

## **GESTÃO PÚBLICA NA SAÚDE: OS IMPASSES E DESAFIOS ENCONTRADOS NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RR**

**Danilo Pereira de Almeida**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima/Campus Boa Vista Zona Oeste  
(IFRR/CBVZO).

[danielopereirar3@gmail.com](mailto:danielopereirar3@gmail.com)

Polo: Boa Vista-RR

**Gabriel Silva de Oliveira**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima/Campus Boa Vista Zona Oeste  
(IFRR/CBVZO).

[gabrielyvmota@gmail.com](mailto:gabrielyvmota@gmail.com)

Polo: Alto Alegre-RR

**Ryan Victor Silva de Figueiredo**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima/Campus Boa Vista Zona Oeste  
(IFRR/CBVZO).

[ryanvictors.figueiredo@gmail.com](mailto:ryanvictors.figueiredo@gmail.com)

Polo: Boa Vista-RR

### **RESUMO**

O presente trabalho analisa a gestão municipal da saúde em Boa Vista-RR, com foco na capacidade institucional, nos limites estruturais e nos desafios operacionais enfrentados pelo município no contexto de organização do Sistema Único de Saúde. O objetivo do estudo consiste em compreender como fatores históricos, territoriais, demográficos e conjunturais influenciam a formulação e a execução das políticas públicas de saúde em nível municipal. Justifica-se a realização desta pesquisa pela relevância de Boa Vista enquanto capital amazônica, polo regional de serviços, cidade de retaguarda fronteiriça e território marcado por crescimento populacional acelerado, presença indígena expressiva e pressão migratória contínua, elementos que ampliam a complexidade da gestão em saúde. A metodologia adotada baseou-se em pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e analítico, com revisão bibliográfica, análise documental de legislações, relatórios de gestão, dados oficiais do IBGE e registros institucionais, além de leitura crítica da literatura recente sobre gestão municipal do SUS. Os resultados evidenciam que, apesar dos avanços na ampliação do acesso, especialmente na atenção primária, persistem fragilidades relacionadas ao financiamento, à sustentabilidade operacional, à sobrecarga assistencial e à descontinuidade administrativa. Conclui-se que o fortalecimento da gestão municipal em saúde demanda maior articulação interfederativa, planejamento sensível às especificidades territoriais e consolidação de capacidades institucionais capazes de garantir maior resiliência do sistema frente a contextos de crise e crescimento contínuo da demanda.

**Palavras-chave:** Gestão municipal da saúde; Sistema Único de Saúde; Atenção primária; Capacidade institucional; Boa Vista-RR.

### **1 INTRODUÇÃO**

A gestão pública da saúde, enquanto campo estruturante das políticas sociais brasileiras, assume papel central no ordenamento das ações e serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito municipal, a gestão é responsável por transformar princípios constitucionais em organização concreta de serviços, racionalidade administrativa,

planejamento integrado e capacidade de execução. A consolidação dessas funções exige que a administração local disponha de instrumentos estáveis, coerentes com a realidade sanitária do território, evitando que a execução das políticas se torne fragmentada ou dependente de soluções emergenciais contínuas.

No contexto amazônico, esta responsabilidade é ainda mais complexa, pois os municípios enfrentam variáveis adicionais relacionadas à distância territorial, logística regional, sazonalidade epidemiológica e fluxos dinâmicos de população. Boa Vista-RR, enquanto capital de fronteira, tem sido impactada por variações abruptas na demanda assistencial, que pressionam as estruturas existentes e condicionam a gestão municipal a tomar decisões em cenários de instabilidade. Esses elementos exigem maior capacidade de previsão e maior integração entre planejamento, orçamento, avaliabilidade interna e estrutura de execução.

A análise dos impasses gerenciais permite compreender que os fatores estruturais, políticos, administrativos e financeiros enfrentados pela gestão pública em Boa Vista-RR não constituem dificuldades isoladas. Eles se articulam de modo sistêmico, interferindo no ritmo de implementação das políticas, no alcance dos resultados assistenciais e na maturidade institucional da rede pública de saúde. Quando há descompasso entre norma e execução, a própria base de governança se fragiliza, comprometendo a regularidade dos serviços ofertados à população.

Por outro lado, não basta reconhecer a existência de limitações — é necessário compreender como tais elementos afetam a operacionalização das políticas, especialmente no que se refere às ações estratégicas, à continuidade dos programas e à capacidade de resposta real do município. A ausência de estabilidade operacional e de instrumentos adequados de análise de desempenho pode transformar metas e diretrizes em documentos formais sem condições de concretização territorial.

Da mesma forma, a literatura nacional contemporânea tem ressaltado a necessidade de desenvolvimento de estratégias que permitam fortalecer a gestão municipal com base em evidências, inteligência institucional e aperfeiçoamento contínuo das ferramentas de acompanhamento. A adoção de núcleos de governança mais técnicos e o uso ampliado de dados podem permitir que o município reduza improvisações e amplie sua capacidade de tomada de decisão fundamentada, especialmente em regiões onde o cenário assistencial é mais dinâmico.

Nessa perspectiva, o presente trabalho tem como finalidade analisar, por meio de pesquisa bibliográfica e documental, os impasses existentes na gestão pública da saúde no município de Boa Vista-RR, considerando os desafios apontados pela literatura recente e as discussões sobre a capacidade de atuação do poder público. O estudo baseia-se apenas em

materiais publicados, adotando uma abordagem teórico-analítica que permite compreender, de maneira organizada, os limites, os efeitos e as possíveis formas de melhorar a gestão municipal

## **2 Histórico do Município de Boa Vista - Roraima**

Antes de proceder à análise da capacidade institucional da gestão municipal, faz-se necessário contextualizar o município de Boa Vista-RR a partir de suas especificidades geográficas, demográficas, históricas, econômicas e socioculturais, uma vez que tais dimensões condicionam de modo estrutural a organização, a complexidade e a maturidade da gestão pública local. Boa Vista localiza-se no extremo Norte do Brasil, às margens do rio Branco, configurando-se como a capital mais setentrional do país, sendo a única capital brasileira completamente acima da linha do equador, exercendo papel central na articulação administrativa, econômica e assistencial do estado de Roraima.

O município concentra parcela expressiva da população estadual — superior a dois terços do total — reunindo, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2025, aproximadamente 485.477 habitantes, em um estado que conta com cerca de 738.772 habitantes. Esse predomínio demográfico evidencia o crescimento populacional acelerado de Boa Vista nas últimas décadas, impulsionado tanto por fluxos migratórios internos quanto por deslocamentos regionais e internacionais, o que reforça sua condição de polo urbano de referência para serviços públicos, comércio e assistência em saúde. (IBGE, 2025).

Embora Boa Vista não estabeleça fronteira internacional direta, sua inserção territorial ocorre em um contexto de fronteira ampliada, funcionando como principal cidade de retaguarda administrativa e assistencial para a faixa fronteira brasileira com a República Bolivariana da Venezuela, por meio do município de Pacaraima, localizado ao norte do estado, e, de forma indireta, com a República Cooperativista da Guiana, na porção leste de Roraima.

Essa posição estratégica faz com que Boa Vista absorva demandas oriundas de áreas fronteiriças, incluindo atendimento a migrantes internacionais, populações indígenas transfronteiriças e cidadãos em situação de mobilidade constante, ampliando significativamente a pressão sobre a rede municipal de serviços públicos, especialmente o Sistema Único de Saúde. Tal condição confere ao município papel singular na organização da assistência regional, exigindo capacidade de resposta superior àquela normalmente prevista para municípios de porte semelhante em outras regiões do país.

Do ponto de vista histórico-administrativo, Boa Vista foi oficialmente fundada em 1890 e consolidou-se como capital do então Território Federal do Rio Branco, posteriormente denominado Território Federal de Roraima, permanecendo sob administração federal direta até

a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que elevou o território à condição de Estado-membro da Federação.

