

**FACULDADES INTEGRADAS DE TAQUARA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

**GESTÃO PLENA EM SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL: A DESCENTRALIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS EM SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE
SAPUCAIA DO SUL – RS**

WILSON MEDEIROS RODRIGUES

Taquara

2018

WILSON MEDEIROS RODRIGUES

**GESTÃO PLENA EM SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL: A DESCENTRALIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS EM SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE
SAPUCAIA DO SUL – RS**

Dissertação apresentada como critério para obtenção de título de Mestre em Desenvolvimento Regional, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional das Faculdades Integradas de Taquara - RS, sob orientação do Prof. Dr. Roberto Tadeu Ramos Morais.

Taquara

2018

AGRADECIMENTO

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, pela graça de reconhecer as obras que permite realizar. Também gostaria de agradecer àqueles que me deram a vida e outras tantas coisas, e que proporcionaram afetivamente a realização do sonho de ser feliz: à minha mãe, Caiçara Maria Medeiros Rodrigues (em memória), e ao meu pai, Ruy Oribe Rodrigues. Agradeço desde os grandes atos, como a oportunidade de cursar o ensino superior, uma pós-graduação, bem como pequenas coisas que compõem o nosso dia a dia. Em especial, também agradeço a Tatiana Isabel Backes pelo amor, ajuda, companheirismo, atenção e compreensão nos momentos em que não pude estar presente.

A todas as pessoas que contribuíram comigo de alguma forma para a realização deste trabalho, em especial ao meu orientador, Prof. Dr. Roberto Tadeu Ramos Moraes, excelente professor, Vice-Diretor de Pesquisa e Pós-Graduação, cujo apoio foi fundamental para a elaboração desta dissertação.

RESUMO

A descentralização dos serviços de saúde pública como modelo de gestão vem se tornando realidade em diversos municípios de médio e grande porte do Estado do Rio Grande do Sul; razão pela qual a pesquisa buscou responder ao questionamento acerca dos efeitos dos investimentos financeiros realizados pelo município de Sapucaia do Sul – RS -, por meio da Gestão Plena do Sistema Municipal – GPMS -, ao descentralizar os serviços de saúde à Fundação Hospitalar Getúlio Vargas. O estudo realizou a análise das políticas governamentais aplicadas à saúde pública pelo município de Sapucaia do Sul por meio da GPMS. A metodologia adotada foi um estudo de caso, com a busca de subsídios na pesquisa bibliográfica, com abordagens qualitativas. Nos procedimentos, a amostra foi não probabilística, e utilizou-se como instrumento para coleta de dados a entrevista do tipo semiestruturada. Na coleta de dados secundários, fez-se uso de publicações oficiais do Ministério da Saúde, do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil, entre outras. Os resultados apurados demonstram que o principal problema enfrentado pelo órgão municipal é a escassez de recursos financeiros aliada aos atrasos rotineiros desse repasses pactuados entre a GPMS, o Estado do Rio Grande do Sul e a União. Concluiu-se que, após a certificação da gestão plena, houve um crescimento nos investimentos alocados na área da saúde pública municipal; por consequência, sobreveio o aumento do número de atendimentos e procedimentos disponibilizados aos usuários da rede de saúde pública, restando identificar a observância dos direitos constitucionais pelos gestores da administração local.

Palavras Chaves: Descentralização. Gestão Plena do Sistema Municipal. Saúde Pública.

ABSTRACT

The decentralization of public health services as a management model has become a reality in several municipalities of medium and large size in the State of Rio Grande do Sul, which is why the research sought to answer the question about the effects of the financial investments made by the municipality of Rio Grande do Sul. Sapucaia do Sul - RS -, through the Full Management of the Municipal System - GPMS -, by decentralizing health services to the Getúlio Vargas Hospital Foundation. The study carried out the analysis of government policies applied to public health by the municipality of Sapucaia do Sul through GPMS. The methodology adopted was a case study, with the search for subsidies in the bibliographic research, with qualitative approaches. In the procedures, the sample was non-probabilistic, and the semi-structured interview was used as instrument for data collection. In the collection of secondary data, official publications were used by the Ministry of Health, the Rio Grande do Sul State Court of Audit, the Informatics Department of the Brazilian National Health System, among others. The results show that the main problem faced by the municipal body is the scarcity of financial resources coupled with the routine delays of this onlendings agreed between GPMS, the State of Rio Grande do Sul and the Union. It was concluded that, after certification of the management there was an increase in investments allocated in the area of municipal public health; consequently, there was an increase in the number of visits and procedures made available to users of the public health network, and it was still necessary to identify the observance of constitutional rights by local administration managers.

Keywords: *Decentralization. Full Management of the Municipal System. Public health.*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da Região do COREDE. Vale dos Sinos.....	46
Figura 2 - Desafio da Administração Governamental.....	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Percentuais mínimos de aplicação sobre a receita tributária	20
Quadro 2 - Princípios básicos da Administração Pública	22
Quadro 3 - Responsabilidades na Gestão Plena do Sistema Municipal	26
Quadro 4 - Responsabilidade dos Entes da Federação	29
Quadro 5 - Principais Funções da CIB	34
Quadro 6 - Pactos do Termo de Compromisso de Gestão	36
Quadro 7 - Valores Aplicados em Saúde Pública.....	65
Quadro 8 - Leitos disponíveis Sapucaia do Sul - RS 30/06/2018.....	68
Quadro 9 - Equipamentos existentes/disponíveis aos usuários	71
Quadro 10 - Cargos ocupados pelos participantes	79

LISTA DE SIGLAS

ART: artigo

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CIR: Comissão Intergestores Regional

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DEMAS: Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS

DOE: Diário Oficial do Estado

EC: Emenda Constitucional

FEE: Fundação de Economia e Estatística

FHGV: Fundação Hospitalar Getúlio Vargas

GPSM: Gestão Plena do Sistema Municipal

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IPCA: Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

IPTU: Imposto Predial Territorial Urbano

ISS: Imposto Sobre Serviços

LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA: Lei Orçamentária Anual

LRF: Lei de Responsabilidade Fiscal

MAC: Média e Alta Complexidade

MS: Ministério da Saúde

NOB: Norma Operacional Básica

OMS: Organização Mundial de Saúde

PDAVS: Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária

PIB: Produto Interno Bruto

PNHOSP: Política Nacional de Atenção Hospitalar

PPA: Plano Plurianual

PPI: Programação Pactuada Integrada

RAS: Rede de Atenção à Saúde

RCL: Receita Corrente Líquida

RGF: Relatório de Gestão Fiscal

RVE: Relatório de Validação e Encaminhamento
SES: Secretaria Estadual de Saúde
SETEC: Secretaria Técnica
SIA/SUS: Sistema de Informação Ambulatorial
SIH: Sistema de Informações Hospitalares
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SPA: Serviço de Pronto Atendimento
SUS: Sistema Único de Saúde
TCE/RS: Tribunal de Conta do Estado do Rio Grande do Sul
TFECD: Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFGM: Teto Financeiro Global do Município
UBS: Unidade Básica de Saúde
UPA: Unidade de Pronto Atendimento
UTI: Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	Administração Pública/Governamental	15
2.2	Gestão da Saúde Pública	23
2.3	Estrutura e Gestão do SUS	31
2.4	Políticas Públicas em Saúde	38
3	METODOLOGIA	45
3.1	Caracterização Fundação Hospitalar Getúlio Vargas	45
3.2	Métodos de Pesquisa	47
3.3	Procedimentos de Pesquisa	48
3.3.1	Universo e Amostra da pesquisa.....	48
3.3.2	Instrumentos de coleta de dados	49
3.3.3	Análise de dados	50
4	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	51
4.1	Relatos acerca da Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM	51
4.2	O equilíbrio entre o montante de recursos financeiros contratados e as demandas geradas pela população	53
4.3	Parâmetros econômicos para formatação do contrato de gestão e as estratégias definidoras na sua construção	55
4.4	Participação da sociedade no planejamento e na tomada de decisão das políticas públicas voltadas a definir a gestão da saúde pública municipal	57
4.5	Os problemas enfrentados pela administração pública municipal anteriormente à certificação da GPSM	59
4.6	Operacionalização e funcionamento dos atendimentos e serviços públicos em saúde ofertados à comunidade local anteriormente à pactuação da GPSM	61
4.7	A opção da certificação da GPSM e a formatação de novas políticas em saúde pública	63

4.8	A pactuação da gestão plena do sistema municipal e o comportamento na oferta de serviços para a população local.....	66
4.9	A certificação de novas especialidades, as consequências para a população local e os efeitos das demandas dos usuários das cidades	69
4.10	Principais desafios que a gestão da saúde deve superar para garantir atendimentos capazes de suprir as demandas apresentadas pelos usuários.....	73
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
	REFERÊNCIAS.....	80
	APÊNDICE.....	88
	APÊNDICE A - (ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA).....	89
	ANEXO.....	91
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	92

1 INTRODUÇÃO

Vive-se em um país onde nem sempre as necessidades básicas dos indivíduos são atendidas, mas apenas discutidas. Em vários momentos, percebe-se que os gestores públicos discutem como? onde? para quem? e passam por constantes reformas administrativas, modernização da máquina pública, promessas de um olhar mais atento à dignidade humana e, muitas vezes, encontram dificuldades em realizar as propostas implementadas nas políticas voltadas à saúde pública. Entretanto, de fato, poucas são as ações efetivas que demonstram um resultado satisfatório a quem realmente demanda serviços que supram seus desejos e necessidades.

Embora a Constituição Federal de 1988 apresente um regramento sobre os direitos à saúde pública e à dignidade dos cidadãos, o que se percebe é a utilização de modelos de gestão pública antigos, que não permitem enxergar variáveis positivas, tampouco demonstram que os investimentos são alocados de forma a atender às demandas geradas pelos usuários, e, desta forma, frustram uma transformação profunda da sociedade na relação indivíduo/qualidade de vida.

Dentro de um plano teórico, sempre existirá espaço para discussões de possibilidades, caminhos a serem trilhados pelas políticas públicas, e se percebe que a saúde pública no Brasil possui um grande universo a ser explorado, compreendido e concretizado. Frente a tal situação, a pesquisa tem o objetivo de identificar um modelo de gestão plena do sistema municipal - GPSM - a partir de um estudo de caso, que aponte resultados capazes de contribuir para a academia e para o desenvolvimento da sociedade.

Assim, o presente estudo propõe apresentar uma forma descentralizada de gestão dos recursos financeiros do Sistema de Saúde no Brasil, conforme prerrogativas estabelecidas na Portaria n.º 384, de 04 de abril de 2003, do Ministério da Saúde, no caso, a gestão plena do sistema municipal, ou seja, um modelo em que o município passa a gerir diretamente os recursos de média e alta complexidade que anteriormente eram repassados ao Estado (RS). A partir deste modelo, o Fundo Nacional de Saúde repassa para o Fundo Municipal de Saúde valores pactuados em contrato de gestão, eliminando etapas que tornavam o processo demasiadamente burocrático e possibilitando ao gestor uma autonomia nos procedimentos, elevando cada vez mais a eficiência na aplicação desses recursos e entregando um serviço de forma realmente satisfatória à sociedade.

A falta de comprometimento dos gestores e demais responsáveis pela administração da saúde pública brasileira é motivo de destaque na mídia nacional, que vem apresentando inúmeros casos de falta de atendimento, de profissionais, além de hospitais sucateados e com necessidades de investimentos na sua estrutura física, de pessoal e, também, em tecnologia.

Os municípios, concomitantemente com os financiamentos em saúde pública, devem observar os limites de gastos com pessoal e endividamento, determinados pela Lei de Responsabilidade Fiscal n.º 101/2000, e, por esta razão, as transferências de recursos financeiros auferidos pelo poder executivo às fundações de saúde pública apresentam-se como alternativa de financiamento sem comprometer os parâmetros limitadores determinados pela legislação.

Resta a dúvida se a utilização dessa forma de repasse de recursos financeiros pelo poder executivo, por meio das fundações de saúde pública, alcança o objetivo primordial, que é o de propiciar aos cidadãos o acesso pleno ao atendimento e aos serviços de saúde.

Diante deste cenário controverso, entende-se necessário pesquisar a forma de descentralização adotada junto à Fundação Hospitalar Getúlio Vargas e seus reflexos para os cidadãos de Sapucaia do Sul, a fim de verificar se houve melhoria nos serviços entregues à sociedade.

O desafio de pesquisar uma área focando em seus investimentos e seu retorno social vem ao encontro de minha atividade profissional de técnico municipal – contador, pois a possibilidade de participar diretamente das políticas públicas que promovem o bem-estar social permite a realização profissional nessa atividade. Desta forma, após ser pactuado um contrato de gestão plena, segundo o qual os recursos financeiros irão transitar pelos cofres municipais via Fundo Municipal de Saúde, sendo transferidos diretamente à Fundação Hospitalar Getúlio Vargas, para a gestão da alta e média complexidade, fica estabelecida, por consequência, garantia de acesso aos usuários.

Outra hipótese a ser investigada é se há aumento na captação de recursos públicos em saúde pública, criando assim para a sociedade local uma garantia de crescimento nos investimentos e, conseqüentemente, uma melhoria na qualidade de serviços prestados, possibilitando ainda um ganho com a produção de novas especialidades em saúde, a serem ofertadas para a comunidade.

Na década de 70, a comunidade de Sapucaia do Sul - RS, após muita luta, conseguiu inaugurar o Hospital Municipal Getúlio Vargas, criado como um modelo de autarquia e que seria utilizado até junho de 2010, quando surge a Fundação Hospitalar Getúlio Vargas. O hospital era gerido com recursos que não ultrapassavam R\$12.000.000,00 (doze milhões de reais) por ano, e, no exercício de 2015, com início da descentralização dos serviços em saúde pública, o montante administrado pela fundação, por meio de contrato de gestão, importou em R\$ 55.632.670,71 (cinquenta e cinco milhões e seiscentos e trinta e dois mil e seiscentos e setenta reais e setenta e um centavos), conforme a Lei Orçamentária Anual – LOA - e publicações de relatórios de validação e encaminhamento - RVE, Relatório de Gestão Fiscal – RGF - disponíveis no site do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul – TCE/RS (2018).

Esse modelo possibilita uma transformação na saúde pública do município, de sorte que a gestão desses recursos passa diretamente para os administradores municipais, gerando um controle mais eficiente dos recursos públicos em saúde, ou seja, a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), propõe uma maior integração do sistema com os diversos entes da federação.

Os problemas enfrentados pela escassez de recursos públicos destinados à saúde acabam gerando não apenas uma prestação de serviços muitas vezes ineficaz, que não atende de forma adequada às necessidades criadas pelos usuários, como uma gestão pública ineficiente, com estruturas físicas inadequadas, falta de manutenção nos equipamentos e insuficiência na oferta de procedimentos ambulatoriais, concorrendo para a insatisfação das ações de saúde pública disponibilizadas à sociedade.

A linha de pesquisa escolhida, no caso, instituições, ordenamento territorial e políticas públicas para o desenvolvimento regional, aborda as dimensões culturais, políticas e institucionais do desenvolvimento regional, bem como a análise crítico-histórica e a proposição de políticas públicas de desenvolvimento e ordenamento territorial, abarcando pesquisas sobre capital social, patrimônio e representações culturais, metodologia e princípios do planejamento público e políticas e instrumentos de ordenamento territorial, propiciando, assim, o estudo que se pretende realizar com a presente pesquisa, pois está alinhado ao tema proposto: saúde pública.

Levando-se em consideração a importância dos investimentos em saúde pública no Brasil e as políticas públicas adotadas pela administração pública nas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, resta o questionamento que a pesquisa pretende investigar: Quais os efeitos dos investimentos financeiros realizados pelo município de Sapucaia do Sul/RS, por meio da gestão plena do sistema municipal, descentralizando os serviços em saúde pública, para a Fundação Hospitalar Getúlio Vargas?

Portanto, esta dissertação tem por objetivo geral analisar as políticas governamentais aplicadas em saúde pública, no município de Sapucaia do Sul, por meio da gestão plena do sistema municipal.

Para operacionalizar o objetivo geral, esta pesquisa teve os seguintes objetivos específicos: I) investigar a aplicação dos recursos financeiros transferidos na descentralização dos serviços em saúde pública à Fundação Hospitalar Getúlio Vargas; II) verificar a efetividade e os benefícios apresentados após a implementação da gestão plena do sistema municipal; III) identificar o aumento e/ou diminuição do acesso dos cidadãos à saúde pública após a adoção da gestão plena do sistema municipal.

Para atingir os objetivos propostos, este trabalho está estruturado em cinco capítulos: I) Introdução, II) Administração Pública/Governamental, III) Gestão da Saúde Pública, IV) Estrutura e Gestão do SUS e V) Políticas Públicas em Saúde. Esses capítulos têm como objetivo corroborar a compreensão da investigação proposta na pesquisa, pois buscou-se esclarecer, demonstrar, definir e/ou apresentar: a) a administração pública; b) as linhas de condução da gestão da saúde pública; c) a estrutura e gestão do SUS, os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde e prioridades na gestão da saúde; d) as políticas públicas adotadas no território brasileiro por meio do Ministério da Saúde; e) a legislação pertinente à saúde pública e as formas de descentralização dos serviços em saúde pública. Complementa-se a pesquisa com a descrição da metodologia, a análise e interpretação dos dados coletados, e, na parte final, com as conclusões.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A política e as ações em saúde pública afetam diretamente a qualidade de vida dos cidadãos; neste contexto, usuários e gestores necessitam encontrar um ponto de equilíbrio para vencer as demandas apresentadas. Para tanto, os atores e agentes envolvidos no processo lutam para superar questões meramente legais, ou seja, muito mais do que cumprir limites de investimentos previstos em leis, os administradores municipais devem alinhar a gestão de suas ações com as políticas públicas dos governos estadual e federal, encontrando ferramentas capazes de dispor à sociedade recursos financeiros suficientes para atender às suas demandas em saúde.

2.1 Administração Pública/Governamental

Entende-se por administração pública o conjunto que envolve os três poderes, União, Estados e Municípios, norteados pelos princípios constitucionais da Moralidade, Publicidade, Legalidade, Impessoalidade e Eficiência (art. 37, CF/88), com a finalidade direta de satisfazer às necessidades geradas durante a execução das atividades inerentes ao Estado (BRASIL, 1988). Corroborando as prerrogativas constitucionais, Araújo e Arruda (2009) afirmam que administração pública é o conjunto coordenado de funções que visam à boa gestão da coisa pública, de modo a possibilitar que os interesses da sociedade sejam alcançados, ratificando, dessa forma, que gestão pública tem como objetivo primeiro vislumbrar as demandas apresentadas pela sociedade.

Nessa mesma linha, Andrade (2008) sustenta que a prestação de serviços realizada pelo Estado deve sempre apoiar-se nas normas e legislação que atendam às necessidades da coletividade, ou seja, independentemente de prestar um serviço diretamente, ou de forma descentralizada, o interesse público deve ser observado em primeiro lugar. Assim Kohama (2009) também define a administração pública como todo aparelhamento do Estado, preordenado à realização de seus serviços, visando à satisfação das necessidades coletivas, revalidando que a razão dos serviços prestados pelo Estado somente é justificada quando observada de forma geral.

Dentre essas atividades, segundo Pereira (1997), estão aqueles serviços tratados como não exclusivos, no caso, educação, saúde e cultura. Neste sentido, a ideia está em aperfeiçoar a prestação de serviços, dividindo a responsabilidade com a sociedade, e também possibilitar ao Estado um enxugamento da máquina pública,

proporcionando uma economia que auxilie na gestão governamental, tornando-a mais efetiva.

Para Rossi e Dweck (2016), a reforma fiscal prevista pelo governo Temer, diferentemente do que está sendo discutido com a sociedade e os atores do processo, poderá prejudicar setores como saúde e educação, tendo em vista que os investimentos serão congelados no país, ocasionando grande entrave ao crescimento econômico. Os autores alertam, ainda, que os investimentos poderão, com o passar dos anos, decrescer em relação às projeções do PIB – Produto Interno Bruto - previsto para o período de 2014 a 2036. Logo, situações como esta tendem a ratificar o movimento de descentralização dos serviços públicos à iniciativa privada, possibilitando a continuidade dos serviços básicos disponibilizados à população.

Silva (2017) diz que, na administração pública, não existe uma única forma de gerir, pois vários são os processos que envolvem as estratégias de desenvolvimento das políticas públicas, e, ainda que seja focada em questões socioeconômicas, a gestão dificilmente poderá ater-se às questões estritamente sociais. Desta forma, o Estado necessita planejar uma administração que seja idealizada também a atender aspectos financeiros e econômicos, até porque não existe uma política pública voltada ao social que independa de recursos financeiros para sua implantação e manutenção, segundo o autor.

Como forma de possibilitar a compreensão na formatação da administração pública na esfera federal e, por consequência, nas estruturas estadual e municipal, o decreto Lei nº 200/67 apresenta a estrutura governamental conforme disposto no seu art. 4º:

Art. 4º A Administração Federal compreende:

I - A Administração Direta, que se constitui dos serviços integrados na estrutura administrativa da Presidência da República e dos Ministérios.

