistencial e a posição ocupada na rede regional. A comparação entre os portes dos municípios mostrou que os núcleos de tensão são semelhantes, embora adquiram formas diferentes no cotidiano: nos municípios menores, prevalecem a concentração de tarefas e a personalização das demandas; nos médios, ganham peso as dimensões contratual, financeira, política e regulatória; e, no município de maior porte, sobressai uma complexidade sistêmica e regional.

Essa leitura evita duas simplificações. A primeira seria compreender as dificuldades da gestão apenas como resultado de insuficiente competência individual. A segunda seria supor que o aumento do porte municipal produz, por si só, uma transição linear entre gestão simples e gestão complexa. Estudos nacionais já identificaram limitações estruturais recorrentes na gestão municipal, como redução ou insuficiência do financiamento, dificuldades de acesso à atenção especializada, judicialização, fragilidades do planejamento regional e necessidade de formação e apoio institucional (OUVERNEY et al., 2019; BRANDÃO; SCHERER, 2019). Os resultados desta pesquisa convergem com esses achados, mas permitem avançar ao mostrar como tais problemas se articulam no cotidiano do secretário por um mesmo mecanismo: responsabilidades formais ampliadas, quando não acompanhadas de controle proporcional

sobre recursos e respostas, aumentam a necessidade de negociação; a negociação permanente amplia a pressão por resultados; a pressão favorece a personalização da gestão e a captura da agenda pelas urgências; e essa forma de organizar o trabalho repercute sobre sobrecarga, sofrimento e solidão decisória. Assim, a contribuição analítica do estudo está em compreender a assimetria entre responsabilização e governabilidade como mecanismo articulador de problemas que, na literatura, frequentemente aparecem examinados de forma separada.

A literatura sobre a descentralização ajuda a qualificar esse mecanismo. Fleury e Ouverney (2018), ao compararem o perfil dos secretários municipais em dois momentos do processo de descentralização, demonstraram que o cargo se tornou mais profissionalizado e mais inserido nas arenas setoriais de negociação. Esse movimento expressa um ganho institucional do SUS, mas também revela que o secretário passou a ocupar posição política mais densa e tecnicamente exigente. Ribeiro et al. (2018), por sua vez, mostraram que a implantação avançada de colegiados regionais não foi suficiente para reduzir desigualdades importantes na atenção à saúde, atribuindo parte desse resultado à limitada coordenação federativa e à persistência de componentes competitivos entre os entes. Em conjunto, esses estudos ajudam a explicar por que maior autonomia formal e maior profissionalização do cargo não significa, necessariamente, governabilidade proporcional sobre os resultados cobrados no território.

3.1 Descentralização, responsabilização e governabilidade limitada

A Constituição Federal de 1988 e as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 redefiniram as bases institucionais da política de saúde brasileira, reconhecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado, organizando o SUS em rede regionalizada e hierarquizada e instituindo participação social e transferências intergovernamentais de recursos (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Nesse processo, os municípios assumiram papel central na organização da Atenção Primária à Saúde, na gestão de serviços locais, na contratação de prestadores, no planejamento, no controle de recursos e na interlocução com a população. A descentralização ampliou a possibilidade de adequar ações às necessidades territoriais e aproximou decisões dos cidadãos, mas também atribuiu aos governos locais um conjunto crescente de responsabilidades, nem sempre acompanhado de capacidade técnica, financeira e administrativa equivalente (ARRETCHE, 2004; LIMA, 2012; CONASEMS, 2021).

Os resultados desta pesquisa tornam visível a dimensão concreta desse processo. O secretário municipal não aparece apenas como dirigente político-administrativo, mas como referência acionada diante de praticamente todos os pontos de tensão do sistema local: ausência

de profissionais, filas, transporte sanitário, medicamentos, exames, internações, contratos, pagamentos, conflitos de equipe, demandas judiciais e comunicação com a população. Esse padrão converge com o estudo nacional de Ouverney et al. (2019), no qual gestores municipais também apontaram dificuldades relacionadas ao financiamento, ao acesso à atenção especializada, à judicialização e à fragilidade do planejamento regional. A literatura sobre descentralização do SUS mostra que esse processo ampliou o protagonismo e as responsabilidades dos municípios e tornou mais complexas as exigências técnicas, políticas e gerenciais atribuídas aos secretários municipais de saúde, sem eliminar as relações de interdependência entre os diferentes níveis de governo (FLEURY; OUVERNEY, 2018; RIBEIRO et al., 2018). No presente estudo, porém, essas dificuldades aparecem menos como uma lista de atribuições e mais como experiências que chegam concentradas à figura do secretário. Isso ocorre porque a descentralização aproximou a gestão da população e ampliou a responsabilidade municipal pela execução das ações e serviços, enquanto parte relevante da capacidade de decisão permanece distribuída entre outros entes, prestadores, centrais de regulação e instâncias de pactuação.

É nesse ponto que a noção de governabilidade limitada adquire potência explicativa. Não se trata de ausência de autonomia formal, mas da distância entre aquilo pelo que o gestor é cobrado e aquilo sobre o que pode decidir diretamente. Recursos vinculados, regras nacionais e estaduais, oferta especializada concentrada, disponibilidade de leitos, decisões judiciais e pactuações regionais delimitam o espaço de decisão local. Brandão e Scherer (2019), ao analisarem a capacidade de governo de Secretarias Municipais de Saúde, também demonstraram que autonomia decisória, organização das equipes e capacidade institucional interferem diretamente nas possibilidades de gestão. Os achados desta pesquisa acrescentam que, quando essa capacidade é insuficiente diante da responsabilização atribuída, a limitação deixa de ser apenas organizacional e passa a estruturar a experiência cotidiana do gestor. O problema identificado, portanto, não é simplesmente excesso de atribuições, mas a combinação entre elevada responsabilização, capacidade institucional limitada e dependência de decisões externas ao município.

A análise institucional proposta por Malaman et al. (2021) oferece outra chave interpretativa. Os autores descrevem o secretário municipal como sujeito atravessado por forças técnicas, políticas, administrativas e sociais e alertam que a implicação intensa com a função pode converter-se em sobre-implicação, quando fenômenos produzidos institucionalmente passam a ser naturalizados como responsabilidade individual. Essa formulação converge

fortemente com o material empírico deste estudo. A governabilidade limitada não produz apenas dificuldade operacional: ela favorece que problemas sistêmicos sejam subjetivamente apropriados pelo gestor como obrigação pessoal de resolver. É nesse deslocamento entre responsabilidade institucional e responsabilização individual que a assimetria identificada ganha também dimensão humana.

A cadeia identificada nos achados permite compreender como essa limitação repercute no trabalho: diante de uma demanda cuja solução não está sob controle municipal, o gestor precisa negociar com prestadores, centrais de regulação, estruturas estaduais, consórcios, órgãos de controle e atores políticos. Quando a resposta não ocorre, a cobrança retorna ao nível local, onde existe uma autoridade identificável e acessível. A necessidade de negociação, portanto, não é apenas uma competência desejável, mas uma consequência da distribuição fragmentada do poder decisório no sistema. Quanto menor a capacidade institucional do município, maior tende a ser a dependência da capacidade relacional do próprio secretário para produzir respostas.

A literatura sobre regionalização e capacidade de governo reforça essa interpretação. Aleluia et al. (2022) identificaram baixa capacidade de governo em contextos regionais quando gestores e espaços de cogestão possuíam pouca influência sobre decisões políticas e quando assimetrias entre os entes dificultavam a institucionalização das agendas regionais. De modo semelhante, os resultados aqui encontrados mostram que a existência de autonomia formal e de espaços de pactuação não garante, por si só, capacidade efetiva de resposta. A originalidade do presente estudo está em evidenciar a sequência pela qual essa limitação repercute no trabalho individual do secretário: a descentralização amplia responsabilidades; a governabilidade permanece relativa; cresce a necessidade de negociação; as cobranças se personalizam; a agenda é capturada pela urgência; e a sobrecarga passa a atingir também a vida e a saúde do gestor.

3.2 Capacidade institucional e diferentes formas de complexidade municipal

Um dos achados mais relevantes do estudo foi a ausência de relação linear entre porte populacional e complexidade da gestão. Os desafios não diminuem de forma simples à medida que a estrutura municipal aumenta; eles se transformam. A complexidade da gestão resulta não apenas do número de habitantes ou de serviços existentes, mas da maneira como responsabilidades, equipes, recursos, vínculos políticos e posição regional se combinam. Os

resultados desta pesquisa reforçam a perspectiva de que porte e localização regional, isoladamente, não explicam o desempenho das Secretarias Municipais, que depende também de desenho organizativo, sistemas de trabalho e trajetória dos gestores e permitem deslocar a análise de uma classificação meramente demográfica para uma compreensão baseada em capacidade institucional (BRANDÃO; SCHERER, 2019).

Nos municípios de pequeno porte, a complexidade assume caráter de concentração e personalização. Estruturas administrativas reduzidas aproximam direção estratégica e execução operacional. O secretário tende a acompanhar de forma direta demandas que, em municípios maiores, seriam absorvidas por coordenações, áreas técnicas ou assessorias. A fala de que “a gente faz de tudo um pouco” sintetiza esse padrão. Essa proximidade favorece o conhecimento detalhado dos fluxos e das necessidades locais, mas também torna o sistema dependente da presença do gestor e amplia a possibilidade de que problemas institucionais sejam tratados por contatos pessoais, negociações individuais e disponibilidade contínua.

Nos municípios de médio porte, a complexidade se expressa de outro modo. A ampliação da estrutura e da oferta cria maior densidade contratual, financeira, jurídica, regulatória e comunicacional. Crescem as relações com prestadores, os processos de contratação, a necessidade de coordenação entre serviços e as interfaces com órgãos de controle. A presença de equipes e setores intermediários pode reduzir parte da execução direta pelo secretário, mas amplia a necessidade de coordenação, negociação e controle de processos organizacionais mais diversificados (ARCARI et al., 2020). Portanto, a maior divisão do trabalho não elimina a pressão; ela altera sua natureza.

No município de grande porte, a existência de estruturas intermediárias protege parcialmente o secretário de demandas individuais, ao mesmo tempo em que amplia a responsabilidade sobre sistemas mais complexos, indicadores, serviços de maior densidade tecnológica e fluxos regionais. A posição de polo produz uma complexidade sistêmica: o município precisa organizar sua rede própria e, simultaneamente, responder a demandas referenciadas de outros territórios. Essa constatação dialoga com estudos de regionalização que demonstram que a organização territorial do SUS é atravessada por desigualdades de capacidade instalada, concentração de serviços e possibilidades distintas de cooperação intermunicipal (VIANA; IOZZI, 2019; BRASIL, 2021).

Os resultados, portanto, não permitem compreender o porte municipal apenas como marcador quantitativo de complexidade. O que se modifica entre os municípios é a forma pela qual responsabilidades, recursos, capacidade técnica e posição na rede de saúde se combinam

e produzem diferentes modalidades de trabalho gerencial. Assim, municípios menores não apresentam necessariamente uma gestão “mais simples”.

Dois municípios de porte semelhante podem, inclusive, apresentar condições bastante distintas para transformar decisões em ação. Essa distinção constitui contribuição analítica do estudo porque explica por que os núcleos de tensão se repetem entre portes, embora sejam produzidos e vivenciados por mecanismos diferentes.

Os achados de Arcari et al. (2020), em estudo com gestores municipais do Rio Grande do Sul, reforçam essa interpretação ao demonstrar diferenças significativas nas prioridades e dificuldades de gestão segundo o porte populacional, ao mesmo tempo em que identificaram elevada escolaridade dos secretários e consenso quanto à insuficiência de recursos. Fleury e Ouverney (2018) também observaram que o tamanho do município interfere no perfil de recrutamento e na inserção dos secretários em arenas de negociação, com maior presença em fóruns intergestores e entidades do setor nos municípios de maior porte. Esses resultados convergem com a presente pesquisa, mas aqui o porte é interpretado menos como variável que hierarquiza a complexidade e mais como condição que modifica sua forma: nos pequenos municípios, a baixa diferenciação organizacional aproxima decisão e execução; nos maiores, a especialização interna amplia a capacidade técnica, mas também expande a quantidade de interfaces, contratos, serviços e interdependências a coordenar.

3.3 Trabalho real do gestor: urgência, multiplicidade de funções e captura da agenda

Outro achado do formulário eletrônico foi a centralidade do atendimento direto à população entre as atividades que mais consomem tempo dos gestores. Articulado às entrevistas, esse resultado evidencia uma diferença importante entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Embora planejamento, organização, acompanhamento, monitoramento e avaliação sejam funções centrais da gestão do sistema (CONASEMS, 2021), o cotidiano do secretário é atravessado por demandas que chegam sem respeitar a programação institucional. Burocracia, reuniões, gestão da Atenção Primária, média e alta complexidade, demandas judiciais e interlocução política disputam o mesmo tempo de trabalho.

O gestor precisa pensar a política municipal e, simultaneamente, autorizar pagamentos, acompanhar pacientes, intervir em conflitos, verificar vagas, interpretar resoluções, responder mensagens e receber usuários. Essa multiplicidade não representa apenas variedade de tarefas. Ela produz fragmentação da atenção, interrupções sucessivas e sensação de incompletude,

porque o encerramento de uma demanda costuma coincidir com o surgimento de outras. Nesse contexto, a urgência deixa de ser apenas um conjunto de episódios excepcionais e passa a organizar o próprio ritmo da gestão.

A captura da agenda pela urgência tem implicações para além da sobrecarga pessoal. Quando o gestor opera predominantemente em modo reativo, há menos tempo e disponibilidade cognitiva para analisar indicadores, monitorar metas, avaliar políticas, antecipar riscos e revisar processos. Decisões passam a ser orientadas pelo caso que chega, pela pressão mais imediata ou pelo problema mais visível. A consequência pode ser um ciclo de reprodução: a falta de tempo para enfrentar causas estruturais faz com que os mesmos problemas retornem sob a forma de novas urgências, diminui a possibilidade de buscar evidências, interpretar dados, acompanhar resultados e produzir decisões menos reativas. Dessa forma, a captura da agenda ajuda a explicar por que a exigência crescente de decisões tecnicamente qualificadas pode coexistir com condições concretas que dificultam o acesso e a apropriação do conhecimento necessário para sustentá-las. Assim, a sobrecarga modifica o modo de produzir política pública, e não apenas a quantidade de trabalho realizado (BECKER, RECH E REIS,2018).

A gestão financeira ilustra essa disputa de tempos. Os participantes descrevem a ordenação de despesas, o acompanhamento de portarias, contratos, consórcios, pagamentos e prestações de contas como parte central da função. Ao mesmo tempo, precisam relacionar financiamento, indicadores epidemiológicos e necessidade assistencial. Os instrumentos de gestão do SUS pressupõem que planejamento, programação e relatórios orientem a execução das ações e subsidiem redirecionamentos (CONASEMS, 2021). Quando esses instrumentos são utilizados apenas para cumprir exigências formais, uma vez que a agenda está tomada pelo imediato, perde-se parte de sua função estratégica.

A personalização dos canais de acesso reforça esse mecanismo. O contato direto com o secretário pode parecer a solução mais rápida para quem enfrenta sofrimento ou demora no atendimento, mas, quando se torna rotina, desloca demandas de fluxos coletivos para relações pessoais. A disponibilidade do gestor passa a funcionar como um recurso informal do sistema. A teoria da burocracia de nível de rua contribui para interpretar essa tensão ao mostrar que a implementação de políticas ocorre em interações concretas, nas quais decisões são tomadas sob regras, escassez e pressões externas (LIPSKY, 2019; LOTTA, 2019). No caso estudado, a discricionariedade se desloca também para o nível gerencial, especialmente quando o secretário é convocado a resolver exceções e conflitos de acesso.

A regulação constitui um contraponto institucional à personalização. Critérios, protocolos, fluxos pactuados, listas de espera, prioridades e transparência permitem que o acesso dependa menos da capacidade de chegar ao gestor e mais da necessidade de saúde. Estudos recentes reforçam que a regulação do acesso à atenção especializada pode ampliar equidade e continuidade do cuidado quando articulada à Atenção Primária e às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2023; TESTON et al., 2019). No presente estudo, a fragilidade desses mecanismos ajuda a explicar por que parte das demandas migra para contatos diretos com o secretário. A captura da agenda pela urgência, portanto, não representa apenas excesso de trabalho: ela modifica o modo de produzir a política municipal, reduz a capacidade de planejamento e monitoramento e reforça a dependência de respostas personalizadas. Nesse sentido, a governabilidade limitada se materializa também na organização do tempo do gestor.