Esse processo tardio de estadualização implicou uma transição acelerada de responsabilidades administrativas para o nível estadual e municipal, com impactos diretos sobre a municipalização das políticas públicas, especialmente no setor saúde. A partir desse marco, o município passou a assumir competências ampliadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, muitas vezes sem que houvesse, de forma concomitante, a consolidação plena de capacidades técnicas, organizacionais e financeiras compatíveis com a nova configuração federativa (BRASIL, 1988).

No campo socioeconômico, a economia de Boa Vista apresenta forte predominância do setor terciário, com elevada dependência da administração pública, do comércio e dos serviços, além de atividades vinculadas ao funcionalismo estatal e à prestação de serviços regionais. A limitada base industrial e as especificidades do território amazônico influenciam diretamente a capacidade arrecadatória municipal, restringindo a margem de investimento próprio em políticas sociais e aumentando a dependência de transferências intergovernamentais. Culturalmente, Boa Vista caracteriza-se por elevada diversidade sociocultural, resultante da convivência entre populações indígenas, migrantes nacionais, migrantes internacionais e grupos tradicionais amazônicos, o que se reflete diretamente no perfil epidemiológico, nas formas de acesso aos serviços públicos e nas demandas sociais e sanitárias do território.

Nesse contexto, destaca-se de maneira expressiva a presença indígena no município de Boa Vista, elemento estruturante do cotidiano urbano e fator relevante para a complexificação da gestão municipal da saúde. Segundo dados do IBGE e de estudos sistematizados pelo Instituto Socioambiental, Boa Vista abriga uma das maiores populações indígenas urbanas do Brasil, com aproximadamente vinte mil pessoas autodeclaradas indígenas, distribuídas em cerca de 17 comunidades indígenas localizadas dentro dos limites do município, além de famílias residentes em bairros urbanos não formalmente reconhecidos como comunidades tradicionais (IBGE, 2022; ISA, 2023). As etnias com maior presença no município são os povos Macuxi e Wapichana, historicamente vinculados à região do vale do rio Branco e ao entorno urbano da capital, mantendo intensa circulação cotidiana entre comunidades, bairros da cidade e instituições públicas.

Além dos Macuxi e Wapichana, Boa Vista também funciona como principal referência urbana para outros povos indígenas do estado, como Yanomami, Ingarikó, Taurepang, Saporá, Patamona e Wai-Wai, cujos territórios localizam-se predominantemente em áreas mais remotas, como as Terras Indígenas Yanomami e Raposa Serra do Sol. Esses grupos recorrem à

capital para acesso a serviços de média e alta complexidade em saúde, educação, assistência social e comércio, inserindo-se de forma contínua no cotidiano urbano.

Essa dinâmica produz desafios adicionais para a gestão municipal, uma vez que a rede local de saúde passa a atender demandas culturalmente diferenciadas, com perfis epidemiológicos específicos, necessidades linguísticas próprias e maior complexidade assistencial (LANGDON; GARNELO, 2017; GARNELO, 2018; COIMBRA JÚNIOR; SANTOS; ESCOBAR, 2019).

Embora a atenção à saúde indígena seja formalmente atribuída ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), operacionalizado pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, observa-se que a rede municipal de Boa Vista absorve parcela significativa dessa demanda, especialmente nos atendimentos de urgência e emergência, internações hospitalares e procedimentos especializados. Assim, a condição de cidade de retaguarda fronteiriça, aliada à centralidade regional e à expressiva presença indígena no espaço urbano, intensifica a sobrecarga sobre a gestão municipal e contribui para a permanente tensão entre planejamento normativo e execução prática, elemento amplamente reconhecido pela literatura contemporânea ao analisar fragilidades institucionais e limites estruturais da gestão municipal em saúde em contextos amazônicos (BOUSQUAT et al., 2024; MACHADO et al., 2024; VILASBÔAS et al., 2024).

## **2.1 Capacidade Institucional da Gestão Municipal e seus Limites Estruturais no Contexto da Atenção em Saúde em Boa Vista-RR**

A partir da leitura de autores que destacam problemas comuns na administração da saúde nos municípios, como dificuldades para cumprir metas, falta de organização entre os setores e limitações na hora de executar as ações, foi possível compreender a análise dos fatores organizacionais que influenciam a gestão pública da saúde em Boa Vista-RR, mostrando que ainda falta uma ligação mais clara entre o que é planejado e o que realmente é colocado em prática. Ao comparar essas informações com o que a literatura aponta sobre Boa Vista-RR, foi possível perceber que esses desafios também aparecem no contexto local, o que justifica a necessidade de melhorar essa coerência entre planejamento e execução.

No cenário brasileiro, ainda existem diferenças importantes na forma como os municípios conseguem colocar em prática as diretrizes do SUS. Isso significa que a capacidade de gestão nem sempre acompanha o que é previsto nos planejamentos, o que gera dificuldades na organização dos serviços. Essa percepção fica evidente em estudos que destacam a heterogeneidade da gestão e a dificuldade de garantir uma atuação uniforme no nível local

(BOUSQUAT et al., 2024). Essa análise, sugere que municípios em crescimento acelerado, como Boa Vista-RR, também podem enfrentar esses mesmos obstáculos.

Observa-se nesse estudo que um dos pontos mais citados pelos autores é a importância da integração entre os setores que compõem a gestão municipal. Quando essas áreas não se comunicam de maneira eficiente, o processo de tomada de decisões tende a ser mais lento e menos organizado, o que afeta diretamente a qualidade dos serviços oferecidos. Essa necessidade de integração é reforçada por pesquisas que mostram que a agilidade da gestão depende de arranjos organizacionais mais conectados e de fluxos internos melhor sistematizados (CRESPO et al., 2023). Considerando essas informações, fica claro que melhorar essa integração é um passo fundamental para fortalecer a gestão da saúde em Boa Vista-RR.

Assim, pode-se dizer que a dimensão política também é um elemento crítico e interfere diretamente na continuidade dos programas e metas de governo. Em municípios amazônicos, como Boa Vista-RR, mudanças de prioridades administrativas e alternância de equipes podem resultar em instabilidade programática e oscilação de políticas em saúde, conforme reconhecido em análises contemporâneas sobre governança sanitária e continuidade institucional (MACHADO et al., 2024). Esse aspecto demonstra que as dinâmicas políticas têm impacto direto no funcionamento da saúde, pois a gestão precisa de continuidade para alcançar resultados. Quando há trocas constantes de equipes ou mudanças bruscas nas prioridades, muitos projetos deixam de avançar ou perdem força. Por isso, compreender essa relação entre política e gestão é essencial para entender por que tantos programas acabam sofrendo interrupções.

Outro ponto de impacto está relacionado às dificuldades em monitorar indicadores, padronizar instrumentos e consolidar processos avaliativos. A ausência de uma cultura madura de uso de indicadores compromete o diagnóstico institucional preciso e, conseqüentemente, a racionalidade na tomada de decisão local, conforme evidenciado em estudos sobre monitoramento e avaliação no SUS (VILASBÔAS et al., 2024). O autor reforça que, sem informações organizadas e atualizadas, a gestão municipal acaba trabalhando de forma mais reativa do que planejada. A falta de dados confiáveis prejudica a análise das necessidades reais do território, dificultando o direcionamento correto das ações. Desse modo, a avaliação contínua se mostra fundamental para corrigir rotas e melhorar o desempenho da rede pública.

Outrossim, a esfera financeira constitui variável estrutural permanente, principalmente diante do histórico de subfinanciamento do setor. Mesmo iniciativas municipalizadas com clareza estratégica sofrem limitações de alcance quando os orçamentos não acompanham a crescente demanda e a complexidade epidemiológica, realidade corroborada por levantamentos

técnico-institucionais nacionais recentes (PEREIRA et al., 2025). A realidade descrita evidencia um problema que afeta praticamente todos os municípios do país: a verba disponível não cresce na mesma proporção que as necessidades da população. Em Boa Vista-RR, essa distância entre demanda e orçamento fica ainda mais evidente devido ao crescimento populacional acelerado. Assim, mesmo quando a gestão é organizada, a falta de recursos acaba limitando o alcance das ações.