II - A Administração Indireta, que compreende as seguintes categorias de entidades, dotadas de personalidade jurídica própria:

- a) Autarquias;
- b) Empresas Públicas;
- c) Sociedades de Economia Mista.
- d) Fundações Públicas. (Incluído pela Lei nº 7.596, de 1987)

Parágrafo único. As entidades compreendidas na Administração Indireta vinculam-se ao Ministério em cuja área de competência estiver enquadrada sua principal atividade. (Renumerado pela Lei nº 7.596, de 1987).

Neste contexto, de acordo com o artigo 4º do Decreto Lei 200/67, o Estado está autorizado a subdividir serviços que não sejam essenciais com as diversas esferas de

poder, tanto no âmbito federal, quanto no estadual e no municipal, de forma descentralizada e com o controle efetivo da prestação de serviços entregues aos cidadãos, planejando, fiscalizando e dividindo responsabilidades com os atores do processo de administração da coisa pública.

Conforme o artigo 5º do decreto acima citado, autarquia é o serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receitas próprias, para executar atividades típicas da administração pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizadas.

As entidades paraestatais, no caso, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações, são aquelas que estão ao lado do Estado com intuito de desenvolver atividades de interesse não privativo do Estado. Possuem personalidade jurídica do direito privado, realizam todas suas atividades focadas sempre no interesse da população e têm sua criação autorizada por lei, com patrimônio misto ou público (KOHAMA, 2000).

Ressalta-se que a Lei de Responsabilidade Fiscal, no caput do art.1º, prevê o estabelecimento de normas de finanças públicas, as quais têm caráter geral, sendo aplicáveis a todas as esferas de governo, conforme segue:

§ 1º A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar (BRASIL, 2000, p. 1).

Observa-se que o legislador, ao deliberar acerca dos temas desenvolvidos na Lei de Responsabilidade Fiscal, em especial no início de sua construção, possibilitou à administração pública melhor compreensão e ampliação dos conhecimentos necessários para lograr a adequada aplicação dos recursos financeiros, ou seja, propõe aos gestores a utilização da legislação como instrumento de organização econômica, visando sempre ao equilíbrio entre planejamento financeiro e gastos públicos.

Araújo, Santos Filho e Gomes (2015) afirmam que os gestores públicos devem almejar estratégias que ultrapassem as regras predeterminadas na Lei de Responsabilidade Fiscal, isto é, de fato, o que deve ser observado são as metas

sociais que estes estão predispostos a atingir durante o desempenho de seus mandatos. Os autores citam a redução da mortalidade e do trabalho infantil, do índice de analfabetismo, da evasão escolar, das diversas formas de violência urbana como exemplos de fatores que demandam amplamente de políticas públicas, voltadas a suprir as carências apresentadas pela população de baixa renda.

De acordo com Funcia (2009), para que as políticas sociais municipais obtenham o êxito previsto na Constituição Federal e possibilitem melhora dos benefícios demandados pela população, é necessário rever a estrutura operacional da administração pública de forma geral, para que, tanto na esfera federal quanto na estadual, as ações voltadas à descentralização das atividades estatais sejam formatadas em conjunto pelos poderes legislativo e executivo do município, afim de garantir um controle social adequado ao interesse público.

Ademais, as políticas públicas, devidamente elaboradas para gestão dos recursos financeiros disponíveis ao atendimento da população, estão previstas na própria Constituição Federal, quando, em seu texto, estabelece direitos sociais, conforme discorre Ladeira (2009).

O reconhecimento de direitos sociais no corpo da Constituição Federal é a evidência de ter o Estado brasileiro adotado a configuração de um Estado Democrático de Direito, cuja característica foge daquela apresentada pelos Estados liberais que objetivavam apenas a garantia de liberdades públicas, ou seja, Estados cuja configuração buscava evitar a interferência estatal na esfera privada dos indivíduos, cuja finalidade última era apenas assegurar o direito à igualdade em um aspecto meramente formal (LADEIRA, 2009, p. 106).

A delimitação da participação do Estado ultrapassa o direito à igualdade apenas no aspecto formal, ou seja, o reconhecimento de direitos sociais busca a participação dos indivíduos na formação da gestão pública e classifica-os como agente responsável no processo de tomada de decisão, com direitos que visam atender a todos de forma equânime.

Assim, um grande acréscimo que a Constituição Federal de 1988 trouxe para os municípios foi a repartição dos tributos às diversas esferas de governo, conforme estabelece o art. 156, determinando a competência para a instituição de impostos na esfera municipal, como, por exemplo, IPTU – Imposto Predial Territorial Urbano e ISS- Imposto Sobre Serviços, e garantindo que não haverá qualquer intervenção tributária

nos demais entes federados, o que possibilita aos municípios a elaboração e a execução de políticas públicas que visam atender às demandas locais.

Já a Lei Federal n.º 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; organização e funcionamento dos serviços correspondentes, dá outras providências. No capítulo IV, artigos 15º a 18º, disciplina as atribuições e competências dos entes federados, relativas à saúde pública no país; entretanto, considerando a disparidade de arrecadação entre a união e os municípios, observa-se que as dificuldades encontradas nas localidades geradoras das necessidades acabam sem atendimento, frente à impossibilidade dos gestores municipais cumprirem as atribuições que lhes compete devido à escassez de recursos financeiros.

A legislação acima referida, em seu art. 4º (1990, p. 2), estabelece que “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” constitui o SUS – Sistema Único de Saúde-e, conjuntamente com a Constituição Federal de 1988, promoveu o aumento das atribuições dos municípios, gerando problemas na execução dos serviços em saúde, pois as demandas que lhes foram atribuídas são superiores a sua capacidade de arrecadação financeira, necessária para o atendimento (BRASIL, 1988/1990).

Carneiro e Martins (2015) afirmam que o modelo de administração pública implementado com o SUS está consolidado sob o prisma das conquistas sociais alcançadas pela população e regrado pela Constituição Federal de 1998. Todavia, além disso, existem ganhos administrativos e econômicos, pois, ao descentralizar serviços de saúde pública, remetendo-os ao setor privado, percebe-se a utilização de estratégias que visam a uma maior eficiência e retiram a responsabilidade isolada do setor público na gestão da saúde, até porque uma gestão compartilhada acarreta a divisão de direitos e obrigações.

A portaria nº 3.992, de 28/12/2017, do Ministério da Saúde, estabelece a forma de transferência dos recursos financeiros federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde na modalidade fundo a fundo. Hoje essa transferência é feita em cinco blocos, e passará a ser realizada em apenas uma conta financeira para os investimentos. Destaca-se que a necessidade de simplificação do processo motivou o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS - a expedir nota técnica, em dezembro de 2017, para esclarecer as novas regras estabelecidas,

pois, a partir de 10 de janeiro de 2018, os municípios passaram a receber os recursos federais em somente duas contas financeiras e em dois blocos: I. Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, onde estão previstas a manutenção da prestação de serviços públicos em saúde e a operacionalização dos órgãos responsáveis pela implementação das ações planejadas pelos gestores, até porque o legislador estabeleceu que os recursos financeiros repassados a esse bloco não poderão ser utilizados para o custeio da folha de pagamento dos servidores que atuam em área diversa à da saúde. Esses recursos tampouco serão empregados para adimplir promoções de carreira, pagamentos de assessoria/consultoria para servidores oriundos do quadro geral de pessoal do respectivo órgão, ou, ainda, investimentos referentes a obras novas ou de ampliação de imóveis já existentes, ainda que sejam utilizados exclusivamente na saúde pública. Já no bloco II, Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, os recursos financeiros são destinados exclusivamente à construção de obras novas ou reformas e para aquisição de equipamentos novos, cuja utilização será destinada à saúde pública, excetuadas as hipóteses de direcionamento dos investimentos para atender às atividades administrativas.

Além disso, cabe destacar que as definições de investimentos em ações e serviços públicos de saúde são de responsabilidade das três esferas de governo e estão regulamentadas no Sistema Único de Saúde (SUS), observado o disposto na Constituição Federal, na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e na Lei Orgânica da Saúde, conforme se verifica no Quadro 01.

Quadro 01 - Percentuais mínimos de aplicação sobre a receita tributária

MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO						
		2000/2015	a partir de 2015		2017		2018	
Desde 2000	Desde 2000	2000/2015	EC.85/2015		EC.95/2016		EC.95/2016	
EC.29/2000	EC.29/2000	EC.29/2000	Ano Base	RCL	Ano Base	RCL	Base	Gasto do ano anterior
15% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	12% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	Valor empenhado no ano anterior + variação do PIB	2016	13,20%	2017	15,00%	Base	Gasto do ano anterior
			2017	13,70%				
			2017	15,00%				
			2018	14,10%				
			2019	14,50%				
			2020	15,00%				
valor gasto no ano anterior + IPCA								

Fonte: Adaptado de CONASEMS (BRASIL, 2018).

Restou demonstrado no Quadro 01 como ocorre a operacionalização do sistema de saúde no território nacional e a previsão de aplicação dos percentuais

referentes à receita corrente líquida. Observa-se que as transferências de recursos que a união deverá efetuar aos estados e municípios estão relacionadas ao princípio da vinculação, com impostos pré-determinados, o que faculta a descentralização dos serviços, em observância aos dispositivos constitucionais que preveem a possibilidade de terceiros assumirem a gestão das atividades referentes ao sistema de saúde. Para tanto, deverão observar as condições preestabelecidas e atender aos limites financeiros que se verificam na realização das receitas tributárias auferidas pela administração pública.

Além de desenvolver ações que permitam alcançar o interesse público, os gestores devem observar a capacidade econômica existente para desenvolver os projetos políticos propostos durante seu mandato. Dessa forma, salienta o Ministro do TCU - Tribunal de Contas da União, Zymler (BRASIL – TCU, 2016, p. 16):

[...] somente a partir do momento em que todo o gestor público compreender que a LRF é uma realidade, de fato, que tem suas regras para serem rigorosamente cumpridas, haverá indução à profissionalização da gestão pública, pois o administrador terá que buscar a eficiência administrativa na gestão das receitas e despesas públicas, conceito também introduzido pela Reforma Administrativa de 1998, como meio de aumentar a sua capacidade de investimento em obras e serviços à população, sem para isso buscar políticas imediatistas de expansão administrativa à base de endividamento público com a inadimplência de despesas correntes, considerada a pior via do endividamento.

Ao destacar a falta de compreensão dos gestores públicos acerca da Lei de Responsabilidade Fiscal 101/2000, no relatório do acórdão 2444/2016 - TCU, o Ministro Zylmer (2016) alerta para o perigo do desequilíbrio nas contas públicas e, por consequência, do distanciamento no alcance dos serviços básicos à sociedade, o que pode acarretar não só aumento da obrigação com terceiros bem como impedir a realização de novos investimentos e a manutenção dos serviços existentes.

Faz-se necessário também destacar que administração pública é formada por cinco princípios básicos, que são os norteadores para uma gestão eficaz e eficiente, conforme são demonstrados no Quadro 2, abaixo. Segundo Freire (2002), os princípios administrativos são fundamentais no modo de agir dos administradores públicos, devendo vigorar nos atos e atividades de todos que exercem o poder público, regando os negócios públicos e zelando pelos interesses sociais.

Quadro 02- Princípios básicos da Administração Pública

Princípio	Descrição
Legalidade	A Administração Pública em nenhum momento pode se desviar do que diz a lei, só é permitido o que a lei autoriza.
Moralidade	Cabe ao agente administrativo ter a capacidade de distinguir o honesto do desonesto, já que o bem comum é a finalidade da ação.
Impessoalidade	Impõe ao administrador público que pratique o ato com um fim legal. Neste item, é aplicado o princípio público da finalidade, onde a finalidade é o interesse público.
Publicidade	É a divulgação e a publicação de todo ato administrativo, porque a administração que realiza é pública, apenas em casos de segurança será admitido sigilo.
Eficiência	Este princípio exige que o serviço público seja satisfatório no atendimento à comunidade, buscando superar as expectativas da sociedade, de modo que o Estado alcance seus fins.

Fonte: Adaptado de Freire (2002).

O Quadro 02 aponta as diretrizes que os atores e agentes do serviço público devem observar no cumprimento de suas atividades como prestadores de serviços à sociedade. É necessária a compreensão de que esses princípios básicos são inerentes a qualquer esfera de governo, independente da área de atuação. Logo, a organização administrativa deve ser o instrumento utilizado pelo Estado para alcançar êxito nas políticas públicas projetadas e garantir o retorno pretendido pela sociedade.

Para Nassuno (2000), uma administração pública voltada para os cidadãos define com clareza as políticas públicas que serão adotadas pelos gestores, pois quanto maior o acesso aos serviços disponíveis, maior será a possibilidade de atender às necessidades da população, identificadas durante o processo de implantação e avaliação. Desta forma, administrações públicas voltadas diretamente ao atendimento do cidadão podem, além de entregar um serviço de melhor qualidade, direcionar melhor o olhar à cidadania e, ainda, aproximar o Estado das questões sociais, a fim de que seja possível associar as decisões administrativas dos governos com os interesses sociais almejados pelos clientes/usuários dos bens e serviços. O autor ainda sustenta que a administração pública é responsável pelo funcionamento de todas as atividades do poder público, inclusive para fins de registro e para a prestação de contas à sociedade, respeitando as diretrizes e regramentos determinados pela legislação.

De modo mais específico, o governo federal, por meio das regras previstas na Constituição Federal e legislação correlata, procura acompanhar e monitorar o processo de contratação na administração pública, conforme regula o § 8º do Art. 37

da Constituição Federal, incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 04/06/98, que assim estabelece:

§ 8º A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre: I - o prazo de duração do contrato; II - os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes; III - a remuneração do pessoal.

Portanto, frente à possibilidade de contratação firmada entre os administradores públicos e o poder público, os pactos assumidos com instituições internas e setores da sociedade, legitimados para criação e manutenção de serviços de interesse público, têm a eficiência do processo controlada por instituições que visam auxiliar as entidades da administração direta e indireta, ampliando a entrega de serviços à sociedade por meio de implementação de contrato de gestão, conforme prevê a legislação.

Percebe-se que possibilitar melhorias à população está diretamente relacionado com o modelo de gestão adotado pelo setor público; sustenta Bitencourt Neto (2017) que a busca pela eficiência na administração pública tem como objetivo principal rever os modelos adotados e formatar a prestação de serviços à comunidade, de forma que os indivíduos alcancem suas demandas com o Estado. O autor afirma que a possibilidade de avaliar o modelo utilizado pelo setor privado, atribuir ao setor público o gerenciamento das suas políticas, utilizar como parâmetro os exemplos e boas práticas adotadas no mercado privado, desburocratizar o processo e propor mudança na cultura de assistencialismo contribuem para as mudanças necessárias na gestão pública, afim de alcançar a eficiência desejada no processo.

Dessa forma, após apresentar alguns conceitos e fundamentos teóricos utilizados pela administração pública, passa-se à análise de alguns aspectos destacados da temática gestão da saúde pública.

2.2 Gestão da Saúde Pública

Na sequência, mostra-se necessário definir o que é saúde, para depois compreender o significado da expressão "Saúde Pública".

A Organização Mundial de Saúde – OMS define saúde como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO), 1946).

Logo, é possível observar que o direito à saúde vai além do simples acesso aos hospitais, medicamentos ou atendimentos básicos, ou seja, para que ocorra saúde de forma plena é necessário que todos tenham qualidade de vida em sentido mais amplo, ou seja, com a possibilidade de alcançar educação, residir em local que apresenta saneamento básico adequado e ter garantido o direito à segurança.

Ao verificar os direitos que todos brasileiros adquiriram com a Constituição de 1988, constata-se que o artigo 196 dispõe: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988, p. 1). A saúde passou, então, a ser mais um valor da comunidade que do indivíduo. Detecta-se, de forma mais abrangente, que toda a população tem direitos que ultrapassam a simples internação em hospitais, pois compreendem desde o atendimento básico até casos mais específicos, como, por exemplo, a cirurgia bariátrica e a cirurgia de hiperidrose.

O Sistema Único de Saúde, dentre seus objetivos, tem como meta o desenvolvimento de medidas humanizadoras, que auxiliem os usuários no acesso aos serviços disponíveis no sistema. De acordo com Fortes (2004), para que a administração pública permaneça eficiente, os atores do processo deverão estar inseridos nas tomadas de decisões, ou seja, para que esse objetivo seja alcançado, trabalhadores e usuários necessitam estar comprometidos no processo. Afirma que, para o sucesso deste modelo, será necessária uma mudança na cultura e no tratamento dos indivíduos, observando, de fato, as necessidades dos usuários, tratando-as como o principal objetivo de uma política pública de saúde voltada à humanização. Desta forma, o Estado promove a inclusão de todas as famílias, propiciando o acesso à saúde pública, identificando as carências, bem como atuando de forma preventiva nos casos que poderão acarretar fatores condicionantes à qualidade do conjunto de medidas executadas pelo Estado para garantir o bem-estar físico, mental e social da população.

A administração da saúde pública, por sua vez, ultrapassa os conceitos de habilidade de gestão e qualificação de serviços, pois é necessário estar atento ao fato de que se está trabalhando com vidas e necessidades básicas do ser humano. No entanto, Paim *et al.*, (2011) afirmam que o Sistema Único de Saúde é uma estrutura que está em constante desenvolvimento, buscando sempre atender às demandas apresentadas de forma justa. Também sustentam que, para o atendimento de um sistema dessa dimensão, será necessário rever os valores financeiros investidos, que hoje estão aquém das reais necessidades, e ainda admitem que essa escassez de recursos acaba aumentando a participação da iniciativa privada no setor de saúde, onerando e restringindo o acesso ao sistema de saúde da parcela da população que mais carece desses serviços.

Para Ianni *et al.* (2012), um dos maiores desafios a ser superado é a definição da região de atuação da saúde pública, pois, embora o SUS já tenha deliberado acerca da descentralização dos serviços em saúde nas regiões de grande concentração de pessoas, como as metropolitanas¹, as demandas em saúde pública se sobrepõem às burocracias atinentes ao setor público; assim, regiões com urbanização intensa, que possuem suas características de demandas em serviços de saúde alterados a cada período de tempo indefinido, podem ter suas carências atendidas por meio das diretrizes previstas no pacto com saúde instaurado no país no ano de 2006.

Constata-se, ainda, que a finalidade da norma operacional básica (NOB 01/96) do Sistema Único de Saúde é a de promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do distrito federal, na função de gestor da atenção à saúde de seus municípios, bem como consolidar um processo de descentralização do sistema de saúde pública (BRASIL, 1996). Neste sentido, a NOB 01/96, em seu item 15.2.1, estabelece as responsabilidades a serem observadas pelos municípios, conforme Quadro 3.

¹ Região Metropolitana: conjunto de municípios com a finalidade de executar funções públicas que, por sua natureza, exigem cooperação entre os mesmos para a solução de problemas comuns, como os serviços de saneamento básico e de transporte coletivo, o que legitima, em termos político-institucionais, sua existência, além de permitir uma atuação mais integrada do poder público no atendimento às necessidades da população ali residente, identificada com o recorte territorial institucionalizado. No caso das regiões metropolitanas, cabe ressaltar que o próprio limite político-administrativo dos municípios que a compõem baliza seu espaço institucional (IBGE, 2010).

Quadro 03 - Responsabilidades na Gestão Plena do Sistema Municipal.

A	Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.
B	Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
C	Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do Estado e da União, salvo se a CIB(Comissão Intergestores Bipartite) ou a CIT (Comissão Intergestores Tripartite) definir outra divisão de responsabilidades.
D	Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS(Sistema Único de Saúde), com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.
E	Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI(Programação Pactuada Integrada), mediado pela relação gestor-gestor com a SES(Secretaria Estadual de Saúde) e as demais SMS (Secretaria Municipal de Saúde).
F	Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal.
G	Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM (Teto Financeiro Global do Município).
H	Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade, conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.
I	Operação do SIH e do SIA/SUS (Sistema de Informações Hospitalares), conforme normas do MS (Ministério da Saúde), e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
J	Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
K	Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.
L	Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS (Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária).
M	Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFEC (Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças).

Fonte: Adaptado de Norma Operacional Básica 01/96 do SUS (BRASIL, 1996).

Neste contexto, a Lei Federal 8.080/90 apresenta o formato de gestão do SUS (Sistema Único de Saúde), regramdo as ações e serviços de saúde a serem executados pelo sistema, sejam essas ações diretas ou com a participação complementar da iniciativa privada. Para corroborar essa gestão, o artigo 10º faculta aos municípios a constituição de consórcios, para que desenvolva em conjunto com terceiros as ações e serviços em saúde que lhe competem, evidenciando de forma clara a descentralização da saúde pública no país (BRASIL, 1990).

