

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

**GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: IMPASSES, PERSPECTIVAS E DESAFIOS NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE - RS.**

**GABRIEL VALIM SILVA**

**Taquara  
2016**

**GABRIEL VALIM SILVA**

**GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: IMPASSES, PERSPECTIVAS E DESAFIOS NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE – RS.**

Dissertação apresentada como critério parcial para obtenção de título de Mestre em Desenvolvimento Regional, do Programa de Pós-Graduação – Faccat – Taquara-RS, sob Orientação do Prof. Dr. Roberto Tadeu Ramos Moraes.

**Taquara**

**2016**

Dedico este trabalho aos gestores públicos que são comprometidos com o desenvolvimento humano e eficaz de suas sociedades, construindo formas de vida mais justas e felizes para todos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram comigo de alguma forma para a realização desse trabalho, em especial à minha família e ao meu orientador, Prof. Dr. Roberto Tadeu Ramos Morais, excelente professor, Vice-Diretor de Pesquisa e Pós-Graduação e orientador, seu apoio foi fundamental para a elaboração desta dissertação.

Aos professores do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Faccat, pelos conhecimentos e ensinamentos transmitidos.

Aos meus colegas de Mestrado, pela troca e compartilhamento de seus conhecimentos e pela rica produtividade das nossas aulas.

A meta da política é descobrir primeiro a maneira de viver que leva a felicidade humana e depois a forma de governo e as instituições sociais capazes de assegurar aquela maneira de viver.  
(Aristóteles 345 a.C)

## RESUMO

A prestação dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser conduzida com profissionalismo e qualidade de forma equilibrada e justa para a população brasileira. O presente estudo realizou uma análise da gestão da saúde pública no município de Porto Alegre - RS, buscando identificar os impasses, perspectivas e desafios enfrentados pelo (SUS). A metodologia utilizada foi um estudo de caso exploratório, acompanhado de uma pesquisa bibliográfica cuja abordagem do problema foi qualitativa. A amostra utilizada foi não probabilística intencional e o instrumento de coleta dos dados foi a entrevista semiestruturada. Os dados secundários foram provenientes de publicações científicas do SUS, Ministério da Saúde, entre outros. Os resultados apontam que as políticas públicas nesta área são de partido e não de Estado; que a incerteza da economia nacional encaminha possíveis reduções de repasses de recursos nos três níveis de governo e finalmente, que o maior desafio é a profissionalização da gestão pública em saúde. Por fim, conclui-se que a gestão da saúde pública no SUS no município de Porto Alegre – RS está inadequada, podendo acarretar na precarização dos serviços prestados a sociedade gaúcha.

**Palavras-chaves:** SUS. Gestão. Saúde Pública.

## **ABSTRACT**

*The provision of services in the Unified Health System (SUS) should be conducted with professionalism and quality balanced and fair for the Brazilian population. This study carried out an analysis of public health management in the city of Porto Alegre - RS, seeking to identify deadlocks, perspectives and challenges faced by (SUS). The methodology used was an exploratory case study, accompanied by a literature whose approach to the problem was qualitative. The sample was non-probabilistic intentional and data collection instrument was a semi-structured interview. Secondary data were obtained from SUS scientific publications, Ministry of Health, among others. The results show that public policy in this area are not party and state; the uncertainty of the national economy forward possible transfer of resources from reductions in three levels of government and finally, the biggest challenge is the professionalization of public health management. Finally, it is concluded that the management of public health in the SUS in the city of Porto Alegre - RS, is inadequate and may result in precariousness of services gaucho society.*

**Keywords:** *SUS. Management. Public health.*

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Histórico da saúde pública no Brasil.....	18
Quadro 2 – Diretrizes do Pacto pela Saúde .....	29
Quadro 3 – Aspectos que o gestor precisa enfrentar .....	34
Quadro 4 – Objetivos e características da reforma gerencial.....	38