Neste aspecto, pode-se afirmar que:

“O financiamento da saúde no Brasil permanece como um dos pontos mais sensíveis da gestão pública, sobretudo na esfera municipal, onde as demandas assistenciais crescem de forma acelerada e desproporcional às capacidades orçamentárias. A sobrecarga fiscal dos municípios amplia o risco de fragmentação das políticas de saúde e compromete o alcance de ações estratégicas de médio prazo, gerando cenários de constante improvisação, tensionamento das equipes e queda da eficiência gestor-assistencial.” (PEREIRA; CONASS; CONASEMS; MS, 2025, p. 14).

Esse pensamento do autor reforça que o financiamento insuficiente cria um ciclo difícil de romper: as demandas aumentam, as equipes ficam sobrecarregadas e a gestão precisa improvisar continuamente. Esse improviso prejudica a continuidade das ações e diminui a eficiência do sistema, criando dificuldades que se acumulam com o tempo. Assim, percebe-se que o problema financeiro não é apenas numérico, mas afeta diretamente a estrutura e o funcionamento da rede.

Além disso, a distribuição orçamentária entre unidades e serviços nem sempre ocorre em proporcionalidade às necessidades territoriais. A literatura mais atual demonstra que a governança do gasto precisa considerar prioridades clínicas, epidemiológicas e operacionais para minimizar desequilíbrios entre unidades com maior pressão assistencial (CONASS, 2025). Acredita-se que distribuir os recursos de forma igualitária nem sempre é o mais eficiente. Algumas unidades atendem mais pessoas, recebem casos mais complexos e precisam de mais estrutura. Quando isso não é levado em conta, surgem desigualdades que prejudicam toda a rede. Por isso, o planejamento financeiro precisa ser sensível às realidades de cada território.

Do ponto de vista estrutural, Boa Vista-RR apresenta expansão progressiva dos serviços de saúde, porém ainda com sobrecarga em pontos específicos da rede, especialmente serviços de maior densidade tecnológica. Estudos amazônicos demonstram que, em territórios como o Norte, a logística e a heterogeneidade territorial intensificam desafios assistenciais e de cobertura (FURTADO et al., 2025). Nesse sentido, é correto afirmar que uma simples expansão física dos serviços não resolve todos os problemas. A região Norte apresenta características que dificultam o acesso e exigem maior planejamento logístico, o que influencia no dia a dia da gestão. Assim, mesmo com avanços estruturais, alguns gargalos permanecem e precisam de atenção contínua.

Quanto à questão estrutural, Vilasbôas (et al., 2024) expõe que:

A experiência brasileira recente mostra que o monitoramento e a avaliação permanecem fragilizados, porque instrumentos analíticos, indicadores e sistemas de informação ainda não possuem uso sistemático na rotina das gestões municipais. Quando a tomada de decisão é sustentada majoritariamente por demandas emergenciais do cotidiano, e não por indicadores comparáveis e estruturados, o município perde capacidade estratégica de antevisão, planejamento e regulação territorial. (VILASBÔAS et al., 2024, p. 32).

Essa análise reforça que decisões baseadas apenas em urgências do dia a dia acabam comprometendo a qualidade da gestão. Sem ferramentas analíticas e indicadores consistentes, o município não consegue prever cenários e se preparar para eles. Isso gera um ciclo de ações improvisadas, que impede a criação de políticas mais estáveis e estratégicas.

No âmbito da gestão municipal da saúde em Boa Vista-RR, o atendimento à população indígena configura-se como um fator estrutural adicional de sobrecarga e complexificação da rede assistencial. Embora a organização normativa do Sistema Único de Saúde atribua ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), operacionalizado pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), a responsabilidade primária pela atenção a esses povos, observa-se que os serviços municipais absorvem parcela significativa da demanda, sobretudo nos níveis de média e alta complexidade, nas urgências e emergências e nos atendimentos especializados.

Tal realidade é amplamente discutida por Garnelo (2018) e Coimbra Jr., Santos e Escobar (2019), que apontam que a dependência da rede municipal para continuidade do cuidado indígena gera pressões assistenciais não previstas no planejamento local, ampliando filas, tempos de espera e custos operacionais, sem que haja contrapartida financeira proporcional ou pactuação interfederativa suficientemente efetiva.

Além da sobrecarga quantitativa, o atendimento à população indígena impõe desafios qualitativos relevantes à gestão municipal, relacionados à adequação cultural do cuidado, à comunicação intercultural e à fragmentação dos fluxos assistenciais entre o SASI-SUS e a rede urbana.

Segundo Langdon e Garnelo (2017), a ausência de integração consistente entre os sistemas de informação, bem como a insuficiente preparação das equipes municipais para lidar com especificidades socioculturais indígenas, tende a produzir descontinuidade terapêutica, dificuldades de adesão ao tratamento e maior complexidade no acompanhamento clínico. Para a gestão municipal, esses entraves se traduzem em maior esforço organizacional, necessidade constante de readequação de processos e ampliação da carga decisória em contextos já marcados por restrição orçamentária e pressão assistencial.

Assim, a atenção à saúde indígena, embora fundamental para a efetivação do princípio da universalidade do SUS, evidencia limites estruturais da governança municipal, exigindo articulação interfederativa mais robusta, planejamento sensível às diversidades territoriais e fortalecimento institucional para absorção sustentável dessa demanda.

Também se deve destacar que a transformação gerencial depende diretamente das competências formativas dos atores que ocupam funções de gestão. A educação permanente, enquanto estratégia pública, é apontada como fundamental para fortalecer processos decisórios baseados em evidências e ampliar a maturidade gerencial no nível municipal (PHYSIS, 2024). Aqui, é destacada a importância da qualificação das equipes administrativas e técnicas. Quando os gestores não são devidamente preparados, as decisões tendem a ser menos eficientes e menos alinhadas às necessidades da rede. Investir na formação contínua se torna, portanto, uma forma de melhorar a qualidade das decisões e fortalecer a gestão municipal.

Esse contexto é característico da região amazônica e, no caso de Boa Vista-RR, apresenta particularidades decorrentes de sua posição estratégica no extremo Norte do país e de sua proximidade com rotas de deslocamento utilizadas por populações migrantes. Embora o município não faça fronteira direta com outros estados ou países, ele funciona como principal porta de entrada e acolhimento para cidadãos venezuelanos que chegam ao Brasil por Pacaraima, o que repercute na capacidade de organização da rede local. O fluxo migratório constante — especialmente a entrada de cidadãos venezuelanos — tenciona a capacidade de resposta do município e exige adaptações permanentes da estrutura administrativa e do modelo de planejamento (BARBOSA et al., 2024).

Assim, cabe ressaltar que, de acordo com o autor:

Nos territórios amazônicos, a gestão em saúde é impactada por um conjunto de variáveis que incluem fluxo migratório intenso, diversidades socioculturais, distâncias logísticas e ampliação repentina de demandas. Estas condições produzem um efeito de permanente pressão sobre a rede pública local, exigindo maior elasticidade administradora e capacidade de reorganização em tempo reduzido, o que amplia a complexidade do processo de gestão municipal em saúde.” (BARBOSA et al., 2024, p. 07).

De acordo com esse pensamento, os desafios enfrentados por Boa Vista-RR vão além dos problemas comuns das capitais brasileiras. A cidade precisa lidar com fatores externos, como a migração em massa, que aumentam rapidamente a demanda e exigem respostas ágeis. Isso faz com que a gestão tenha que se adaptar constantemente, o que aumenta a complexidade do planejamento.