3.4 Formação e capacidade de governo: competência individual e capacidade institucional

A primeira etapa deste estudo revelou um grupo com escolaridade elevada e trajetórias profissionais diversas, em consonância com tendências descritas em estudos nacionais sobre o perfil dos secretários municipais de saúde (OUVERNEY et al., 2019; RIQUIERI et al., 2022). Contudo, mais da metade dos participantes informou não possuir capacitação específica em gestão pública ou saúde coletiva. O contraste entre escolaridade e preparo específico indica que formação superior, experiência clínica ou atuação prévia na saúde não equivalem automaticamente às competências necessárias para dirigir um sistema municipal.

A pluralidade de formações pode enriquecer a gestão ao incorporar diferentes experiências e modos de compreender os problemas. Entretanto, o cargo exige domínio de orçamento público, instrumentos de planejamento, licitações, contratualização, regulação, controle social, judicialização e relações interfederativas. O Manual do Gestor Municipal do SUS evidencia a amplitude dessas atribuições e torna inadequada a expectativa de que o secretário assuma a função plenamente preparado apenas por sua formação de origem (CONASEMS, 2021). Nas entrevistas, essa condição aparece sintetizada na frase “a gente entra no cargo sem conhecer nada e sai dele sem conhecer tudo”.

O aprendizado produzido no exercício da função é inevitável em um campo complexo e mutável, mas os relatos mostram que ele ocorre, muitas vezes, sob pressão. A decisão precisa ser tomada antes que o gestor tenha conseguido consolidar o conhecimento necessário.

Interpretar uma resolução, utilizar um recurso, compreender um fluxo regional ou responder a uma demanda judicial pode envolver risco de prejuízo assistencial, glosa, devolução de recursos, sanções ou repercussão política. A aprendizagem deixa, então, de ser apenas processo formativo e passa a ocorrer em condições de elevada responsabilidade.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe que os processos formativos partam dos problemas concretos do trabalho e produzam reflexão crítica e transformação das práticas (BRASIL, 2009). Essa perspectiva é especialmente pertinente para os gestores pesquisados. Cursos generalistas e eventos isolados podem atualizar informações, mas dificilmente oferecem suporte suficiente para interpretar normas, analisar casos, planejar ações e sustentar decisões complexas. Estudos com equipes gestoras reforçam a necessidade de desenvolver competências técnicas, administrativas, políticas e relacionais vinculadas ao território e ao processo de trabalho (VERMELHO; FIGUEIREDO, 2017; BECKER; RECH; REIS, 2018). Experiências de apoio institucional aos gestores, como a Estratégia Apoiador COSEMS-CONASEMS, também sugerem a importância de acompanhamento continuado, sustentabilidade e compromisso institucional de longo prazo (SILVA et al., 2020).

Esta pesquisa evidencia que a dificuldade formativa não decorre apenas de ausência de interesse ou de oferta educacional: ela é produzida pelas mesmas condições organizacionais que pressionam o cotidiano da gestão. A educação permanente concorre, portanto, com urgências assistenciais, limitações de pessoal, burocracia e recursos escasso, demonstrando a existência da tensão entre formação ideal e condições reais do trabalho (VERMELHO E FIGUEIREDO, 2017).

O ponto central, entretanto, é distinguir competência individual de capacidade institucional. Um secretário pode saber elaborar um planejamento e não conseguir executá-lo por falta de equipe; pode interpretar corretamente uma norma e não dispor de apoio jurídico para operacionalizá-la; pode negociar uma pactuação e não controlar a oferta regional; pode identificar um problema por meio dos indicadores e não ter autonomia financeira para enfrentá-lo. Competência é atributo do sujeito; capacidade institucional depende de estruturas, recursos, informação, equipes, relações interfederativas e condições organizacionais (VERMELHO; FIGUEIREDO, 2017; SILVA et al., 2020). A educação permanente amplia a capacidade de análise e decisão, mas sua potência só se concretiza quando encontra condições institucionais para transformar conhecimento em ação. A formação constitui condição necessária, mas insuficiente, para enfrentar os desafios identificados, uma vez que competências individuais

não compensam limitações estruturais de financiamento, capacidade institucional, regionalização e organização do trabalho.

O estudo de Becker, Rech e Reis (2018) acrescenta ainda a dimensão informacional dessa capacidade. Entre os secretários paranaenses investigados, fontes não científicas e diretrizes ministeriais eram utilizadas com maior frequência do que periódicos científicos, cujo uso era limitado por falta de tempo, custo, dificuldade de acesso e baixa familiaridade com a linguagem científica. Na presente pesquisa, gestores relataram necessidade de interpretar continuamente portarias, normas, indicadores e fluxos complexos. A comparação sugere que capacidade de governo não depende apenas de possuir formação formal, mas de dispor de tempo, mediação técnica e canais acessíveis para transformar informação em decisão. Essa dimensão reforça a distinção entre qualificação individual e capacidade institucional.

3.5 Financiamento e administração da escassez: dimensões técnica, política e ética

O subfinanciamento constitui um dos eixos estruturantes dos resultados. A maioria dos participantes avaliou os recursos recebidos como insuficientes ou apenas parcialmente suficientes, e mesmo municípios que aplicam percentuais elevados de recursos próprios relataram permanência de filas e entraves. Esse achado converge com a literatura que identifica o subfinanciamento histórico como obstáculo à consolidação do SUS e à própria capacidade de planejamento e execução local (PAIM et al., 2011; VILLANI E BEZERRA, 2013; CASTRO et al., 2019; ARCARI et al., 2020). Mais do que reiterar a insuficiência de recursos, os dados mostram como o financiamento e a burocracia funcionam como mecanismos pelos quais a governabilidade limitada se materializa no cotidiano: o gestor responde pela execução e pelos resultados, mas sua capacidade de resposta é condicionada por regras de vinculação, transferências, preços, processos administrativos e controle externo. O problema financeiro combina insuficiência objetiva, insegurança normativa e responsabilidade pessoal pela execução. O que se acrescenta aqui é a compreensão de que financiamento e burocracia não são apenas dificuldades setoriais: constituem mecanismos concretos de limitação da governabilidade.

Os dados permitem avançar da ideia de insuficiência financeira para a noção de administração da escassez. O secretário não administra apenas um orçamento limitado; administra conflitos distributivos produzidos pela distância entre necessidades e recursos disponíveis (VILLANI; BEZERRA, 2013; TESTON et al., 2019). Quando a oferta é menor que

a demanda, decidir implica definir quem será atendido primeiro, quem aguardará, qual serviço será contratado, qual despesa poderá ser adiada e qual demanda absorverá recursos não previstos. A escassez, portanto, torna-se também política e ética, pois cada decisão tem consequências sobre pessoas, serviços e grupos distintos.

Nesse cenário, o custo da negativa é frequentemente concentrado na figura do gestor. A população vê a resposta imediata do município, ainda que a origem da limitação esteja em diferentes níveis do sistema. Administrar a insuficiência significa sustentar publicamente escolhas que nem sempre decorrem de preferências locais, mas de limites orçamentários, oferta regional restrita e regras de financiamento. A literatura sobre alocação equitativa de recursos enfatiza que decisões em contextos de escassez devem considerar necessidades de saúde, critérios públicos e implicações éticas da equidade (TESTON et al., 2019). Nessa perspectiva, transparência e justificabilidade das decisões tornam-se componentes da própria legitimidade da gestão.

Nos municípios menores, a escassez material se combina à insegurança normativa. Os relatos de receio de utilizar recursos de modo inadequado e de dificuldade na interpretação das regras de custeio mostram que o limite financeiro é, também, informacional e institucional. A fala sobre utilizar recursos “ressabiada, temerosa” revela que a dúvida técnica é acompanhada de risco pessoal percebido. Publicações voltadas ao orçamento e ao financiamento do SUS destacam a importância do domínio de instrumentos de planejamento, acompanhamento orçamentário, execução financeira e controle social (VILLANI; BEZERRA, 2013; ARCARI et al., 2020). O achado deste estudo acrescenta que, quando a orientação disponível não oferece segurança suficiente, a responsabilidade legal permanece individualizada no gestor, ampliando a distância entre obrigação de executar e segurança para decidir.

A burocracia das compras públicas acentua a mesma assimetria porque o tempo administrativo não coincide com o tempo assistencial. Uma necessidade clínica pode ser imediata, enquanto contratação, licitação e pagamento dependem de procedimentos, documentos e prazos. Assim, o gestor é responsabilizado simultaneamente pela legalidade do gasto e pela oportunidade do cuidado, ainda que não controle todos os tempos e condicionantes que interferem em ambos. Financiamento e burocracia, portanto, não aparecem apenas como obstáculos operacionais: constituem formas concretas pelas quais limites externos e institucionais se convertem em pressão decisória no nível local.

Em realidades territoriais diversas, os gestores vivenciam que a obrigação formal de executar políticas pode avançar mais rapidamente do que as condições materiais para realizá-

las e que as regras de financiamento são pouco sensíveis às necessidades territoriais. Isso sustenta a interpretação de que a governabilidade limitada não é característica exclusiva de municípios pequenos ou de uma região específica, mas tensão recorrente do arranjo descentralizado do SUS (TESTON et al., 2019).

Financiamento, regulação, equidade e judicialização se encontram justamente nesse ponto. Quando a escassez precisa ser distribuída, a fila se torna expressão concreta de prioridades; quando uma ordem judicial altera essa ordem, modifica também a distribuição dos recursos; quando o gestor é pressionado a favorecer um caso, o conflito distributivo ganha dimensão política (WANG et al., 2014; FLORIANO et al., 2023). Assim, a administração da escassez não pode ser compreendida como mera execução financeira: é parte central da governabilidade e uma das fontes do sofrimento decisório identificado neste estudo.

3.6 Regionalização e dependência assistencial: municípios dependentes e o paradoxo do município polo

A regionalização é condição para a integralidade em um país marcado por desigualdades territoriais e por municípios que não possuem escala para ofertar todos os níveis de atenção. Na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, a dependência de referências externas integra a própria organização do cuidado, especialmente nos municípios de menor porte. A dificuldade de acesso à média e alta complexidade, à regulação e aos serviços especializados foi, fortemente, evidenciado nas duas etapas desta pesquisa e em outros estudos, mostrando que a articulação regional nem sempre se traduz em resposta oportuna e identificando obstáculos à regionalização (MOREIRA, RIBEIRO E OUVERNEY, 2017).

A experiência dos gestores relatada nesta pesquisa converge com o resultado de outros estudos, para os quais apesar da implantação avançada de colegiados regionais, persistiam profundas desigualdades na atenção primária e hospitalar, indicando que institucionalizar arenas de governança não garante, isoladamente, redução das assimetrias territoriais (RIBEIRO et al., 2018). A fala “o hospital não sou eu que ordena vaga” explicita a distância entre responsabilidade percebida e autoridade efetiva. Para o usuário e sua família, o secretário é a autoridade mais próxima e, por isso, representa a possibilidade concreta de solução. Para o gestor, entretanto, a resposta pode depender de uma rede sobre a qual possui influência, mas não comando.

A dependência regional produz também desigualdades entre municípios. Aqueles com maior capacidade financeira podem adquirir serviços complementares ou estruturar ofertas próprias, enquanto municípios menores tendem a depender mais intensamente das pactuações. O local de residência pode, assim, influenciar alternativas e velocidade de acesso à atenção especializada. A regionalização deveria reduzir essas assimetrias, mas pode reproduzi-las quando a concentração de serviços, o financiamento insuficiente e os mecanismos frágeis de governança limitam a capacidade de atender a demanda referenciada (VIANA; IOZZI, 2019).

Os estudos realizados em regiões de pequenos municípios ajudam a explicar esse fenômeno. Medeiros et al. (2017) mostraram que a Comissão Intergestores Bipartite Microrregional (CIB MICRO) pode funcionar como espaço de articulação e apoio mútuo, mas identificaram fragilidades relacionadas à rotatividade, ao conhecimento insuficiente dos gestores e à predominância de decisões mais políticas do que técnicas, com pouco monitoramento do acesso. Teston et al. (2019) encontraram percepção ainda mais crítica no Acre, onde secretários descreveram a CIB MICRO como espaço por vezes cartorial e relataram responsabilização por metas que os municípios não tinham condições de cumprir. A comparação com o presente estudo mostra que a governança regional possui potência real, mas sua efetividade depende da capacidade de converter negociação formal em recursos, oferta e respostas concretas.

O achado relativo ao município de grande porte aprofunda essa discussão ao revelar o paradoxo do município polo. A maior capacidade instalada coloca o polo em posição privilegiada na rede, mas também o transforma em sustentáculo de demandas regionais. Quanto maior a concentração de serviços, maior pode ser a exposição a usuários de outros municípios e a responsabilidades que ultrapassam a população própria. A questão deixa de ser apenas onde o serviço está localizado e passa a envolver quem financia a oferta regional, como os custos são distribuídos, quais responsabilidades cabem ao município sede e como pactuações compensam a utilização por usuários referenciados.

Esse paradoxo mostra que a concentração de oferta produz dependências em duas direções. Municípios menores dependem do polo para garantir integralidade; o polo depende de financiamento, pactuação e governança capazes de sustentar o volume regional de atendimento. A efetividade da regionalização depende da cooperação entre os entes e da definição clara de responsabilidades; assimetrias de capacidade e baixa influência sobre decisões regionais limitam a capacidade de governo (SHIMIZU et al., 2017; ALELUIA et al., 2022). Os resultados desta pesquisa acrescentam o paradoxo vivido pelo município-polo: ele é

simultaneamente referência e sobrecarregado, recebe demandas cuja solução depende de uma rede regional da qual ele próprio também depende. Trata-se, portanto, de outra manifestação da governabilidade limitada, agora produzida pela interdependência regional.

No município-polo, essa interdependência adquire caráter particularmente complexo. A literatura tende a enfatizar a dependência dos municípios menores em relação aos centros com maior capacidade instalada; os resultados desta pesquisa acrescentam o movimento inverso. O polo também se torna dependente de financiamento, pactuação e cooperação regional para sustentar a demanda que recebe. O protagonismo dos COSEMS descrito por Shimizu et al. (2017) demonstra a importância da liderança municipal e da pactuação cotidiana na governança regional, mas também evidencia que a provisão da atenção depende de articulação contínua entre atores. Assim, maior capacidade instalada não elimina a governabilidade limitada: modifica sua escala, deslocando-a da dependência por acesso para a dependência pela sustentabilidade da oferta regional.

A participação em CIB e COSEMS demonstra reconhecimento da importância dos espaços interfederativos, mas a existência de instâncias colegiadas não garante, isoladamente, governança efetiva. Quando decisões pactuadas não se convertem em acesso, o gestor retorna ao município com a mesma demanda. Esse resultado converge com estudos que apontam a governança regional como dependente, não apenas da institucionalização de colegiados, mas da capacidade de produzir cooperação, pactuação efetiva e respostas assistenciais (SHIMIZU et al., 2017; SILVA et al., 2020). Assim, a qualidade da regionalização se expressa também na capacidade de reduzir a distância entre responsabilidade local e poder efetivo de intervenção sobre a rede.

3.7 Judicialização, equidade e governabilidade: três faces de um mesmo fenômeno

A judicialização apareceu associada a medicamentos, transferências, leitos, procedimentos, terapias e demandas de média e alta complexidade. Sua análise exige reconhecer uma ambivalência que os próprios resultados evidenciam. A via judicial pode atuar como garantia do direito quando o sistema falha em responder a uma necessidade legítima; pode constituir mecanismo de pressão sobre a gestão, impondo prazos e reordenando decisões; e pode produzir desigualdade quando o acesso ao sistema de justiça se transforma em critério de prioridade. Essas três faces permitem compreender o fenômeno para além do impacto financeiro (COSTA; SILVA; OGATA, 2020).