Os repasses de recursos financeiros oriundos da união viabilizam que as administrações públicas municipais executem as ações e programas previstos no PPA

– Plano Plurianual - e LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias; porém estão aquém da real necessidade, conforme sustentam os autores a seguir:

A instabilidade fiscal deliberadamente provocada pela União no sistema de financiamento do SUS no período pós-EC nº 29 rompe a percepção da saúde como direito coletivo e solidário, acirrando competições intersetoriais em toda a seguridade social, como também provoca distorções federativas entre municípios e estados que passam a suportar a sobrecarga de demandas sem correspondente fonte de receitas (PINTO; FLEURY, 2012, p. 75).

Logo, torna-se um grande desafio para administrações municipais manter os serviços de saúde em um cenário de escassez de repasses financeiros e múltiplas necessidades coletivas. Neste sentido, os autores Pinto e Fleury (2012) destacam que a gestão da saúde pública nacional necessita reavaliar suas práticas e ampliar o financiamento destinado para a atenção à saúde.

Dessa forma, conforme ensinam Lorenzetti *et al.* (2014), embora o Sistema Único de Saúde possua dimensão nacional, necessita de uma nova gestão para consolidar-se como um sistema que atenda de forma efetiva a toda população do país; afinal, ainda que o sistema atenda, em sua maioria, a população mais fragilizada, não deve assumir diretrizes que vão ao encontro da iniciativa privada. Os gestores das diversas áreas do conhecimento deverão implementar políticas públicas que sejam voltadas ao atendimento das demandas geradas pela sociedade, de forma que todas as fragmentações do sistema sejam evitadas, afim de apresentar um resultado satisfatório em suas ações.

De acordo com Binsfeld, Rivera e Artmann (2017), a identificação do perfil assistencial em hospitais é sempre um ponto que necessita de uma avaliação mais detalhada, pois, em um processo de construção de gestão eficiente, existem gargalos que poderão arruinar as estratégias preestabelecidas no entorno das atividades gerenciais propostas. Logo, sustentam os autores, administrações que já perceberam a importância da participação dos atores internos e externos no processo de identificação do perfil dessas instituições, apresentaram ganhos na gestão e resultados satisfatórios em relação aos objetivos definidos no início do processo de gestão.

Na mesma linha de reflexão dos autores citados no parágrafo anterior, cabe destacar o posicionamento do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP (2017), ressaltando que a organização assistencial do

Sistema Único de Saúde – SUS - foi projetada para atender às demandas apresentadas pela sociedade, garantindo o atendimento com qualidade, e visa sempre ao bem-estar e à preservação da vida dos pacientes.

De forma integrada aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde - RAS e com outras políticas intersetoriais, a Assistência tem como objetivo garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado, assegurando a equidade e a transparência, sempre de forma pactuada com os Colegiados do SUS (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 1).

Desse modo, percebe-se que a intervenção do Estado nas políticas atinentes à saúde pública possibilita aos gestores alcançar os resultados previstos nos planejamentos das ações em saúde, ou seja, evidencia excelência na prestação de serviços públicos entregues aos indivíduos.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelece diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, no art. 28º, da portaria n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013, elenca os principais aspectos do financiamento da atenção hospitalar, conforme segue:

Art. 28. Os recursos de investimento destinados à atenção hospitalar considerarão a ampliação da capacidade instalada, a renovação do parque tecnológico e a inovação de tecnologias, respeitando as especificidades regionais e as pactuações locais, de acordo com os seguintes critérios de priorização:

- I - estar em consonância com as prioridades estabelecidas nos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais;
- II - contemplar os projetos de implementação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritárias do SUS; e
- III - priorizar regiões remotas com grandes vazios assistenciais (BRASIL, 2013, p. 8).

Desta forma, é possível afirmar que a política nacional de atenção hospitalar, por intermédio da portaria nº 3.390/2013, está diretamente voltada a garantir o conjunto de ações e serviços em saúde pública, necessários para suprir as demandas da sociedade, seja de forma direta, por meio do SUS, ou descentralizada, por meio de contratos preestabelecidos com as três esferas de poder, federal, estadual e municipal, propiciando participação e controle efetivo dos indivíduos, direta e indiretamente, na gestão de políticas públicas e participação dos cidadãos.

No entanto a política nacional de saúde deve permanecer de forma organizada e eficiente, com intuito de entregar sempre serviços de qualidade à sociedade e

corroborar a eficiência no gasto público. Assim, independente do gestor alocado no poder executivo, o SUS estabelece a responsabilidade do ente da federação, conforme Quadro 04.

Quadro 04 - Responsabilidade dos Entes da Federação.

União	A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil, e estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.). Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.
Estados e Distrito Federal	Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.
Municípios	São responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

O protagonismo dos entes da federação na gestão do sistema de saúde está elencado de forma intrínseca, porque, ao caracterizar a rede de serviços na área da saúde no Brasil, evidencia-se a regionalização e hierarquização do processo. Logo, identificam-se aspectos culturais, costumes e hábitos específicos, porém também será necessário que as ações realizadas possibilitem o atendimento e a entrega dos serviços, conforme pactuado com as demais instâncias, ou seja, observando a hierarquia prevista pelo SUS.

Para a identificação da eficiência do processo de gestão pública voltada à atenção das demandas da população, ressalta-se que a administração financeira descentralizada concorre para a excelência de serviços de qualidade entregue à sociedade, conforme afirmam os autores Dias e Cario (2017):

Governança pública constitui movimento que ocorre no âmbito da administração pública, cujas características, segundo literatura especializada, são de descentralização da autonomia administrativo-financeiras, adoção de ferramentas que garantam o controle dos processos e dos resultados; processo cooperativo para desenvolvimento de políticas públicas; delegação da autoridade estatal: downward, outward e upward; co-produção do bem público; agente estatal coordenador do projeto de desenvolvimento; e, transparência dos processos e dos resultados com vistas ao controle social; entre as principais (DIAS; CARIO, 2017, p. 207).

No que se refere ao setor público, arranjos econômicos e políticos possibilitam ao Estado, de forma geral, tornar-se mais eficiente na gestão de suas ações. Portanto, para implementar uma governança adequada ao setor público, é necessário permitir a participação e o controle da sociedade nos produtos e serviços alocados para os cidadãos/usuários; para tanto, é necessário que os gestores mantenham um comportamento focado no alcance dos resultados e estejam alinhados com as expectativas da sociedade.

Todavia a Comissão de Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul (2018), levando em consideração as determinações da Lei Federal 8.080/90 e do Decreto lei 7.508/11, vem autorizar em seus artigos 1º, 2º, 3º e 4º o remanejamento de recursos financeiros do MAC - Média e Alta Complexidade - do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul, destacando a responsabilidade do gestor em aplicá-los segundo as finalidades previamente estabelecidas pelo regimento, e, ainda, delimitando o espaço geográfico onde o recurso será investido, o que possibilitará um fomento nos investimentos da economia local e, também, como objetivo primeiro, a qualificação na prestação de serviços públicos em saúde entregues à sociedade local.

Ainda, considerando o modelo econômico atual e as transformações nas relações de consumo, vale a pena lembrar que a escassez de recursos tende a limitar o consumo de todas as classes sociais e, de forma especial, a classe média, que, por sua vez, terá que rever sua situação na sociedade em que está inserida, ou seja, entre outros, diminuição de investimentos como lazer, aquisição da casa própria, etc., e ainda suportar o abandono do conforto dos planos de saúde (SANTOS, 2000). Tais fatores vão ao encontro de uma gestão de saúde pública que, embora com recursos escassos, compreende o momento e continua a investir em regiões específicas, buscando resgatar todos os cidadãos que dela necessitem, e ainda determinar regras para que todos, dentro de uma isonomia, tenham suas necessidades atendidas em conformidade com seus anseios e prioridades.

Na verdade, todo esse processo de participação pública nos investimentos, com o intuito de atender à população, tem sua previsão nos princípios e diretrizes apontados no art.7º da Lei Federal 8.080/90, que regra o atendimento a todos os níveis de assistência, sem distinção, prevendo ao cidadão o direito à informação sobre sua saúde, e a descentralização da gestão em saúde, com independência de administração em cada esfera de governo, regionalizando toda a hierarquia da rede de serviços, ou seja, viabilizando que sua microrregião seja capaz de entregar às pessoas serviços públicos de saúde que atendam às suas necessidades (BRASIL, 1990).

Portanto, a compreensão da governança pública está diretamente ligada à descentralização da autonomia financeira nos entes governamentais, afinal, os resultados alcançados estão relacionados com o planejamento das políticas públicas propostas e a execução dos processos predeterminados.

Na sequência, passa-se à análise da estrutura e gestão do Sistema Único de Saúde.

2.3 Estrutura e Gestão do SUS

A Lei Federal 8.080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e a Lei Federal 8.142/1990 trata da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros nessa área. Estas leis, em síntese, apresentam os princípios e as diretrizes das ações e serviços públicos de saúde e, também, dos serviços privados, contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde (2008), em seu site oficial, conceitua os princípios basilares do SUS, *in verbis*²:

- **Universalização:** a saúde é um direito de cidadania e alcança todas as pessoas, competindo ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

² *In verbis*: nestes termos (DICIONÁRIO, 2018).

- **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades, pois, apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços públicos de saúde, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

- **Integralidade:** considera as pessoas como um todo, atendendo às suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. O princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que têm repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Com o intuito de participar de forma efetiva na gestão e elaboração de política pública de saúde, o Ministério da Saúde apresenta os princípios organizativos, conforme segue:

- **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando ao comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

- **Descentralização e Comando Único:** descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, a descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para que os municípios possam exercer essa função. Para dar suporte ao princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, segundo a qual cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

- **Participação Popular:** a sociedade deve participar ativamente do SUS e, para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

As formas de atuação do SUS e dos demais órgãos/unidades gestoras da saúde pública no Brasil estão construídas sob tais premissas, sempre observando e preservando os interesses sociais da política nacional de saúde pública.

Dessa forma, com o intuito de organizar os serviços em saúde no país, o Decreto Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS: o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, definindo a articulação interfederativa por meio de comissões, conforme segue.

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB (BRASIL, 2011, p. 6).

Destaca-se, em conformidade com a SES - Secretaria Estadual de Saúde (2018), que a constituição e atuação das CIBs - Comissões Intergestoras Bipartites -, determinada na Portaria do Ministério da Saúde nº 545, de 20 de maio de 1993, tiveram sua instituição no território nacional nos anos de 1993 e 1994.

No Estado do Rio Grande do Sul, conforme SES (2018), a CIB/RS foi instituída através da Portaria SES nº 09/93, publicada no DOE de 21/06/1993, sendo composta pela Secretaria Técnica (SETEC) e Secretaria Executiva para o assessoramento e encaminhamento das deliberações, com a finalidade de negociação e decisão acerca dos aspectos operacionais do SUS, e foco na prática do planejamento integrado das instâncias municipal e estadual de governo.

Neste sentido, a CIB está à frente de praticamente todos os processos que dizem respeito ao financiamento, à descentralização da estrutura gestora do SUS, à estruturação e funcionamento da rede de serviços propagados pelos níveis federal e estadual, pois é necessária a aprovação na CIB para a sua implementação. Como

exemplos, citam-se os processos de habilitação municipal às diferentes condições de gestão propostas pelas Normas Operacionais do SUS, os critérios para as transferências de recursos financeiros federais (definição dos tetos financeiros municipais e acompanhamento do gerenciamento local dos recursos transferidos) e o credenciamento de novos serviços de saúde. Assim, apresenta-se o Quadro 05 para melhor compreensão das principais funções da CIB.

Quadro 05 - Principais Funções da CIB

1	Elaboração de propostas para a implantação e operacionalização da gestão descentralizada do sistema (normatização, planejamento, programação integrada, controle e avaliação).
2	Acompanhamento da implantação e adaptação das Normas Operacionais Básicas do SUS, reguladoras do processo de organização do sistema de saúde, às condições específicas de cada estado.
3	Proposição de medidas reguladoras das relações estado/municípios e intermunicipais.
4	Acompanhamento e avaliação da implantação da gestão descentralizada das ações e serviços de saúde nos estados e municípios.
5	Definição e aprovação de critérios para a alocação de recursos federais, de custeio e de investimento para a cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar nos municípios.
6	Desenvolvimento de estudos específicos para o equacionamento de problemas identificados na operacionalização das políticas de saúde regional e estadual.

Fonte: Adaptado de Secretaria Estadual de Saúde – RS (BRASIL, 2018).

Todavia, considerando as funções e competências propostas pelo CIB, Souza e Souza (2018) sustentam que, embora as políticas da gestão em saúde estejam definidas na legislação, a operacionalização da saúde pública está diretamente relacionada com as deliberações preestabelecidas nos colegiados, ou seja, com a implementação de ações que visam atender às necessidades locais, ações estas que devem estar em sintonia com as ofertas e demandas encontradas na região onde os serviços serão disponibilizados. Contudo, na hipótese de existir demandas locais que não possam ser atendidas na região em que está inserida, faz-se necessário viabilizar alguns instrumentos que garantam o seu atendimento, seja por meio de novas certificações, ou através de parcerias com outros centros regionais de saúde pública, os quais ofertem especialidades e/ou serviços que supram as carências apresentadas.

Outro ponto a ser considerado pela gestão em saúde pública é a atuação do CIR - Comissão Intergestores Regional – e, conforme afirmam Silveira Filho *et al.* (2016), essas comissões são as instâncias que possibilitam a manutenção do protagonismo municipal e a relação de interdependência entre as esferas municipal e estadual, deliberando sobre serviços públicos de saúde das diversas áreas, em um

determinado território, e possibilitando o acesso da coletividade às ações e serviços de saúde pública de média e de alta complexidade.

Observa-se que as CIT - Comissões Intergestoras Tripartites - desenvolvem papel importante no processo de gestão descentralizada da saúde, pois, segundo o Ministério da Saúde:

Envolvem responsabilidades de formulação e desenvolvimento das atividades do campo prática, tais como a ativação dos atores, a articulação de competências e informações, a negociação com estados e municípios e outras áreas do MS, SESs, SMSs, entre outros (BRASIL, 2008, p. 43).

Logo, após a análise das demandas apresentadas, e confirmando as competências atribuídas a cada um dos atores e agentes participantes, a CIT auxiliará no processo de expansão e criação de novos serviços a serem ofertados por meio da RAS – Rede de Atenção à Saúde.

Pode-se afirmar que a Norma Operacional Básica do SUS 01/93, por meio da mobilização e articulação municipal, visa garantir o acesso à saúde e à estrutura de saúde pública nas diversas regiões do país. No entanto, de acordo com Delboni *et al.* (2017), o fundamental é compreender a abrangência dos serviços a serem disponibilizados à população, afinal, a simples oferta de serviços em saúde não garante excelência no atendimento, tampouco gera resultados positivos nas políticas voltadas à saúde pública. Portanto o mapeamento da situação encontrada facilita a compreensão dos resultados obtidos.

Embora a Constituição Federal garanta o acesso à saúde pública para todos os cidadãos de forma equânime, os meios para o êxito dessa garantia precisam ser reavaliados pela sociedade civil em conjunto com os gestores públicos. Neste sentido, afirma Braga (2017) que as parcerias com a sociedade civil, por meio de instituições devidamente habilitadas para a gestão de recursos públicos, vêm ao encontro do interesse social, pois possibilitam uma maior disponibilidade na oferta de mão de obra especializada e um crescimento direto e indireto no emprego local, de forma mais eficaz e livre do processo burocrático atinente à administração pública, podendo alcançar a excelência nos serviços entregues à sociedade.

Para que se tenha uma gestão eficiente do Sistema Único de Saúde, é necessário que existam recursos financeiros suficientes para a viabilização e manutenção das políticas de saúde pública, as quais atendam às necessidades

apresentadas pela população. Sobre tal questão, os autores Piola *et al.* (2012) asseveram:

O ideal é que houvesse um comprometimento mais claro com três objetivos: i) um crescimento gradual do gasto público no SUS de tal modo a atingir, no máximo em duas décadas, o nível deste tipo de gasto prevalente em países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que mantêm sistemas universais; ii) uma revisão gradativa do conjunto de benefícios tributários concedidos na área da saúde, de forma a alcançar-se alocação mais equitativa no tocante ao gasto tributário, ou seja, recursos públicos de isenções fiscais a pessoas físicas, entidades filantrópicas e outras; e iii) melhorar a qualidade dos serviços do SUS mediante o estabelecimento de mecanismos de garantia de atendimento oportuno (PIOLA *et al.*, 2012, p. 68).

O comprometimento com objetivos citados por Piola *et al.* (2012) deverá sinalizar um acesso adequado e oportuno à saúde pública a toda coletividade, por meio de investimentos que propiciem aos cidadãos a qualidade de vida necessária. O crescimento gradual dos investimentos em saúde passa pela reorganização e redistribuição dos impostos a ela destinados, com participação mais efetiva nos quantitativos transferidos pelo Estado a fim de viabilizar atendimentos disponíveis à população.

A gestão descentralizada dos serviços públicos em saúde, de acordo com a 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 acordo, que vão ao encontro aos interesses públicos na gestão de saúde pública. A portaria nº 399/06 estabelece três diretrizes/eixos para as pactuações no âmbito do SUS: pacto pela gestão, defesa do SUS e pacto pela vida (BRASIL, 2006). O pacto pela saúde se concretiza nos Termos de Compromisso de Gestão. Neste sentido, as condições de gestão de estados e municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo Termo de Compromisso de Gestão, divididas em sete eixos, conforme segue no Quadro 06:

Quadro 06 - Pactos do Termo de Compromisso de Gestão

1	Responsabilidades gerais da gestão do SUS
2	Responsabilidades na regionalização
3	Responsabilidades no planejamento e programação
4	Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria
5	Responsabilidades na gestão do trabalho
6	Responsabilidades da educação na saúde
7	Responsabilidades na participação e controle social.

Fonte: Adaptado de Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006).

Portanto, com o intuito de medir os desempenhos alcançados pelo formato de descentralização dos serviços de saúde pública em todos os níveis, atenção básica, média e alta complexidade, o Sistema Único de Saúde SUS implementou, em 2011, o “Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS” (grifo do autor) sob o controle do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS), afim de mensurar a qualidade na gestão dos serviços entregues à sociedade.

Ratificando o propósito dessa ferramenta, Almeida e Tanaka (2016) sustentam que a participação dos gestores e gerentes no processo de avaliação possibilitou o aprimoramento na operação dos serviços em saúde pública, pois, embora não seja a única forma, o simples fato de rever a oferta auxiliou no aumento da qualidade dos serviços disponibilizados, indicando que é necessária uma revisão na operacionalização do processo de descentralização, com foco na gestão em nível municipal, porque é nessa esfera que os serviços, de fato, são entregues aos cidadãos.

Entretanto, existem situações contraditórias, como a das políticas adotadas pelo SUS no que se refere à descentralização dos serviços em saúde pública. De acordo com Albuquerque (2013), um dos maiores entraves nesses processos são a redistribuição dos recursos alocados para os estados e união, em detrimento dos municípios, que acabam aceitando todo ônus no atendimento à população e enfrentando dificuldades na realização das receitas necessárias ao desenvolvimento das atividades em saúde pública previamente acordadas, situação que pode acarretar a baixa qualidade dos atendimentos ofertados à sociedade.

Para Cunha e Silva (2010), a descentralização dos serviços públicos em saúde, por meio da gestão plena do sistema municipal, deve ser observada de maneira que possa ser medida sua eficácia, por meio de indicadores que sustentem a sua eficiência, ou, ainda, demonstrem os pontos a serem revisados. Afinal, ainda que os investimentos sejam justificados através de relatórios periódicos, é necessário identificar de forma efetiva se o acesso aos serviços de saúde contemplou a sociedade de forma equânime (CUNHA; SILVA, 2010).

Todavia, se percebe que o modelo de saúde pública adotado no Brasil, por meio do SUS, está estruturado de forma que as demandas dos usuários no âmbito sanitário são supridas, porém ainda identifica-se baixa capacidade na gestão governamental, no que se refere a melhorias efetivas para a população, conforme afirma o autor abaixo:

De origem progressista e avançada, com uma normatização exemplar para o mundo, as políticas públicas aplicadas no âmbito sanitário tornaram-se reféns da fúria dos mercados financeiros que financiaram os principais candidatos a cargos eletivos, cobrando a fatura por meio da expansão da privatização do setor. O SUS tem sido sistematicamente relegado a um mecanismo residual de consolidação da focalização da saúde para uma população que, tragicamente, não apresenta condições de formar opinião e de influir nas manifestações do país (CUNHA, 2017, p. 86).

Neste contexto, o autor relata a necessidade de revisão dos atuais modelos de gestão sanitária no Brasil, pois é evidente que as políticas públicas implementadas na área de saúde pública, estão aquém das determinações gravadas na Constituição Federal de 1988.

Logo, a estrutura e a gestão dispostas pelo SUS possibilitam a divisão de responsabilidades, com repasses de recursos financeiros proporcionais aos atendimentos pactuados com o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde, com o intuito de garantir o acesso aos serviços de saúde e, por consequência, observar os direitos fundamentais relativos à saúde pública previstos na CF/88.