Nesse sentido, compreender a interação e retroalimentação entre esses fatores permite superar a análise fragmentada da gestão. A literatura recente aponta que o fortalecimento

institucional do SUS exige abordagem sistêmica, visão integrada dos fluxos e capacidade de resiliência administrativa diante de cenários dinâmicos (PASCHOALOTTO et al., 2025).

Este entendimento mostra que olhar cada problema de forma isolada não é suficiente. É necessário observar como eles se conectam e influenciam uns aos outros, pois somente assim é possível construir soluções mais completas. Essa visão integrada ajuda a fortalecer a gestão e a preparar o município para desafios futuros.

O período da pandemia de COVID-19 representou um marco crítico para a gestão municipal da saúde em Boa Vista-RR, ao expor de forma abrupta e intensa fragilidades estruturais, limitações operacionais e desafios históricos já presentes na organização da rede local. A rápida expansão da demanda assistencial, associada à necessidade de reorganização imediata dos fluxos de atendimento, exigiu da gestão municipal respostas emergenciais em um cenário de elevada incerteza sanitária, restrição de recursos e instabilidade epidemiológica.

Nesse contexto, observou-se a priorização de medidas voltadas à ampliação temporária do acesso, como reorganização da atenção básica, ajustes nos horários de funcionamento das unidades, redirecionamento de equipes e suspensão seletiva de procedimentos eletivos, estratégias que permitiram manter a assistência essencial, ainda que sob forte pressão operacional. A pandemia, portanto, funcionou como elemento catalisador de tensões preexistentes, tornando mais visível a dependência do sistema municipal de respostas contingenciais diante da ausência de maior previsibilidade estrutural.

Além dos impactos imediatos sobre a capacidade de atendimento, a pandemia produziu efeitos prolongados sobre a gestão municipal, sobretudo no que se refere ao acúmulo de demanda reprimida, à sobrecarga das equipes e à dificuldade de retomada plena das rotinas assistenciais no período pós-crítico. A necessidade de concentrar esforços no enfrentamento da COVID-19 implicou atrasos em exames, consultas especializadas e procedimentos de média complexidade, ampliando filas e pressionando ainda mais a rede após a redução dos casos agudos.

Para a gestão municipal, esse cenário evidenciou a fragilidade dos mecanismos de planejamento em situações de crise prolongada, bem como a limitação da capacidade de absorver choques externos sem comprometer a continuidade das demais políticas de saúde. Diante disso, a experiência pandêmica reforçou a centralidade da gestão municipal como instância decisiva na organização da resposta sanitária, ao mesmo tempo em que revelou a urgência de fortalecimento institucional, ampliação da capacidade analítica e consolidação de estratégias que permitam maior resiliência do sistema local frente a eventos epidemiológicos de grande magnitude.

Assim, compreender o percurso histórico das políticas municipais de saúde em Boa Vista-RR constitui etapa fundamental para a análise dos impasses e desafios atualmente enfrentados pela gestão local. A observação longitudinal das diferentes gestões permite identificar continuidades, mudanças, avanços e limitações que marcaram a organização do sistema municipal ao longo do tempo, evidenciando como decisões políticas, contextos econômicos e eventos conjunturais influenciaram a estruturação da rede de serviços. Nesse sentido, o quadro a seguir apresenta uma síntese analítica dos últimos vinte anos da política municipal de saúde, destacando os principais marcos, transformações e obstáculos observados em cada período, contribuindo para uma leitura contextualizada da capacidade institucional e dos limites operacionais do município.

**Quadro 01** – Percurso histórico das políticas municipais de saúde em Boa Vista-RR (2005–2025)

<b>Período</b>	<b>Gestão municipal (Prefeito)</b>	<b>Avanços e mudanças observadas nas políticas de saúde</b>	<b>Impasses, limites e retrocessos verificados</b>
2005–2006	<b>Teresa Surita</b> (mandato interrompido)	Manutenção da estrutura básica da rede municipal de saúde herdada do período territorial e fortalecimento administrativo inicial da secretaria municipal.	Baixa capacidade instalada frente ao crescimento urbano; limitação da rede básica; ausência de expansão significativa de serviços especializados.
2006–2012	<b>Iradilson Sampaio</b>	Ampliação gradual da Estratégia Saúde da Família (ESF); manutenção de serviços essenciais; fortalecimento da atenção básica como porta de entrada do sistema.	Crescimento populacional superior à expansão da rede; dificuldades de financiamento; carência de profissionais especializados; fragilidade na integração entre níveis de atenção.
2013–2014	<b>Teresa Surita</b>	Reorganização administrativa do município; início de planejamento para ampliação da rede física de saúde; fortalecimento do papel da atenção primária.	Limitações orçamentárias; demora na entrega de novas unidades; manutenção de filas para procedimentos especializados e exames.
2015–2016	<b>Teresa Surita</b>	Implantação de Unidades Básicas de Saúde com funcionamento ampliado (UBS 24h); melhoria do acesso em bairros periféricos; redução pontual da sobrecarga hospitalar.	Aumento dos custos operacionais; dificuldades de manter equipes completas em regime estendido; pressão financeira contínua sobre o orçamento municipal.
2017–2019	<b>Teresa Surita</b>	Continuidade da expansão da atenção básica; reforço de programas preventivos; integração parcial com ações estaduais.	Insuficiência de leitos hospitalares; dependência de repasses externos; aumento da demanda por média e alta complexidade sem expansão proporcional da oferta.
2020	<b>Teresa Surita</b>	Adoção de medidas emergenciais durante a pandemia de COVID-19; ampliação temporária de horários nas UBS; reorganização de fluxos assistenciais.	Sobrecarga extrema da rede; escassez de insumos e profissionais; suspensão de atendimentos eletivos; atraso em exames e procedimentos não urgentes.
2021–2022	<b>Arthur Henrique</b>	Reorganização pós-pandemia; retomada gradual de atendimentos eletivos; investimentos iniciais em novas	Demanda reprimida acumulada no período pandêmico; dificuldades para regular filas de espera; limitações na

Período	Gestão municipal (Prefeito)	Avanços e mudanças observadas nas políticas de saúde	Impasses, limites e retrocessos verificados
		unidades básicas; fortalecimento da atenção primária.	capacidade de resposta da média complexidade.
2023–2024	Arthur Henrique	Inauguração de novas UBS; ampliação do horário de funcionamento da atenção primária; investimentos em infraestrutura física da rede municipal.	Persistência da pressão sobre urgências e emergências; desafios para garantir profissionais suficientes; dependência de pactuações interfederativas para serviços especializados.
2025	Arthur Henrique (reeleito)	Ampliação do atendimento da atenção básica até 1h da manhã; continuidade da expansão da rede física; fortalecimento do acesso territorializado.	Aumento dos custos fixos da rede; necessidade de maior financiamento federal e estadual; risco de sobrecarga das equipes diante da ampliação contínua da demanda populacional.

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do TSE, Prefeitura Municipal de Boa Vista, Diário Oficial do Município, Relatórios Anuais de Gestão (DigiSUS), IBGE e Ministério da Saúde (2005–2025).

O percurso histórico das políticas municipais de saúde em Boa Vista-RR revela um movimento contínuo de expansão do acesso, sobretudo por meio da atenção básica e da ampliação do horário de funcionamento das unidades, ao mesmo tempo em que evidencia impasses estruturais persistentes, como limitações financeiras, crescimento populacional acelerado, pressão migratória e dependência de pactuações interfederativas para garantir atenção especializada. Ao longo das diferentes gestões, os avanços se concentraram principalmente na ampliação da rede física e do acesso territorial, enquanto os retrocessos e dificuldades se relacionaram à sustentabilidade operacional, à manutenção de equipes completas e à capacidade de absorção de demandas cada vez mais complexas.