## LISTA DE SIGLAS

SUS: Sistema único de Saúde  
AP: Administração Pública  
ONU: Organização das Nações Unidas  
SES: Secretaria Estadual de Saúde  
SMS: Secretaria Municipal de Saúde  
UBS: Unidade Básica de Saúde  
CLT: Consolidação das Leis do Trabalho  
INPS: Instituto Nacional de Previdência Social  
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
DNERU: Departamento Nacional de Endemias Rurais  
CIT: Comissão de Intergestores Tripartite  
CIB: Comissão Intergestores Bipartite  
COAP: Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde  
NOAS: Norma Operacional de Assistência a Saúde  
NOB: Norma Operacional Básica  
CONASS: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde  
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
COSEMS: Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul  
CF: Constituição Federal  
FUNASA: Fundação Nacional de Saúde  
MS: Ministério da Saúde  
NGP: Nova Gestão Pública  
MARE: Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado  
TCLE: Termo de Comprometimento Livre e Esclarecido  
AROS: Sistema Informatizado da Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
GMATE: Sistema de Dados da Prefeitura de Porto Alegre  
SISREG: Sistema online do Ministério da Saúde  
ESUS: Sistema de informações de Saúde Básica do Ministério da Saúde  
NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
PSF: Programa Saúde da Família  
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial  
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
HPS: Hospital de Pronto Socorro  
FES: Fundação Estadual de Saúde  
SISPACTU: Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle  
IDESUS: Índice de Desempenho do Sistema único de Saúde  
IAP's: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Servidores  
CEV"s: Centro Estadual de Vigilância em Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>O SUS E A GESTÃO DE RECURSOS .....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>O PAPEL DO ESTADO .....</b>	<b>22</b>
<b>4</b>	<b>A DESCENTRALIZAÇÃO E A GESTÃO DEMOCRÁTICA.....</b>	<b>26</b>
<b>5</b>	<b>IMPASSES, DESAFIOS E PERPECTIVAS .....</b>	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DIRETRIZES JURÍDICAS DA SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>METODOLOGIA DA PESQUISA.....</b>	<b>42</b>
<b>7.1</b>	<b>Histórico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.....</b>	<b>42</b>
<b>7.2</b>	<b>Perfil dos Respondentes .....</b>	<b>43</b>
<b>7.3</b>	<b>Procedimento de Pesquisa.....</b>	<b>44</b>
<b>8</b>	<b>TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS .....</b>	<b>46</b>
<b>8.1</b>	<b>ANÁLISES DAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>46</b>
8.1.1	O modelo de gestão da Saúde Pública adotado pelo SUS. ....	46
8.1.2	Os impasses, desafios e perspectivas que interferem na eficiência da gestão da saúde pública do SUS. ....	55
8.1.3	A percepção, a compreensão e os sentimentos dos atores envolvidos na gestão da saúde pública do SUS. ....	67
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>77</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>85</b>
	<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>86</b>
	<b>APÊNCICES .....</b>	<b>87</b>
	<b>APÊNDICE A – (Entrevista com Gestor Municipal) .....</b>	<b>88</b>
	<b>APÊNDICE B – (Entrevista com Gestor Estadual).....</b>	<b>89</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como tema a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre, procurando conhecer os impasses, desafios e perspectivas que existem neste setor. A investigação sobre este assunto faz-se necessária porque as pessoas acreditam que os problemas do SUS são de ordem financeira, por outro lado, não podem ser resolvidos apenas com a injeção de recursos financeiros. As questões que limitam a eficiência do serviço de saúde pública remetem, entre outras, a falta de gestão.

Uma reforma administrativa, que modernize a Administração Pública (AP) com a finalidade de dar concretude às promessas de um Estado que garanta as liberdades e a dignidade humana, tem sido discutida desde meados dos anos 1990. Por isso, a efetividade do direito à saúde passa obrigatoriamente pela melhoria das condições executivas da (AP), as quais não estão ocorrendo a contento até os dias de hoje. Por isso, “[...] urge que se dê nova conformação à (AP) para gerir um sistema que está sobrando por todos os lados” (SANTOS e AMARANTE, 2010, p. 68).

A articulação entre saúde e desenvolvimento não é óbvia, menos ainda quando se refere a uma realidade tão complexa como a brasileira (COHN *et al.*, 2012). A humanidade tem experimentado rápidas e profundas transformações em todas as esferas da vida econômica, cultural, social e política, talvez como nunca em sua história (PAIN e ALMEIDA FILHO, 1998). Diante deste cenário, o pesquisador analisou a percepção de onze gestores do SUS, na capital e no Estado, como secretários municipais e estaduais de saúde, diretores institucionais de órgãos de apoio à gestão das secretarias de saúde municipal de Porto Alegre e estadual do Rio Grande do Sul. Sendo estes divididos em: três Secretários Municipais de Saúde e cinco Diretores Municipais de Saúde na capital e, no Estado do Rio Grande do Sul, um Secretário Estadual e dois Diretores estaduais de Saúde, para identificar quais são as situações que geram filas, dificuldade no atendimento, fechamento de leitos, entre outros fatores, para assim explicar se os problemas são ou não causados por falta de competência de gestão.

A questão do direito a saúde pública no Brasil tem material extremamente rico e promissor, devido à proximidade da efetivação da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS em 1990, com a Lei 8080/90, o exercício da saúde pública se torna uma obrigação da Constituição e um dever para a dignidade da sociedade brasileira.