Um primeiro aspecto refere-se à judicialização funcionar como correção de omissões. Algumas ações surgem porque houve demora, indisponibilidade ou falha de acesso. Nesses casos, o processo judicial revela um problema real do SUS e não deve ser interpretado como comportamento indevido do usuário. A crítica à judicialização precisa preservar essa dimensão: recorrer à Justiça pode ser a estratégia disponível para efetivar um direito quando os canais administrativos não produziram resposta em tempo oportuno (COSTA; SILVA; OGATA, 2020).

No segundo aspecto, a judicialização atua sobre a governabilidade. Uma decisão judicial pode alterar prioridades que o gestor vinha organizando, exigir aquisição não prevista, antecipar determinado atendimento ou impor resposta em prazo incompatível com fluxos assistenciais. Nos relatos deste estudo, essa pressão é vivida de forma concreta, porque o município costuma ser acionado por sua proximidade e por possuir uma autoridade facilmente identificável. Mesmo quando a demanda depende de outro ente ou de uma rede regional, o secretário precisa articular setor jurídico, serviço assistencial e recursos em curto prazo. A falha sistêmica pode, assim, converter-se em risco pessoal percebido para quem assina e responde.

O terceiro aspecto relaciona-se à tensão que a judicialização exerce na equidade. Ordens individuais podem priorizar quem conseguiu acessar a justiça, independentemente da posição na fila ou da comparação com necessidades de outros usuários. Isso não significa negar a legitimidade do caso individual, mas reconhecer que o cumprimento de uma ordem pode repercutir sobre pessoas que não judicializaram. A literatura identifica efeitos desse processo sobre equidade, sustentabilidade e organização do sistema, indicando a necessidade de respostas intersetoriais e informadas por evidências (FLORIANO et al., 2023).

Os relatos de municípios médios acrescentam a preocupação com laudos, prestadores privados e possíveis conflitos de interesse. O participante MP-01 problematiza situações em que pedidos podem ser originados de profissionais ou serviços que também se beneficiariam financeiramente da decisão. O achado não permite generalizar nem invalidar necessidades clínicas, mas reforça a importância de avaliação técnica independente, protocolos compartilhados e transparência. Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário, assessoria jurídica especializada, qualificação da assistência farmacêutica e comunicação entre Judiciário, Ministério Público, gestores e equipes técnicas podem reduzir decisões desarticuladas do funcionamento do sistema (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2016; FLORIANO et al., 2023).

A judicialização constitui, portanto, uma expressão particularmente nítida da governabilidade limitada: o gestor municipal é responsabilizado pela resposta, embora a decisão judicial, a definição de prazos e a disponibilidade de serviços possam escapar a sua governabilidade, repercutindo sobre orçamento, organização federativa, equidade e planejamento (WANG et al., 2014; FLORIANO et al., 2023). O presente estudo acrescenta a dimensão vivida dessa tensão ao mostrar como uma decisão externa ao processo ordinário de gestão pode ser convertida em pressão individual sobre quem assina, articula e responde localmente. A judicialização, assim, não deve ser compreendida apenas como problema administrativo, mas como fenômeno que explicita tensões entre direito individual, equidade e capacidade de organização do sistema.

A judicialização impacta no próprio processo de regionalização, atuando como obstáculo político crescente à construção regional do SUS, justamente por reordenar prioridades e pressionar recursos em um sistema no qual as responsabilidades são compartilhadas (MOREIRA, RIBEIRO E OUVERNEY, 2017). Essa evidência amplia a compreensão do fenômeno: a ordem judicial não incide sobre um gestor isolado, mas entra em uma rede federativa cuja oferta, financiamento e capacidade decisória estão distribuídos. No entanto, a obrigação de cumprir a decisão tende a adquirir endereço institucional concreto no município. A contribuição desta pesquisa é mostrar como essa tensão federativa se transforma em experiência de responsabilização individual e sofrimento decisório para o secretário.

3.8 Técnica, política e personalização da gestão: negociação, fila e defesa da equidade

A gestão municipal é inevitavelmente política porque envolve definição de prioridades, distribuição de recursos, negociação de interesses e construção de decisões coletivas. A presença da política, por si só, não constitui problema. A tensão emerge quando critérios públicos e técnicos são substituídos por favores, relações pessoais ou conveniências eleitorais. Os resultados deste estudo mostram que o secretário ocupa uma posição na qual precisa negociar continuamente, mas também sustentar limites diante de pressões de usuários, vereadores, prestadores e outros atores.

A fila constitui o espaço em que essa tensão se torna mais visível. Em cenário de oferta insuficiente, priorizar significa decidir quem será atendido primeiro e quem precisará esperar. Defender critérios de regulação não é defender a demora; é impedir que a demora seja distribuída segundo poder de influência, proximidade com autoridades ou capacidade de

mobilização. Ao mesmo tempo, a equidade exige reconhecer diferenças clínicas e sociais reais, de modo que os critérios não se convertam em rigidez burocrática. A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde reforça a organização do acesso por meio de fluxos regulatórios e integração entre os pontos da rede (BRASIL, 2023).

Nesse sentido, a regulação é, também, tecnologia de despersonalização do acesso. Quando listas, prioridades e justificativas são públicas e institucionalizadas, diminui-se a dependência de relações pessoais. A pressão individual, entretanto, não desaparece. Nos municípios pequenos, a proximidade territorial intensifica os efeitos sociais da negativa: o gestor encontra usuários, vereadores e profissionais espaços públicos cotidianos. A decisão técnica permanece vinculada a relações comunitárias que continuam depois do expediente. A mesma proximidade que facilita a escuta e o conhecimento do território pode ampliar constrangimentos e dificultar a sustentação de critérios impessoais.

As redes sociais acrescentam outra camada de personalização e exposição. Informações incompletas, denúncias, boatos e conteúdos sem fundamento técnico circulam rapidamente e podem afetar a confiança nas ações de saúde. A comunicação deixa de ser atividade acessória e passa a integrar a capacidade de governo. Explicar fluxos, reconhecer falhas, apresentar critérios e enfrentar desinformação tornam-se parte do trabalho do secretário em ambiente de alta velocidade comunicacional (MALAMAN et al., 2021; SOARES et al., 2024).

Por isso, competências interpessoais aparecem como centrais nos relatos. Liderança, escuta, diálogo, mobilização de recursos cognitivos e afetivos e mediação são tecnologias de gestão, e não atributos secundários. Liderar envolve sustentar conflitos sem personalizá-los, negociar sem abandonar critérios públicos e compartilhar decisões quando possível (FERNANDES et al., 2019; ANDRÉ; CIAMPONE; SANTELLE, 2013). Entretanto, a competência relacional possui limites objetivos: ela pode ampliar a capacidade de pactuar e comunicar, mas não cria vaga, recurso ou profissional inexistente. Seu papel é qualificar a decisão em ambientes complexos; não substituir condições materiais de oferta.

A descentralização tornou o cargo de secretário municipal de saúde progressivamente mais profissionalizado e ampliou sua inserção em associações e arenas setoriais, ao mesmo tempo em que manteve a necessidade de articular requisitos técnicos e ação política, sendo atravessado por pressões da população, do Executivo, do Legislativo e dos trabalhadores (FLEURY E OUVERNEY, 2018; MALAMAN et al., 2021). Os achados desta pesquisa mostram que a dimensão relacional assume função adicional quando a governabilidade é limitada: negociar passa a ser o mecanismo cotidiano utilizado para tentar compensar a ausência

de controle direto sobre recursos e serviços. A competência política, portanto, não é apenas atributo esperado do cargo; em muitos momentos, torna-se recurso compensatório de uma estrutura institucional insuficiente.

3.9 Sobrecarga, disponibilidade permanente e saúde do gestor: uma forma de organização do trabalho

A dimensão emocional do trabalho constitui um dos achados mais fortes da pesquisa. A maioria dos participantes informou jornada superior a 40 horas, e quase todos reconheceram o volume de serviço como exaustivo ou marcado por sobrecarga. Entretanto, o achado não representa apenas uma jornada extensa, mas uma forma específica de organização do trabalho. Sobrecarga, neste contexto, não é somente quantidade de tarefas; é a combinação entre multiplicidade de papéis, imprevisibilidade, interrupções sucessivas, baixa possibilidade de delegação, disponibilidade contínua, responsabilização individual e exposição pública. Para compreender esse processo, é útil distinguir quatro níveis articulados: sobrecarga objetiva de tarefas e responsabilidades; disponibilidade permanente produzida por telefone, WhatsApp, redes sociais e contatos fora do expediente; apropriação da pessoa pela função, especialmente em municípios pequenos; e consequências subjetivas expressas em sofrimento, conflito trabalho-família, adoecimento e solidão decisória.

Os resultados de Soares et al. (2024) oferecem forte convergência com essa interpretação. Em estudo qualitativo com gestores de saúde, os autores identificaram que poder decisório, continuidade do trabalho no ambiente familiar, sobrecarga, aplicativos de mensagens e demandas acima da capacidade de resposta comprometiam a saúde mental, com relatos de esgotamento, alterações do sono, fadiga e estresse. A proximidade com os achados desta pesquisa é significativa, sobretudo porque ambos evidenciam a extensão da jornada para além do espaço formal de trabalho e a dificuldade de desligamento. A presente investigação acrescenta, entretanto, um mecanismo explicativo: essa disponibilidade não é apenas efeito da tecnologia ou do excesso de tarefas, mas também da concentração da responsabilização em um gestor que permanece socialmente acessível mesmo quando a solução depende de outros atores.

No primeiro nível, a sobrecarga é produzida pelo volume e pela diversidade do trabalho. O secretário combina atribuições estratégicas, administrativas, assistenciais, políticas e relacionais. Interrupções frequentes, urgências e decisões simultâneas tornam a jornada extensa mesmo quando o expediente formal termina. Essa sobrecarga objetiva é agravada quando as

equipes são reduzidas e a delegação é limitada, porque maior número de questões retorna ao secretário para decisão.

No segundo nível, a conectividade transforma disponibilidade em permanência. O telefone pessoal torna-se canal assistencial, regulatório, político e administrativo. Cada mensagem pode representar sofrimento real, uma urgência ou um conflito, o que dificulta ignorá-la. A tecnologia amplia a capacidade de resposta, mas dissolve fronteiras temporais. Noite, fim de semana e momentos familiares deixam de constituir períodos claramente protegidos, e a recuperação física e mental se torna incerta.

O terceiro nível é mais evidente nos municípios pequenos: a pessoa passa a ser socialmente apropriada pela função. Os relatos mostram que o gestor é reconhecido como "a saúde", sendo abordado fora do local de trabalho como se carregasse permanentemente a capacidade institucional do sistema. Essa apropriação ultrapassa uma jornada longa. Ela reduz a separação entre identidade profissional e vida privada, porque o sujeito continua sendo convocado como secretário em espaços nos quais deveria existir como familiar, amigo ou cidadão.

No quarto nível aparecem as consequências subjetivas. As interrupções repercutem sobre descanso e relações familiares e podem produzir uma dupla culpa: ao permanecer com a família, o gestor sente que deveria responder ao trabalho; ao atender as demandas, percebe sua ausência na vida pessoal. O adoecimento relatado não pode ser atribuído causalmente ao cargo a partir do desenho deste estudo, mas a convergência entre os dados quantitativos e as narrativas aponta relação relevante entre condições de trabalho e repercussões sobre a saúde. O sofrimento, portanto, não decorre apenas de "trabalhar muito", mas pode estar relacionado à forma como o trabalho gerencial se organiza, especialmente diante da sobrecarga, da extensão da jornada para o ambiente familiar, da disponibilidade permanente e da intensificação da responsabilização individual (MALAMAN et al., 2021; SOARES et al., 2024). Ele resulta de uma organização gerencial em que a responsabilidade permanece elevada mesmo quando os meios de resposta são incertos, distribuídos ou externos; por isso, a disponibilidade permanente pode ser compreendida como extensão subjetiva da própria governabilidade limitada.

Essa interpretação desloca a análise de explicações centradas exclusivamente em características individuais ou autocuidado. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora orienta a compreensão dos agravos a partir dos ambientes, processos e relações de trabalho (BRASIL, 2012), e estudos específicos com gestores de saúde também relacionam sobrecarga, continuidade do trabalho no ambiente familiar e elevada responsabilização a

repercussões sobre a saúde mental (MALAMAN et al., 2021; SOARES et al., 2024; POLETTO et al., 2016). No presente estudo, os relatos sugerem que a organização do trabalho gerencial funciona como elemento explicativo: quanto maior a concentração de decisões, a imprevisibilidade e a impossibilidade de desligamento, maior tende a ser a invasão do tempo privado pela função. Assim, as repercussões sobre a saúde aparecem conectadas à forma como a responsabilidade é distribuída e sustentada institucionalmente.

A noção de sobreimplicação discutida por Malaman et al. (2021) aprofunda essa leitura. Para os autores, a implicação intensa com a instituição pode levar o sujeito a naturalizar como pessoais problemas social e institucionalmente produzidos, favorecendo sobretrabalho, estresse e adoecimento. Essa perspectiva é especialmente fecunda para interpretar a fala dos gestores que se percebem permanentemente responsáveis pelo funcionamento da saúde municipal. A disponibilidade contínua deixa, então, de ser apenas hábito individual e passa a revelar uma relação com o cargo na qual o limite entre compromisso público e apropriação da pessoa pela função se torna progressivamente tênue.

3.10 Solidão decisória e sentido do trabalho: sofrimento, satisfação e compromisso público

A solidão decisória emergiu como contribuição relevante do estudo. Ela não significa ausência absoluta de interlocutores, uma vez que os gestores participam de reuniões, contam com equipes e reconhecem apoios institucionais. Trata-se da percepção de que, no momento crítico, a decisão final e suas consequências recaem sobre quem ocupa a função: é o secretário quem assina, autoriza, nega, prioriza e responde. A solidão é, assim, menos isolamento social do que concentração subjetiva da responsabilidade.

O diálogo com Malaman et al. (2021) permite compreender por que essa solidão não se resolve apenas com maior comprometimento individual. Ao problematizarem a sobreimplicação, os autores mostram que a responsabilização pessoal por fenômenos institucionais pode obscurecer as forças coletivas que produzem os problemas. No presente estudo, a solidão decisória aparece justamente quando o secretário sabe que a decisão depende de uma rede, mas percebe que a assinatura, a negativa, a justificativa e a exposição pública permanecem concentradas nele. A estrutura, portanto, dispersa o poder de produzir a resposta e concentra a visibilidade da responsabilidade.

Essa experiência se intensifica em situações de transferência, judicialização, uso de recursos e pressão política. A responsabilidade individualizada produz, assim, solidão decisória e amplia sobrecarga e sofrimento. Estudos recentes sobre sofrimento moral entre lideranças em saúde mostram que esse fenômeno emerge quando restrições organizacionais, falta de apoio, aumento das demandas e limitações institucionais impedem a realização de ações consideradas moralmente adequadas, com repercussões sobre o bem-estar físico, emocional e profissional (EDWIN; TRINKOFF; MILLS, 2023; MILLER et al., 2023). O que este estudo acrescenta é a articulação desse sofrimento à própria arquitetura da gestão municipal: a solidão não decorre apenas da ausência de apoio, mas da assimetria entre quem responde e quem detém parte dos meios necessários para responder.

Ao mesmo tempo, todos os respondentes declararam satisfação ou muita satisfação com a função. Esse achado não deve ser tratado como contradição a ser resolvida, mas como expressão da ambivalência do trabalho gerencial. Os gestores relatam orgulho, reconhecimento, possibilidade de produzir mudanças, proximidade com a população e compromisso com o SUS. O sofrimento não elimina o sentido do trabalho; ambos coexistem. A atividade laboral pode produzir sofrimento e, simultaneamente, identidade, realização e reconhecimento, dependendo da organização do trabalho e das possibilidades de transformar a experiência vivida (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; ALLAN et al., 2019; SOREN; SOREN; RYFF, 2023). Estudos recentes reforçam que a percepção de sentido e propósito no trabalho se associa à satisfação, ao comprometimento e ao bem-estar, embora o significado atribuído à atividade não elimine os efeitos negativos de condições laborais adversas e possa, em determinadas circunstâncias, sustentar envolvimento excessivo com o trabalho (ALLAN et al., 2019; SOREN; SOREN; RYFF, 2023).