## 2.2 Limitações Estruturais e Desafios Operacionais na Implementação das Políticas Municipais de Saúde em Boa Vista-RR

A gestão municipal da saúde em Boa Vista-RR demonstra que grande parte das decisões administrativas ainda é atravessada por limitações concretas de material, equipe, insumos e tempo operacional. Quando a capacidade instalada é insuficiente, a percepção profissional tende a associar “gestão” a “apagar incêndios” e não à formulação de estratégias, o que enfraquece a identidade gestora institucional (BOUSQUAT et al., 2024). Nota-se que, na prática, a gestão acaba ficando mais presa às urgências do dia a dia do que à construção de ações de longo prazo. Isso gera um ambiente de trabalho desgastante, onde muitos profissionais sentem que estão apenas tentando resolver problemas imediatos. Com isso, torna-se difícil consolidar processos mais organizados e fortalecer a visão estratégica da gestão.

Dessa forma, fica mais fácil compreender por que as limitações administrativas acabam atingindo diretamente a rotina das unidades de saúde. Nesse contexto, é possível notar que as fragilidades da gestão repercutem diretamente na sobrecarga das rotinas de trabalho,

sobretudo em unidades que concentram maior número de atendimentos por demanda espontânea. De acordo com Bousquat et al., (2024, p. 41) “No cotidiano do serviço, os profissionais percebem que a falta de estrutura e a instabilidade organizacional reduzem a capacidade de resposta da gestão municipal.” Esse cenário se torna ainda mais evidente quando a rede não possui fluxos de encaminhamento estáveis e articulados entre os serviços.

No que tange a este aspecto, o autor expõe que:

Nos municípios brasileiros, observa-se a percepção recorrente de que a gestão pública da saúde opera, frequentemente, em um cenário de improvisação permanente. Essa sensação é relatada tanto por gestores como por equipes técnicas, que se veem obrigados a organizar fluxos e processos em contexto de insuficiência material, instabilidade orçamentária e acúmulo de demandas. Essa realidade produz desgaste cotidiano, reforça tensões internas entre planejamento e execução, e compromete a identidade gerencial institucional, pois retira da gestão o seu caráter estratégico e a converte em uma atividade essencialmente operacional e reativa. (BOUSQUAT et al., 2024, p. 39).

De acordo com os autores, o ambiente político interfere fortemente na continuidade das ações, e o ciclo administrativo nem sempre acompanha o ciclo epidemiológico do território. “Quando os indicadores não orientam a tomada de decisão, a ação gestora torna-se reativa, e os profissionais sentem que trabalham sob orientação de urgência permanente.” (VILASBÔAS et al., 2024, p. 30). Quando há alternância de prioridades políticas, a equipe percebe uma “descontinuidade de sentido” na política de saúde municipal (MACHADO et al., 2024).

Outro ponto recorrente que merece destaque está nas particularidades encontradas em cidades da região amazônica. Em muitos contextos amazônicos, ainda não existe uma cultura institucional consolidada de análise de dados da própria rede de saúde, como indicadores de atendimento, perfil epidemiológico, volume de usuários e uso dos serviços. “Em municípios da região amazônica, o sistema opera no limite, sobretudo quando há pressão migratória e sobrecarga dos serviços.” (BARBOSA et al., 2024, p. 07).

De acordo com o autor, além dos desafios gerais da gestão, os municípios amazônicos lidam com uma realidade de pressão constante sobre os serviços. Quando os dados disponíveis não são usados de forma organizada, a gestão perde a chance de planejar melhor e antecipar problemas. Assim, a rede acaba funcionando sempre no limite, reagindo às demandas em vez de conseguir se preparar para elas.

Nesse cenário, os instrumentos de gestão até existem — como sistemas de informação, indicadores e relatórios — mas não são utilizados na amplitude necessária, o que faz com que os profissionais percebam que a decisão política não dialoga com a realidade mensurável da rede (VILASBÔAS et al., 2024).

Isso reforça a ideia de que não basta ter sistemas e números disponíveis se eles não forem usados para orientar as decisões do dia a dia. Para os trabalhadores, essa distância entre

o que é decidido “lá em cima” e o que é vivido nas unidades gera sensação de desconexão. Dessa forma, as decisões podem parecer pouco realistas, porque não consideram aquilo que os dados mostram sobre a rotina e as necessidades reais do serviço.

Sobre a falta de uso adequado dos dados e a pressão constante acerca dos serviços amazônicos, pode-se dizer que:

As percepções sobre a gestão pública da saúde em territórios amazônicos, especialmente em municípios de fronteira, traduzem sentimentos de fragilidade institucional diante de pressões externas, como o aumento súbito da demanda, a instabilidade epidemiológica e o fluxo migratório. Para esses trabalhadores, a sensação dominante é a de que os serviços operam no limite estrutural e logístico, ampliando a dificuldade de manter regularidade nos processos. Essa conjuntura reforça a compreensão de que o modelo de gestão municipal ainda não consegue garantir estabilidade para o planejamento em médio prazo, pois a execução cotidiana consome toda a capacidade operativa das equipes.” (BARBOSA et al., 2024, p. 08).

Isso reforça que, além dos desafios já citados, existe também um sentimento de fragilidade constante entre os profissionais. Eles percebem que a rede está sempre funcionando no limite, o que aumenta a sensação de instabilidade e pressão no dia a dia. Assim, fica evidente que a gestão não consegue se planejar com antecedência, porque está sempre ocupada resolvendo problemas urgentes, deixando o sistema mais vulnerável.

Desse modo, é possível entender que a realidade descrita por Barbosa se conecta diretamente com a falta de uso de dados e a sobrecarga estrutural discutida no parágrafo anterior, reforçando que esses fatores se acumulam e explicam por que Boa Vista-RR enfrenta tantas dificuldades para manter estabilidade na gestão.

A falta de estabilidade na gestão, associada à pressão contínua exercida sobre os serviços públicos essenciais da região, somada ao subfinanciamento histórico que marca o Norte do país, produz um ambiente permanente de insuficiência, ainda que exista empenho técnico para aprimorar a oferta assistencial. A percepção subjetiva é que “sempre falta algo”, o que gera sensação coletiva de atraso crônico, mesmo em contextos nos quais a gestão demonstra comprometimento (PEREIRA et al., 2025).

Acredita-se que a falta de recursos financeiros não é apenas um problema técnico, mas também o sentimento das equipes. Os profissionais percebem que os serviços nunca conseguem alcançar todo o potencial porque o orçamento não acompanha a necessidade real. Assim, mesmo quando existe esforço e dedicação, a sensação é de que a rede está sempre “correndo atrás do prejuízo”, sem conseguir equilibrar demanda e estrutura. Com isso, fica mais fácil entender a situação de municípios como Boa Vista-RR, onde outros fatores se somam ao subfinanciamento, agravando essa percepção de insuficiência.

Em Boa Vista-RR, essa percepção se intensifica pela pressão migratória e pelo crescimento rápido de demanda populacional, o que faz profissionais entenderem que a rede

está sempre atuando “no limite”. Essa percepção não é abstrata — ela é baseada na vivência cotidiana de atendimento (BARBOSA et al., 2024). Tal concepção reforça a teoria de que o aumento constante da população atendida é incompatível com o tempo disponível para que a rede se reorganize. Os profissionais vivenciam diariamente filas maiores, casos mais complexos e mudanças rápidas na demanda, o que torna a sensação de sobrecarga algo real e concreto. Dessa forma, a percepção de limite não é baseada apenas no aspecto emocional, mas também em experiências diárias que confirmam a pressão sobre os serviços.