Assim, daremos sequência ao estudo apresentando os principais aspectos das políticas públicas utilizadas na área da saúde.

2.4 Políticas Públicas em Saúde

Segundo Cruz *et al.* (2009), a LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal - versa sobre as normas e regulamentos que irão apontar para a gestão dos administradores públicos, com o intuito de fiscalizar seus atos e fatos. Assim, sustentam os autores que a legislação vem acompanhar os orçamentos, desde seu planejamento até a sua execução, sempre enfatizando os aspectos financeiros e avaliando o desempenho dos atores que estão à frente da gestão pública.

Ainda sobre a LRF, ao tratar da questão do endividamento, Figueiredo e Nóbrega (2002) sustentam que o controle da dívida e do endividamento é um dos pontos mais importantes da LRF, porque trata de um dos maiores problemas fiscais do país, no caso, o descontrole do endividamento, que pressiona as despesas dos entes públicos. Com base nisso, destaca-se o tratamento bastante amplo estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal nas questões relacionadas ao endividamento da administração pública, a fim de manter as despesas rigorosamente dentro dos limites

estabelecidos pela lei. Além disso, a LRF determina prazos e mecanismos de ajustes aos limites fiscais.

Percebe-se que as políticas públicas podem ser consideradas instrumento analítico que permite aos atores e agentes a compreensão dos atos e fatos relacionados com as questões político-administrativas; neste sentido, Amabile (2012) refere as principais etapas desse processo:

O estudo das políticas públicas considera quatro etapas principais: formulação, execução, monitoramento e avaliação. Tal esquematização tem efeito didático, pois permite a visualização desde a inclusão da política pública na agenda governamental até a avaliação de sua real efetividade, consoante a finalidade que se proponha. No entanto, não reflete a improvisação caótica que normalmente marca as políticas públicas latino-americanas, passíveis de evolução através da integração de esforços científicos à prática (AMABILE, 2012, p. 391).

Assim, cabe destacar que as políticas públicas auxiliam as ações governamentais, pois são capazes de determinar o que fazer, como fazer e onde se deseja chegar, visto que a gestão eficiente dos recursos disponíveis possibilita superar os obstáculos e atingir resultados satisfatórios, assegurando uma administração pública transparente, a fim de contribuir positivamente com a realidade socioeconômica da localidade em que foi implementada.

Para Moysés *et al.* (2004), o sucesso de uma política pública voltada à área de saúde somente indicará um resultado satisfatório a partir da participação popular, com o total envolvimento dos demais atores participantes em todo processo. Também afirmam que o ponto mais importante está na motivação dos atores envolvidos, ou seja, o poder público deve compartilhar informações que sustentem as atividades relacionadas e atuar com transparência em relação aos investimentos alocados. Afirmam ainda que a criação de redes colaborativas permitirá a continuidade do sistema, independentemente do processo de sucessão eleitoral.

A partir da afirmativa de Farah (2016), observa-se que os debates em torno do tema políticas públicas tenham surgido por volta do ano de 1930. A área do conhecimento “gestão pública” começa a ocupar seu devido espaço nas academias e no meio científico em meados dos anos 2000, propondo modelos explicativos e soluções para os gestores públicos, os quais, por sua vez, acabam aprofundando os estudos e pesquisas sobre o tema, com o intuito de identificar soluções capazes de gerar serviços de qualidade à sociedade ao menor custo social possível.

Conforme Souza *et al.* (2015), o processo organizacional em uma política pública voltada à saúde define se os objetivos e metas serão realmente alcançados, ou simplesmente tratados como impositivos para aferição de indicadores que não levam a lugar algum. Os autores afirmam que a qualidade dos serviços prestados à população está diretamente ligada ao capital humano disponível na unidade de atendimento e que a capacitação dos servidores, com sua alocação adequada, auxilia na obtenção dos resultados desejados. Dessa forma, práticas administrativas voltadas para a gestão, nas diversas unidades de saúde, colaboram para um atendimento voltado a uma política de humanização, onde a população será inserida como ator participante do processo.

Dentro do contexto de uma política pública que delimita o uso dos espaços por cidadãos de uma mesma comunidade, os quais, muitas vezes, são contemplados de forma igual pela economia local, constata-se que a sociedade acaba organizando-se em pequenos espaços, sem perceber sua influência nessa economia, ou seja, acaba adquirindo uma nova concepção de cidadania em um ambiente considerado como novo espaço geográfico (SANTOS; SILVEIRA, 2012). Neste sentido, Arretche (2015) sustenta que o progresso das regiões em nosso país esteve, nos últimos quarenta anos, relacionado a dois fatores fundamentais: o crescimento da renda *per capita* e a diminuição da pobreza nos locais onde o crescimento ficou mais evidente. Entretanto, nesses locais, indivíduos com rendas distintas podem ter acesso aos mesmos serviços, ou seja, em regiões onde existe um crescimento econômico, aumenta também o acesso aos demais serviços, possibilitando uma melhoria na qualidade de vida das pessoas residentes nesse território.

Dessa forma, conforme afirmam Ouverney e Fleury (2017), a principal medida adotada nas políticas de saúde pública teve seu início no ano de 1990, com a decisão e implantação da descentralização dos serviços públicos em saúde. A participação das três esferas de governo na gestão obedece a regras do sistema democrático, com atuação da sociedade nas decisões acerca das responsabilidades da união, estado e municípios, ratificando a tomada de decisão dos novos atores da gestão da saúde pública, possibilitando a construção de mecanismos que venham ao encontro de uma administração com responsabilidade e eficiência.

Bandinelli *et al.* (2016) afirmam que estudos e pesquisas voltados à identificação da administração do micro ao macro ambiente tendem a apontar soluções que poderão ser adotadas como padrão em políticas públicas atinentes à

saúde pública, pois, pesquisa sobre uma UBS - Unidade Básica de Saúde - de um município do interior do Rio Grande do Sul identificou excelência no horário de funcionamento, atendimento médico, entrega de medicamentos e no atendimento em geral aos pacientes. Logo, afirmam os autores que o fator preponderante nessa gestão é a possibilidade de identificação dos usuários de serviços em saúde pública, pois conhecer o perfil dos pacientes facilita a gestão dos problemas, acarretando satisfação nos aspectos que lhe são relacionados.

Entretanto, questões relacionadas aos valores e interesses de uma determinada sociedade podem, por sua vez, definir a liberdade individual de cada grupo de indivíduos e ainda estabelecer quais desses valores sociais sustentam a melhor forma de organização social, a qual represente de fato o modo de exercer a sua liberdade (SEN, 2010). Assim, participar ou não de uma microrregião, com o intuito de contribuir para sua manutenção, está diretamente relacionado às escolhas dos indivíduos.

Logo, afirmar que o desenvolvimento de uma determinada região está diretamente relacionado ao seu crescimento econômico pode ser um grande equívoco, afinal, mesmo em situações onde as realizações materiais não são condizentes com as necessidades, existem outras variáveis que devem ser medidas para que possamos identificar o que de fato ocorre, ainda mais quando as necessidades básicas são respeitadas. Desta forma, se existirem níveis de satisfação pessoal elevados, podemos, sim, afirmar que existiu desenvolvimento (SIEDENBERG, 2006).

Ainda que o gestor público detenha o poder discricionário nas decisões sobre as diversas áreas da administração pública, suas definições, obrigatoriamente, deverão observar, em primeiro lugar, os aspectos legais, pois só assim poderá avançar para demais etapas, a financeira e a técnica, adequando seus planos de governo à realidade local e propondo uma política que permita, sim, um desenvolvimento a sua microrregião (SANTOS, 2006).

No entanto, ao se depararem com as diversas e crescentes carências da saúde pública municipal, os gestores devem propor políticas públicas que possibilitem uma prestação de serviços adequada à sociedade. Neste contexto, Corazza (2017) esclarece que:

A opção pela prestação pública ou privada dos serviços de saúde pública de competência municipal, depende das contingências sociais, históricas, orçamentárias, estruturais, econômicas e, notadamente, do serviço de saúde em questão (CORAZZA, 2017, p. 193).

Assim sendo, a opção pela descentralização dos serviços em saúde municipal requer uma postura capaz de apresentar ações resolutivas, com capacidade de fornecer resultados positivos frente às demandas sociais apresentadas. Portanto, a escolha da prestação de serviços em saúde pública deve considerar as realidades locais e as limitações orçamentárias, a fim de alcançar êxito nas políticas públicas a serem adotadas, objetivando garantir os direitos fundamentais previstos na Constituição Federal.

Conforme Souza (2006), a finalidade das políticas públicas está além da simples expectativa de resolver problemas específicos, até porque os governos têm um limite na resolução de problemas e necessitam verificar de forma equânime as demandas geradas pela população. Logo, toda política pública tem seu reflexo na economia e na sociedade, ou seja, deve ser observada sob todos os aspectos, a fim de propor ações que resultem em transformações positivas no cotidiano dos indivíduos. Essas ações devem visar ainda aproximar a sociedade das discussões e ações necessárias à obtenção de um resultado satisfatório das políticas propostas, indicando mudanças efetivas para a sociedade em geral, indivíduos, empresas e governos, que são os atores da construção e execução de políticas públicas eficientes.

Neste sentido, Ferraz e Kraiczky (2010) complementam que, para garantir políticas de melhoria efetiva na saúde da população, a participação das partes interessadas é um obstáculo a ser superado, conforme segue:

[...] o processo de construção e consolidação das políticas é dinâmico e somente se materializa por meio da ação concreta de diversos atores sociais. Em se tratando especialmente de um sistema cuja gestão é descentralizada e de políticas que dependem fortemente da ação intersetorial, o aprimoramento dos mecanismos de monitoramento e a participação social serão fundamentais para que os avanços obtidos na incorporação da dimensão de gênero nos planos federais, de fato, resultem em melhores condições de saúde para as cidadãs e cidadãos brasileiros (FERRAZ; KRAICZY, 2010, p. 9).

Ferraz e Kraiczky (2010) esclarecem que o sucesso de uma política pública começa na percepção das demandas sociais, afinal, ao identificar de fato as

carências, a possibilidade de obter resolutividade nas ações também aumenta e, ainda, cientes dos problemas encontrados, os profissionais envolvidos diretamente nos atendimentos poderão implantar uma política de trabalho que visa alcançar um índice de humanização perceptível aos usuários dos serviços ofertados.

Dessa forma, o sucesso das políticas públicas está relacionado à percepção das características regionais, conforme afirmam os autores a seguir:

[...] sua rede urbana, suas identidades regionais, suas infraestruturas e seus circuitos econômicos – é inescapável para a construção de uma política que tenha como princípios a universalidade e a integralidade da atenção à saúde, por meio da regionalização (DUARTE; CONTEL; BALBIM, 2013, p. 167).

Assim, além de sistematizar o conhecimento disponível acerca de um determinado grupo de indivíduos, o planejamento de políticas regionais de saúde pública deve orientar a construção de ações que garantam equidade nas proposições administrativas e políticas direcionadas à população, e, por consequência, contribuam para o ordenamento e desenvolvimento da localidade.

Na percepção de Barcellos (2015), a partir da identificação dos aspectos culturais, religiosos e políticos, é possível projetar políticas públicas capazes de produzir resultados alinhados com os anseios dos atores políticos e sociais. Portanto, toda a construção de ações governamentais baseadas em escolhas que garantam sintonia entre o projeto político e as demandas sociais, tende a alcançar, de fato, os interesses coletivos e individuais projetados pelos atores.

Assim sendo, observa-se que a ideia de participação popular no processo de tomada de decisões pela administração pública ratifica a execução de ações voltadas ao interesse público, conforme afirma Alves (2017):

Por suas contribuições em termos de publicidade e visibilidade argumentativa, a teoria do discurso se apresenta como mecanismo de excelência para a participação e deliberação pública, pois possibilita a interlocução entre o Poder Público e a sociedade civil. Com a formação da vontade pública pela forma discursiva, garante-se o poder de decisão à sociedade. A teoria do discurso faz com que os processos democráticos de comunicação funcionem como importante mecanismo para a racionalização da administração de um governo (ALVES, 2017, p. 136).

Portanto, depreende-se que Alves (2017) destaca a importância do diálogo da administração pública com a sociedade civil, pois a participação da população nas deliberações garante aos gestores resolutividade nas demandas geradas pelos

usuários, possibilitando que o poder de decisão seja compartilhado e, por consequência, atenda de forma satisfatória ao processo democrático durante a execução das programas e projetos pré-estabelecidos.

Para Fenili, Correa e Barbosa (2017), o planejamento estratégico, adotado em setores que desenvolvem políticas voltadas à saúde pública, contribui de forma expressiva para a qualidade na gestão, pois a organização das atividades auxilia na obtenção de resultados satisfatórios e coerentes, ou seja, a utilização de estratégias propositivas permite à administração aferir o alcance das metas pré-estabelecidas.

Além disso, Fenili, Correa e Barbosa (2017) sustentam que, embora existam recursos disponíveis, alguns fatores necessitam de uma atenção especial para o pleno funcionamento do planejamento estratégico proposto, dentre os quais podemos elencar a qualificação técnica dos profissionais que atuam diretamente na execução das ações de governo, que deve estar sempre atualizada e adequada às políticas propostas. Outro fator a ser observado pela sociedade é a constante mudança de governo, ou seja, neste ponto, independentemente do governo, o que deve ser observado é a política pública proposta, e não o projeto de governo, pois, muitas vezes, os projetos políticos demonstram dificuldades de alinhamento com as necessidades geradas pelos usuários.

O processo de descentralização dos serviços públicos em saúde permite aos gestores potencializar a correlação entre usuários e serviços prestados, afinal, com a crescente demanda na área da saúde por parte da população e a escassez de recursos financeiros, as administrações governamentais carecem de parcerias que possibilitem potencializar resolutividade nas ações, até porque será necessário que o planejamento, a formação das políticas públicas voltadas à área de saúde e a operacionalização da saúde pública estejam alinhados com os interesses sociais. De modo contrário, quando se opta por desenvolver essas atividades de forma isolada, com a ausência das partes interessadas no processo de tomada de decisão, torna-se improvável alcançar o sucesso nas ações.

No próximo capítulo, a pesquisa apresenta a abordagem metodológica utilizada, afim de possibilitar resultados fidedignos.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa busca demonstrar os efeitos da descentralização dos recursos financeiros aplicados em saúde pública para a sociedade de Sapucaia do Sul/RS. Para tanto, pretende, por meio de procedimentos científicos adequados, explicitar os resultados encontrados. Dessa forma, foram utilizadas ferramentas metodológicas que permitiram atribuir confiabilidade ao processo de busca pelo conhecimento científico.

3.1 Caracterização Fundação Hospitalar Getúlio Vargas

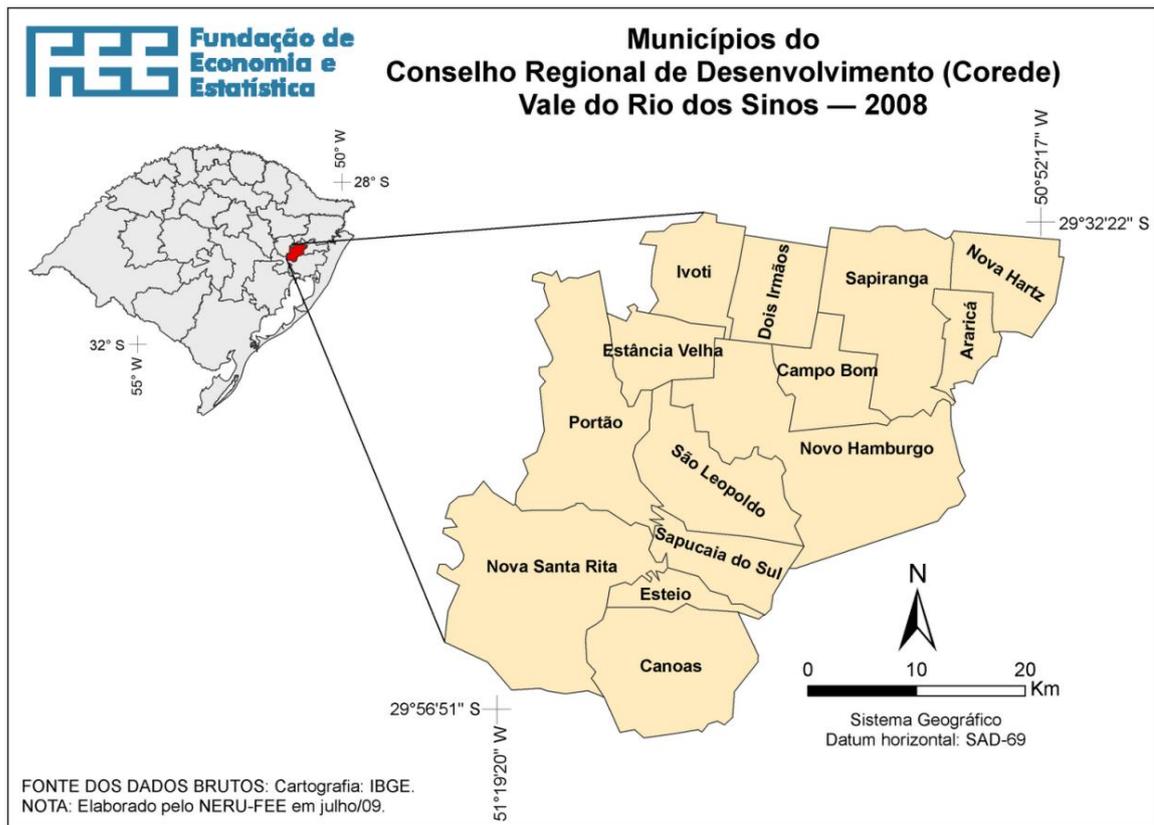
O município de Sapucaia do Sul, integrante da região metropolitana de Porto Alegre-RS, situa-se nos mercados produtores e consumidores de maior riqueza do Rio Grande do Sul. É exposto ao fluxo da BR 116 e da RS 118, rodovias que o ligam aos importantes polos industriais de Gravataí, Cachoeirinha e Canoas. A cidade conta com uma boa estrutura industrial e condizente mão de obra, fatores que beneficiam a instalação de indústrias e de serviços.

Possui uma área de 58.309 km² e uma população de 138.357 habitantes, segundo censo IBGE (2010); o IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) de Sapucaia do Sul foi 0,726 em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,150), seguida por Longevidade e Renda.

Sapucaia do Sul é um município da Região Metropolitana de Porto Alegre, com destaque para o desenvolvimento industrial e as belezas naturais da sua zona rural. Integra o Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE³) – Vale do Rio dos Sinos -, e está situado próximo à capital do estado, com fácil acesso ao aeroporto Salgado Filho e a 25 km da Estação Rodoviária de Porto Alegre, o que lhe confere uma localização privilegiada na região, conforme demonstra a Figura 1.

³ COREDEs, criados oficialmente pela Lei 10.283, de 17 de outubro de 1994, são um fórum de discussão para a promoção de políticas e ações que visam ao desenvolvimento regional. (ATLAS SOCIOECONÔMICO - RS, 2018).

Figura 1 - Mapa da Região do COREDE. Vale dos Sinos



Fonte: Fundação de Economia e Estatística do Estado do Rio Grande do Sul - FEE (2009).

Antes mesmo do início das atividades da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas, na década de 1970, com amparo na Lei Municipal n.º 300/70 e iniciativa da comunidade local, criou - se o Hospital Municipal Getúlio Vargas, que chegava para preencher uma ausência de atendimento à saúde pública daquela população, atuando por aproximadamente 40 anos sob a natureza jurídica de autarquia municipal.

No ano de 2009, foi implantado um novo modelo de gestão com o grande desafio de pelo menos retomar a oferta de funcionamento dos 23 leitos que estavam fechados, comprometendo, à época, a internação de novos pacientes em aproximadamente 40% de sua capacidade total, e recuperar a UTI - Unidade de Tratamento Intensivo -, que dispunha apenas de três leitos e uma sala de cirurgia, com um atendimento precário à população.

Este novo modelo de gestão acarretou melhorias ao atendimento, ocasionando o aumento na oferta de serviços à população e a busca por especialidades médicas, que não existiam na localidade. Entretanto essa nova forma de administrar a saúde local gerou a necessidade de ampliação do quadro funcional, o que levou os gestores a buscarem um novo enquadramento jurídico na natureza do então Hospital Municipal

Getúlio Vargas, iniciando assim os primeiros passos para a implementação da FHMGV.

Surge, também a necessidade de adequação ao novo perfil de atendimento à sociedade, gerando a busca por mais estrutura física, mais tecnologia e incentivo à pesquisa. Em junho de 2010, a administração deu um grande passo, ou seja, a partir daquele momento, alterava-se a personalidade jurídica da instituição, passando, de Autarquia para Fundação Pública de Direito Privado (FHMGV, 2018).