A pergunta que emerge é por que gestores permanecem satisfeitos em uma atividade que também produz sobrecarga e sofrimento. Os próprios resultados sugerem algumas respostas: utilidade social, possibilidade de interferir diretamente na vida coletiva, compromisso com valores públicos, reconhecimento da população e identidade construída em torno do SUS. Essas dimensões podem funcionar como recursos protetivos, pois conferem propósito às dificuldades e sustentam a permanência no cargo mesmo em contextos adversos. Estudos sobre motivação para o serviço público mostram que o compromisso com valores públicos pode fortalecer o vínculo com o trabalho (VAN LOON; VANDENABEELE; LEISINK, 2015; DING; WANG, 2023).

A mesma fonte de satisfação, contudo, pode alimentar o autossacrifício. O compromisso com o SUS e o sentido atribuído à função podem funcionar simultaneamente como fator de proteção e de vulnerabilidade: proteção porque conferem propósito, reconhecimento e identidade; vulnerabilidade quando o compromisso passa a justificar disponibilidade ilimitada e autossacrifício. Quando dedicação permanente é interpretada como prova de responsabilidade, estabelecer limites pode provocar culpa ou ser percebido como falta de compromisso. Desse modo, o sentido de missão ajuda a compreender não apenas por que gestores permanecem satisfeitos apesar das condições adversas, mas também por que formas desgastantes de organização do trabalho podem ser sustentadas por longos períodos.

Essa ambivalência também ajuda a interpretar por que a permanência no cargo não pode ser utilizada como indicador de ausência de sofrimento. Soares et al. (2024) registraram inclusive pedidos de exoneração relacionados à dinâmica de trabalho e à sobrecarga, enquanto Malaman et al. (2021) alertam para o adoecimento produzido quando a implicação se converte em sobreimplicação. Na presente pesquisa, a satisfação elevada sugere que propósito, reconhecimento e utilidade social exercem função protetiva importante. Ao mesmo tempo, exatamente por atribuir grande valor ao trabalho, o gestor pode tolerar por mais tempo condições que invadem a vida privada. Prazer e sofrimento, assim, não são polos excludentes, mas dimensões simultâneas do trabalho gerencial.

Preservar o sentido positivo do trabalho requer reduzir componentes evitáveis do sofrimento. O reconhecimento simbólico não compensa indefinidamente a insuficiência de suporte, e a valorização do gestor não deve estar associada à capacidade de suportar pressão sem limites. Uma gestão sustentável é aquela em que compromisso público, satisfação e realização podem existir sem depender de heroísmo individual, com decisões compartilhadas, apoio técnico e condições organizacionais capazes de distribuir responsabilidades.

3.11 Redes de apoio e corresponsabilização: da participação institucional à governança efetiva

A participação em CIB e COSEMS foi ampla e associada pelos gestores a troca de experiências, informação, aprendizagem e apoio. Esses espaços são fundamentais para representação municipal, pactuação regional e circulação de informações, e o CONASEMS e os COSEMS exercem papel histórico no fortalecimento da gestão municipal e na defesa do SUS (OUVERNEY et al., 2019; CONASEMS, 2021). Entretanto, o resultado empírico mais

relevante não é apenas a valorização desses espaços, mas a coexistência entre alta participação institucional e permanência de solidão, insegurança normativa e baixa governabilidade.

A literatura sobre apoio institucional e governança ajuda a interpretar esse aparente paradoxo. Silva et al. (2020), avaliando o Projeto Apoiadores do COSEMS-PR com 83 gestores municipais e seis apoiadores regionais, identificaram que educação permanente e apoio institucional favoreceram mecanismos de governança colaborativa. Shimizu et al. (2017), ao analisarem a atuação de presidentes de COSEMS de diferentes estados, incluindo Minas Gerais, apontaram liderança, pactuação e apoio local como elementos relevantes para a governança regional. Esses estudos confirmam que os espaços coletivos possuem potência institucional. O resultado desta pesquisa não contradiz essa literatura, mas acrescenta uma distinção importante: participação e apoio podem ampliar capacidade de ação sem necessariamente eliminar a percepção de que a responsabilidade final continua individualizada no secretário.

Esse paradoxo sugere que participação coletiva e sensação de corresponsabilidade não são equivalentes. É necessário diferenciar informação, representação, pactuação, apoio, corresponsabilização e governança efetiva. Um espaço pode informar o gestor sem oferecer suporte para implementar a orientação; pode representar interesses municipais sem compartilhar o risco da decisão local; pode pactuar um fluxo sem garantir oferta suficiente para executá-lo. A existência formal do colegiado é condição necessária para o federalismo cooperativo, mas sua capacidade de produzir apoio depende do que acontece depois da reunião.

Medeiros et al. (2017) encontraram situação que ajuda a explicar essa diferença. Embora a CIB MICRO fosse reconhecida como espaço indispensável de articulação, parte dos gestores permanecia em posição de espectador, com menor domínio técnico e menor poder de argumentação, enquanto outros atores controlavam mais intensamente a agenda. Teston et al. (2019) registraram percepção ainda mais crítica sobre o funcionamento das CIB MICRO, apontadas, em algumas situações, como espaços de referendo de decisões previamente construídas em outras instâncias. Esses achados mostram que estar presente em uma arena de governança não equivale a possuir influência simétrica sobre suas decisões. Para a análise desta dissertação, essa distinção é central: a corresponsabilização só altera a governabilidade quando redistribui não apenas informação e participação, mas também capacidade efetiva de produzir respostas e compartilhar consequências.

Os relatos mostram que o apoio técnico qualificado reduz insegurança e sobrecarga quando consegue responder a problemas concretos. Municípios com assessoria jurídica, coordenações e equipes especializadas distribuem responsabilidades e institucionalizam a

tomada de decisão. A presença dessas estruturas funciona como proteção organizacional. O apoio regional tem efeito semelhante quando oferece interpretação de normas, acompanhamento de processos e articulação entre atores, aproximando conhecimento técnico da situação real enfrentada pelo município.

A Estratégia Apoiador COSEMS é relevante para interpretar esse resultado porque aproxima o suporte do cotidiano municipal (BRASIL, 2023). A perspectiva do apoio institucional e da cogestão, desenvolvida por Campos (2013) e Campos e Domitti (2007), diferencia apoio de mera prescrição: apoiar implica ampliar a capacidade de análise, reconhecer conflitos e construir decisões compartilhadas. À luz dos achados, essa distinção ajuda a compreender por que a presença em espaços coletivos pode coexistir com solidão decisória. Informação e representação não necessariamente redistribuem responsabilidade; para alterar a experiência de governabilidade limitada, o apoio precisa repercutir na capacidade concreta de decidir e implementar.

A educação permanente reaparece aqui em outro lugar analítico. Na seção de formação, ela foi discutida como estratégia para desenvolver competências; nas redes de apoio, seu valor está em criar vínculos duradouros de aprendizagem e cooperação. Essa diferença é importante: capacitar não é o mesmo que apoiar, e apoiar não é o mesmo que corresponsabilizar. A potência dos espaços regionais aumenta quando o conhecimento, a decisão e a responsabilidade permanecem conectados ao longo da implementação.

As transições de governo representam momento especialmente sensível porque a rotatividade pode interromper processos, fragilizar memória institucional e produzir ciclos repetidos de aprendizagem inicial. Iniciativas de acolhimento a novos gestores têm buscado orientar a apropriação de instrumentos do SUS e fortalecer a atuação regional e interfederativa (FLEURY; OUVERNEY, 2018; SILVA et al., 2020). No contexto desta pesquisa, esse debate reforça que a formação do gestor não é evento isolado: a capacidade institucional também depende de continuidade, memória organizacional e redes nas quais conhecimentos e responsabilidades possam ser compartilhados ao longo do tempo.

3.12 Síntese: fortalecer a gestão sem individualizar problemas estruturais

A leitura integrada dos achados permite compreender a gestão municipal do SUS como uma atividade situada na interseção entre elevada responsabilização e governabilidade limitada. Essa assimetria não elimina a autonomia municipal nem a responsabilidade do secretário, mas

delimita as condições sob as quais ambas são exercidas. O mecanismo identificado pode ser sintetizado da seguinte forma: a descentralização amplia responsabilidades municipais sem necessariamente ampliar, na mesma proporção, recursos e poder decisório; a governabilidade limitada aumenta a dependência de negociação; a negociação permanente favorece a personalização das cobranças e a captura da agenda pelas urgências; a agenda reativa amplia sobrecarga e disponibilidade permanente; e a individualização da responsabilidade repercute em conflito trabalho-vida, sofrimento e solidão decisória. Essa cadeia constitui a principal contribuição interpretativa do estudo.

À luz dos estudos analisados, vários componentes desta cadeia já foram descritos separadamente: a profissionalização e o novo papel político dos secretários no processo de descentralização (FLEURY; OUVERNEY, 2018); as diferenças de gestão segundo o porte municipal (ARCARI et al., 2020); os limites de informação e formação para decisões qualificadas (BECKER; RECH; REIS, 2018; VERMELHO; FIGUEIREDO, 2017); a insuficiência e a complexidade do financiamento (VILLANI; BEZERRA, 2013); as fragilidades da governança e da regionalização (MEDEIROS et al., 2017; MOREIRA; RIBEIRO; OUVERNEY, 2017; RIBEIRO et al., 2018; TESTON et al., 2019); a importância do COSEMS e do apoio institucional (SHIMIZU et al., 2017; SILVA et al., 2020); e os efeitos do trabalho sobre a saúde mental do gestor (MALAMAN et al., 2021; SOARES et al., 2024). O que esta pesquisa acrescenta é a articulação empírica entre essas dimensões a partir de um mecanismo comum: a assimetria entre responsabilização e governabilidade.

As diferenças entre portes municipais não contradizem esse eixo; mostram como ele assume configurações distintas. Nos pequenos municípios, manifesta-se sobretudo pela concentração de tarefas, proximidade e personalização; nos médios, pela densidade contratual, financeira, política e regulatória; e no grande porte, pela complexidade sistêmica e responsabilidade regional. O porte, portanto, não determina simplesmente “mais” ou “menos” complexidade. Ele modifica a maneira como responsabilidades, recursos, capacidade institucional e posição na rede se combinam, produzindo modalidades diferentes de trabalho gerencial.

Também se evidencia que competência individual e capacidade institucional devem ser analisadas separadamente. A literatura já reconhece a importância da formação, do apoio institucional e da capacidade de governo para a gestão municipal (BRANDÃO; SCHERER, 2019; OUVERNEY et al., 2019; FERRAZ et al., 2022). Os resultados desta pesquisa convergem com essa produção, mas indicam que a qualificação individual não neutraliza os

efeitos de financiamento insuficiente, dependência regional, baixa autonomia sobre determinados serviços e organização do trabalho marcada pela urgência. A contribuição está, portanto, em situar a formação dentro de um mecanismo mais amplo de governabilidade, evitando que limitações estruturais sejam interpretadas como falhas individuais do secretário.

A pesquisa também evidencia que a escassez possui efeitos distributivos e subjetivos. Ao administrar recursos insuficientes, filas, prioridades e decisões judiciais, o gestor não apenas executa procedimentos técnicos: assume o custo político e emocional de escolhas realizadas em cenários de restrição. A mesma estrutura que dispersa recursos e poder decisório tende a concentrar a visibilidade da responsabilidade no nível local. É nessa passagem entre arranjo institucional e experiência subjetiva que financiamento, regionalização, judicialização, personalização das demandas, sobrecarga e solidão deixam de aparecer como temas independentes e passam a compor um mesmo fenômeno.

Essa formulação permite também compreender por que dificuldades semelhantes aparecem em municípios de portes distintos sem produzir experiências idênticas. A assimetria estrutural é comum, mas encontra capacidades institucionais diferentes. Em municípios pequenos, ela tende a ser absorvida pela presença pessoal do secretário; nos médios, passa por maior densidade financeira, contratual, regulatória e política; no polo regional, manifesta-se na sustentação de uma rede cuja demanda ultrapassa seus limites administrativos. A originalidade não está, portanto, em afirmar que secretários enfrentam sobrecarga, financiamento insuficiente ou dependência regional — aspectos já documentados —, mas em demonstrar como esses fenômenos se encadeiam e reorganizam o trabalho gerencial, alcançando a vida privada, a saúde e a experiência subjetiva de responsabilidade.

A elaboração de uma Nota Técnica como Produto Técnico-Tecnológico decorre dessa compreensão. Ao sistematizar desafios e orientações sobre planejamento, financiamento, judicialização, regulação, educação permanente, organização do trabalho e cuidado com o gestor, o produto foi estruturado como instrumento de apoio à tomada de decisão. Sua utilidade tende a ser maior quando inserido em processos coletivos de discussão e apoio institucional, e não quando utilizado como manual prescritivo dirigido a indivíduos isolados.

Em última análise, o gestor municipal ocupa uma posição entre a gestão e o cuidado, entre a técnica e a política, entre o orçamento e a urgência, entre o individual e o coletivo. A descentralização ampliou a responsabilização municipal sem garantir governabilidade proporcional; essa assimetria estrutura diferentes formas de complexidade conforme o porte, captura a agenda do gestor e reorganiza seu trabalho em torno da urgência e da disponibilidade

permanente. Como consequência, a responsabilidade tende a ser individualizada, produzindo solidão decisória e repercussões sobre a vida e a saúde. Entretanto, o compromisso com o SUS, o reconhecimento e o sentido atribuído ao trabalho produzem satisfação e ajudam a sustentar a permanência dos gestores, revelando a coexistência entre prazer e sofrimento no trabalho gerencial. Mais do que identificar uma soma de dificuldades, este estudo evidencia o mecanismo que as conecta e, ao fazê-lo, contribui para compreender a gestão municipal como experiência simultaneamente institucional, política e humana.

4 PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO (PTT)

Nesta seção são apresentados a caracterização, o desenvolvimento, a aplicabilidade e os demais elementos do Produto Técnico-Tecnológico elaborado a partir dos achados da pesquisa.

4.1 Caracterização e origem do produto

Como desdobramento aplicado desta pesquisa, foi desenvolvido um Produto Técnico-Tecnológico (PTT) no formato de Nota Técnica, intitulada **"Fortalecimento da gestão municipal do SUS: orientações para apoio à tomada de decisão, organização do trabalho e proteção do gestor"**.

A escolha desse formato decorreu dos próprios resultados do estudo. A análise das experiências dos secretários municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais evidenciou que o exercício da gestão ocorre em contexto marcado por múltiplas responsabilidades, necessidade permanente de articulação, limitações financeiras e assistenciais, dependência de serviços regionalizados, pressão política e social, judicialização, insegurança diante de determinadas decisões e repercussões do trabalho sobre a vida pessoal e a saúde dos gestores.

Embora esses desafios assumam características distintas conforme o porte, a estrutura administrativa e a posição ocupada pelos municípios na rede de atenção, os resultados demonstraram a existência de um núcleo comum de tensões. O gestor municipal encontra-se próximo das necessidades da população e é diretamente responsabilizado pelas respostas produzidas no território, mas nem sempre possui governabilidade sobre os recursos, serviços, fluxos e decisões necessários para atender às demandas que lhe são apresentadas.

Essa relação entre elevada responsabilização e governabilidade limitada constitui o eixo orientador do produto. A Nota Técnica parte do entendimento de que questões relacionadas ao financiamento, à regionalização, à regulação, à judicialização, à organização do trabalho, à formação e à saúde do gestor não devem ser tratadas como problemas independentes nem atribuídas exclusivamente às competências individuais dos secretários. Ao contrário, expressam também as capacidades institucionais existentes, as relações interfederativas e as condições concretas nas quais a gestão municipal do SUS é realizada.

Nesse sentido, optou-se pela elaboração de um produto que pudesse traduzir os resultados da pesquisa para uma linguagem aplicada à gestão, sem assumir caráter prescritivo ou pretender oferecer soluções universais para municípios com realidades distintas. A Nota

Técnica foi concebida como um instrumento de apoio à reflexão, à tomada de decisão e à construção coletiva de estratégias, podendo ser utilizada tanto individualmente pelos gestores quanto, preferencialmente, em espaços de educação permanente, apoio institucional, reuniões de equipes gestoras e instâncias de articulação regional.

4.2 Tipo e classificação do Produto Técnico-Tecnológico

O produto desenvolvido caracteriza-se como Nota Técnica de caráter técnico-orientador, elaborada a partir dos resultados empíricos da pesquisa e direcionada ao fortalecimento da gestão municipal do SUS.