Por esse motivo, a discussão sobre a crise migratória tem se tornado cada vez mais relevante, principalmente no que diz respeito ao modo como ocorre a alteração no funcionamento dos serviços. Sobre isto, Barbosa (2024) expõe que:

“A crise migratória venezuelana alterou profundamente a rotina dos serviços de saúde de municípios fronteiriços do Norte do Brasil, como Boa Vista-RR. A ampliação repentina da demanda, associada à chegada de indivíduos em situação de vulnerabilidade clínica, nutricional e psicossocial, pressiona a rede municipal além de sua capacidade de planejamento e resposta. Os profissionais relatam que o impacto não se limita ao acréscimo numérico de atendimentos, mas envolve também mudanças epidemiológicas, aumento de agravos e maior complexidade assistencial, o que transforma o cotidiano operacional e exige reorganização constante dos fluxos internos e dos processos de trabalho.” (BARBOSA et al., 2024, p. 09).

Tem-se nessa contribuição do autor a noção cristalina de que a migração não trouxe apenas um aumento na quantidade de atendimentos, mas também na complexidade dos casos, o que exige muito mais da rede e das equipes. A chegada de pessoas em vulnerabilidade amplia os desafios e obriga a gestão a se reorganizar o tempo todo, o que torna o trabalho mais intenso e imprevisível. Por isso, esse fenômeno impacta diretamente a rotina e explica por que os profissionais sentem que a rede está sempre em sobrecarga.

Assim, observa-se que a crise migratória se conecta diretamente ao sentimento de limite e à sensação de insuficiência mencionada anteriormente, reforçando um ciclo de pressão contínua sobre a gestão e os serviços.

Ainda sobre o impacto da crise migratória na rede e o aumento da pressão assistencial, entende-se que a distribuição orçamentária nem sempre reflete a carga de trabalho real de cada unidade, construindo a percepção de que o critério de repasse não acompanha o critério de necessidade, o que gera um sentimento de injustiça territorializada dentro da própria rede (CONASS, 2025). Assim, pode-se dizer que, quando os recursos não são distribuídos conforme o volume e a complexidade dos atendimentos, algumas unidades ficam sobrecarregadas e mal apoiadas. Isso gera um sentimento de desigualdade entre os profissionais, que percebem que trabalham mais, porém recebem menos suporte. Desse modo, a rede passa a funcionar de forma desbalanceada, o que aprofunda ainda mais os gargalos assistenciais. Por esse motivo, torna-se

importante observar como outras fragilidades estruturais se somam à distribuição inadequada de recursos.

Seguindo essa linha de desigualdades internas na rede, destaca-se, ainda, que a infraestrutura física se mantém insuficiente em alguns pontos de atenção, principalmente nas portas de entrada de maior densidade assistencial, o que reforça a sensação de que a ampliação da rede ocorre em ritmo inferior à ampliação da demanda (FURTADO et al., 2025). Essa premissa mostra que, mesmo quando existem avanços, eles não acompanham a velocidade do aumento de usuários. As unidades mais procuradas acabam ficando sem espaço, sem equipamentos e sem condições adequadas de trabalho, o que intensifica a sensação de sobrecarga. Dessa forma, o crescimento físico da rede não acompanha o crescimento populacional, aprofundando os desafios diários da gestão. Essa insuficiência estrutural também afeta a capacidade de planejar o futuro.

Além da falta de estrutura física adequada, há ainda o fator subjetivo da incapacidade de planejar o futuro. Quando o sistema opera permanentemente em resposta emergencial, profissionais têm a percepção de que “não existe tempo para pensar”, apenas para executar, o que reforça a imagem simbólica de que gestão virou apenas uma função operacional e não uma função política-estratégica (PASCHOALOTTO et al., 2025).

Assim, fica evidente que, quando tudo vira emergência, o espaço para planejamento desaparece. Os profissionais passam a viver apenas o imediatismo, o que compromete a visão estratégica da gestão e dificulta a construção de soluções duradouras. A gestão deixa de ser um processo de organização e passa a ser um processo de “apagar incêndios”, o que desmotiva e sobrecarrega ainda mais as equipes. Essa dificuldade de planejar também se conecta diretamente ao papel do orçamento nas decisões municipais.

Nesse sentido, ao relacionar a falta de tempo para planejar à pressão diária por resultados imediatos, quando analisamos a gestão municipal, a sensação é de que o planejamento é fortemente condicionado à agenda financeira — e não às metas sanitárias — o que reforça a percepção de que a “lógica do orçamento” se impõe sobre a “lógica da saúde” (PEREIRA et al., 2025). Portanto, quando o orçamento é reduzido, a gestão deixa de responder às necessidades reais da população. As decisões passam a seguir a disponibilidade financeira e não as prioridades sanitárias, criando um descompasso entre aquilo que é urgente e aquilo que é possível. Isso gera frustração entre os profissionais, que percebem que muitas ações importantes deixam de ser realizadas por falta de recursos. Essa limitação financeira também se relaciona com outro problema importante: o pouco acesso aos instrumentos técnicos.

A partir daí pode-se afirmar que os desafios internos que dificultam a tomada de decisão, são recorrentes à percepção de que os instrumentos técnicos são sofisticados, porém

pouco disseminados entre as equipes, o que gera uma diferença entre gestores “iniciados” e profissionais “apenas executores”, criando uma fragmentação simbólica do conceito de gestão dentro da secretaria (PHYSIS, 2024).

Uma problemática recorrente no serviço público é que, mesmo quando existem ferramentas importantes de planejamento, muitos profissionais não têm acesso ou capacitação para utilizá-las. Isso cria uma divisão dentro da própria gestão, onde alguns têm domínio sobre os instrumentos e outros apenas executam ordens. Essa diferença prejudica o trabalho coletivo e faz com que as decisões pareçam distantes da realidade das unidades. Essa fragmentação se reflete diretamente na forma como os profissionais percebem a gestão.

Urge ressaltar, ainda sobre a análise das fragilidades estruturais aqui já discutidas que os impactos das limitações gerenciais no município de Boa Vista-RR demonstram como a baixa previsibilidade operacional, associada à pressão cotidiana por respostas rápidas acaba repercutindo diretamente no fluxo dos usuários, nos tempos de espera e na capacidade de absorção de demanda pela rede municipal.

Tem-se que a administração pública, quando não dispõe de plena estabilidade organizacional, tende a transferir a pressão institucional para as unidades executoras, convertendo problemas macroestruturais em sobrecarga micro institucional. Dessa forma, dificuldades de planejamento tornam-se dificuldades de entrega assistencial, pois estão interligadas. Este fenômeno tem sido apontado em estudos sobre fragilidades de gestão municipal em diferentes regiões do país (MORAIS, 2024).

Para o autor, quando a gestão não consegue prever demandas e organizar suas ações com antecedência, toda a pressão cai sobre quem está na linha de frente. Os trabalhadores passam a sentir diretamente os efeitos da falta de organização, pois enfrentam filas maiores, mais reclamações e serviços funcionando no limite. Assim, falhas gerenciais acabam se tornando problemas bem visíveis no cotidiano das unidades. Essa situação se agrava ainda mais quando o orçamento e a demanda caminham em direções opostas.

Igual modo, nos cenários em que prevalece restrição orçamentária e aumento de demanda, a rede tende a operar acima de sua capacidade, o que compromete o desempenho das equipes e intensifica pontos críticos de fluxo nas portas de entrada do sistema. Tal cenário reforça que, quando faltam recursos ao mesmo tempo em que a procura aumenta, os serviços inevitavelmente entram em colapso operacional. Os profissionais passam a lidar com sobrecarga constante e com a sensação de que o trabalho nunca dá conta do que a população precisa. Isso gera desgaste físico e emocional, além de impactar diretamente a qualidade do atendimento. Por isso, torna-se essencial fortalecer mecanismos internos de gestão.

Nesse sentido, o fortalecimento da gestão municipal em saúde não depende apenas de aporte financeiro, mas principalmente da consolidação de mecanismos internos que assegurem previsibilidade, continuidade operacional e capacidade analítica. “A efetividade institucional não se constrói a partir de ações isoladas, mas sim pela maturação gradual de processos que permitam ao município transformar necessidade sanitária em planejamento, planejamento em decisão e decisão em ação executável. Esse ciclo é o que diferencia gestão de improvisação.” (CARVALHEIRO, 2024, p. 27).