Este passo consolida um novo modelo de gestão e de assistência, tendo como eixos norteadores a ampliação de serviços, a articulação com as demandas das redes local e regional de saúde e o aprimoramento das relações entre as equipes e a comunidade.

O surgimento da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas foi o caminho que possibilitou a grande ampliação dos serviços, permitindo atender à sociedade de Sapucaia do Sul de forma plena, ou seja, conforme a Norma Operacional Básica 01/96 do SUS, atuando além da rede básica em especialidades, conforme credenciamento prévio do Sistema Único de Saúde, transformando-se a Fundação em referência em saúde pública. Em 2010, o resultado do trabalho desenvolvido recebe o primeiro reconhecimento e um novo desafio: a convite do Estado do Rio Grande do Sul, assumir a gestão do Hospital de Tramandaí e também a gestão do SPA –Serviço de Pronto Atendimento - de Sapucaia do Sul, que, até então, estava vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (FHMGV, 2018).

Dessa forma, a gestão eficiente da FHGV fortaleceu o movimento do governo do Estado do Rio Grande do Sul de recuperação da saúde pública em conjunto com o Ministério da Saúde, corroborando a implementação da gestão plena do sistema de saúde em Sapucaia do Sul, que teve seu início em janeiro de 2015 (FHMGV, 2018).

3.2 Métodos de Pesquisa

A pesquisa teve um caráter exploratório e também explicativo, com objetivo de verificar os efeitos dos investimentos em saúde pública e sua contribuição para o desenvolvimento do município de Sapucaia do Sul. Como objetivo metodológico, esta pesquisa tem um caráter exploratório e explicativo. Conforme sustenta Jung (2004), o caráter exploratório tem por finalidade a geração de conhecimento científico sobre procedimentos já existentes, mas com a capacidade de processar alternativas para

novas descobertas em favor da ciência. O caráter explicativo, ou seja, a pesquisa explicativa, segundo Severino (2016), é aquela que, além de analisar e registrar os fenômenos estudados, busca identificar suas causas, seja através da aplicação do método experimental/matemático, seja através da interpretação possibilitada pelos métodos qualitativos.

Contudo, as abordagens utilizadas nesta pesquisa foram de caráter qualitativo, uma vez que os objetivos da pesquisa são analisar, verificar e demonstrar a descentralização dos serviços de saúde pública municipal, e, segundo Beuren *et al.* (2010), a pesquisa qualitativa permite que sejam concebidas análises mais profundas em relação ao fenômeno que está sendo estudado.

A presente pesquisa utilizou o estudo de caso único e buscou subsídios na pesquisa bibliográfica a fim de dar suporte teórico às demandas do estudo.

3.3 Procedimentos de Pesquisa

Neste capítulo, serão apresentados os procedimentos utilizados para o desenvolvimento da pesquisa, estabelecidos o universo e a amostra da pesquisa, os instrumentos de coleta, as limitações e análise dos dados.

O estudo buscou analisar as políticas públicas implementadas na área de saúde no município de Sapucaia do Sul, bem como investigar a aplicação dos recursos financeiros destinados às três etapas de atendimento previstas pelo SUS, a saber, atenção de básica, média e alta complexidade em saúde pública.

3.3.1 Universo e Amostra da pesquisa

O estudo foi realizado no município de Sapucaia do Sul - RS, por meio de questionamentos aos responsáveis diretos pela operacionalização dos controles junto ao Ministério da Saúde, bem como aos gestores responsáveis pela administração dos recursos financeiros oriundos de repasses dos governos estadual e federal, contendo uma amostra não probabilística intencional formada por seis diretores, seis coordenadores de áreas, bem como o diretor geral da Fundação Hospital Getúlio Vargas e o Secretário Municipal de Saúde, totalizando catorze participantes, doravante denominados participantes da pesquisa.

3.3.2 Instrumentos de coleta de dados

Para os cientistas que utilizam uma abordagem qualitativa em seus estudos, a entrevista é uma forma de obter informações acerca dos objetos pesquisados, os quais, muitas vezes, não são passíveis de identificação na coleta de dados secundários. A entrevista utilizada foi semiestruturada. Desta forma, para Marconi e Lakatos (2003, p. 195), “[...] pode-se definir entrevista como um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”.

No procedimento de coleta de dados, a “entrevista” (grifo do autor), foi o instrumento utilizado para assegurar o uso científico das informações fornecidas pelo entrevistado, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento – TCLE. As questões de sigilo, autorização para gravação e eventuais discordâncias com os temas abordados estavam previstas no referido termo, sendo esclarecidas a todos os entrevistados antes de se iniciar a aplicação da pesquisa. O TCLE foi disponibilizado ao participante, e, somente após seu consentimento, a entrevista iniciou, estando asseguradas ao entrevistado as informações acerca do instrumento adotado durante a pesquisa.

Com o intuito de garantir que os resultados encontrados auxiliassem as prospecções da pesquisa, buscou-se possibilitar que o problema ali apresentado estivesse alinhado com os objetivos; por consequência, foi possível obter respostas que foram confrontadas com a realidade dos atos e fatos estudados, tornando-se uma fonte de dados que validou as informações encontradas nos relatórios e documentos coletados. Assim, para viabilizar a ideia projetada na pesquisa, foi utilizada como procedimento uma entrevista semiestruturada.

Os dados econômicos utilizados foram de fontes secundárias DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil e TCE/RS - Tribunal de Contas do RS, a fim de garantir autenticidade nas informações coletadas; a entrevista foi aplicada nos meses de junho, julho e agosto de 2018, teste-piloto para possibilitar uma maior eficiência no processo de coleta de informações.

3.3.3 Análise de dados

Foram utilizadas informações primárias, obtidas através de entrevistas aplicadas aos profissionais e gestores envolvidos diretamente na saúde pública municipal, bem como secundárias, coletadas junto ao Ministério da Saúde por meio do departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – DATASUS, para processar as informações de forma fidedigna. Esta análise teve por objetivo observar os quantitativos dos diversos procedimentos por meio dos quais o Sistema Único de Saúde realiza os investimentos, de forma regionalizada, ou ainda individualizada, conforme o objeto do estudo.

A técnica utilizada para a análise de dados foi interpretativa, pois, segundo Stake (2011), em uma análise interpretativa dos dados, o pesquisador deverá valer-se de suas percepções acerca das informações coletadas e das experiências humanas relatadas durante o processo de investigação.

A seguir, serão apresentados os dados coletados por meio de entrevistas com os profissionais atuantes da área da saúde pública no município pesquisado e os dados de fontes secundárias.

4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A partir das entrevistas realizadas com gestores e operadores da GSPM – Gestão Plena do Sistema Municipal - observou-se como ocorre a gestão da saúde pública no município de Sapucaia do Sul. Identificou-se que por meio do SUS – Sistema Único de Saúde, o governo federal, de forma indireta e descentralizada, administra a saúde pública, garantindo à população o acesso aos atendimentos e serviços disponíveis na rede pública de saúde, nas esferas municipal, estadual e federal.

A pesquisa permitiu a observação de políticas públicas adotadas pela administração da saúde no município, as quais possibilitam minimizar as carências da sociedade e promoveram acesso de novas especialidade médicas, acarretando em melhorias na área da saúde pública da região. Essa percepção foi se tornando nítida à medida que a pesquisa avançou, até porque existia sintonia entre os objetivos propostos no projeto de pesquisa e as informações coletadas nas entrevistas, por meio dos dados secundários.

4.1 Relatos acerca da Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM

Buscando atender ao primeiro objetivo específico, investigar a aplicação dos recursos financeiros transferidos, na descentralização dos serviços em saúde pública, à Fundação Hospitalar Getúlio Vargas, coletou-se as seguintes respostas aos itens 4.1, 4.2 e 4,3.

O participante da pesquisa L (2018) informou que o município de Sapucaia do Sul, a partir de dezembro de 2014, adquiriu novas responsabilidades na saúde pública municipal, ou seja, após a publicação da Resolução nº 759/2014 do CIB/RS, em 16 de dezembro de 2014, a GPSM foi definida pelos órgãos superiores regidos pelo SUS. Esse processo deu-se progressivamente com a qualificação e implantação dos serviços de saúde, atendendo a diversas especialidades e complexidades, dentro dos três níveis de atenção à saúde, ou seja, primária, secundária e terciária.

O participante da pesquisa M, (2018) aludiu que

[...] como uma consequência da tentativa de universalização do SUS, a partir da carta de 88, em que se transfere para o município, pois nesse tá a realidade e junto com as realidades econômicas, geográficas que vão determinar a cada um as suas peculiaridades no que tange à saúde, e o pacto onde foi sendo negociado isso através dos estados e das suas secretarias de saúde até implementar no município e este seja capaz de gerir em todos os seus níveis à saúde a seus municípios (PARTICIPANTE M, 2018).

Segundo o relato do participante M (2018), os direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988 prevalecem no segmento da saúde, pois, ao atribuir às localidades o direito de discussão e elaboração das diretrizes da saúde, com a colaboração dos usuários, se percebe a intenção dos gestores em garantir a equidade na prestação dos serviços de saúde pública.

O participante J (2018) coloca que:

[...] a Gestão Plena do Sistema Municipal nada mais é do que a terceirização da saúde feita pela união e os estados repassada para os municípios. Na minha visão, é uma transferência de responsabilidade, ela repassa os recursos financeiros para viabilizar atendimentos e entregar o serviço de saúde para a população (PARTICIPANTE J, 2018).

A prestação de serviços realizada pelo Estado, independentemente da esfera de governo, municipal, estadual ou federal, deve sempre priorizar o interesse público. Ainda que os serviços sejam realizados de forma descentralizada, os interesses da coletividade deverão estar à frente nas tomadas de decisões, conforme exposto por Andrade (2008).

Na visão do participante W (2018), embora todos os municípios do Brasil possam realizar a pactuação para gestão plena da saúde, aqueles que demonstram em seus relatórios gerenciais baixa capacidade de autogestão ainda não o fizeram pelo grau de responsabilidade atribuído ao gestor na prestação de contas dos recursos que são repassados à gestão plena pela União e Estados. O participante destaca que “[...] os municípios não possuem pessoal habilitado para monitorar e preencher os relatórios atinentes à GPSM, afastando, assim, os municípios da pactuação da GPSM”.

Os relatos dos participantes são corroborados pelas determinações dispostas no art. 4º do Decreto Lei 200/67, que autoriza a descentralização dos serviços, porém estabelece que a divisão de responsabilidades, inerente a esta forma de prestação de

serviços, ou seja, ao planejamento, execução das atividades e prestação de contas, deve ser observada pelos gestores (BRASIL, 1967).

No caso analisado, o município de Sapucaia do Sul destaca em sua página na internet⁴ que o Hospital Municipal Getúlio Vargas é uma instituição 100% SUS, ou seja, todos os investimentos e manutenções são realizados com recursos oriundos do sistema público, ofertando atendimentos nas especialidades de clínica médica, traumatologia, cirurgia geral, neurologia, neurocirurgia, pediatria, obstetrícia, saúde mental e intensivismo adulto e pediátrico. Realiza, em média, mais de 8.800 atendimentos por mês, no setor de emergência, e cerca de 700 internações nas diversas especialidades. Essa estatística, além de justificar a pactuação com a gestão plena, demonstra a necessidade de intervenção financeira do Estado na aplicação dos recursos financeiros em saúde pública.

4.2 O equilíbrio entre o montante de recursos financeiros contratados e as demandas geradas pela população

O participante L (2018) relata que alguns fatores demonstram as dificuldades encontradas pelos gestores:

- a) A grande defasagem nos valores pactuados com governos estadual e federal, principalmente nos itens procedimentos e exames; b) os valores praticados nas consultas médicas são insuficientes para cobrir os custos dos profissionais, ou seja, atualmente o repasse por consulta é de apenas R\$12,00 por atendimento, dificultando para o município a sua manutenção, uma vez que os valores faltantes deverão ser cobertos pelo órgão municipal; c) a irregularidade nos repasses financeiros dificulta o planejamento financeiro da prefeitura (PARTICIPANTE L, 2018).

Embora a Portaria nº 62/2017 da Secretaria Estadual de Saúde estabeleça a necessidade de repasses financeiros do governo estadual ao município, a fim de subsidiar a atenção hospitalar e os serviços de média complexidade, e a Lei Federal n.º 141/2012 determine repasses financeiros pelo governo federal, para atender às demais demandas pactuadas, os recursos financeiros obtidos são insuficientes e não atendem às necessidades apresentadas pelo órgão municipal para o cumprimento da meta de propiciar uma saúde pública eficaz e resolutiva.

⁴ FUNDAÇÃO HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS – FHMGV. *Informações*. 2018. Disponível em: <<http://www.fhgv.com.br/home/h-getulio-vargas>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

Para o participante W (2018), na apresentação da proposta de pactuação de gestão plena com entes federados:

[...] são orçados os valores financeiros para cobertura de incentivos pactuados, considerando os procedimentos que serão realizados, divididos em dois blocos: procedimentos ambulatoriais e atenção hospitalar, na orçamentação dos recursos para os incentivos da atenção hospitalar. Nos procedimentos ambulatoriais, existe uma meta física a ser realizada e um teto financeiro para cada serviço pactuado no contrato de gestão, teto esse que está defasado, impedindo que os valores orçados sejam suficientes para o atendimento dos serviços previstos. Embora exista uma cultura de que os serviços de atenção hospitalar devem ser subsidiados pela união, e os serviços de atenção básica devem ser custeados pelo município, a realidade está distante dessa cultura, acarretando investimentos maiores do contratado pelo município, afim de atender às demandas apresentadas na atenção hospitalar.

Desse modo, ainda que a Lei complementar 141/2012 determine a observância de aspectos inerentes ao desenvolvimento científico, controle de qualidade, atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, para o participante W (2018) a escassez de recursos financeiros, por muitas vezes, acarreta a prestação de um serviço de saúde precário aos usuários, ou até inexistente, pois os valores pactuados com os órgãos de gestão são insuficientes para cumprir os atendimentos em saúde pública que a sociedade necessita.

Já o participante F (2018) assevera que, em se tratando de saúde, os valores aplicados sempre estão aquém das necessidades:

[...] A maior prova disso é o sucateamento da saúde em nosso país. Sobre valores ideais, afirma que a questão é complexa, pois, na área que atua, os processos para efetivação dos gastos públicos são constantes, assim como a redução das disponibilidades financeiras para fazer frente a esses gastos, sendo possível perceber a existência de um descompasso entre receitas disponíveis e necessidades geradas. Mas o valor ideal ou montante é difícil de mensurar, afinal muitas dificuldades acabam sendo superadas com uma gestão racional e comprometimento dos envolvidos.

Soma-se às informações dos participantes da pesquisa a afirmativa acerca da elaboração das políticas públicas atinentes à gestão das receitas e despesas destinadas ao atendimento da saúde pública no país, ou seja, a própria CF/88 estabelece a garantia dos direitos sociais de forma equânime, conforme expõe Ladeira (2009).

Na visão do participante M (2018), historicamente os valores repassados pelo SUS à administração municipal são inferiores às demandas geradas. Já em relação ao montante ideal, relata que:

[...] devido às peculiaridades e carências apresentadas em cada região do território nacional, é complexo atribuir um valor ideal a ser aplicado em saúde pública, pois existe condicionantes, citando, como exemplos, surtos, controle de epidemias, programa de vacinação e casos de calamidades que requerem um acréscimo econômico, afim de garantir a manutenção dos atendimentos, e impossibilitam a identificação do valor ideal a ser aplicado em saúde pública.

Diante das informações apresentadas, é possível observar que o legislador, ao propor o projeto de lei que originou a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivava promover, proteger e organizar os serviços de saúde pública no país.

Todavia, mesmo que os recursos financeiros destinados às ações e serviços de saúde pública careçam de melhor planejamento, com repasses mais eficientes para que a distribuição de receitas ocorra de forma equânime, a gestão de todo processo de baixa, média e alta complexidade em serviços de saúde pública tem como fundamento a promoção e a garantia de acesso aos seus usuários, ainda que, conforme relatado pelos entrevistados, a demanda seja demasiadamente superior à oferta desses serviços.

4.3 Parâmetros econômicos para formatação do contrato de gestão e as estratégias definidoras na sua construção

No que diz respeito à formatação de contratos, para a tomada de decisão, o município de Sapucaia do Sul procurou adotar como norte as medidas contidas no planejamento de suas ações, lastreado em estudos e prognósticos elaborados por técnicos das mais diversas áreas do conhecimento.

Desta forma, o participante J (2018) narra que:

[...] Durante o planejamento nas ações da saúde, muitas e muitas vezes eu, como técnica, sou chamada a participar dessas reuniões, para pré-formatarmos a viabilidade econômica das demandas dos serviços a serem prestados para a comunidade; procuramos apresentar para os profissionais da área médicos, diretores e gestores, e todos reunidos preparam um levantamento dessas questões. O que eu quero dizer com tudo isso, na verdade, é que não existe uma escolha sobre a quantidade ou a qualidade. Como já havia falado anteriormente, a demanda é bem maior do que o recurso financeiro, então você opta por um bom serviço, ou seja, um serviço de qualidade ou uma quantidade maior de atendimentos, ou uma coisa ou outra, as duas juntas seria o ideal, mas como a demanda é grande, não tem como optar por um ou outro.

Neste item a pesquisa demonstra que os direitos sociais referentes a saúde pública estão previstos na Constituição Federal de 1988, porém, ultrapassam os aspectos meramente formais e, de fato, alcançam todas as camadas da sociedade, pois, a gestão da saúde quando realizada de forma conjunta, evidencia que a interferência da União, Estados e Municípios no processo possibilita a obtenção de resultados efetivos e equânimes, além de propiciar a inclusão dos indivíduos de forma direta na utilização dos serviços de saúde pública (LADEIRA, 2009).

Já o participante W (2018) relata exemplificando que as estratégias qualidade e quantidade são fundamentais no processo de descentralização da saúde pública, pois o órgão prestador de serviços, antes de formatar o contrato, deverá identificar o grau de capacidade instalada para o cumprimento dos procedimentos compromissados:

[...] admitindo que o órgão tenha habilitação para prestar serviços de cardiologia, deverá mensurar quantas consultas poderá realizar em cada mês; no caso de acidente vascular cerebral – AVC - identificar a quantidade de atendimentos que poderá realizar em cada mês, ou seja, identifica-se a quantidade de serviços que pode prestar, por área de atenção, e cria-se um orçamento por meio de uma planilha de custos.

Portanto, segundo o participante W (2018), inicialmente faz-se necessária a identificação da capacidade instalada, da certificação da GPSM, da quantidade de serviços demandados e do orçamento disponível, pois, somente com tais dados é viável formatar-se um plano operacional adequado as diretrizes do SUS e que possibilite a entrega de serviços de qualidade aos usuários da rede pública de saúde.

Complementando tal questão, o participante F (2018) informa que:

[...] Na verdade, poucas vezes participei diretamente na construção de parâmetros para formatação de contratos, mas sempre procuro auxiliar os gestores na formatação das políticas alocadas para saúde e os demais gastos públicos, de forma a entregar sugestões que estejam adequadas às necessidades e parâmetros exigidos na legislação. Sobre qualidade ou quantidade especificamente, acredito que não existe uma preferência, o que existe, sim, são análises de propostas mais adequadas à realidade econômica, possibilitando a manutenção dos serviços e novos investimentos.

A complexa arte de projetar as ações de saúde está principalmente associada aos aspectos quantitativos e/ou qualitativos, pois, acima de qualquer demanda individual, o que de fato deverá prevalecer é o interesse social; neste sentido, Araújo, Santos Filho e Gomes (2015) referem que as metas sociais deverão sobressair-se

àquelas estabelecidas na LRF, possibilitando salvaguardar as carências apresentadas pela população.

4.4 Participação da sociedade no planejamento e na tomada de decisão das políticas públicas voltadas a definir a gestão da saúde pública municipal

Procura-se atender ao segundo objetivo específico, no caso, o de verificar a efetividade e os benefícios apresentados após a implementação da gestão plena do sistema municipal, seguem as respostas dos participantes da entrevista, referente aos itens 4.4, 4.5 e 4.6.

Para o participante W (2018), o controle e a fiscalização mais adequados à saúde pública no Brasil são praticados através do SUS, que possui o melhor sistema para aferir os investimentos realizados nessa área, pois, desde sua criação, com o advento da Lei n.º 8080/90, foi estruturada uma espécie de “espinha dorsal”, capaz de promover um controle social eficaz, ou seja, desde a sua criação, foi pautado o monitoramento, acompanhamento e fiscalização pelo usuário da prestação de serviços em saúde pública, garantindo que os serviços entregues sejam ideais para os demandantes.

Ao tratar da credibilidade da participação social, refere:

[...] As políticas sociais locais são ratificadas com a presença do conselho municipal de saúde e dos conselhos de bairros, que têm representatividade de todos os segmentos da sociedade, tratando-se de entidades compostas por trabalhadores da saúde, associações de bairros, representantes dos prestadores de serviços e representantes da administração pública municipal, permitindo aos gestores um ganho real nas informações acerca das necessidades da população e sugestões de investimentos, que têm origem nas reuniões ordinárias deste grupo (ENTREVISTADO W, 2018).