O material sistematiza problemas identificados no cotidiano dos secretários municipais de saúde e os converte em eixos de análise, orientações institucionais, perguntas disparadoras e possibilidades de organização dos processos de trabalho.

A opção pela Nota Técnica mostrou-se adequada por possibilitar a produção de um documento objetivo, de consulta acessível e aplicável a diferentes contextos municipais, preservando, contudo, a complexidade dos fenômenos identificados na investigação. Diferentemente de um manual operacional, a proposta não estabelece uma sequência rígida de condutas. Busca oferecer elementos para que gestores e equipes analisem sua própria realidade e identifiquem respostas compatíveis com suas capacidades, necessidades e possibilidades de atuação.

4.3 Público-alvo

O público prioritário da Nota Técnica é constituído por secretários e secretárias municipais de saúde, com especial potencial de utilização por gestores que estejam ingressando na função.

O produto também se dirige às equipes gestoras das Secretarias Municipais de Saúde, coordenadores, técnicos e profissionais que participam dos processos de planejamento, financiamento, regulação, organização assistencial e tomada de decisão.

Considerando os resultados da pesquisa sobre a importância das redes de apoio e dos espaços de articulação regional, o material também é direcionado ao Conselho de Secretarias

Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG) e aos profissionais envolvidos em processos de apoio institucional aos gestores municipais.

De forma complementar, a Nota Técnica poderá subsidiar discussões em espaços regionais e interfederativos, atividades de educação permanente e processos de acolhimento e qualificação de novos gestores.

4.4 Objetivo

O Produto Técnico-Tecnológico tem como objetivo apoiar secretários municipais de saúde e equipes gestoras na análise crítica e no enfrentamento de desafios relacionados ao exercício da gestão municipal do SUS, contribuindo para a qualificação da tomada de decisão, o fortalecimento da capacidade institucional, a organização dos processos de trabalho e a proteção da saúde do gestor Macrorregião Sudeste de Minas Gerais.

Como objetivos específicos, o produto busca:

- sistematizar desafios identificados na experiência de gestores municipais de saúde de diferentes portes populacionais;
- apoiar a análise dos limites e possibilidades de governabilidade no âmbito municipal;
- favorecer a organização de processos de planejamento, acompanhamento e tomada de decisão;
- contribuir para a discussão institucional sobre judicialização e equidade no acesso;
- apoiar processos de educação permanente vinculados às situações concretas da gestão;
- favorecer o acolhimento e a inserção de novos secretários municipais de saúde;
- estimular o fortalecimento das redes de apoio e dos espaços de corresponsabilização;
- ampliar a discussão sobre organização do trabalho, sobrecarga e proteção da saúde dos gestores.

4.5 Desenvolvimento do produto

O desenvolvimento da Nota Técnica ocorreu a partir da integração dos resultados das duas etapas da pesquisa.

Os dados obtidos por meio do formulário eletrônico possibilitaram caracterizar o perfil dos gestores e identificar aspectos relacionados à formação, condições de trabalho, principais desafios da gestão, fontes de demanda, participação institucional, motivação, sobrecarga e repercussões sobre a saúde e o bem-estar.

As entrevistas dialogadas permitiram aprofundar essas dimensões e compreender como os desafios são vivenciados concretamente pelos gestores de municípios de diferentes portes. A análise evidenciou aspectos relacionados ao acúmulo de funções, à necessidade de conhecimento técnico e capacidade de negociação, à insegurança normativa, à pressão política, às dificuldades de financiamento, à dependência da rede regional, à judicialização, à disponibilidade permanente, à invasão da vida pessoal, ao sofrimento emocional, à solidão decisória e à importância das redes de apoio.

A discussão dos resultados permitiu avançar da identificação isolada desses problemas para uma interpretação integrada. Observou-se que a elevada responsabilização atribuída ao gestor municipal, associada à governabilidade limitada sobre parte dos recursos e respostas necessárias, produz necessidade permanente de negociação e pressão por soluções. Quando os mecanismos institucionais são insuficientes, essas demandas podem se concentrar progressivamente na figura do secretário, favorecendo personalização da gestão, captura da agenda pelas urgências, sobrecarga e sofrimento.

Essa interpretação orientou a seleção dos conteúdos da Nota Técnica.

O produto foi estruturado nos seguintes eixos:

1. responsabilização e governabilidade na gestão municipal do SUS;
2. planejamento e organização do trabalho;
3. financiamento e administração da escassez;
4. regulação, filas e equidade;
5. regionalização e dependência assistencial;
6. judicialização da saúde;
7. educação permanente e capacidade institucional;

8. acolhimento de novos gestores;

9. organização do trabalho e proteção da saúde do gestor;

10. sofrimento, satisfação e sentido do trabalho;

11. CIB, COSEMS e redes de apoio.

Além de conteúdos explicativos, foram incorporadas ao material perguntas orientadoras e uma matriz de autoanálise para utilização por gestores e equipes. Esses dispositivos foram incluídos com o propósito de favorecer a reflexão sobre a realidade local e evitar que o produto se limite à transmissão de recomendações descontextualizadas.

4.6 Aplicabilidade

A aplicabilidade do produto está relacionada à possibilidade de utilização em diferentes momentos e espaços da gestão municipal.

A Nota Técnica poderá ser utilizada como material de apoio por secretários municipais no exercício cotidiano da função, especialmente diante da necessidade de organizar prioridades, reconhecer limites de governabilidade, identificar pontos de fragilidade institucional e buscar apoio para decisões complexas.

Sua aplicação coletiva, entretanto, apresenta potencial particularmente relevante. O documento poderá subsidiar reuniões de equipes gestoras, atividades de educação permanente, encontros regionais, processos de apoio institucional e ações de acolhimento de novos gestores.

A matriz de autoanálise incluída na Nota Técnica permite que o material seja utilizado como instrumento disparador de reuniões ou oficinas, a partir das quais cada equipe poderá selecionar problemas prioritários e discutir fatores associados, recursos disponíveis, atores envolvidos e possibilidades de intervenção.

O produto também apresenta potencial de utilização pelo COSEMS-MG em atividades voltadas ao apoio aos municípios, particularmente na integração e qualificação de novos secretários municipais de saúde.

Sua aplicabilidade não depende da adoção integral de todas as orientações apresentadas. A proposta é permitir que cada município ou espaço regional reconheça os aspectos pertinentes à sua realidade e desenvolva estratégias compatíveis com seu contexto.

4.7 Replicabilidade

A possibilidade de replicação do produto decorre do fato de os eixos abordados não estarem restritos a uma única realidade municipal.

Embora tenha sido desenvolvido a partir das experiências dos secretários da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, o estudo identificou desafios relacionados a dimensões constitutivas da própria gestão municipal do SUS, como planejamento, financiamento, regulação, regionalização, judicialização, educação permanente, organização do trabalho e apoio institucional.

Ao mesmo tempo, a Nota Técnica reconhece explicitamente que municípios possuem capacidades institucionais distintas e que não existe relação linear entre porte populacional e grau de complexidade da gestão. Municípios menores podem apresentar complexidade decorrente da concentração de funções e da personalização das demandas; municípios médios, maior densidade contratual, financeira e político-administrativa; e municípios de maior porte, complexidade sistêmica e responsabilidades regionais ampliadas.

Por esse motivo, a replicabilidade do produto não pressupõe reprodução automática de soluções. O elemento replicável é principalmente o método de reflexão proposto, por meio do qual cada gestor ou equipe identifica seus problemas, analisa sua capacidade institucional, reconhece quais aspectos estão sob governabilidade municipal e quais dependem de articulação com outros atores e, a partir disso, constrói respostas contextualizadas.

4.8 Atores envolvidos e possibilidades de articulação

A utilização do Produto Técnico-Tecnológico pressupõe o reconhecimento de que o fortalecimento da gestão municipal não depende exclusivamente do secretário de saúde.

Entre os atores que podem participar da aplicação e disseminação do produto estão:

- secretários municipais de saúde;
- equipes técnicas e coordenações das Secretarias Municipais de Saúde;
- profissionais responsáveis por planejamento, financiamento, regulação e assistência farmacêutica;
- assessorias jurídicas e administrativas;
- Conselhos Municipais de Saúde;

- COSEMS-MG e sua estrutura de apoio;
- gestores e técnicos das instâncias regionais;
- espaços de pactuação interfederativa.

A participação desses atores é coerente com um dos principais resultados do estudo: decisões complexas e problemas estruturais demandam compartilhamento de informações, negociação e corresponsabilização.

Assim, embora o secretário municipal seja o público central do produto, sua utilização tende a produzir maior potencial quando inserida em processos coletivos.

4.9 Caráter inovador e contribuição do produto

O caráter inovador da Nota Técnica não reside na criação de novos instrumentos normativos de gestão ou na substituição de materiais já existentes sobre planejamento, financiamento, regulação ou organização do SUS.

Sua contribuição consiste na articulação dessas diferentes dimensões a partir da experiência concreta dos secretários municipais de saúde, incorporando também aspectos frequentemente menos visibilizados nos materiais tradicionais de gestão, como a disponibilidade permanente, a invasão da vida privada, a solidão decisória, a relação entre satisfação e sofrimento e os limites da responsabilização individual.

O produto propõe, portanto, uma abordagem na qual o gestor é compreendido simultaneamente como dirigente do sistema e trabalhador submetido às condições concretas em que a gestão é exercida.

Outro aspecto relevante é a diferenciação entre competência individual e capacidade institucional. A Nota Técnica reconhece a importância da qualificação técnica e da educação permanente, mas considera que a possibilidade de transformar conhecimento em ação depende também da existência de equipes, recursos, informação, apoio jurídico, autonomia decisória e oferta assistencial.

Dessa forma, o material busca evitar a reprodução de uma perspectiva segundo a qual dificuldades estruturais da gestão poderiam ser solucionadas apenas pela ampliação das competências individuais dos secretários.

4.10 Impacto esperado

Espera-se que a Nota Técnica contribua para ampliar a capacidade de análise dos gestores e equipes diante de situações complexas do cotidiano da gestão municipal.

Entre os impactos esperados estão:

- maior reconhecimento dos limites e possibilidades de governabilidade municipal;
- fortalecimento dos processos de planejamento e decisão;
- redução da centralização excessiva das demandas na figura do secretário;
- ampliação da utilização de critérios técnicos e transparentes na organização do acesso;
- maior articulação entre gestores, equipes técnicas e redes de apoio;
- identificação precoce de necessidades de educação permanente;
- fortalecimento das estratégias de acolhimento de gestores recém-empossados;
- ampliação da discussão institucional sobre sobrecarga, disponibilidade permanente e saúde dos gestores;
- estímulo à corresponsabilização diante de problemas que ultrapassam a capacidade de resposta de um único município ou gestor.

Não se pretende atribuir ao produto capacidade isolada de modificar problemas estruturais do SUS. Seu impacto potencial está relacionado à capacidade de favorecer processos de reflexão, organização e articulação, especialmente quando utilizado em conjunto com ações de apoio institucional e educação permanente.

4.11 Forma de disponibilização e disseminação

A Nota Técnica foi organizada em versão digital independente, em formato adequado para leitura, compartilhamento, utilização em dispositivos eletrônicos e impressão.

Pretende-se disponibilizar o material aos gestores participantes e apresentá-lo ao COSEMS-MG, considerando seu potencial de utilização em ações de apoio e acolhimento de secretários municipais de saúde.

O produto poderá ainda subsidiar encontros regionais, reuniões de CIB, oficinas, atividades de educação permanente e reuniões de equipes gestoras.

A disponibilização digital favorece sua circulação entre municípios e permite futura atualização do conteúdo diante de mudanças normativas ou de novas necessidades identificadas pelos gestores.

4.12 Situação do produto

A Nota Técnica encontra-se desenvolvida como Produto Técnico-Tecnológico vinculado a esta pesquisa, tendo seu conteúdo estruturado a partir dos resultados e da discussão do Trabalho de Conclusão de Mestrado.

Após a conclusão da versão acadêmica e avaliação pela banca examinadora, o produto poderá receber adequações decorrentes das contribuições dos avaliadores antes de sua versão final para disseminação.

Foi elaborada versão independente do texto acadêmico, com organização visual voltada à consulta rápida, à leitura e à utilização em atividades coletivas. O conteúdo poderá ser atualizado após a avaliação da banca examinadora e diante de novas necessidades identificadas pelos gestores.

4.13 Considerações sobre o Produto Técnico-Tecnológico

A elaboração da Nota Técnica representa a dimensão aplicada desta pesquisa e busca aproximar a produção acadêmica das necessidades concretas da gestão municipal do SUS.

Os resultados demonstraram que o cotidiano dos secretários municipais é atravessado por decisões técnicas, políticas, financeiras, assistenciais e humanas que não podem ser compreendidas de forma fragmentada. O gestor responde por uma política pública complexa enquanto lida com limites de recursos, dependência regional, demandas individuais, pressões institucionais e repercussões pessoais do trabalho.

Por isso, o produto não foi concebido como um conjunto fechado de respostas.

Sua proposta é oferecer referências para que gestores, equipes e instituições de apoio possam formular perguntas mais qualificadas sobre seus próprios processos de trabalho: quais decisões estão excessivamente centralizadas; onde termina a governabilidade municipal; quais problemas dependem de pactuação regional; que demandas recorrentes revelam fragilidades de

processo; quais conhecimentos precisam ser fortalecidos; e quais condições institucionais são necessárias para que a gestão seja exercida com maior segurança e sustentabilidade.

Nesse sentido, o Produto Técnico-Tecnológico materializa uma das principais implicações desta pesquisa: fortalecer a gestão municipal do SUS exige fortalecer não apenas as competências do gestor, mas também as condições institucionais que sustentam sua capacidade de decidir, negociar, planejar e cuidar — inclusive de si próprio enquanto trabalhador.

A Nota Técnica completa integra o trabalho como produto vinculado à pesquisa e foi finalizada em versão própria, adequada à utilização por gestores, equipes e pelo COSEMS-MG.

4.14 Nota Técnica

Fortalecimento da gestão municipal do SUS

Assunto	**Orientações técnicas para qualificação da tomada de decisão, organização do trabalho e proteção do gestor municipal de saúde.**
Elaboração	Mariane Silva Caixeiro.
Vinculação	Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UFJF.
Pesquisa de origem	"Gestão municipal do sus: desafios, sobrecarga e estratégias de enfrentamento de secretários municipais de saúde da macrorregião sudeste de minas gerais".
Destinatários	Secretários municipais de saúde, equipes gestoras, COSEMS-MG e profissionais de apoio institucional.
Finalidade	Apoiar análise crítica e respostas institucionais para desafios recorrentes da gestão municipal do SUS.
Base empírica	Questionário eletrônico com 36 secretários municipais de saúde e 8 entrevistas em profundidade com gestores de municípios de diferentes portes.

EMENTA TÉCNICA

A pesquisa identificou uma assimetria recorrente entre elevada responsabilização municipal e governabilidade limitada sobre parte dos recursos, serviços e decisões necessários à resposta. Esta Nota Técnica traduz os achados em recomendações para reduzir centralização, qualificar processos decisórios, fortalecer capacidade institucional, melhorar a articulação regional e proteger a sustentabilidade do trabalho gestor.

1 Síntese executiva

A gestão municipal do SUS concentra responsabilidades assistenciais, administrativas, financeiras, regulatórias, políticas e relacionais. Os resultados da pesquisa mostram que essas dimensões não operam isoladamente: dificuldades de financiamento, dependência regional, judicialização, pressão política, fragilidades de equipe e disponibilidade permanente se articulam e chegam, frequentemente, concentradas à figura do secretário municipal de saúde.

O ponto central é que responsabilidade e capacidade de resposta não se distribuem de forma simétrica. O gestor responde localmente por problemas cuja solução pode depender de outros entes federativos, prestadores, centrais de regulação, instâncias de pactuação ou do Poder Judiciário. Essa configuração favorece negociação permanente, personalização das demandas, captura da agenda por urgências e sobrecarga decisória.

RECOMENDAÇÃO CENTRAL

Fortalecer a gestão municipal exige atuar simultaneamente sobre competências individuais e capacidade institucional. A resposta não deve se limitar a capacitar o secretário: é necessário organizar fluxos, distribuir responsabilidades, estruturar equipes, proteger tempo de planejamento, qualificar informação, fortalecer apoio técnico e compartilhar decisões e riscos nas redes regional e interfederativa.