Assim, para a gestão funcionar bem, não basta ter dinheiro — é preciso ter organização e processos estáveis. Quando o município consegue planejar, monitorar e avaliar suas ações, ele deixa de depender do imprevisto e passa a trabalhar com mais segurança. Isso fortalece tanto as decisões quanto a prática das equipes. Essa necessidade de coerência entre planejamento e prática também aparece quando analisamos o desempenho e os indicadores municipais.

A literatura recente mostra que, nessas condições, a resolutividade não depende apenas de esforço humano, mas da simetria entre planejamento, previsibilidade e oferta real de meios de trabalho. Quando isso não ocorre, metas pactuadas deixam de ser alcançadas e indicadores de desempenho se deterioram, mesmo quando há dedicação técnica das equipes de saúde (PINTO, 2025). Isso demonstra que não adianta exigir resultados das equipes quando elas não têm condições materiais e estruturais para alcançá-los. A dedicação dos profissionais não substitui a necessidade de boas ferramentas, ambientes adequados e processos organizados.

De acordo com autores contemporâneos, embora bem formuladas no papel, as políticas municipais muitas vezes não acompanham a velocidade das transformações sanitárias e sociais de cada território. Tal fenômeno se acentua quando o arcabouço burocrático é lento e a realidade sanitária é rápida, como acontece em regiões dinâmicas do Norte (GIRO; ALMEIDA, 2023). Mesmo com documentos bem estruturados, a prática acaba ficando para trás. Isso cria atrasos na execução e impede que a política chegue como deveria nas unidades de saúde. Essa distância entre teoria e prática também afeta políticas essenciais, como a Atenção Básica no município.

No caso de Boa Vista-RR, as políticas estruturantes da atenção básica assumem papel nuclear na organização da rede, porém o ritmo de implantação dessas políticas sofre interferência direta de variáveis financeiras e contingenciais. Mesmo com arcabouço normativo adequado, a concretização das diretrizes depende de estabilidade orçamentária e capacidade técnica interna para execução. (GIOVANELLA; MENDES, 2021). A Atenção Básica é fundamental para estruturar o sistema, mas sua implantação não avança quando faltam condições mínimas para executá-la. Mesmo com diretrizes claras, sem orçamento e equipe suficiente, ela não consegue alcançar seus objetivos. Isso reforça a ideia de que resultados assistenciais dependem mais da organização interna do que do texto normativo em si.

Estas limitações repercutem nos resultados assistenciais e os tornam mais dependentes da extração máxima de esforço humano do que da consistência dos processos e instrumentos institucionais de governança. Tal desequilíbrio tende a fragilizar a legitimidade gerencial, pois reforça a ideia de que a rede de saúde depende da “boa vontade”, e não de sistemas maduros e estáveis. Isso cria uma dinâmica de gestão vulnerável, contingencial e pouco previsível (CARVALHEIRO, 2024). Quando a gestão depende apenas de esforço humano e não de processos sólidos, os resultados se tornam instáveis. A sobrecarga aumenta, e a impressão é de que tudo depende da disposição individual dos profissionais, e não de uma estrutura organizada. Isso enfraquece a confiança na gestão e torna o sistema mais frágil.

Considerando que parte das políticas municipais apresenta maturidade normativa, porém baixa maturidade executiva, observa-se que há programas com escopo estruturado, objetivos definidos, indicadores previstos, porém sem lastro logístico suficiente para execução contínua, o que demonstra que a política escrita não garante, por si só, capacidade operativa. (PAIM, 2022). A distância entre o ideal e o possível aumenta, e isso compromete o resultado final das políticas públicas. Assim, o que está no papel nem sempre se transforma em realidade. Essa contradição também aparece nas análises sobre execução de normas sanitárias.

Muitas políticas públicas de saúde têm robustez conceitual e fragilidade executiva, especialmente em municípios com demandas complexas. “Normas fortes não garantem execução forte se os mecanismos de gestão não absorvem, reorganizam e operacionalizam os instrumentos.” (DALLARI, 2021, p. 19). É preciso ter capacidade de aplicá-las. Se a gestão não consegue transformar as normas em ações práticas, elas perdem força e impacto. Assim, o problema não está na política, mas na execução. Essa conclusão leva diretamente à importância de um modelo de gestão baseado em evidências.

Nesse contexto, o rearranjo institucional necessário para reduzir este descompasso exige maior uso de metodologias de previsão, análise de risco e monitorização contínua da performance assistencial, substituindo decisões reativas por decisões fundadas em tendência e evidência. Em contextos de instabilidade, a ação estratégica depende menos de manuais e mais de inteligência institucional aplicada (LIMA, 2024). Planejar exige mais do que seguir normas: é preciso interpretar dados, prever cenários e entender riscos. Sem isso, a gestão continua reagindo aos problemas sem conseguir evitá-los. Assim, falta de análise estratégica mantém o município preso ao imprevisto. Essa falta de análise também afeta o uso de indicadores.

Autores recentes enfatizam que a análise sistemática de indicadores não deve ser tratada como adendo burocrático, mas como instrumento primário de governo, capaz de reduzir imprevisto e fortalecer coerência interna. Quando os dados são tratados como mera formalidade documental, o planejamento perde aderência ao cenário sanitário real, e o gestor se distancia da

racionalidade técnica na tomada de decisão (BAHIA, 2023). Indicadores não podem ser vistos apenas como papéis ou relatórios. Eles são ferramentas essenciais para entender o território e orientar decisões. Quando essa análise não é feita, o planejamento perde precisão e deixa de refletir a realidade.

Seguindo esse conceito, é correto afirmar que, a articulação entre política e técnica aparece como elemento decisivo para superar descompassos históricos, exigindo que instrumentos de gestão sejam atualizados com base em evidências e não apenas em conveniências administrativas. Quando o processo decisório não está alinhado à necessidade sanitária efetiva do território, esforços isolados tendem a produzir impacto limitado, insuficiente ou temporário, sem consolidar melhoria real (SANTOS; REIS, 2023). Assim, pode-se dizer que a tomada de decisões políticas precisa estar conectada com a realidade do território, e não apenas com interesses administrativos. Quando essa conexão não existe, as ações perdem força e não geram mudanças significativas.

Nesse contexto, tem-se que uma via possível de fortalecimento institucional é ampliar o peso das ferramentas analíticas internas e desenvolver capacidade de aprendizado organizacional permanente. (SOUZA, 2025). Logo, o aprendizado constante é essencial para melhorar a gestão. Quando o município consegue avaliar suas ações e fazer ajustes, ele se torna mais eficiente e menos dependente de mudanças grandes ou lentas.

No caso amazônico, essa ampliação de capacidade deve considerar a diversidade socioterritorial, a sazonalidade de agravos, a variação epidemiológica e a pressão migratória, sob pena de a gestão municipal de Boa Vista-RR permanecer condicionada por ciclos externos. Ignorar estas especificidades significa replicar modelos administrativos genéricos que não respondem ao território (NORONHA, 2025). Conforme apresentado acima, cada território tem suas próprias necessidades, e Boa Vista não pode simplesmente copiar modelos de outras regiões. A gestão precisa considerar as características locais, como distâncias, perfil de adoecimento e sazonalidade.

Outro vetor estratégico é o fortalecimento das estruturas interfederativas, pois estudos recentes demonstram que arranjos horizontais e verticais de pactuação reduzem riscos de respostas fragmentadas e aumentam a capacidade de solução em escala de rede. A governança federativa, quando madura, redistribui responsabilidades e amplia racionalidade do gasto (MACHADO; SANTOS, 2024). Vale reforçar que o trabalho conjunto entre municípios, estados e União é essencial para lidar com problemas complexos. A pactuação ajuda a dividir responsabilidades e organizar melhor o uso dos recursos. Assim, a gestão deixa de trabalhar isolada e passa a integrar esforços. Essa integração reforça a necessidade de núcleos de governança municipal mais preparados.