Corroborar-se, o entendimento do participante L. (2018), segundo o qual a participação da sociedade é garantida pelo Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul, que assume uma postura efetiva e atuante no controle social, por meio do trabalho desenvolvido pelos seus membros, colaborando nas discussões, no planejamento das ações e no auxílio da formatação das políticas públicas em saúde, necessárias para o atendimento da população.

Neste contexto, o Ministério da Saúde (2018), por meio do princípio basilar da participação popular, estabelece que “[...] a sociedade deve participar ativamente do

SUS e, para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde”, ou seja, o legislador, ao criar as regras de participação popular, buscou evidenciar a existência de responsabilidades mútuas no planejamento, controle e avaliação.

O participante F (2018) relata que:

[...] A iniciativa de elaborar as políticas para saúde são da SMS, mas existe, sim, a participação da sociedade através do CMS. A partir das discussões e reuniões, são estabelecidas as necessidades e, posteriormente, são propostas as ações a serem executadas; como instrumento, posso dizer que são utilizadas as atas desses encontros e as peças orçamentárias que evidenciam a capacidade econômica para operacionalizar o sistema.

Desse modo, considerando as informações trazidas pelo participante F (2018), percebe-se que a elaboração das políticas públicas em saúde, propostas pela sociedade por meio dos CMS, estão de acordo com o disposto no art. 30, §4º, da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Portanto, depreende-se que o Conselho Municipal de Saúde delibera sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades a serem atendidas na área da saúde.

No entendimento do participante M (2018), a atuação da sociedade é garantida por meio dos representantes da sociedade civil organizada, que promove reuniões em associações, instituições locais e no Conselho Municipal de Saúde, onde são discutidas e elaboradas as práticas que norteiam o rumo da saúde local em um determinado período de tempo.

Acrescenta o participante M (2018) que, “[...] Para garantir a credibilidade das decisões pactuadas nas reuniões, é obrigatório o envio das atas desses encontros para os órgãos fiscalizadores, através dos relatórios periódicos de prestação de contas”.

Destaca-se que a exigência de compor os Conselhos Municipais de Saúde, fixada pelo Sistema Único de Saúde, surgiu como ferramenta de fiscalização para a sociedade, permitindo um controle efetivo na regulamentação dos serviços pré-estabelecidos nos contratos de gestão e demais instrumentos pactuados. Logo, com o intuito de regulamentar as diretrizes das ações e serviços públicos de saúde, o Ministério da Saúde (2018) estabelece a criação dos conselhos, em observância ao princípio da participação popular, que tem como objetivo avaliar e fiscalizar os interesses sociais na política nacional de saúde pública.

4.5 Os problemas enfrentados pela administração pública municipal anteriormente à certificação da GPSM

De acordo com relato do participante J (2018), existiam vários problemas antes da certificação da gestão plena do sistema municipal, conforme afirma:

a) demora nos atendimentos, b) marcação de consultas tardias, c) escassez nos serviços de exames laboratoriais, d) número de cirurgias incapaz de atender à demanda do município, e) dificuldade de comprovar a alocação dos investimentos destinados para a saúde pública do município de Sapucaia do Sul, f) incapacidade de gestão e o baixo investimento do Estado do Rio Grande do Sul nos serviços de saúde atinentes a sua responsabilidade.

A descentralização da GPSM busca garantir a melhora nos atendimentos e/ou ampliação dos procedimentos hospitalares, seja no volume ou na implantação de novas especialidades; no entanto, o participante J (2018) menciona que os órgãos que não possuem capacidade técnica para desenvolver a gestão direta, estão sujeitos à escassez dos investimentos destinados a saúde pública local.

O participante F (2018) coloca que:

[...] O principal problema sempre foi a falta de recursos financeiros, pois muitos atendimentos e ou procedimentos não eram realizados pela escassez de recursos. Mesmo com os investimentos na atenção básica, a saúde ultrapassando os limites mínimos regrados na Constituição, as demandas de média e alta complexidade sempre foram maiores que a capacidade instalada pelo gestor estadual, ocasionando grandes déficits no acesso aos atendimentos. Ainda que houvesse recursos destinados aos atendimentos dos municípios de Sapucaia do Sul, a carência na estrutura organizacional do Estado do Rio Grande do Sul impossibilitava a entrega de serviços adequados aos usuários.

De fato, a percepção do participante F (2018) acerca dos aspectos econômicos que envolvem a gestão da saúde pública reflete a realidade, pois o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde são os órgãos fiscalizadores e responsáveis pelos repasses financeiros, logo, no momento em que esses órgãos atrasam os repasses destinados aos atendimentos e procedimentos hospitalares, exames laboratoriais, tratamentos de doenças com alto risco de contaminação e distribuição de medicamentos, o planejamento e a execução do plano operacional resta prejudicado, e os prejuízos são detectados na falta dos atendimentos previstos para a sociedade.

O participante M (2018) informa que o principal entrave na ausência da GPSM é a escassez de recursos, salientando que o agravante dessa situação é a falta de apoio econômico por parte dos estados. Enfatiza que o Estado do Rio Grande do Sul possui rede de atendimentos em saúde com capacidade aquém das necessidades da população, o que explica o fato de praticamente não haver incentivo estadual aos municípios gaúchos.

O principal problema enfrentado na gestão de saúde pública municipal de Sapucaia do Sul/RS, conforme o participante W (2018), é:

a escassez dos recursos destinados para o atendimento da rede, uma vez que os demais serviços estavam pactuados, ou seja, já havia pactuação de serviços como rede de atenção básica, rede de atendimento secundário, pronto atendimento e serviços de atenção hospitalar. Logo, existia uma excelente rede de serviços, mas, com a ausência na certificação da gestão plena, os recursos financeiros eram submetidos ao estado do RS, acarretando atraso nos repasses oriundos da união referentes ao MAC – média e alta complexidade, inviabilizando grande parte da execução dos serviços, pois, somente os fundos municipais de saúde, que possuem personalidade jurídica própria, estão aptos a receber diretamente os repasses financeiros destinados aos municípios certificados, possibilitando uma melhoria no planejamento e execução do processo.

Observa-se que os relatos dos entrevistados M e W, acerca dos problemas enfrentados pela administração pública municipal anteriormente à certificação da GPSM, corroboram a lição apresentada por Albuquerque (2013), ao tratar da regulação dos serviços em saúde pública, conforme segue:

A regulação é outro entrave importante da regionalização do SUS pós-Pacto pela Saúde. Os estados não foram capazes de construir um projeto de regulação mais robusto e capaz de fortalecer a lógica pública de planejamento e contribuir para a estruturação de redes e fluxos assistenciais nas regiões. Verificam-se apenas avanços pontuais, como a implantação de complexos reguladores ou a contratualização (ALBUQUERQUE, 2013, p. 244).

Constata-se que um dos grandes desafios a ser superado por todas as esferas de governo é a capacidade de gestão na saúde pública, pois a regionalização auxilia a manutenção e equidade na oferta de serviços de saúde para cada região, segundo suas características e necessidades, além de ajudar na promoção da justiça social e na distribuição dos recursos financeiros destinados a essa área, mantendo uma previsão orçamentária integrada entre as esferas de governo, a fim de permitir a execução do custeio.

4.6 Operacionalização e funcionamento dos atendimentos e serviços públicos em saúde ofertados à comunidade local anteriormente à pactuação da GPSM

De acordo com o participante F (2018), existia um distanciamento entre a demanda e a oferta de serviços em saúde pública entregue à população, esclarecendo que o serviço prestado pelo hospital municipal era deficitário, citando alguns dos problemas:

a) leitos insuficientes para atender às demandas de internações, b) falta de médicos especializados para os atendimentos das diversas especialidades demandadas, c) precariedade dos equipamentos e d) falta de recursos para disponibilização de medicamentos. De forma geral, a escassez de recursos e a falta de investimentos provocavam o encaminhamento dos pacientes para outras cidades que disponibilizara leitos, consultas, exames e demais serviços necessários, causando constrangimento e encarecendo o processo aos munícipes, pois necessitavam deslocar-se para fora do município, a fim de receber o atendimento a que têm direito.

Destaca-se que tal relato está diretamente relacionado a ausência de recursos financeiros capazes de satisfazer as necessidades da sociedade na área da saúde, muito embora a CF/88 estabeleça que todo cidadão tem direito ao acesso à saúde pública, por vezes o que de fato se verifica é a prestação de serviços em desacordo com os interesses sociais.

O entrevistado W (2018) relata que:

Os serviços prestados no município, antes da certificação da gestão plena, eram mais ou menos de acordo com a capacidade instalada que já possuíamos na época. Claro que com exceção das especialidades médicas que fazem parte da alta complexidade e necessitam de regulação da união. Toda vez que necessitávamos buscar um novo incentivo acerca de novos serviços ofertados pelo município, era necessário percorrer a hierarquia que o SUS determina, ou seja, era necessário passar pelo cunho das comissões bipartites, apresentando as propostas na 1ª Coordenadoria Estadual e 8ª Região de Saúde, compostas pelos secretários municipais da região. Logo, recursos novos sempre necessitavam ser submetidos à hierarquia pré-determinada. Quanto maior a possibilidade de acesso aos serviços propostos, maior a incidência de aprovação. Nesse caso, a inclusão de novos serviços nos contratos já existentes deveria assegurar a utilização para o município proponente e também para os demais pertencentes a 8ª Região de Saúde.

Na GPSM, a garantia de acesso aos repasses pactuados com as esferas de governo estadual e federal é inerente aos direitos sociais previstos na CF; neste contexto, Cunha e Silva (2010) enfatizam que, além da prestação de contas em relatórios gerenciais, os gestores devem observar se existe eficácia no processo, afim

de possibilitar à população o acesso aos serviços públicos de saúde de forma equânime.

De acordo com o relato do participante M (2018), existe um descompasso no alinhamento das ações propostas pelo Estado do Rio Grande do Sul e os municípios, visto que a submissão da gestão dos investimentos em saúde à esfera estadual acarreta diversos prejuízos à população local, como, por exemplo:

a) atraso nos pagamentos dos serviços contratados, b) pagamentos de salários fora das datas pactuadas, c) sucateamentos nas unidades básicas de saúde e demais postos de saúde e d) descumprimento dos atendimentos médicos agendados, ocasionando desconforto à sociedade e perda na qualidade dos serviços entregues.

Todavia, a Lei complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012 determina que os investimentos em saúde pública sejam prioritários, ou seja, a alocação de recursos financeiros nesta área tem por finalidade diminuir as desigualdades sociais nos serviços de saúde pública, mas o que se percebe por meio de entrevista de M (2018) é que existe um descumprimento da norma, acarretando prejuízo ao combate às desigualdades sociais e dificuldades para apresentar resultados favoráveis.

O relato do participante J (2018) vem ao encontro das demais informações coletadas durante a pesquisa, pois afirma que a gestão existente até a certificação da GPSM estava vinculada ao Estado do Rio Grande do Sul nas demandas de média e alta complexidade em saúde pública, e disponibilizava um serviço precário e insuficiente para a sociedade local.

Com intuito de garantir o bom funcionamento da assistência na saúde pública, com o acesso igualitário a toda população, a Constituição Federal estabelece que está assegurado a todo cidadão o direito de usufruir dos atendimentos e demais procedimentos de saúde pública. Para tanto, com auxílio da legislação complementar, os gestores buscam regradar o rateio dos recursos provenientes da união, vinculando-os às ações e serviços de saúde; desta forma, os § 1º e § 2º do art. 17 da Lei complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, disciplinam:

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde. § 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2012, p. 10).

Cabe destacar que as definições relativas à qualidade e quantidade para o custeio das ações de serviços públicos em saúde estão dispostas em legislação específica, e os critérios que auxiliam na redução das desigualdades e garantem equidade nos serviços também estão regulamentados em dispositivo legal.

4.7 A opção da certificação da GPSM e a formatação de novas políticas em saúde pública

Com intuito de responder ao terceiro objetivo específico, ou seja, identificar o aumento e/ou diminuição do acesso à saúde pública pelos cidadãos, após a adoção da gestão plena do sistema municipal, seguem as respostas 4.7,4.8, 4.9 e 4.10, a fim de subsidiar os resultados da pesquisa.

A busca pela certificação apresentava como objetivos a melhora da qualidade nos atendimentos, na infraestrutura da rede de saúde, bem como a diversificação na oferta de especialidades médicas disponíveis, e, por consequência, o fomento da capacidade do município na autogestão da saúde pública, onde as ofertas tendem a estar alinhadas com as demandas locais, evitando o desperdício de investimentos e propiciando a racionalização do processo, conforme determinam as diretrizes do SUS (participante M, 2018).

O participante J (2018) relata que:

Para garantir a qualidade no serviço em saúde para a população, a certificação foi muito importante, pois possibilitou a implementação de novos serviços para o município, os quais antes eles não possuíam. Eu, por exemplo, através de um familiar: um tio de 59 anos sofreu um AVC, foi muito bem atendido, tanto é que hoje ele goza de boa saúde e está recuperado, teve todo atendimento necessário e essa especialidade não tinha antes no município, e era necessário procurar em outros municípios maiores. O principal aspecto neste modelo de gestão plena é a autonomia da saúde pública municipal, que hoje está de forma plena e abrange todos os serviços, consultas e atendimentos que anteriormente não tinha, além da demora nos procedimentos que eram submetidos aos Estado do Rio Grande Sul.

Neste sentido, ao resgatar o que afirmam Paim *et al.*, (2011), nota-se que a gestão da saúde pública deverá ultrapassar a base conceitual acerca dos procedimentos em saúde, mantendo-se atenta ao fato de que, nesta área do conhecimento, estamos atuando com as necessidades básicas da população, onde as escolhas poderão alcançar medidas resolutivas frente às carências apresentadas.

Para o participante L (2018):

O município de Sapucaia do Sul, há algum tempo, possui uma excelente estrutura de saúde pública, chegando a atingir 75% de cobertura na atenção básica, em algumas especialidades médicas e na oferta de alguns procedimentos básicos em saúde, mas, com a certificação da gestão plena, houve um aumento no número de especialidades médicas e nos tipos de serviços ofertados, atingindo qualificação superior nos serviços já existentes.

Nas reuniões periódicas das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite, o município de Sapucaia do Sul, por meio de relatórios gerenciais, demonstrações financeiras e informações dos procedimentos que já eram realizados na rede de saúde local, apresentou série histórica de serviços efetuados sem a certificação da gestão plena, demonstrando diferença acentuada entre a contabilização dos atendimentos e a realidade financeira operacionalizada pela Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com relato do participante W (2018):

[...] Entre consultas e atendimentos ambulatoriais, os números eram assustadores, pois a receita estava incompatível com a realidade. Realizávamos mais de 100.000 e recebíamos um montante de incentivos financeiros referente a 11.000 atendimentos.

Outro aspecto mencionado pelo participante W. (2018) trata-se dos repasses de recursos financeiros. Segundo ele, o município, até o exercício de 2014, recebia repasses referentes aos atendimentos ambulatoriais no montante de R\$ 700.000,00 (setecentos mil reais) por ano, e, com a pactuação, o mesmo serviço foi adequado aos quantitativos de atendimento necessários, com a ampliação dos repasses para R\$ 4.000.000,00 (quatro milhões de reais) por ano. Afirmou, ainda, que o principal objetivo alcançado com a certificação foi o ajuste nos repasses efetuados ao ente público municipal.

Diante das informações apresentadas pelos participantes L e J, acerca da autonomia dos repasses recebidos, e do relato do participante W, que afirmou serem os valores financeiros repassados aos municípios a principal razão para a busca da certificação da gestão plena, quando analisados a distribuição dos recursos financeiros e os índices de aplicação em assistência, serviços e programas de saúde pública em Sapucaia do Sul, constata-se que houve crescimento nos incentivos financeiros após o exercício de 2014, ratificando as informações dos participantes acerca do aumento nos quantitativos dos serviços de saúde pública, conforme observa-se no Quadro 07.

Quadro 07 - Valores Aplicados em Saúde Pública

Ano	Total Aplicado ASPS	Receita Líquida de Impostos	Índice de Aplicação no ASPS(%)	Total Aplicado nos Programas de Saúde Pública	Índice Aplicado nos Programas de Saúde Pública (%)
2014	R\$ 21.816.196,03	R\$ 141.676.397,45	15,4	R\$ 22.534.904,02	15,91
2015	R\$ 23.664.655,32	R\$ 146.275.078,62	16,18	R\$75.220.483,81	51,42
2016	R\$ 24.381.123,13	R\$ 160.348.833,59	15,21	R\$ 98.503.774,43	61,43
2017	R\$ 31.092.024,62	R\$ 160.091.889,03	19,42	R\$ 92.104.304,66	57,53

Fonte: Adaptado de TCE/RS Tribunal de Contas do Rio Grande do Sul (RS, 2018).

Os valores recebidos da receita de impostos e demais recursos vinculados destinados à saúde, conforme demonstrado no Quadro 07, sofreram um incremento de R\$ 69.569.400,64 na receita anual, considerando os exercícios de 2014 até 2017. Por consequência, isso viabilizou aos gestores locais garantir os quantitativos dos procedimentos realizados até a certificação da gestão plena. Ademais, após a certificação, foi possível disponibilizar novas especialidades médicas e aplicar os recursos financeiros nos tópicos eleitos pelos pares, por meio do controle social, realizado pelos conselhos, referente à saúde do município.

Corroborando o relato dos participantes o entendimento de Silva (2017), que sustenta a necessidade de o Estado planejar uma administração que seja idealizada também observando os aspectos financeiros e econômicos, até porque não existe uma política pública voltada ao social que independa de recursos financeiros para sua implantação e manutenção.

Desta forma, os aspectos apresentados pelos participantes, no sentido da aplicação dos serviços prestados em saúde, restam evidenciados, pois, conforme dispositivos da Constituição Federal, o índice mínimo a ser aplicado nas ASPS - Ações dos Serviços Públicos de Saúde -, é de 15% do total da receita líquida de impostos realizada no exercício, mas, como evidenciam os dados apurados no quadro 07, esses investimentos, em 2017, foram superiores a 50%, se comparados aos do exercício de 2014, indicador que corrobora o relato dos participantes acerca da ampliação dos atendimentos disponibilizados à sociedade local.

4.8 A pactuação da gestão plena do sistema municipal e o comportamento na oferta de serviços para a população local

O participante M (2018) informa que houve aumento na oferta das ações em saúde pública, dentre as quais poderia destacar:

A construção de novas UBS – Unidade Básica de Saúde -, em locais mais afastados do Hospital Municipal Getúlio Vargas, o aumento na variedade e quantidade de medicamentos com distribuição gratuita, a prestação de serviços ambulatoriais na própria cidade, o aumento na disponibilização de insumos e mão de obra necessária para atendimentos e construção da UPA – Unidade de Pronto Atendimento 24h -, acarretando aos usuários melhorias na rede de serviços públicos em saúde.

De acordo com o entendimento do participante W (2018), a certificação da gestão plena não tem como proposta aumentar os serviços ofertados, mas regulamentar e tipificar os serviços já disponibilizados, habilitando o órgão a receber os incentivos financeiros, com o intuito de manter e aprimorar os serviços prestados, visto que, com a descentralização da saúde para o município, aumenta a autonomia sobre a gestão da rede de saúde local, circunstância que auxilia na agilidade dos procedimentos administrativos, pois não existe a dependência do Estado na execução dos trabalhos, o que, ao final, propicia melhorias quantitativas e qualitativas aos usuários.

Resgata-se o pensamento de Corazza (2017), ao referir que as práticas adotadas pela administração pública devem inicialmente ater-se às necessidades geradas pelos usuários do sistema e, por consequência, propiciar a entrega de serviços alinhados às demandas sociais, capazes de auxiliar nos resultados desejados, conforme determina a CF/88.

Após a certificação da gestão plena, o volume de recursos financeiros geridos diretamente pelo Fundo Municipal de Saúde superara os exercícios anteriores, possibilitando aumento dos investimentos na rede de saúde local, com a entrega de serviços com qualidade superior àqueles disponibilizados em anos anteriores. Como exemplo, cita os exames laboratoriais, em que houve aumento do número de especialidades ofertadas e também da quantidade (PARTICIPANTE L, 2018).

O participante F (2018) afirma que:

Neste ponto, seria difícil precisar quais as áreas que foram pactuadas com novas especialidades médicas, mas, no setor em que atuo, os encaminhamentos das demandas por insumos e contratação de pessoal especializado sofreram um acréscimo nos últimos 3 anos como nunca havia ocorrido antes. Desta forma, o volume de serviços cresceu de forma surpreendente, o que três profissionais atendiam, hoje necessitamos de uma equipe de no mínimo 6 pessoas para atender às demandas da saúde. Como o processo está sendo realizado de forma plena, podemos perceber que o volume de atendimentos, exames laboratoriais, entrega de medicamentos e demais serviços estão com a capacidade máxima de oferta. Os instrumentos que eu utilizo para medir esses quantitativos são as requisições oriundas das UBS, UPA e Farmácia Municipal.