2 Fundamento técnico e problema abordado

A descentralização ampliou o protagonismo e as responsabilidades dos municípios na execução das ações e serviços de saúde, ao mesmo tempo em que manteve forte interdependência entre níveis de governo e redes regionais (FLEURY; OUVERNEY, 2018; RIBEIRO et al., 2018). Na prática, o secretário municipal tornou-se referência imediata para demandas relacionadas a consultas, exames, medicamentos, transporte sanitário, internações, contratos, pagamentos, equipes, judicialização e comunicação com a população.

Os achados desta pesquisa mostram que o problema não se resume ao volume de tarefas. Trata-se de uma organização do trabalho marcada por imprevisibilidade, multiplicidade de papéis, interrupções frequentes, baixa possibilidade de desligamento e responsabilização individualizada. Estudos com gestores de saúde apontam convergência com esse cenário, incluindo efeitos sobre saúde mental, vida familiar e permanência na função (MALAMAN et al., 2021; SOARES et al., 2024).

A Nota Técnica adota, portanto, uma perspectiva institucional: problemas recorrentes devem ser analisados não apenas como insuficiência individual do gestor, mas como sinais de processos, recursos, fluxos e relações de governança que precisam ser fortalecidos.

3 Diretrizes e recomendações técnicas

3.1 Planejamento e organização do trabalho: proteger a função estratégica

Quando atendimento direto, telefonemas, mensagens, conflitos, autorizações, pagamentos e demandas judiciais ocupam continuamente a agenda, planejamento e monitoramento tendem a ser deslocados. A gestão passa a operar de forma reativa, com menor capacidade de enfrentar causas recorrentes.

- Reservar períodos regulares e protegidos da agenda para planejamento, monitoramento e avaliação.
- Definir responsabilidades entre secretário, coordenações, setores técnicos e áreas administrativas.
- Organizar canais institucionais para atendimento à população, reduzindo dependência de contatos pessoais.
- Identificar demandas recorrentes e analisar suas causas, evitando respostas exclusivamente caso a caso.
- Utilizar indicadores como instrumentos de decisão e acompanhamento, e não apenas de prestação de contas.
- Revisar processos excessivamente centralizados na figura do secretário.

PERGUNTAS-CHAVE

Quais atividades dependem necessariamente do secretário? Quais chegam diretamente a ele porque os fluxos institucionais não estão claros? Que problemas são resolvidos repetidamente sem enfrentamento de suas causas?

3.2 Financiamento: administrar recursos e conflitos distributivos

Em contextos de escassez, o gestor não administra apenas orçamento: administra escolhas distributivas. A insuficiência histórica de recursos permanece como obstáculo à

capacidade de planejamento e resposta local (PAIM et al., 2011; CASTRO et al., 2019; ARCARI et al., 2020).

- Integrar planejamento de saúde e planejamento orçamentário-financeiro.
- Acompanhar regularmente execução, saldos, vinculações, metas e prazos dos recursos.
- Articular Fundo Municipal de Saúde, contabilidade, compras, licitação, controle interno, jurídico e áreas técnicas.
- Registrar critérios técnicos utilizados nas decisões de prioridade e manter justificativas auditáveis.
- Qualificar equipes para leitura de normas e instrumentos de financiamento.
- Buscar apoio técnico diante de insegurança normativa, evitando decisões isoladas.

CRITÉRIO DE SEGURANÇA

Toda decisão distributiva relevante deve ser tecnicamente justificável, registrada, compreensível para terceiros e analisada quanto aos grupos que serão beneficiados ou afetados.

3.3 Regulação, filas e equidade: proximidade não pode significar privilégio

A proximidade entre gestor e população facilita a identificação de necessidades, mas pode produzir desigualdade quando o acesso passa a depender da capacidade de chegar diretamente ao secretário, de relações pessoais ou de pressão política. A regulação deve funcionar também como mecanismo de proteção da equidade.

- Manter filas e solicitações registradas, atualizadas e rastreáveis.
- Utilizar critérios de prioridade clínica e social quando tecnicamente indicados.
- Tornar fluxos de acesso compreensíveis para usuários e profissionais.
- Revisar periodicamente filas prolongadas e demandas reprimidas.
- Fortalecer comunicação entre Atenção Primária, regulação e atenção especializada.

- Documentar excepcionalidades e submetê-las a análise técnica.
- Reduzir intervenções informais e garantir transparência dos critérios.

Defender critérios de regulação não significa naturalizar a demora; significa impedir que a demora seja distribuída segundo influência, proximidade ou capacidade individual de pressão.

3.4 Regionalização: reconhecer dependências e compartilhar responsabilidades

A dependência regional decorre da própria organização do SUS em rede. Contudo, pactuação sem acesso efetivo transfere pressão para a gestão local. Estudos sobre regionalização identificam dificuldades de capacidade técnica, financiamento, influência sobre decisões regionais e efetivação das pactuações (MOREIRA; RIBEIRO; OUVERNEY, 2017; MEDEIROS et al., 2017; TESTON et al., 2019).

Para municípios dependentes de referências externas:

- Conhecer e registrar fluxos pactuados e pontos de referência.
- Acompanhar demanda reprimida e tempos de espera.
- Produzir informações que demonstrem necessidades regionais.
- Levar problemas recorrentes às instâncias de pactuação e apoio.
- Evitar que negociações informais substituam fluxos estruturados.

Para municípios-polo:

- Monitorar população própria e população referenciada.
- Dimensionar custos, capacidade instalada e impacto da demanda regional.
- Avaliar compatibilidade entre financiamento e volume regional atendido.
- Revisar responsabilidades, referências e fluxos pactuados.
- Discutir sustentabilidade dos serviços de referência nas instâncias regionais.

3.5 Judicialização: direito, pressão e equidade

A judicialização deve ser compreendida em sua ambivalência. Pode corrigir falhas de acesso e efetivar direitos, mas também pode alterar prioridades coletivas, pressionar orçamento e reorganizar filas. A literatura recomenda respostas articuladas entre gestão, assistência, regulação e sistema de justiça (COSTA; SILVA; OGATA, 2020; FLORIANO et al., 2023).

- Reconhecer quando a ação judicial revela necessidade legítima não atendida em tempo oportuno.
- Avaliar impactos da decisão sobre prazos, orçamento, fluxos e prioridades previamente estabelecidas.
- Considerar repercussões para usuários que não judicializaram e para a equidade na organização do acesso.
- Integrar gestão, assessoria jurídica, regulação e assistência farmacêutica.
- Organizar protocolos e informações técnicas de apoio à decisão.
- Utilizar pareceres e núcleos técnicos quando disponíveis.
- Analisar demandas recorrentes como possíveis sinais de falhas de acesso.
- Manter diálogo institucional com Ministério Público e Poder Judiciário.

3.6 Educação permanente e capacidade institucional

A formação é necessária, mas não suficiente. Competências individuais não compensam, isoladamente, limitações de equipe, informação, apoio jurídico, autonomia financeira ou oferta regional. A educação permanente produz maior efeito quando vinculada a problemas reais e combinada com apoio institucional (VERMELHO; FIGUEIREDO, 2017; SILVA et al., 2020).

- Priorizar planejamento e instrumentos de gestão do SUS.
- Financiamento, orçamento, Fundo Municipal de Saúde, compras e contratos.

- Regulação, regionalização e pactuação.
- Judicialização e assistência farmacêutica.
- Gestão de pessoas, conflitos e comunicação pública.
- Indicadores, monitoramento, controle social e tomada de decisão baseada em evidências.

Estratégias com maior potencial de aplicação:

- Oficinas baseadas em casos reais.
- Tutoria e apoio institucional continuado.
- Comunidades de prática e reuniões entre pares.
- Materiais de consulta rápida.
- Acompanhamento estruturado de gestores em início de mandato.

3.7 Organização do trabalho e proteção da saúde do gestor

Os resultados da pesquisa permitem compreender o impacto do trabalho em quatro níveis articulados. A proteção da saúde do gestor deve ser tratada como medida de sustentabilidade da gestão e de segurança decisória, e não como benefício individual.

Nível	Como aparece	Resposta institucional possível
Sobrecarga objetiva	Volume de tarefas, múltiplas responsabilidades, jornada extensa.	Delegação, distribuição de funções, equipe suficiente e agenda protegida.
Disponibilidade permanente	Telefone, WhatsApp, redes sociais e contatos fora do expediente.	Canais oficiais, critérios de acionamento, escalas e proteção do descanso.
Apropriação pela função	Gestor percebido como “a saúde” também fora do trabalho.	Institucionalização de fluxos e redução da dependência de contatos pessoais.

Consequências subjetivas	Cansaço, conflito trabalho-família, sofrimento e solidão decisória.	Apoio entre pares, espaços de escuta e suporte técnico e psicológico quando necessário.

3.8 CIB, COSEMS e redes de apoio: da participação à corresponsabilização

Participar de espaços coletivos não garante, por si só, compartilhamento de responsabilidade. A literatura aponta o potencial de COSEMS, apoiadores e instâncias regionais para fortalecer governança colaborativa, desde que informação e pactuação se convertam em apoio concreto à implementação (SHIMIZU et al., 2017; SILVA et al., 2020).

Nível	**Pergunta orientadora**
Informação	O gestor recebeu a norma, dado ou orientação de que precisa?
Representação	A realidade municipal consegue chegar aos espaços de decisão?
Pactuação	Há definição clara de responsabilidades, fluxos e prazos?
Apoio	Existe ajuda concreta para analisar e implementar a decisão?
Corresponsabilização	Os riscos e consequências são compartilhados institucionalmente?
Governança efetiva	A pactuação produz acesso, resposta e redução de vazios assistenciais?

4 Acolhimento de novos gestores: conteúdo mínimo para transição

Transições de governo podem interromper processos e enfraquecer a memória institucional. O acolhimento deve permitir que o novo gestor compreenda documentos, sistemas, atores, espaços de decisão, pactuações em curso e redes de apoio.

• Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatórios de Gestão.

• Situação orçamentária e financeira do Fundo Municipal de Saúde.
• Contratos, convênios, obras e processos em andamento.
• Pactuações regionais, referências assistenciais e filas de regulação.
• Processos judiciais relevantes e demandas recorrentes.
• Composição, atribuições e vínculos das equipes.
• Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.
• Indicadores prioritários, auditorias e pendências.
• Calendário de reuniões de CIB Micro, COSEMS-MG e demais instâncias regionais.
• Contatos institucionais essenciais.

RESULTADO ESPERADO

Reduzir decisões baseadas exclusivamente em memória individual, abreviar o período de adaptação e preservar continuidade de processos e responsabilidades institucionais.

5 Roteiro de autoanálise para equipes gestoras

1. Quanto da agenda está protegido para planejamento e quanto é consumido por urgências?
2. Quais decisões estão excessivamente centralizadas no secretário?
3. Quais problemas reaparecem porque suas causas não foram enfrentadas?
4. A execução financeira é acompanhada conjuntamente pela equipe gestora e áreas administrativas?
5. As filas estão registradas, atualizadas e baseadas em critérios transparentes?
6. Quais demandas dependem de outros municípios, do Estado ou de serviços regionais?
7. Quais problemas de acesso chegam repetidamente à judicialização?
8. As capacitações oferecidas respondem aos problemas concretos do trabalho?
9. O funcionamento da Secretaria depende da presença permanente do secretário?
10. Existem limites e critérios para contato fora do expediente?
11. Quando surge uma decisão complexa, quem compartilha sua análise e seu risco?
12. Os espaços regionais oferecem apenas informação ou também apoio e corresponsabilização?

6 Matriz-síntese para discussão institucional

Desafio	Pergunta orientadora	Possíveis respostas institucionais
Agenda capturada por urgências	O que somente o secretário pode fazer?	Delegação, fluxos, agenda protegida e monitoramento.
Insegurança financeira	Quem sustenta tecnicamente a decisão?	Integração com Fundo, contabilidade, jurídico e apoio regional.
Filas e pressão individual	Os critérios são conhecidos e justificáveis?	Regulação transparente e acompanhamento das filas.
Dependência regional	Onde termina a governabilidade municipal?	Pactuação, registro das necessidades e atuação regional.
Judicialização	O que a demanda judicial está revelando?	Apoio técnico-jurídico, protocolos e análise de causas recorrentes.
Falta de preparação	A capacitação dialoga com o problema real?	Educação permanente baseada em casos e apoio institucional.
Centralização	A Secretaria funciona sem a presença contínua do secretário?	Fortalecimento das coordenações e decisões compartilhadas.
Disponibilidade permanente	Quais situações exigem acionamento direto?	Canais oficiais, escalas, critérios e proteção do descanso.
Solidão decisória	Quem compartilha a análise e o risco?	Redes entre gestores, COSEMS-MG, CIB, jurídico e apoio institucional.
Transição de gestão	O conhecimento institucional está organizado?	Acolhimento, documentação de transição e acompanhamento inicial.

7 Implementação e monitoramento

A aplicação desta Nota Técnica deve ser gradual e contextualizada. Recomenda-se que cada equipe gestora ou região selecione problemas prioritários e transforme as orientações em planos de ação acompanháveis.

1. Selecionar um ou dois problemas prioritários.
2. Identificar fatores que produzem e mantêm o problema.
3. Diferenciar o que está sob governabilidade municipal do que depende de pactuação ou apoio externo.
4. Definir responsáveis, prazos e informações necessárias.

5. Estabelecer indicador simples de acompanhamento.
6. Reavaliar resultados e ajustar a estratégia.
7. Registrar aprendizados que possam ser compartilhados com outros gestores.

INDICADORES SIMPLES DE ACOMPANHAMENTO

Percentual da agenda do gestor protegido para planejamento; número de processos com responsáveis definidos; tempo de espera em filas prioritárias; proporção de demandas judiciais recorrentes; participação em atividades de educação permanente; frequência de acionamentos fora do expediente; número de decisões relevantes discutidas de forma colegiada.

8 Considerações finais

A gestão municipal do SUS exige conhecimento técnico, capacidade política, liderança, negociação e decisão em contextos complexos. Entretanto, seus desafios não podem ser explicados exclusivamente por competências individuais. Financiamento, capacidade instalada, composição das equipes, organização regional, apoio técnico, relações interfederativas e condições de trabalho delimitam as possibilidades concretas de ação.

Fortalecer o gestor significa produzir capacidade institucional: preparar pessoas, estruturar equipes, organizar processos, ampliar segurança decisória e fortalecer redes de apoio. Reconhecer limites de governabilidade não reduz responsabilidade; permite identificar onde a decisão municipal é possível, onde a cooperação é necessária e onde problemas estruturais precisam ser enfrentados coletivamente.

Cuidar da gestão, de suas equipes e de quem assume a responsabilidade de conduzi-la também é uma forma de fortalecer o Sistema Único de Saúde.

Referências essenciais

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

ARCARI, Janete Madalena 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 & Saúde Coletiva, v. 25, n. 2, p. 407-420, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020252.13092018.

CASTRO, Marcia C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. The Lancet, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7.

COSTA, Kemily Benini; SILVA, Lia Mota e; OGATA, Marcia Niituma. A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 9, n. 2, p. 149-163, 2020. DOI: 10.17566/ciads.v9i2.635.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Luiz Mafort. O novo perfil dos gestores locais no sistema de saúde descentralizado no Brasil. Saúde em Debate, v. 42, n. 119, p. 809-825, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811902.

FLORIANO, Fabiana Raynal et al. Estratégias para abordar a judicialização da saúde no Brasil: uma síntese de evidências. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 1, p. 181-196, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023281.09132022.

MALAMAN, Lia Bissoli et al. Gestão em saúde e as implicações do secretário municipal de saúde no SUS: uma abordagem a partir da análise institucional. Physis, v. 31, n. 4, e310408, 2021. DOI: 10.1590/S0103-73312021310408.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. Saúde e Sociedade, v. 26, n. 1, p. 129-140, 2017. DOI: 10.1590/S0104-12902017162817.

MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes; OUVERNEY, Assis Mafort. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.03742017.

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

RIBEIRO, José Mendes et al. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1777-1789, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.07932018.

SHIMIZU, Helena Eri et al. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, p. 1131-1140, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.28232016.