O campo de pesquisa em saúde pública no Brasil é muito vasto, existem escolas de saúde pública em vários Estados e cursos de pós-graduação em todos os níveis (*Lato Sensu e Stricto Sensu*). Há inúmeras dissertações de mestrado, bem como teses de doutorado em saúde pública, como exemplo: a) dissertação de Luciana Leite Lima/2005, intitulada: Gestão da Política de Saúde no Município; b) a Questão da Autonomia; dissertação de Lisiane Boêr Possa/2013, intitulada: Políticas Públicas: Os Efeitos no Subsistema de Provisão de Serviços Hospitalares do Sistema Único de Saúde c) a de Gabriele Moraz, 2011, intitulada; O Sistema único de Saúde no Brasil: uma avaliação de seu funcionamento, se percebe ser uma temática muito discutida na academia brasileira.

Neste início de milênio a saúde deixou de ser apenas um estado de ausência de doença para transformar-se em um conceito muito mais amplo, que vai desde a ausência da doença até o bem-estar completo e complexo de vida. “Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, social e não apenas de doença” (OLIVEIRA *et al.*, 2013, p. 29). Os países desenvolvidos considerados como referência em saúde pública pela Organização das Nações Unidas (ONU), isto é, Canadá, Reino Unido, Espanha, França e Suécia, gastam no mínimo 8% do seu PIB com saúde pública, sendo que o Brasil gasta cerca de 4% do seu PIB, com um gasto *per capita* de U\$\$ 909 dólares, sendo menor que a média de 3 mil dólares que estas nações listadas gastam.

A escolha deste tema tem como intuito identificar quais são os impasses, desafios e perspectivas que existem no Sistema Único de Saúde de Porto Alegre, partindo da ideia de que é possível ter uma gestão pública de qualidade e mais eficiente. É de conhecimento de grande parte da população que os serviços de saúde prestados pelo SUS, são frágeis, onde um dos grandes gargalos é sua gestão, a pesquisa abordará somente o serviço do SUS, fazendo a opção pelo município de Porto Alegre, porém este recorte não exclui a importância que as demais regiões têm.

Uma vez identificados os impasses, desafios e perspectivas será possível, refletir sobre o tema e elucidar possíveis condições de melhorar a qualidade do serviço final ao cidadão, o qual geralmente encontra emergências de hospitais lotados, com falta de leitos e sofre a espera de consultas e atendimentos sempre que precisa procurar o serviço público de saúde. Em parte, este cenário se deve a comunicação precária entre postos de saúde municipais com secretarias e hospitais, os quais expõem o descaso político com a saúde das pessoas e deixa clara a necessidade de

gestores capacitados e qualificados para gerir este setor, que é vital e importante a condição humana.

Os resultados colhidos nesta investigação junto à Secretária de Saúde Municipal de Porto Alegre expôs que a capital por ter grandes hospitais públicos, e por isso acaba recebendo pacientes de todas as cidades do Estado, gerando emergências lotadas e falta de leitos. A impressão que gera para quem não entende do tema, é que Porto Alegre não tem uma boa gestão de saúde. A população e a mídia expõem que o problema maior se concentra nos hospitais e não nos postos de saúde do município, conforme frequentemente é noticiado. E isto nem sempre se resolve com mais recursos financeiros, e sim com a gestão estratégica dos recursos que já existem, visto que a gestão pública caminha cada vez mais para sua profissionalização e esta deve ser a visão do gestor responsável. De nada adianta ter recursos se estes não forem distribuídos de forma coerente; se os gestores da saúde não sabem quais são as reais necessidades dos seus sistemas de saúde, não saberão como administrá-los.

A estrutura do Estado – federal, estadual ou municipal – deve ser preparada para atuar de forma permanente e eficiente, independente de quem está à frente do poder executivo. O objetivo principal do Estado é ofertar serviços de qualidade à sociedade e, principalmente, promover a eficiência do gasto público, permitindo ao gestor ampliar a capacidade de governança do orçamento e de execução de seu projeto de governo.

Para o pesquisador a realização da presente investigação possibilitou formular sugestões para a gestão da saúde pública no município de Porto Alegre, e para futuras pesquisas em saúde pública, bem como enriquecerá o conhecimento adquirido ao longo dos encontros e discussões ocorridos no mestrado em desenvolvimento regional. Espera-se ao final do estudo colaborar com reflexões para a gestão pública da saúde no município de Porto Alegre, uma vez que esta é vital ao cotidiano de cada pessoa, e a sua profissionalização é fundamental para que se tenha um serviço de qualidade.