O participante J (2018) salienta que os instrumentos utilizados para medir a oferta de serviços são os relatórios de prestação de contas enviados a SES e ao Ministério da Saúde. Menciona, ainda, que os indicadores utilizados na pré-formatação das políticas públicas de saúde, no âmbito local, são retirados dos resultados apurados nesses relatórios.

Ratifica-se a importância da certificação na gestão plena para os órgãos municipais, pois, a eficiência na gestão governamental deve ser inerente a sua atividade fim, para tanto, Ferraz e Kraiczy (2010) destacam que o sucesso de uma política pública começa na percepção das demandas sociais, afinal, ao identificar de fato as carências, a possibilidade de obter resolutividade nas ações também aumenta e, ainda, cientes dos problemas encontrados, os profissionais envolvidos diretamente nos atendimentos poderão implantar uma política de trabalho que visa alcançar um índice de humanização perceptível aos usuários dos serviços ofertados.

Constata-se que o Ministério da Saúde disponibiliza as informações dos serviços ofertados por meio da consulta pública no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Dessa forma, exemplifica-se com o número de leitos e a respectiva especialidade, disponíveis para comunidade local, dispostos conforme Quadro 08:

Quadro 08 - Leitos disponíveis Sapucaia do Sul - RS 30/06/2018

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS
CIRÚRGICO			
3	CIRURGIA GERAL	7	7
6	GINECOLOGIA	3	3
9	NEUROCIRURGIA	2	2
11	OFTALMOLOGIA	1	1
13	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	4	4
TOTAL		17	17
CLÍNICO			
31	AIDS	4	4
32	CARDIOLOGIA	3	3
33	CLÍNICA GERAL	45	45
40	NEFROUROLOGIA	2	2
42	NEUROLOGIA	7	7
44	ONCOLOGIA	2	2
46	PNEUMOLOGIA	3	3
87	SAÚDE MENTAL	10	10
TOTAL		76	76
COMPLEMENTAR			
75	UTI ADULTO - TIPO II	10	10
92	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL	6	6
93	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU	3	3
95	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS ADULTO	20	20
TOTAL		39	39
OBSTÉTRICO			
10	OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA	18	18
43	OBSTETRÍCIA CLÍNICA	5	5
TOTAL		23	23
PEDIÁTRICO			
45	PEDIATRIA CLÍNICA	9	9
TOTAL		9	9
OUTRAS ESPECIALIDADES			
34	CRÔNICOS	2	2
47	PSIQUIATRIA	10	10
49	PNEUMOLOGIA SANITÁRIA	2	2
TOTAL		14	14
TOTAL GERAL		178	178

Fonte: Adaptado de Datasus – Departamento de Informática do SUS, (BRASIL, 2018).

Destaca-se, conforme apresentado no Quadro 8, a existência de diversas especialidades médicas, com leitos disponíveis para o atendimento da sociedade, quantitativos que possibilitam atribuir credibilidade aos relatos dos participantes da pesquisa e podem subsidiar o incremento dos serviços disponíveis à população local

e aos demais usuários do SUS, os quais pertençam à região de cobertura prevista na pactuação da GPSM.

Ademais, de acordo com as informações prestadas pelos participantes, a descentralização dos serviços de saúde pública para a esfera municipal auxilia no alcance dos objetivos pré-estabelecidos pelo SUS, por meio do Pacto pela Saúde, conforme regula o anexo II da Portaria nº 399, de fevereiro de 2006:

a) Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal; b) Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país; c) Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema; d) Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses blocos-regionais possam ser organizadas e expressadas na região; e) Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional; f) Regiões de Saúde - recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Logo, observa-se que as ações de saúde promovidas pelos atores e agentes na esfera municipal vão ao encontro das diretrizes propostas pelo SUS. Isso ocorre devido à racionalização dos investimentos, que possibilita um ganho nos atendimentos e garante a ampliação dos serviços existentes, pois o município deve viabilizar para os usuários o acesso a serviços resolutivos, que primem pela qualidade, promovendo a humanização nos atendimentos, além de incentivar e propor meios para um controle social atuante, com capacidade de tomada de decisões, o que fortalece o processo de regionalização da saúde pública.

4.9 A certificação de novas especialidades, as consequências para a população local e os efeitos das demandas dos usuários das cidades

De acordo com o entrevistado M (2018), após a certificação GPSM, a pactuação com novas especialidades médicas foi surgindo naturalmente. Com a possibilidade de gerir os recursos financeiros destinados às ações de média e alta complexidade em saúde, os gestores, em parceria com seus pares, começaram o processo de habilitação do município junto ao Ministério da Saúde, a fim de ofertar novos serviços médicos à população. O participante citado ainda relata que:

Hoje o município possui certificação para atuar na área do ensino, ou seja, existem vagas no Hospital Municipal Getúlio Vargas para alunos do curso de medicina realizarem a residência médica, pactuação que acarreta retorno para a comunidade, uma vez que toda a estrutura e serviços para aprendizagem estão alocados na própria instituição. Após ser credenciado como referência nacional em saúde mental, foi possível o intercâmbio com outros países do MERCOSUL, que visitaram o município para conhecer e, posteriormente, difundir os trabalhos aqui realizados e seus efeitos para os usuários (PARTICIPANTE M, 2018).

Portanto, segundo M (2018), a certificação da GPSM possibilitou ao município atuar na área do ensino; por consequência facultou ao gestor investir na formação e prática de profissionais da saúde, instituindo uma nova forma de pensar e produzir assistência em saúde, acolhendo a proposta apresentada quando da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, na medida em que o movimento da Reforma Sanitária refere necessidade de reflexão acerca do papel das instituições de ensino, bem como a ampliação da participação efetiva dos profissionais na rede de saúde hospitalar.

Para o participante F (2018), a pactuação GPSM possibilitou o acréscimo de novas especialidades médicas para a comunidade local e enfatizou os atendimentos de AVC. Informou que houve benefícios para a população local, pois agora se conseguem consultas e procedimentos que anteriormente não havia. Como a maioria das cidades tem hospitais, acredita que a certificação da GPSM não interfere nos atendimentos, porque existe um cadastro que possibilita mapear os usuários e os tratamentos realizados.

Com relação às novas especialidades médicas, adquiridas pelo município após a pactuação da gestão plena, o participante L (2018) expõe que:

[...] Sapucaia do Sul é referência para algumas especialidades médicas, sendo pactuadas com o governo do estado e união as seguintes referências:

- a) Especialidade, linha do cuidado ao paciente com AVC, atendendo aos municípios de Esteio, Parobé e Taquara, com 319.000 usuários.
- b) Especialidade Traumatologia-Ortopedia, atendendo ao município de Esteio, com 212.000 usuários.
- c) Especialidade Oftalmologia, atendendo aos municípios de Esteio, Estância Velha e Sapiranga, com 330.000 usuários.
- d) Especialidade Saúde Mental, atendendo aos municípios de Gravataí e Nova Santa Rita, com 410.000 usuários.
- e) Especialidade exames de Tomografia, atendendo aos municípios de Ivoti, Morro Reuter e Esteio, Estância Velha, com 2.000 usuários.

O fato de ser referência em um serviço ou outro não prejudica o atendimento dos municípios, pelo contrário, possibilita que os usuários do município tenham acesso a estes serviços especializados no município de Sapucaia do Sul, não precisando deslocar-se para outros municípios.

Embora existam obstáculos que podem dificultar a realização de uma gestão pública adequada, a implementação de uma governança colaborativa possibilita a execução de arranjos políticos e econômicos, o que poderá acarretar uma gestão resolutiva, devendo, para tanto, construir instrumentos capazes de promover resultados alinhados com as expectativas da sociedade (DIAS; CARIO, 2017).

Corroborando-se aos relatos anteriores acerca das novas especialidades, o participante W (2018) menciona que, ao certificar a gestão plena, o município passou a ofertar novas especialidades médicas, que são conceituadas como referência na região de abrangência e predeterminadas pelas diretrizes operacionais estabelecidas no estado e união, ou seja, existem políticas públicas voltadas a fornecer serviços de saúde nas macrorregiões e microrregiões do país.

Como exemplos de especialidades cita:

- a) O atendimento 24h na emergência do Hospital Municipal Getúlio Vargas, que recebe incentivos a fim de estabelecer o Salvar Samu 24h, pois o município está localizado geograficamente no entroncamento de três rodovias com fluxo intenso de veículos, respectivamente, BR116, BR448 e RS 118, locais que apresentam índices altos de acidentes de trânsito. b) Outra referência regional que foi pactuada é a reversão de ostomizados, destinada a pacientes que necessitam de colostomia, ou seja, pacientes que apresentam lesão no intestino e, após o tratamento, devem proceder a retirada das chamadas “bolsas de colostomia” (PARTICIPANTE W, 2018).

Conforme relatos apresentados pelos participantes e a análise da relação dos equipamentos e suas respectivas especificações, constata-se a existência de 610 equipamentos em pleno funcionamento nas diversas especialidades, visando garantir o número de atendimentos demandados, bem como a qualidade na prestação de serviços de saúde pública aos usuários, conforme demonstra o Quadro 09:

Quadro 09 - Equipamentos existentes/disponíveis aos usuários

(continua)

EQUIPAMENTO	EXISTENTES	EM USO
EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM		
Mamógrafo com Estereotáxia	1	1
Raio X de 100 a 500 mA	3	1
Tomógrafo Computadorizado	1	1
Ultrassom Doppler Colorido	4	4
Ultrassom Ecográfico	5	5
Processadora de Filme Exclusiva para Mamografia	1	1
Total	15	13
EQUIPAMENTOS DE INFRAESTRUTURA		
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	19	19
Grupo Gerador	2	2

(conclusão)

EQUIPAMENTO	EXISTENTES	EM USO
Usina de Oxigênio	1	1
Total	22	22
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA		
Equipo Odontológico	104	103
Compressor Odontológico	38	38
Caneta de Alta Rotação	72	72
Caneta de Baixa Rotação	60	60
Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato	41	41
Total	315	314
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA		
Bomba/Balão Intra-Aórtico	2	2
Bomba de Infusão	105	56
Berço Aquecido	4	4
Desfibrilador	23	20
Equipamento de Fototerapia	10	10
Incubadora	8	8
Marcapasso Temporário	1	1
Monitor de ECG	46	36
Monitor de Pressão Não invasivo	12	12
Reanimador Pulmonar/AMBU	28	28
Respirador/Ventilador	31	20
Total	270	197
EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS GRÁFICOS		
Eletrocardiógrafo	11	10
Eletroencefalógrafo	1	1
Total	12	11
EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS ÓPTICOS		
Endoscópio das Vias Respiratórias	1	1
Endoscópio das Vias Urinárias	1	1
Endoscópio Digestivo	1	1
Microscópio Cirúrgico	2	2
Total	5	5
OUTROS EQUIPAMENTOS		
Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	12	11
Aparelho de Eletroestimulação	25	25
Equipamentos de Aférese	1	1
Equipamento para Hemodiálise	16	16
Total	54	53

Fonte: Adaptado de Datasus – Departamento de Informática do SUS (BRASIL, 2018).

Na busca do modelo mais adequado para atingir os resultados almejados para a sociedade, os gestores da rede de saúde pública e seus pares se unem, a fim de propor soluções que auxiliem na continuidade do processo e permitam que as ofertas

estejam alinhadas com as demandas. Foram relacionados no Quadro 9 alguns instrumentos capazes de possibilitar a execução de procedimentos em saúde pública de forma sintética e coerente. Logo, para aumentar a probabilidade de sucesso na operacionalização da gestão, será necessário observar as definições das políticas públicas adotadas.

Observa-se que as decisões definidas como mais adequadas para a sociedade poderão ter seus objetivos atingidos a médio e longo prazo, mesmo que as ações sejam concretizadas no curto prazo. Para que as políticas públicas na esfera da saúde alcancem os resultados pretendidos, o interesse público deve ser priorizado, ou seja, o planejamento deverá garantir a equidade nos serviços de saúde pública.

Desta forma, resgatam-se os ensinamentos de Souza (2006) na temática da gestão pública, pois, no pensamento do autor, toda a política pública tem seu reflexo na sociedade, atribuindo aos atores e agentes do processo a responsabilidade de implantar ações que resultem em transformações positivas no cotidiano dos cidadãos e aproximem da sociedade as ações necessárias para alcançar o desenvolvimento.

4.10 Principais desafios que a gestão da saúde deve superar para garantir atendimentos capazes de suprir as demandas apresentadas pelos usuários

A busca por recursos capazes de entregar saúde pública de qualidade e em quantidade suficiente à sociedade transita necessariamente pelas políticas públicas adotadas pelo Ministério da Saúde. De acordo com o participante M (2018), atualmente os principais problemas na manutenção dos serviços estão alocados na diferença econômica dos atendimentos pactuados e na atualização da tabela do SUS.

Na visão do participante W (2018), para garantir atendimento e manter serviços de saúde pública com qualidade, é necessário rever as políticas públicas adotadas em todas as esferas de governo, relatando que:

[...] A melhora do financiamento por parte da união e estado, correção da tabela dos procedimentos SUS, que dificultam a manutenção dos serviços existentes, e, principalmente, quando o órgão municipal realiza a gestão hospitalar, visto que o volume de repasses se mantém o mesmo durante vários exercícios; no nosso caso, desde 2011 não existe crescimento no volume de recursos repassados pelo Estado do Rio Grande do Sul, mas, em contrapartida, a despesa cresceu cerca de 90% no mesmo período, pois os insumos e medicamentos são reajustados conforme a variação cambial e as diretrizes econômicas muito voláteis, o custeio com a manutenção do Hospital Municipal Getúlio Vargas, por sua vez, aumenta a cada período, gerando um descompasso entre receita e despesas realizadas.

No mesmo contexto, o participante L (2018) informa que o principal desafio da gestão em saúde é a questão dos repasses financeiros irregulares, pois causam problemas ao bom andamento dos serviços prestados, visto que, sem recursos financeiros, não se consegue pagar pelos serviços contratados. Além disso, informa que existem problemas na contratação dos profissionais de saúde, principalmente os médicos, pois os valores disponibilizados são insuficientes para arcar com as despesas da mão de obra contratada, dificultando o pagamento desses profissionais e inviabilizando a exigência do cumprimento da carga horária de 40 horas semanais.

Complementa o participante:

[...] Para equalizar esta situação, estamos trabalhando para implementar projetos que buscam a valorização dos servidores da área da saúde, possibilitando aos interessados valorização e aumento do aporte financeiro; para tanto, será necessário que as equipes de saúde pública municipal alcancem as metas estabelecidas nos projetos, ou seja, que estejam dispostas a engajar-se nos programas de melhoria dos atendimentos à população propostos pela SMS (PARTICIPANTE L, 2018).

Todavia, mesmo a Constituição Federal estabelecendo que para todo cidadão é garantido o acesso à saúde pública, de forma equânime, na prática, observa-se que esse direito, no curto prazo, detém pouca chance de ser atendido. Logo, será necessário que a sociedade civil, em conjunto com a administração pública, promova instrumentos que auxiliem na minimização das carências evidenciadas na área da saúde pública, pois, ao atingir a excelência nos serviços entregues aos usuários, poderemos, de fato, concluir que houve atendimento aos interesses sociais, conforme afirma Braga (2017).

Para o participante J (2018), a carência de recursos econômicos é o principal entrave a ser superado pelos gestores, pois, para garantir o atendimento aos usuários na área de saúde, os investimentos em outras áreas têm seus valores suprimidos. Neste sentido, relata o participante:

A irregularidade nos repasses financeiros a cargo do Estado do Rio Grande Sul geram atrasos que variam de 60 a 90 dias, prejudicando a efetivação das metas pactuadas com o Ministério da Saúde, na medida em que tais valores equivalem a aproximadamente 65% do total pactuado, acarretando desconforto e demora na entrega dos atendimentos e serviços à população (PARTICIPANTE J, 2018).

Entretanto, para o participante F (2018), muito maiores que os problemas de ordem financeira são os desafios a serem superados acerca da cultura da população local no que se refere a direitos x necessidades. Segundo relato do participante, “[...] de nada adianta incrementar a receita a ser aplicada em saúde se a postura assistencialista prevalecer”. Aduz ser importante a realocação de parte dos investimentos em treinamentos dos profissionais, acompanhamento contínuo dos gestores e usuários, a fim de auxiliar na execução do orçamento aprovado, possibilitando que os novos investimentos sejam aplicados de forma racional, objetiva e resolutiva, garantindo qualidade nas ações/serviços entregues à sociedade.

Diante desse cenário, torna-se um grande desafio para administrações municipais manter os serviços de saúde frente à escassez de repasses financeiros e as múltiplas necessidades coletivas. Neste sentido, os autores Pinto e Fleury (2012) destacam que a gestão da saúde pública nacional necessita reavaliar suas práticas e ampliar o financiamento destinado para a atenção à saúde, possibilitando ao usuário final a garantia acesso aos serviços básicos de saúde.

Destaca-se que qualidade, controle e fiscalização são premissas do princípio organizativo do SUS - Descentralização e Comando Único - que, conjuntamente com a Lei Federal n.º 8080/93, a Lei Federal n.º 8142/20 e o Ministério da Saúde indicam as diretrizes norteadoras do Sistema de Saúde no Brasil. No entanto, a gestão autônoma e soberana da esfera municipal esbarra na escassez de recursos disponíveis para execução das ações planejadas, levando os atores da gestão a agirem de forma precisa e criativa, praticando uma administração sem erros, que possibilite o melhor resultado com a menor quantidade possível de recursos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização da saúde pública no Brasil possibilitou novas percepções acerca da gestão pública, ou seja, com o processo de redemocratização na política nacional, a CF/1988 determinou que os municípios iniciassem sua participação administrativa de forma objetiva, e, por consequência, a união e os estados, com intuito de viabilizar essa gestão, deveriam repassar os recursos financeiros necessários para o desenvolvimento de políticas públicas pertinentes à realidade de cada território.

Explicou-se, por meio do referencial teórico, os principais aspectos acerca da descentralização dos recursos financeiros destinados à saúde pública, as implicações desse modelo de gestão na localidade pesquisada e os efeitos da gestão da saúde pública na regionalização proposta pelo Ministério da Saúde às demais esferas de governo.

Destarte, a pesquisa resulta em uma reflexão acerca dos resultados da descentralização da saúde pública, obtidos em um município de porte médio, localizado na região metropolitana de Porto Alegre-RS, chegando-se à constatação que, após a implementação da GPSM, houve crescimento nos investimentos alocados para a saúde da população local, gerando aumento nos serviços disponibilizados aos usuários.

Percebeu-se que as políticas públicas adotadas na área da saúde municipal estão alinhadas com os preceitos estabelecidos pelo SUS, ou seja, o ente municipal observou as diretrizes propostas na gestão federal e demonstrou existência de afinidade com o projeto político proposto e as ações realizadas em saúde pública.

Na sequência, ponderou-se sobre questões relacionadas aos aspectos econômicos da descentralização, pois, conforme demonstrado neste trabalho, o crescimento dos recursos financeiros repassados aos entes municipais poderá facilitar o incremento de novas especialidades médicas, e, por consequência, auxiliar no processo de diminuição das desigualdades sociais atinentes ao acesso à saúde pública.

Verificou-se por meio do estudo que o município de Sapucaia do Sul/RS, a partir de 2015, aumentou os investimentos em saúde pública, pois, nos últimos três exercícios (2015, 2016 e 2017), os percentuais de aplicação em programas de saúde pública, em relação à receita corrente líquida, foram de 51,42%, 61,43% e 57,53%,

respectivamente. Tal circunstância evidencia o comprometimento da administração com ações destinadas à saúde em prol da população, até porque o percentual alocado em programas referentes à saúde local, no último exercício antes da certificação da GPSM (2014), foi de 15,91%, ou seja, superou o percentual exigido pela CF/88 em 0,91%, porém se demonstrou aquém da capacidade instalada do município.

Os avanços obtidos com a certificação da GPSM para a comunidade local e demais usuários do sistema de saúde foram percebidos no decorrer da pesquisa, visto que as políticas voltadas à saúde foram propositivas e efetivas para o aumento das especialidades médicas disponibilizadas à população. Portanto, dela decorre uma das interferências decisivas no acesso da comunidade aos atendimentos previstos na Constituição Federal, pois, embora a eficiência da gestão pública deva-se à integração de todas as partes interessadas, os atores mais influentes são os gestores, os médicos e demais responsáveis pela administração da saúde, porque detêm o conhecimento e as informações necessárias para propor as melhorias demandadas pelos usuários.

Ademais, foram analisados os quantitativos de equipamentos disponíveis aos usuários da saúde pública local, com a constatação de que existem 610 (seiscentos e dez) equipamentos em pleno funcionamento, dentre os quais podemos destacar os que propiciam os diagnósticos por imagem, infraestrutura, odontológicos, manutenção da vida, métodos gráficos, métodos ópticos, ultrassom, hemodiálise, etc., comprovando os avanços disponibilizados à comunidade local na área de saúde.