Nesse sentido, entende-se que estratégias de melhoria devem convergir para a formação de núcleos de governança municipal mais tecnicizados, capazes de reorganizar fluxos, qualificar indicadores e redefinir prioridades com base na realidade sanitária. É o que afirma Silva; Prado (2025, p. 22), ao proferir que “Gestão inteligente é aquela que transforma dado em decisão e decisão em capacidade instalada.” Isso demonstra que gestão eficiente depende de transformar informações em ações concretas. Não basta coletar dados: é preciso usá-los para melhorar a estrutura, reorganizar processos e fortalecer a rede. Assim, a gestão deixa de ser apenas administrativa e passa a ser verdadeiramente estratégica.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise integrada dos impasses gerenciais que incidem sobre a gestão pública da saúde em Boa Vista-RR evidencia que os desafios do município não são isolados em episódios distintos, mas resultam de um conjunto articulado de condicionantes estruturais, políticos, administrativos e financeiros, que moldam o cotidiano da formulação, implementação e execução das políticas municipais. Esse estudo demonstrou que a capacidade operacional da rede depende da estabilidade institucional e da coerência entre planejamento, orçamento, meios de trabalho e exigências sanitárias reais, e que oscilações nessas variáveis repercutem imediatamente nas rotinas de prestação de serviços da rede pública.

Nesse quadro, observaram-se limites concretos no ritmo de implantação de políticas, na continuidade das ações e na dependência de respostas contingenciais, indicando que o desenho normativo municipal se mostra, em alguns períodos, mais avançado que sua força executiva. Tais conclusões permitiram situar os objetivos como elemento de convergência, ao demonstrar que, diante dessas condições, o município necessita avançar para a adoção de estratégias de fortalecimento institucional pautadas em uso ampliado de dados, revisão de prioridades operativas, aumento da capacidade preditiva e desenvolvimento de núcleos analíticos que permitam reduzir improvisações, fortalecer governança e reequilibrar o ciclo planejamento-execução.

Dessa forma, entende-se que a gestão pública da saúde em Boa Vista-RR se encontra diante de um desafio duplo: de um lado, manter a assistência funcional perante pressões externas, como o crescimento de demanda e a variabilidade epidemiológica; de outro, desenvolver meios de governança capazes de deslocar o processo decisório da reação imediata para a decisão racional estruturada. Assim, evidencia-se que a superação dos limites identificados requer não apenas aumento de recursos, mas a maturação de instrumentos internos, metodologias de gestão e mecanismos de análise que consolidem uma cultura

institucional mais estável, menos dependente de contingências e mais orientada por evidência, racionalidade técnica e continuidade administrativa.

## REFERÊNCIAS

BAHIA, Lígia. Uso de dados como instrumento de governo municipal no SUS. *Revista Brasileira de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 112–125, 2023.

BARBOSA, L. A. et al. Migrantes venezuelanos e direito à saúde em territórios amazônicos brasileiros. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 34, e34036, p. 1–11, 2024.

BOA VISTA (RR). **Diário Oficial do Município**. Atos do Poder Executivo Municipal. Boa Vista, RR, diversos números e anos.

BOA VISTA (RR). **Prefeitura Municipal de Boa Vista**. Portal institucional. Boa Vista, RR, s.d. Disponível em: <https://www.boavista.rr.gov.br>. Acesso em: 2025.

BOA VISTA (RR). **Prefeitura Municipal de Boa Vista**. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatórios Anuais de Gestão (RAG)*. Boa Vista, RR: DigiSUS Gestor, diversos anos (2005–2025).

BOUSQUAT, Ana et al. Desafios na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 38, n. 112, 2024.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios, diretrizes e organização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, s.d.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. *DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, s.d. Disponível em: <https://digisus.saude.gov.br>. Acesso em: 2025.

BRASIL. **Tribunal Superior Eleitoral (TSE)**. Resultados eleitorais municipais: Boa Vista (RR). Brasília, DF: TSE, diversos pleitos. Disponível em: <https://www.tse.jus.br>. Acesso em: 2025.

CARVALHEIRO, José. Racionalidade administrativa e capacidades institucionais na gestão municipal em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, p. 19–35, 2024.

COIMBRA JÚNIOR, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo V.; ESCOBAR, Ana Lúcia. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Financiamento do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2025.

CRESPO, C. F. et al. Ser gestor SUS: apoio à qualificação da gestão municipal do Sistema Único de Saúde. *RBAAD – Revista Brasileira de Aprendizagem Aberta e a Distância*, v. 22, n. 1, 2023.

DALLARI, Sueli. Políticas públicas de saúde e limites executivos municipais. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 15–28, 2021.

FERNANDES, R.; SILVA, T. Dinâmica do adoecimento em territórios amazônicos e impactos na gestão municipal. *Revista Amazônia & Saúde*, Manaus, v. 12, n. 1, p. 9–21, 2025.

GARNELO, Luiza. Saúde indígena no Brasil: desafios e perspectivas contemporâneas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00120817, 2018.

GIOVANELLA, Lígia; MENDES, Áquilas. Atenção primária e governança municipal: desafios contemporâneos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. esp., p. 33–47, 2021.

GIRO, M.; ALMEIDA, J. Capacidade normativa municipal e fragilidades executivas em políticas de saúde. *Políticas Públicas em Revista*, Brasília, v. 19, n. 2, p. 47–61, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Boa Vista: histórico do município*. Rio de Janeiro: IBGE, s.d. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010; Censo Demográfico 2022: Boa Vista – RR*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010; 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 2025.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). *Povos indígenas em Roraima*. São Paulo: ISA, 2023. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org>. Acesso em: 2025.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. Articulação entre sistemas médicos: desafios para a atenção à saúde indígena no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 217–226, 2017.

LIMA, C. Aprendizagem institucional e previsibilidade gerencial na administração pública em saúde. *Gestão & Evidência*, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 87–103, 2024.

MACHADO, C. V. et al. Democracia, cidadania e saúde no Brasil: desafios para o fortalecimento do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, e02192024, 2024.

MACHADO, C. V.; SANTOS, L. Governança interfederativa e pactuação territorial em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 1314–1326, 2024.

MORAIS, D. Gestão pública municipal e sobrecarga em redes de atenção. *Administração Pública em Revista*, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p. 44–59, 2024.

NORONHA, A. Territorialidade e sazonalidade epidemiológica na Amazônia. *Revista Amazônica de Saúde Coletiva*, Boa Vista, v. 9, n. 3, p. 66–82, 2025.

PAIM, Jairnilson. Maturidade normativa em saúde e execução territorial das políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 199–214, 2022.

PEREIRA, B. L. S.; CONASS; CONASEMS; BRASIL. Ministério da Saúde. *Financiamento da saúde no Brasil: perspectivas de Estados e Municípios*. Brasília, DF: CONASS/CONASEMS/MS, 2025.

PINTO, R. Gestão municipal e limites operacionais na assistência. *Revista Gestão Pública & Saúde*, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 11–20, 2025.

SANTOS, H.; REIS, F. Política baseada em evidência e racionalidade decisória nos municípios brasileiros. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 13, n. 4, p. 77–91, 2023.

SILVA, M.; PRADO, N. Inteligência gerencial e fortalecimento de capacidade instalada em municípios. *Revista Gestão & Saúde*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 18–29, 2025.

SOUZA, L. Retroalimentação institucional e aprendizagem organizacional em saúde. *Administração Pública Contemporânea*, Recife, v. 17, n. 1, p. 51–69, 2025.

VILAS-BÔAS, Ana Luiza Q. et al. Monitoramento e avaliação na Atenção Primária à Saúde brasileira: contribuições para uma agenda estratégica de pesquisa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, esp., p. 27–38, 2024.