SILVA, Poliana Avila et al. Governança e educação permanente em saúde: avaliação de mecanismos, contextos e resultados no Projeto Apoiadores. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, e190514, 2020. DOI: 10.1590/Interface.190514.

SOARES, Juliana Pontes et al. Percepções dos gestores de saúde sobre saúde mental. Boletim de Conjuntura (BOCA), v. 19, n. 56, p. 378-405, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.13855133.

TESTON, Luci Maria et al. Desafios políticos e operacionais na percepção de gestores sobre a regionalização em saúde no Acre. Saúde em Debate, v. 43, n. 121, p. 314-328, 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912102.

VERMELHO, Sônia Cristina; FIGUEIREDO, Gustavo. A percepção de secretários municipais de saúde sobre a gestão do trabalho e da educação na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde e Sociedade, v. 26, n. 2, p. 382-396, 2017. DOI: 10.1590/S0104-12902017166359.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo compreender os principais desafios enfrentados pelos secretários municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, caracterizando seu perfil profissional, as condições de trabalho e as estratégias utilizadas na gestão do SUS. A integração entre o questionário eletrônico e as entrevistas dialogadas permitiu identificar não apenas quais dificuldades estão presentes, mas como elas são vivenciadas e reinterpretadas por gestores inseridos em municípios de diferentes portes.

Os resultados evidenciaram um grupo com escolaridade elevada, trajetórias profissionais heterogêneas e participação expressiva em espaços regionais. Entretanto, mostraram que formação acadêmica não significa preparação específica para a complexidade da função. Muitos gestores aprendem durante o exercício do cargo, frequentemente sob pressão e risco de responsabilização. A educação permanente emerge, assim, como necessidade estruturante, desde que vinculada aos problemas reais do trabalho e acompanhada de apoio técnico contínuo.

A gestão municipal revelou-se marcada por múltiplas atribuições e por forte concentração de responsabilidades. Nos municípios pequenos, o secretário atua de forma generalista, participa diretamente de fluxos assistenciais e mantém contato pessoal intenso com a população. Nos municípios médios, ampliam-se a complexidade financeira, contratual, jurídica e comunicacional. No município de grande porte, a existência de estruturas intermediárias oferece maior proteção institucional, mas a responsabilidade sobre a rede regional aumenta. O porte municipal, portanto, não elimina desafios: modifica sua natureza e sua escala.

O subfinanciamento foi identificado como limite estrutural da governabilidade. A insuficiência e a rigidez dos recursos restringem respostas, ampliam filas e obrigam os gestores a administrar prioridades em contextos de escassez. A insegurança normativa, sobretudo nos municípios menores, intensifica o medo de executar recursos e ser responsabilizado. Esses achados demonstram que a qualificação da gestão é indispensável, mas não substitui financiamento adequado, normas claras e apoio orçamentário e jurídico.

A regionalização e a regulação também se mostraram centrais. Os gestores são diretamente cobrados por leitos, procedimentos e serviços especializados cuja oferta depende de pactuações e instituições externas ao município. Essa distância entre responsabilidade percebida e capacidade real de resposta produz angústia e evidencia uma regionalização ainda

insuficiente para compartilhar efetivamente riscos e decisões. O fortalecimento da governança regional deve ser medido por sua capacidade de produzir acesso e não apenas pela existência formal de espaços de pactuação.

A judicialização apareceu como fenômeno ambivalente. Pode corrigir omissões e garantir direitos, mas também interfere no orçamento, nas filas e na autonomia técnica quando desconsidera protocolos e impactos coletivos. A pesquisa reforça a necessidade de diálogo entre gestão, Judiciário, Ministério Público e equipes técnicas, com assessoria especializada e maior transparência dos fluxos, evitando tanto a negação de direitos quanto a transformação da via judicial em mecanismo de privilégio.

Outro achado relevante foi a tensão permanente entre técnica e política. Os secretários precisam negociar, comunicar, mediar conflitos e resistir a pressões por favorecimento, sem perder a capacidade de escutar o sofrimento individual. Defender equidade exige combinar empatia e critérios coletivos. A competência gestora, portanto, é simultaneamente técnica, política, ética e relacional.

A pesquisa evidenciou impactos expressivos do cargo sobre a saúde e a vida pessoal. Jornadas extensas, disponibilidade permanente, uso contínuo do telefone, abordagens em espaços privados, pressão política, redes sociais e demandas judiciais reduzem o descanso e afetam relações familiares e sociais. O sofrimento relatado não deve ser individualizado. Ele se relaciona à organização do trabalho e à concentração de responsabilidades.

A solidão decisória constitui uma contribuição importante deste estudo. Mesmo cercado por reuniões e instâncias de apoio, o secretário pode perceber-se sozinho quando precisa decidir e responder pelas consequências. Essa solidão revela o desequilíbrio entre responsabilidade e governabilidade. Ao mesmo tempo, a satisfação com o cargo demonstra que sofrimento e realização coexistem: os gestores encontram sentido no compromisso com o SUS e na possibilidade de produzir cuidado, mas esse compromisso não deve justificar autossacrifício ou disponibilidade ilimitada.

Como limitações, reconhecem-se a adesão parcial ao questionário e as dificuldades de agendamento das entrevistas. A intensa rotina dos gestores contribuiu para essas limitações e, simultaneamente, confirmou aspectos do próprio objeto de estudo, como sobrecarga e escassez de tempo. A amostragem intencional contemplando diferentes portes municipais possibilitou diversidade de experiências, mas os achados não pretendem representar estatisticamente todos os secretários da macrorregião. Estudos futuros poderão ampliar a amostra, acompanhar

gestores longitudinalmente e aprofundar diferenças relacionadas a gênero, trajetória profissional, tempo no cargo e capacidade institucional dos municípios.

Conclui-se que fortalecer a gestão municipal do SUS exige mais do que preparar indivíduos para suportar a complexidade. Requer financiamento sustentável, regionalização efetiva, equipes qualificadas, assessoria jurídica e orçamentária, educação permanente, apoio institucional e políticas de proteção à saúde de quem ocupa a função. A responsabilidade pelo desempenho da gestão deve ser compartilhada entre os entes federativos e as instituições que compõem o sistema.

Nesse sentido, o Produto Técnico-Tecnológico desenvolvido, constituído por Nota Técnica direcionada aos secretários municipais, equipes gestoras e ao COSEMS-MG, traduz os achados em orientações aplicáveis sem assumir caráter prescritivo. O material foi estruturado para favorecer processos de acolhimento de novos gestores, qualificação das decisões, fortalecimento das redes de apoio e discussão sobre condições de trabalho. Mais do que oferecer respostas fechadas, busca apoiar análise crítica e construção coletiva de soluções.

Por fim, este estudo reafirma que os secretários municipais ocupam posição indispensável para a efetivação do direito à saúde. São responsáveis por transformar normas, recursos e pactuações em cuidado concreto nos territórios. Reconhecer suas competências, seus limites e seu sofrimento, não significa deslocar o foco da população para o gestor; significa compreender que a sustentabilidade do cuidado depende também de condições sustentáveis para gerir. Fortalecer quem conduz o SUS no município é fortalecer o próprio sistema e ampliar sua capacidade de permanecer público, universal, integral e equânime.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, Ítalo Ricardo Santos et al. Gestão do SUS em regiões interestaduais de saúde: análise da capacidade de governo. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1883-1894, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.10392021. Acesso em: 12 ago. 2026.

ALLAN, Blake A.; BATZ-BARBARICH, Cassondra; STERLING, Haley M.; TAY, Louis. Outcomes of meaningful work: a meta-analysis. Journal of Management Studies, v. 56, n. 3, p. 500-528, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1111/joms.12406. Acesso em: 27 ago. 2026.

ANDRÉ, Adriana Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench; SANTELLE, Odete. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 158-163, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100020. Acesso em: 18 jun. 2025.

ARCARI, Janete Madalena 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 & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 407-420, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018. Acesso em: 11 ago. 2026.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000200003. Acesso em: 22 maio 2025.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BECKER, Leonardo Augusto; RECH, Cassiano Ricardo; REIS, Rodrigo Siqueira. Acesso à informação para tomada de decisão com base em evidências segundo a percepção de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná, no ano de 2014. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00003918, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00003918. Acesso em: 13 ago. 2026.

BRANDÃO, Celmário Castro; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Capacidade de governo em Secretarias Municipais de Saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 69-83, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912005. Acesso em: 20 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-453.pdf/view. Acesso em: 17 jul. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view. Acesso em: 18 nov. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 18 nov. 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 08 maio 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras

providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 14 jun. 2025.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 21 jun. 2025.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente em ações e serviços públicos de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 21 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 08 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 08 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 12 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/rsc0001_02_06_2021.html. Acesso em: 22 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 03 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 09 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 05 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Formação Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS: triênio 2021-2023: subsídios históricos, teóricos e conceituais para compreender a Estratégia Apoiador COSEMS-CONASEMS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CUNHA, Gustavo Tenório; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016. Acesso em: 11 jun. 2025.

CASTRO, Marcia C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. The Lancet, London, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Acesso em: 16 jun. 2025.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. Desafios para gestão municipal do SUS: último ano de mandato. Brasília, DF: CNM, 2024. Disponível em: https://cnm.org.br/storage/biblioteca/2024/Livros/202407_LIV_SAU_Desafios_gestao_municipal_SUS.pdf. Acesso em: 23 jun. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Sistema e-NatJus. Brasília, DF: CNJ, 2016. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude-3/e-natjus/. Acesso em: 25 jul. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Manual do(a) gestor(a) municipal do SUS: diálogos no cotidiano. 2. ed. Brasília, DF: CONASEMS, 2021. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/orientacoes-tecnicas/noticias/4885_manual-do-gestor-municipal-do-sus-confira-a-edicao-de-2021. Acesso em: 23 jun. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v. 1). Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf. Acesso em: 18 jun. 2025.

COSTA, Kemily Benini; SILVA, Lia Mota e; OGATA, Marcia Niituma. A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, DF, v. 9, n. 2, p. 149-163, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.17566/ciads.v9i2.635. Acesso em: 26 jul. 2026.

CRESWELL, John W.; POTH, Cheryl N. Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. 5. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2023.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elizabeth; JAYET, Christian. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S.; GIARDINA, Michael D.; CANNELLA, Gaile S. (ed.). The SAGE handbook of qualitative research. 6. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2023.

DING, Mengxiao; WANG, Chengli. Can public service motivation increase work engagement? A meta-analysis across cultures. Frontiers in Psychology, v. 13, 1060941, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1060941. Acesso em: 28 ago. 2026.

EDWIN, Hephzibah Sophie; TRINKOFF, Alison M.; MILLS, Mary Etta. Moral distress in nurse leaders: a scoping review of the literature. Nursing Outlook, v. 71, n. 5, 102026, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.102026. Acesso em: 28 ago. 2026.

ESCOREL, Sarah. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FERNANDES, Josieli Cano et al. Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 6, p. 22-35, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S602. Acesso em: 10 jul. 2026.

FERRAZ, Edinalva de Moura et al. A interdisciplinaridade na construção da Educação Permanente em Saúde com equipes gestoras. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 6, p. 217-227, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E619. Acesso em: 14 ago. 2026.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Luiz Mafort. O novo perfil dos gestores locais no sistema de saúde descentralizado no Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 809-825, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811902. Acesso em: 11 ago. 2026.

FLORIANO, Fabiana Raynal et al. Estratégias para abordar a judicialização da saúde no Brasil: uma síntese de evidências. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 181-196, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.09132022. Acesso em: 26 ago. 2026.

GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GOZI, Talita Maria Bengozi. A gestão orçamentária da saúde e o papel dos municípios: uma pesquisa-ação, a partir da Educação Permanente em Saúde, em uma macrorregião do estado do Paraná. 2025. 227 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html. Acesso em: 15 jan. 2026.

LIMA, Luciana Dias de. Federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (org.). Direito sanitário. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LIPSKY, Michael. Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos. Brasília, DF: ENAP, 2019.

LOTTA, Gabriela (org.). Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil. Brasília, DF: ENAP, 2019.

MALAMAN, Lia Bissoli; L'ABBATE, Solange; SPAGNOL, Carla Aparecida; DOBIES, Daniel Vannucci. Gestão em saúde e as implicações do secretário municipal de saúde no SUS: uma abordagem a partir da análise institucional. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, e310408, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310408. Acesso em: 12 ago. 2026.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 129-140, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162817. Acesso em: 13 ago. 2026.

MENDES, Ana Magnólia; FERREIRA, Mário César; CRUZ, Roberto Moraes. Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento - ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, Ana Magnólia (org.). Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 111-126.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Educação permanente em saúde: metassíntese. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498. Acesso em: 03 jul. 2025.

MILLER, Preston H. et al. Moral distress among nurse leaders: a qualitative systematic review. Nursing Ethics, v. 30, n. 7-8, p. 939-959, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1177/09697330231191279. Acesso em: 28 ago. 2026.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Estudos assistenciais e regionalização. Belo Horizonte: SES-MG, 2023. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/estudos-assistenciais-e-regionalizacao/. Acesso em: 16 jan. 2026.

MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes; OUVERNEY, Assis Mafort. 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, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03742017. Acesso em: 12 ago. 2026.

OUVERNEY, Assis Luiz Mafort et al. Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 7, p. 75-91, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S706. Acesso em: 25 maio 2025.

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Acesso em: 13 maio 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PATTON, Michael Quinn. Qualitative research & evaluation methods. 3. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2002.

PIOLA, Sergio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil: um retrato das desigualdades regionais do período 2010-2022. Brasília, DF: Ipea, 2024. 55 p. (Texto para Discussão, n. 3010). Disponível em: https://doi.org/10.38116/td3010-port. Acesso em: 17 out. 2026.

POLETTO, Nelo Augusto et al. Síndrome de Burnout em gestores municipais da saúde. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 209-215, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020005. Acesso em: 08 ago. 2026.

RIBEIRO, José Mendes 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, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07932018. Acesso em: 12 ago. 2026.

RIQUIERI, Manuella Ribeiro Lira et al. Perfil dos secretários municipais de Saúde do Brasil: um panorama de três décadas. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 56, n. 5, p. 683-693, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-761220220132. Acesso em: 27 maio 2025.

SHIMIZU, Helena Eri et al. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1131-1140, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28232016. Acesso em: 13 ago. 2026.

SILVA, Clayton Borges; RAMIRES, Julio Cesar de Lima. Regionalização da saúde em Minas Gerais: algumas reflexões críticas. Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e

da Saúde, Uberlândia, v. 6, n. 11, p. 60-79, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.14393/Hygeia616971. Acesso em: 16 jan. 2026.

SILVA, Poliana Avila et al. Governança e educação permanente em saúde: avaliação de mecanismos, contextos e resultados no Projeto Apoiadores. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 24, e190514, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.190514. Acesso em: 14 ago. 2026.

SOARES, Juliana Pontes et al. Percepções dos gestores de saúde sobre saúde mental. Boletim de Conjuntura (BOCA), Boa Vista, v. 19, n. 56, p. 378-405, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.5281/zenodo.13855133. Acesso em: 15 ago. 2026.

SOREN, Andrew; RYFF, Carol D. Meaningful work, well-being, and health: enacting a eudaimonic vision. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 20, n. 16, 6570, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph20166570. Acesso em: 27 ago. 2026.

TAMAKI, Edson Mamoru et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400007. Acesso em: 19 jun. 2025.

TESTON, Luci Maria; MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; LOUVISON, Marília Cristina Prado. Desafios políticos e operacionais na percepção de gestores sobre a regionalização em saúde no Acre. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 314-328, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912102. Acesso em: 13 ago. 2026.

ULINSKI, Karla Giovana Bavaresco; CARVALHO, Brígida Gimenez; VIEIRA, Fabiola Sulpino; RODRIGUES, Renne; LIMA, Luciana Dias de. Efeitos das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, e00007323, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT007323. Acesso em: 17 out. 2026.

VAN LOON, Nina Mari; VANDENABEELE, Wouter; LEISINK, Peter. On the bright and dark side of public service motivation: the relationship between PSM and employee wellbeing. Public Money & Management, London, v. 35, n. 5, p. 349-356, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1080/09540962.2015.1061171. Acesso em: 28 ago. 2026.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VERMELHO, Sônia Cristina; FIGUEIREDO, Gustavo. A percepção de secretários municipais de saúde sobre a gestão do trabalho e da educação na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 382-396, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902017166359. Acesso em: 14 ago. 2026.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IOZZI, Fabíola Lana. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, e00022519, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00022519. Acesso em: 20 jul. 2026.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; LIMA, Luciana Dias de. Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 56, art. 123, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004465. Acesso em: 17 out. 2026.