Percebeu-se nos relatos dos entrevistados e na coleta de dados secundários que a política pública adotada para a área de saúde possibilitou minimizar as carências apresentadas pela sociedade local, propiciando avanços positivos na manutenção e crescimento dos investimentos alocados na atenção básica, média e de alta complexidade de saúde pública, restando como positivos os efeitos da descentralização dos serviços em saúde pública à FHGV e atendendo ao problema da pesquisa.

Inquestionáveis os direitos concedidos pela CF/88 à sociedade no acesso à saúde pública, bem como os regramentos acerca dos investimentos que devem ser realizados pelo poder público. Neste sentido, a pesquisa demonstrou que, mesmo enfrentando dificuldades econômicas, o órgão municipal busca atender às necessidades geradas. Notou-se que, em um cenário de escassez de receitas, o que de fato os gestores precisam implementar é uma gestão propositiva, que visa atender

ao princípio constitucional da eficiência, pois somente desta forma poderá alcançar resultados satisfatórios na administração governamental.

Deste modo, a pesquisa possibilitou reconhecer como positiva a descentralização dos serviços de saúde pública. Logo, sugere-se às próximas administrações que viabilizem a pactuação de novas especialidades médicas à comunidade local, pois, mesmo com a carência de investimentos para a área da saúde, restou demonstrado o atendimento das contingências da sociedade nessa área. Ademais, faz-se necessário buscar a sincronia dos três pilares fundamentais da engrenagem do sistema de saúde para alcançar a eficiência na atividade governamental, conforme segue na figura abaixo.

Figura 02 - Desafio da Administração Governamental.



Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Por derradeiro, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas com intuito de expandir as informações referentes à GPSM, afinal, mesmo a contratação de serviços em saúde pública por órgão municipal estando diretamente no contexto discricionário, a falta de conhecimento sobre o contexto histórico, hábitos e costumes da comunidade, poderá implicar resultados dos investimentos na área da saúde pública.

Durante a etapa das entrevistas, o pesquisador teve que se ater à objetividade na aplicação do instrumento, pois, no decorrer do processo, os entrevistados

apresentaram dificuldades de expressão, desconhecimento operacional do tema investigado, carência de interpretação das políticas adotadas durante a gestão, bem como da relação entre as políticas públicas projetadas e os resultados obtidos.

Salienta-se que, devido à reforma administrativa realizada na Fundação Municipal Getúlio Vargas, os cargos pretendidos para investigação foram extintos no exercício de 2018, de sorte que o número de entrevistados e agentes com habilitação para compreender as questões relacionadas com a GPSM diminuiu, criando uma limitação ao estudo, pois restaram apenas cinco participantes qualificados, conforme segue:

Quadro 10 - Cargos ocupados pelos participantes

Descrição	Cargo	Formação	Gestão/Tempo
Participante A	Prefeito Municipal	Medicina	Gestão 2008/ até a presente data
Participante B	Secretário Municipal de Saúde	Técnico em Enfermagem	Gestão 2008/ até a presente data
Participante C	Diretora de Contabilidade	Ciências Contábeis	Gestão 2008/2016
Participante D	Diretor de Compras	Geografia	Gestão 2008/2016
Participante E	Diretor Administrativo	Enfermagem	Gestão 2008/ até a presente data

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Outra limitação encontrada na aplicação da entrevista está relacionada às questões eleitorais, pois, com a extinção dos cargos desejados para investigação, novos servidores foram contratados para suprir essa carência; todavia, por tratar-se de cargos em comissão e contratos temporários, os profissionais que poderiam auxiliar na pesquisa negaram-se a participar da entrevista, alegando falta de conhecimento acerca da gestão pretérita.

Portanto, com intuito de assegurar que as informações espelhassem a realidade do período investigado, foi necessário buscar outros profissionais e gestores que, de fato, atuaram ou participaram na GPSM, ainda que de forma indireta ou em menor proporção que os inicialmente previstos, sendo possível então coletar informações que garantiram o desenvolvimento do trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. *O enfoque regional da política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização aos estados brasileiros*. 2013. 289 p. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01042014-114150/pt-br.php>>. Acesso em: 14 maio 2018.
- ALMEIDA, Cristiane Andrea Locatelli de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação em saúde por metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, n. 45, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006251.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.
- ALVES, Cássio Guilherme. *Controle social de políticas públicas: os conselhos municipais e sua forma de atuação e controle na execução de políticas públicas – uma observação crítica sobre a atuação do Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul*. 2017. 151 p. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade de Santa Cruz do Sul- Unisc, Santa Cruz do Sul, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/1939>>. Acesso em: 28 set. 2018
- AMABILE, Antônio Eduardo de Noronha. Políticas Públicas. In: CASTRO, C. L. F. de; GONTIJO, C. R. B.; AMABILE, A. E. de N. (Org.). *Dicionário de políticas públicas*. Barbacena: UEMG, 2012. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/13076>>. Acesso em: 05 out. 2018.
- ANDRADE, Nilton de Aquino. *Contabilidade Pública na gestão municipal*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- ARAÚJO, Anderson Henrique dos Santos; SANTOS FILHO, José Emilio dos; GOMES, Fábio Guedes. Lei de Responsabilidade Fiscal: efeitos e consequências sobre os municípios alagoanos. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 3, p. 739-759, maio/jun. 2015.
- ARAÚJO, Inaldo; ARRUDA, Daniel. *Contabilidade Pública*. São Paulo: Atlas, 2009.
- ARRETCHE, Marta. *Trajetória das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos*. São Paulo: Unesp, 2015.
- ATLAS SOCIOECONÔMICO – RIO GRANDE DO SUL. *Conselhos Regionais de Desenvolvimento – COREDEs*. 2018. Disponível em: <[HTTPS://ATLASSOCIOECONOMICO.RS.GOV.BR/CONSELHOS-REGIONAIS-DE-DESENVOLVIMENTO-COREDES](https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/conselhos-regionais-de-desenvolvimento-coredes)>. Acesso em: 31 out. 2018.
- BANDINELLI, Angélica Patis. *et al. Análise da Satisfação dos Usuários do Sistema Único de Saúde de um Município do Rio Grande do Sul*. In: II Fórum Internacional Conecta PPGA, Santa Maria, nov. 2016. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/Anais/forumconecta/62451-ANALISE-DA-SATISFACAO->

DOS-USUARIOS-DO-SISTEMA-UNICO-DE-SAUDE-DE-UM-MUNICIPIO-DO-RIO-GRANDE-DO-SUL-ANALYSIS-OF-SATI>. Acesso em: 10 maio 2018.

BARCELLOS, Ana Paula de. Acesso à informação: os princípios da Lei nº 12.527/2011. *Quaestrio Iuris*. [online], v. 8, n. 03, 2015. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/18818>>. Acesso em: 15 maio 2018.

BEUREN, Ilse Maria (Org.). *et al. Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade: Teoria e Prática*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

BINSFELD; Luciane; RIVERA, Francisco Javier Uribe Rivera; ARTMANN, Elizabeth. O processo de conformação do perfil assistencial nos hospitais federais da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 209-220, 2017.

BITENCOURT NETO, Eurico. Transformações do Estado e a Administração Pública no século XXI. *Revista de Investigações Constitucionais*, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 207-225, jan./abr. 2017.

BRAGA, Rossana Cláudia dos Santos. Parcerias da Administração Pública com as Organizações Sociais na Prestação do Serviço Público de Saúde. *Revista de Direito da Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, jul./dez. 2017.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 15 jan. 2017.

_____. *Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde, Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. Documento Base. Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde: Contextos, Premissas, Diretrizes Gerais, Agenda Tripartite para Discussão de Propostas de Metodologia para Apoio à Implementação. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)* Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/politica-nacional-de-atencao-hospitalar-pnhosp>. Acesso em: 17 mar. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde – CNS. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/93*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#15consulta>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde – CNS. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#15consulta>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

_____. *Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde*. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

_____. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.* Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 20 maio 2018.

_____. *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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. *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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 jan. 2017.

_____. *Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967.* Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 fev. 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm>. Acesso em: 20 set. 2017.

_____. *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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 maio 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. *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 pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 23 maio 2018.

_____. *Portaria nº 384, de 04 de abril de 2003.* Ministro de Estado da Saúde. Critérios de habilitação e desabilitação de Municípios e Estados. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 abr. 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0384_04_04_2003.html>. Acesso em: 26 out. 2018.

_____. *Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.* Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 22 maio 2018.

_____. *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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 fev. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 14 abr. 2018.

_____. *Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017*. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 25 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Princípios do SUS*. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Fundo Nacional de Saúde*. Disponível em: <<http://portalfns.saude.gov.br/images/pdfs/consideracoes-portaria-3992-2017-3.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

_____. Secretaria Estadual de Saúde - SES. *Comissão Intergestores Bipartite – CIB*. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/cib>>. Acesso em: 19 maio 2018.

_____. TCU – *Tribunal de Contas da União, acórdão 2444/2016*. Sessão em: 21/09/2016 relatório do Ministro Benjamin Zymler. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/juris/SvlHighLight?key=41434f5244414f2d434f4d504c45544f2d32313232393939&sort=RELEVANCIA&ordem=DESC&bases=ACORDAO-COMPLETO;&highlight=&posicaoDocumento=0&numDocumento=1&totalDocumento s=1>>. Acesso em: 06 out. 2018.

CARNEIRO, Carla Cabral Gomes; MARTINS, Maria Inês Carsala de. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, jan./abr. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00029>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO). *Conceito de Saúde segundo OMS / WHO*. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 06 out. 2018.

CORAZZA, Ana Helena Scalco. *Os contratos de gestão e os termos de parceria firmados entre as organizações sociais e as organizações da sociedade civil de interesse público e os municípios para a execução de serviços públicos de saúde: reflexões e propostas à luz da teoria da ação comunicativa*. 2017. 205 p. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade de Santa Cruz do Sul - Unisc, Santa Cruz do Sul, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/1937/1/Ana%20Helena%20Scalco%20Corazza.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2018

CRUZ, F. da. *et al. Lei de Responsabilidade Fiscal Comentada*. São Paulo: Atlas, 2009.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais. *In: Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.*, Brasília, n. 6, v. 3, p: 65-89, jul./set, 2017.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; SILVA, Ligia Maria Vieira da. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.

DELBONI, Miriam Cabrera Corvelo. *et al.* A Regionalização da Saúde e as suas singularidades em Braga (Portugal) e em Santa Maria (Brasil). *In: Anais 2017 - VIII Seminário em Desenvolvimento Regional – UNISC: Territórios, Redes e Desenvolvimento Regional: Perspectivas e Desafios Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 13 a 15 de setembro de 2017.*

DIAS, Taisa; CARIO, Silvio A. F. A gestão descentralizada adotada em Santa Catarina, o engajamento social e suas unidades regionais: de governo para governança no despontar do século 21. *Revista Catarinense de Economia*, Florianópolis, v. 1, n. 1, 2017. Disponível em: <www.apec.pro.br/rce>. Acesso em: 12 mar. 2018.

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. *Significado de In verbis*. 2018. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/in-verbis/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

DUARTE, Ligia Schiavon; CONTEL, Fabio Betioli; BALBIM, Renato. *Regionalização da saúde e ordenamento territorial: análises exploratórias de convergências*. *In: Boueri, Rogério; COSTA, Marco Aurélio. Brasil em Desenvolvimento 2013: Estado, Planejamento e Políticas Públicas*. Brasília: Ipea, 2013. Disponível em:<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3912?locale=pt_BR>. Acesso em: 25 set. 2018.

FARAH, Marta Ferreira Santos, Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do “campo de públicas”. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 6, p. 959-979, nov./dez. 2016.

FENILI, Romero; CORREA, Carla Eunice Gomes; BARBOSA, Leonardo. Planejamento estratégico em saúde: ferramenta de gestão para o complexo de regulação em saúde. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Brasília, v. 08, n. 01, p 18-36, jan. 2017. Disponível em: <<file:///C:/windows/system32/config/systemprofile/Downloads/Dialnet-PlanejamentoEstrategicoEmSaude-5821299.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2017.

FERRAZ, Dulce; KRAICZY, Juny. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v. 9, n. 1, 2010.

FIGUEIREDO, Carlos Mauricio; NÓBREGA, Marcos. *Lei de Responsabilidade Fiscal para Concursos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2002.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Ética, direitos do usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.13, n.3, p.30-35, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 jul. 2017.

FREIRE, Elias Sampaio. *Direito administrativo: teoria e 1000 questões. Edição atualizada até a emenda nº38/2002*. 3. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2002.

FUNCIA, Francisco R. Políticas públicas municipais: em busca da racionalidade. *Cadernos FGV Projetos*, Rio de Janeiro, n. 8, mar. 2009. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/6914/312.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – FEE. *Mapa da Região do COREDE*. Vale dos Sinos. 2009. Disponível em: <<https://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/coredes/>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

FUNDAÇÃO HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS – FHMGV. *Informações*. 2018. Disponível em: <<http://www.fhgv.com.br/home/h-getulio-vargas>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

IANNI, A.M.Z. *et al.* Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista. *Cad. Saúde Pública*, São Paulo, v. 28, n. 5, p. 925-934, maio. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. *Censo 2010*. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 15 set. 2017.

JUNG, Carlos Fernando. *Metodologia para pesquisa & desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Axcel books do Brasil, 2004.

KOHAMA, Heilio. *Contabilidade Pública: teoria e prática*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. *Contabilidade Pública: teoria e prática*. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LADEIRA, Fernando de Oliveira Domingues. Direito à saúde: a problemática do fornecimento de medicamentos. *Cadernos Jurídicos*, São Paulo, v. 10, n. 32, p. 105-127, maio/ago. 2009.

LORENZETTI, J.*et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-25, abr/jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MOYSÉS, J.S. *et al.* Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Curitiba, v. 9, n.3, p.627-641, 2004.

NASSUNO, Marianne. A administração com foco no usuário-cidadão: realizações no governo federal brasileiro nos últimos 5 anos. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v.51, n.4, p.61-98, 2000.

OUPERNEY, Assis Mafort; FLEURY Sonia. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 6, p.1085-1103, nov./dez. 2017.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Fascículos em saúde no Brasil*[online]. Universidade Federal da Bahia, Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2011.

PEREIRA, Luis Carlos Bresser. Estratégia e estrutura para um novo estado. *Revista do Serviço Público*, Brasília, 1997.

PINTO; É. G; FLEURY, S. Custeio do direito à saúde: em busca da mesma proteção constitucional pelo direito à educação. *RDisan*, São Paulo. v. 12, n. 3, p. 54-80, mar./jun. 2012.

PIOLA, Sérgio Francisco *et al.* *Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira.* 2012. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4349/1/bps_n.17_vol01_saude.pdf>. Acesso em: 08 maio 2018.

PREFEITURA DE SAPUCAIA DO SUL. *Informações.* 2018. Disponível em: <<http://www.sapucaiaodosul.rs.gov.br>>. Acesso em: 11 jun. 2018

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul - TCE. *Sistema de Informações para Auditoria e Prestação de Contas.* 2018. Disponível em: <http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/jurisdicionados/sistemas_controle_externo/siapc>. Acesso em: 25 maio 2018.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, 2016. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/csp>. Acesso em: 12 maio 2018.

SANTOS, Clézio Saldanha. *Introdução a Gestão Pública.* São Paulo: Saraiva, 2006.

SANTOS, Milton. *Por Uma Outra Globalização.* Rio de Janeiro: Record, 2000.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. *O Brasil Território e Sociedade no Início do Século XXI.* Rio de Janeiro: Record, 2012.

SEN, Amartya. *Desenvolvimento como Liberdade.* São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEVERINO, Antonio Joaquim. *Metodologia do Trabalho Científico*. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

SIEDENBERG, Dieter R. *Dicionário de Desenvolvimento Regional*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

SILVA, Robson Roberto da. *A Racionalidade da Administração Pública no Brasil*. 5º Encontro Internacional de Política Social 12º Encontro Nacional de Política Social Vitória, 2017.

SILVEIRA FILHO. *et al.* Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n.3, p. 853-878, 2016.

SOUZA, Maria Rita Nery Santos; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim de. Potencialidades e Desafios para a Gestão Regional em Saúde: Reflexões a partir da Dinâmica dos espaços colegiados. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo, v.6, n.10, p. 27-43, abr. 2018.

SOUZA, Celina. *Políticas públicas: uma revisão da literatura*. Porto Alegre: Sociologias, 2006.

SOUZA, T. T. *et al.* Educação popular com política pública de saúde: uma realidade? *Revista APS*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 430 – 437, out/dez. 2015. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2203/906>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

STAKE, R. E. *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso, 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE A- (ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA)

1. Faça um breve relato sobre a gestão plena do sistema municipal – GPSM.

2. O montante de recursos mencionados no contrato de gestão e previamente acordado com os governos estadual e federal são suficientes para atender às demandas apresentadas? Você saberia informar qual o montante ideal para o município?

3. Como são estabelecidos os parâmetros econômicos para a formatação do contrato de gestão com os governos, ou melhor, quais estratégias são adotadas para essas definições? Quantidade ou qualidade?

4. Existe participação da sociedade na definição das políticas voltadas à saúde pública municipal? Como são estabelecidas as prioridades no contexto econômico e quais os instrumentos utilizados para garantir a compreensão dessas políticas?

5. Quais os problemas enfrentados pelo município antes da certificação da gestão plena do sistema municipal - GPSM - com o Ministério da Saúde?

6. Como funcionavam os atendimentos e demais serviços em saúde pública, oferecidos à sociedade local antes da certificação do GPSM?

7. Por que o município buscou a certificação da GPSM? Esta certificação auxiliou na formatação de novas políticas em saúde pública? Quais aspectos você destacaria nesse modelo de gestão em relação ao anterior?

8. Após a implantação da GPSM, a oferta de atendimentos e/ou procedimentos em saúde pública aumentou para a população local? Quais instrumentos são utilizados para mensurar essa oferta?

9. O município de Sapucaia do Sul, após a certificação da GPSM, adquiriu referência em alguma área específica? O fato de ser referência em determinada área da saúde pública beneficia ou prejudica a população local? O índice de usuários residentes fora do município e que utilizam essas áreas atrapalham na garantia da qualidade dos serviços à população local?

10. Quais são os principais desafios que a gestão da saúde deve superar para garantir um bom número de atendimentos aos seus usuários e quais procedimentos devem ser adotados para que a qualidade nesses atendimentos seja mantida?

ANEXO

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa GESTÃO PLENA EM SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL: A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL – RS, desenvolvida por Wilson Medeiros Rodrigues, discente do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional das Faculdades Integradas de Taquara, sob orientação do Professor Dr. Roberto Tadeu Moraes.

O objetivo central do estudo é verificar quais os efeitos dos investimentos financeiros realizados pelo Município de Sapucaia do Sul/RS, por meio da gestão plena do sistema municipal, descentralizando os serviços em saúde pública para a Fundação Hospitalar Getúlio Vargas.

O convite à participação na pesquisa decorre da sua atuação profissional na área de saúde e a experiência frente à tomada de decisões em saúde pública.

Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como pode retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer espécie de penalização; contudo, é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: a) Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não utilizar estas informações para outras finalidades e b) Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

Durante a pesquisa ou posteriormente você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados na parte final deste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista semiestruturada ao pesquisador do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do(a) entrevistado(a).

Todo material de pesquisa será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/FACCAT e, ao final do prazo, descartado.

A sua participação auxiliará no aprofundamento da temática Saúde Pública Municipal, o que pode gerar sua utilização em outros experimentos.

Constrangimento ou desconforto são alguns dos riscos que a pesquisa pode acarretar, mas todo cuidado para evitá-los será tomado pelo pesquisador.

A publicação de artigos científicos, da dissertação/tese e apresentação em congressos, são as formas de divulgação dos resultados da pesquisa, e não há previsão de nenhum retorno econômico ao participante/entrevistados.

Se você tiver perguntas com relação a seus direitos ou questões éticas como participante deste estudo, você também pode contar com um contato imparcial, o Comitê de Ética em Pesquisa da FACCAT (CEP/FACCAT), situado no 1º piso do Prédio Administrativo - Campus FACCAT na Av. Oscar Martins Rangel, 4500- ERS 115, Bairro: Fogão Gaúcho, Taquara-RS, telefone (51) 3541-6604, ou

também pelo e-mail: cep@faccat.br – Horário de funcionamento: nas segundas terças e quartas das 8h às 17h e nas quintas e sextas das 13:30min às 22:30min.

Pesquisador (a) responsável:

Nome: Wilson Medeiros Rodrigues

E-mail: Wilsonrodrigues.prof@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “GESTÃO PLENA EM SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL: A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL – RS” e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista (ou imagem).

Não autorizo a gravação da entrevista (ou imagem).

(Nome do Participante – letra de forma)

(Assinatura do Participante)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao participante da pesquisa indicado acima.

(Assinatura do Pesquisador)

Taquara, de de 2018.