VILLANI, Renata Alves Gomes; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. Concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco sobre a destinação e gestão dos gastos com saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 521-529, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200021. Acesso em: 14 ago. 2026.

WANG, Daniel Wei L. et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-76121666. Acesso em: 25 jul. 2026.

APÊNDICE A – CARTA-CONVITE

Prezado(a) Secretário(a) Municipal de Saúde,

Meu nome é Mariane Silva Caixeiro, sou mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – **PROFSAÚDE, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)**, e estou desenvolvendo a pesquisa intitulada:

"Entre a gestão e o cuidado: desafios, sobrecarga e estratégias de enfrentamento de secretários municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais".

A pesquisa tem como objetivo compreender o perfil dos(as) secretários(as) municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais e os principais desafios vivenciados no exercício da gestão municipal do SUS.

Nesse sentido, convidamos os(as) secretários(as) municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais a participarem voluntariamente do estudo.

A participação compreenderá o preenchimento de um **questionário eletrônico** e, para aqueles que manifestarem interesse, poderá incluir também uma **entrevista dialogada**, realizada de forma presencial ou on-line.

A participação é **voluntária**, sendo assegurados o sigilo, a confidencialidade das informações e a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Os resultados serão apresentados de forma a preservar a identidade dos participantes e dos municípios.

Caso tenha interesse em participar, manifeste sua disponibilidade por meio do contato indicado abaixo. Após o aceite, serão encaminhados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as orientações para participação na pesquisa.

Sua contribuição será muito importante para ampliar a compreensão sobre o cotidiano da gestão municipal do SUS e subsidiar estratégias de apoio e qualificação dos gestores.

Agradeço, desde já, pela atenção e disponibilidade.

Atenciosamente,

Mariane Silva Caixeiro

Pesquisadora responsável

Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UFJF

E-mail: enf.marianecaixeiro@gmail.com

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL SOBRE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E TRABALHO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

BLOCO 1 - Perfil sociodemográfico

1. Sexo:

- Feminino
- Masculino
- Intersexo
- Prefiro não dizer

2. Qual a sua identidade de gênero?

- Mulher Cis - (sexo biológico e identidade de gênero iguais)
- Homem Cis - (sexo biológico e identidade de gênero iguais)
- Mulher Trans
- Homem Trans
- Travesti
- Prefiro não informar
- Outro

3. Idade (anos - responda apenas com números): _____

4. Estado Civil:

- Solteiro
- Casado
- Divorciado
- Viúvo
- Outro

5. Como você se identifica em relação à cor/raça/etnia?

- branca
- preta
- parda
- amarela
- indígena

6. Tem filhos?

- Sim. 1 (um)
- Sim. 2 (dois) ou mais
- Não

7. Você reside no mesmo município onde exerce o cargo de gestor municipal de saúde?

- Sim
- Não

8. Grau de Instrução:

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Médio completo
- Curso Técnico
- Superior Incompleto
- Superior Completo
- Pós-Graduação/Especialização
- Mestrado
- Doutorado

9. Se você possui formação superior, qual o curso? (ESCREVER POR EXTENSO)

_____.

10. Possui formação/curso de capacitação em gestão de saúde pública/coletiva?

- Não
- Sim, adquirida antes de assumir a gestão
- Sim, adquirida depois de assumir a gestão

11. Tempo na função de gestor(a) municipal de saúde:

- Menos de 1 ano

1 a 3 anos

3 a 6 anos
6 anos ou mais

12. Qual a sua remuneração como gestor (a) municipal de saúde?

- Menos de 5 salários mínimos (menos de R$7.590,00)
- Entre 5 e 10 salários mínimos (entre R$7.590,00 e R$15.180,00)
- Entre 10 e 15 salários mínimos (entre R$15.180 e R$22.770,00)
- Mais de 15 salários mínimos (mais de R$22.770,00)

13. Você possui outras fontes de renda além de gestor (a) municipal de saúde?

- Sim
- Não

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

- Coordenação da Atenção Básica
- Coordenação da Vigilância em Saúde
- Diretor de Hospital
- Chefe de Núcleo e ou Gerência Regional
- Diretor(a) do Fundo Municipal ou Estadual de Saúde
- Gestor federal e/ou estadual
- Outro (especifique) _____

15. Carga horária semanal executada como gestor(a) municipal de saúde:

- Menos de 20 horas

20 horas
30 horas
40 horas

- Mais de 40 horas

16. 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 de liderança					
Experiência em gestão					
Confiança pessoal					
Indicação política					
Desempenho gerencial					
Indicação de categoria profissional					
Parentesco					
Vínculo com entidade sindical					
Competência técnica					
Ser da área da saúde					

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

	Muito importante	Importante	Relevante	Pouco importante	Irrelevante
Ganhar notoriedade política					
Servir minha cidade					
Assumir novos desafios					
Cumprir uma missão políticopartidária					
Conhecer melhor os problemas de saúde da população					
Vínculo com entidade Sindical					
Pôr em práticas conhecimentos adquiridos					
Fortalecer o SUS em minha região					

BLOCO 2 - Condições de trabalho e desafios enfrentados pelos gestores

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

- Informalmente, através de relatos dos usuários
- 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 prestação 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
- Relatórios de Conferências Municipais de Saúde
- Outro (especifique)

3. 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 à 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)

4. Como se sente quanto à satisfação na sua função laborativa?

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

5. Quais são os pontos que mais o motivam a trabalhar como gestor municipal de saúde? (Marcar os 3 principais)

- Os benefícios oferecidos
- Possibilidade de crescimento, reconhecimento e valorização
- O salário
- As suas atividades/tarefas
- O ambiente físico (conforto)
- Relacionamento com os colegas
- Dificuldades de conseguir um emprego melhor
- Relacionamento com chefias
- Estabilidade
- Valorização social
- Jornada de trabalho/ carga horária
- Metas pessoais
- Metas profissionais
- Autonomia e tomada de decisões
- Relacionamento e objetivos políticos
- Gestão de recursos e pessoas
- Outros

6. Quais são os pontos que mais o desmotivam a trabalhar como gestor municipal de saúde? (Marcar os 3 principais)

- A falta de benefícios
- Pouca probabilidade de crescimento, reconhecimento e valorização
- O salário
- As suas atividades/tarefas
- O ambiente físico (conforto)
- A carga mental
- Relacionamento com os colegas
- Intermediação de conflitos
- Excesso de demandas
- Relacionamento político
- Falta de estabilidade
- Falta de reconhecimento social
- Jornada de trabalho/ carga horária
- Metas e prazos desproporcionais

- Cobrança por resultados
- Realizar tarefas que não previstas no cargo
- Atendimento ao público
- As tarefas são repetitivas
- Os resultados esperados estão fora da realidade
- O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas
- tarefas repetitivas
- Outros

7. Como você avalia o volume de serviço como gestor municipal de saúde?

- Leve
- Moderado
- Existe uma sobrecarga
- Exaustivo

8. Durante sua jornada de trabalho, como você avalia sua concentração?

- Excelente
- Boa
- Regular
- Ruim
- Muito Ruim

9. Como você avalia a interferência política em suas decisões técnicas enquanto gestor?

- Inexistente
- Pouca
- Moderada
- Alta
- Muito alta

10. Como você avalia sua **autonomia** na tomada de decisões em relação à saúde pública municipal?

- Excelente
- Boa
- Regular
- Ruim
- Muito Ruim

11. Você se sente realizado com o trabalho como gestor municipal de saúde que faz?

- sempre

- quase sempre
- eventualmente
- nunca

12. Em relação às afirmações abaixo sobre suas funções como gestor municipal de saúde, diga o quanto você é exigido, nas tarefas da lista abaixo:

	Muito pouco	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
Gerenciar conflitos entre pessoas					
Mostrar resultados do seu trabalho.					
Buscar e assimilar informações em curto período de tempo.					
Trabalhar em ritmo acelerado e excessivo.					
Atender demandas fora do horário de trabalho.					
Cumprir tarefas com pressão de prazos.					
Lidar com problemas complexos					
Ser obrigado a lidar com imprevistos.					
Usar a criatividade.					
Ter concentração mental.					
Ter controle das emoções.					
Ter que lidar com ordens contraditórias.					
Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros.					

13. Quais áreas da gestão municipal de saúde você considera mais desafiadoras? (Escolha até 3)

- Atenção primária
- Média e alta complexidade
- Vigilância em saúde

- Saúde mental
- Gestão do trabalho e educação na saúde
- Regulação e acesso
- Financiamento e orçamento
- Judicialização
- Articulação com o poder legislativo/local
- Outro (especifique)

14. Você participa regularmente das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) da sua microrregião?

- Sim, com frequência
- Sim, ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

15. Recebe apoio ou auxílio para enfrentar problemas/demandas da gestão?

- Sim
- Não

16. Se sim, que tipos de apoio considera relevante?

- Trocas de experiências com outros gestores (reuniões cosems);
- Cursos relacionados a aspectos da gestão (gestão do trabalho, gestão orçamentária, planejamento estratégico, ...);
- apoio institucional (apoiador Cosems);
- apoio técnico da Regional de Saúde.

17. Você sente apoio técnico suficiente da equipe da secretaria para exercer sua função?

- Sim
- Parcialmente
- Não

18. Em sua percepção, o financiamento atual recebido pelo município é suficiente para atender as demandas em saúde?

- Sim
- Parcialmente
- Não

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE SUDESTE DE MINAS GERAIS

1 Quais são as principais responsabilidades e atividades que você desempenha no dia a dia como gestor municipal de saúde?

2. Quais competências (técnicas, gerenciais e interpessoais) você considera importantes para que o secretário municipal de saúde tenha que possuir ou adquirir para o exercício do cargo?

3 Quais são os maiores desafios que você enfrenta na gestão da saúde municipal e como tem lidado com eles?

4 Quais os temas/ assuntos/demandas tem menor conhecimento e se sente menos preparado para resolver?

5 Como o exercício do cargo impacta na sua vida?

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desafios da Gestão Municipal do SUS: Perfil Profissional dos Gestores Municipais da Macrorregião de Saúde Sudeste em Minas Gerais

Pesquisador: MARIANE SILVA CAIXEIRO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 90104725.7.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.954.705

Apresentação do Projeto:

" Estudo qualitativo, de caráter exploratório-descritivo, cujo objetivo primário é compreender os principais desafios enfrentados pelos(as) secretários(as) municipais de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, caracterizando seu perfil profissional e condições de trabalho, bem como as estratégias utilizadas na gestão do SUS. Os objetivos secundários incluem: (a) caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional; (b) descrever atividades e responsabilidades; (c) identificar desafios políticos, estruturais e pessoais; (d) analisar estratégias de enfrentamento e necessidades de capacitação. O desenho foi escolhido para apreender, em profundidade, percepções e experiências no contexto local, respeitando a complexidade e a subjetividade da gestão pública em saúde".

Objetivo da Pesquisa:

" Objetivo Primário: Compreender os principais desafios enfrentados pelos secretários municipais de saúde da macrorregião Sudeste de Minas Gerais, caracterizando seu perfil profissional, as condições de trabalho e as estratégias utilizadas na gestão do SUS.

Objetivo Secundário: Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos gestores municipais de saúde; Descrever as principais atividades e responsabilidades desempenhadas na gestão municipal do SUS; Identificar os desafios enfrentados na condução da gestão pública em saúde, incluindo aspectos políticos, estruturais e pessoais; Analisar as estratégias de

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br

enfrentamento e as necessidades de capacitação identificadas pelos gestores".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

" A presente pesquisa é classificada como de risco mínimo. Os riscos potenciais concentram-se na possibilidade de identificação indireta dos(as) participantes - em razão do número reduzido de gestores por território - e nos riscos típicos de coletas online, como instabilidade de conexão e interceptação de dados. Para mitigá-los, todas as respostas do questionário e as transcrições das entrevistas serão pseudonimizadas por meio de códigos alfanuméricos (G1, G2, etc.), e a tabela de identificação (chave código/identidade) será mantida em arquivo separado, com acesso restrito. Relatórios e publicações não trarão nomes de pessoas ou municípios, reduzindo o risco de reidentificação. O fluxo e o armazenamento seguirão boas práticas de segurança. O questionário será preenchido em formulário eletrônico seguro; após a coleta, os dados serão exportados para arquivos .csv/.xlsx sem identificadores, conferidos e guardados em pasta criptografada, com senha e autenticação em dois fatores. As entrevistas (quando online) ocorrerão via Microsoft Teams (ou similar); somente os áudios serão gravados, e apenas com concordância expressa no TCLE; na ausência de concordância, não haverá gravação, sendo produzidas apenas notas de campo. Todos os arquivos(planilhas, áudios, transcrições, chave de identificação e TCLEs) ficarão em repositório digital protegido, com cópia de segurança criptografada em mídia institucional. A transmissão de dados será feita exclusivamente por conexões seguras (TLS/HTTPS). Os materiais serão mantidos por 5 (cinco) anos após o término do estudo e, ao final desse período, eliminados de forma segura (apagamento criptográfico/eliminação de
chaves e destruição lógica dos arquivos), resguardando-se apenas o que a lei exigir
manter. Serão observadas as orientações da Carta Circular nº 110/2017/CNS/CONEP para
pesquisas em ambiente virtual: links de reunião com senha e sala de espera, sem
divulgação pública; entrevistas realizadas em ambiente privativo; recomendação para que o(a) participante também utilize local reservado; não utilização de redes públicas; e interrupção/reagendamento em caso de instabilidade técnica. Em consonância com a LGPD (Lei nº 13.709/2018), o tratamento de dados obedecerá aos princípios da finalidade, necessidade e transparência, tendo como base legal o consentimento livre e informado. Os direitos dos titulares (acesso, correção, revogação do consentimento, entre outros) serão assegurados mediante contato direto com a pesquisadora. Havendo incidente de segurança com potencial risco ou dano, serão adotadas medidas imediatas de contenção e, quando cabível, realizada a comunicação às instâncias competentes e aos titulares afetados. Com esse conjunto de



salvaguardas, os riscos residuais permanecem compatíveis com a natureza não interventiva e on-line do estudo. Benefícios: Embora não ofereça benefícios diretos imediatos, esta pesquisa poderá contribuir, de forma indireta, para a valorização e qualificação da gestão municipal em saúde, ao dar visibilidade às dificuldades enfrentadas pelos secretários de saúde. Os resultados poderão subsidiar ações de apoio, formação continuada e fortalecimento das condições de trabalho dos gestores, além de fomentar políticas públicas mais sensíveis às realidades locais".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos previstos na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida,com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as disposições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as normas definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com o que prevê o Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com a regulamentação definida na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF

Recomendações:

Sugere-se retirar: "Concordância expressa mediante assinatura do TCLE". Isto não é critério de inclusão.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecidos na Res. 466/12 CNS e Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 31/08/2026.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2564219.pdf	04/11/2025 20:54:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	04/11/2025 20:54:39	MARIANE SILVA CAIXEIRO	Aceito
Outros	Carta_pendencias.pdf	02/11/2025 18:16:40	MARIANE SILVA CAIXEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/11/2025 17:53:24	MARIANE SILVA CAIXEIRO	Aceito
Outros	Curriculo_andreia_aparecida_de_miranda_ramos.pdf	28/06/2025 18:57:17	MARIANE SILVA CAIXEIRO	Aceito
Outros	Curriculos_mariane_silva_caixeiro.pdf	28/06/2025 18:52:33	MARIANE SILVA CAIXEIRO	Aceito
Outros	Instrumentos_de_coleta_de_dados.pdf	28/06/2025 18:35:58	MARIANE SILVA CAIXEIRO	Aceito
Declaração de concordância	Carta_de_anuencia.pdf	21/06/2025 13:13:15	MARIANE SILVA CAIXEIRO	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF

Continuação do Parecer: 7.954.705

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	21/06/2025 13:11:38	MARIANE SILVA CAIXEIRO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JUIZ DE FORA, 07 de Novembro de 2025

Assinado por:
LILIAN ALFAIA MONTEIRO
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br