A prestação de saúde no município de Porto Alegre enfrenta desafios e problemas. Fatores como uma administração pública não especializada em parceria com governos ineficientes e com uma baixa qualidade de serviços prestados, excesso de pacientes, hospitais e postos com pouca estrutura tecnológica e condições

precárias de trabalho aos profissionais da saúde, são alguns dos aspectos que a sociedade precisa rever e melhorar.

Contudo, cabe explicar como é dividida a gestão da saúde na capital do Estado: A Política de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul formula suas Políticas Públicas a partir do enfoque nas necessidades dos usuários por ciclos vitais (faixas-etárias), etnias, gênero, orientação sexual, situação social, incluindo ainda, as políticas transversais, importantes para toda a população.

Segue a política de saúde pública dividida pelos ciclos vitais:

- Saúde da Criança e do Adolescente
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança e do Adolescente
- Saúde do Idoso
- Alimentação e Nutrição
- Saúde da População Prisional
- Saúde Mental
- Saúde Bucal
- Política Estadual de DST/AIDS
- Saúde da População Indígena
- Saúde da População Negra
- Saúde da População LGBTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais).

A Secretaria Estadual da Saúde (SES) se responsabiliza pela Rede Integral de Saúde no Rio Grande do Sul; a denominada Rede Chimarrão, é planejada para operacionalizar as Políticas de Saúde, prevê atendimento continuado em Linhas de Cuidado, traçando a trajetória do usuário do SUS por outros níveis do sistema, que forem necessários, como consultas especializadas, exames e até internações e cirurgias. É baseada na Política de Humanização do SUS (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE/RS, 2012).

Já a Secretaria da Saúde Municipal (SMS) de Porto Alegre é a responsável pela gestão dos postos de saúde, ou unidade básica de saúde (UBS) e também por alguns hospitais, entre os quais: Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e Hospital de Pronto Socorro. Tanto a SES quanto a SMS recebem repasses financeiros do SUS federal para administrar os postos e hospitais (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2015).

Frente a isto, Azambuja (2014) comenta que entre os principais problemas destas instituições está na falta de funcionários, entre eles os médicos. Porém, o problema central não parece ser a falta de médicos. Cigana e Trezzi (2013) ressaltam que o Brasil tem até mais médicos que o mínimo recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual estabelece que o padrão mínimo satisfatório é de (1) médico para cada mil habitantes. Além disto, estudo publicado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) mostra que existem dois médicos por mil habitantes no país, 55% deles no SUS. O problema é que estão mal distribuídos, como informa um levantamento do Conselho Regional de Medicina (Cremers), onde 82 dos 496 municípios gaúchos estão na média preconizada pela OMS, e 157 não têm sequer um médico residente na cidade e em Porto Alegre têm-se 8,73 médicos por mil habitantes. Com um número de médicos acima da média do que a OMS determina para um atendimento de saúde de qualidade *per capita* nota-se que não é a falta de médicos que está gerando as longas filas para atendimentos em postos de saúde e a falta de leitos hospitalares.

Agrava-se a situação uma vez que os Estados não cumprem com a aplicação mínima de 12% de sua receita orçamentária na saúde pública o que caracteriza um problema na raiz do caos caracterizado pelas filas para consultas, listas de espera para internações e para procedimentos cirúrgicos, quartos e corredores superlotados, enfrentamentos entre quem aguarda atendimento e quem vai prestá-lo, mortes em ambulâncias e nos estabelecimentos hospitalares, profissionais em constante estresse, usuários insatisfeitos e, não raras vezes, à beira da revolta (LAMACHIA, 2012).

A mesma situação repete-se no Rio Grande do Sul, onde de 2005 a 2012 cerca de 2,5 mil leitos do SUS foram fechados, o que representa 10% dos 25 mil que existiam em 2005. Após a queda acentuada do número de leitos, o Estado reabriu mais de 500 leitos desde 2012 (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE/RS, 2012). Em parte isto se deve aos baixos valores das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) pagas pelo governo, bem menores que os das operadoras de saúde privadas. E, na maioria dos hospitais, há também falta de equipamentos de última geração e exames de alto valor pecuniário não são autorizados (CIGANA e TREZZI, 2013).

Este contexto remete diretamente a gestão do SUS, visto que cabe ao gestor cuidar e gerir os recursos que são repassados, ainda que estes sejam poucos. E neste aspecto a prevenção parece ser a solução mais viável.

Uma unanimidade na questão de gestão é a necessidade de cortar custos de internação. Isso seria possível com ampliação do programa Saúde da Família. Hoje apenas 60% das famílias brasileiras fazem parte do programa — o ideal seriam 80%. E apenas 5% das equipes têm médico especializado em Saúde Comunitária (CIGANA; TREZZI, 2013, p. 3).

Além desta opinião, existe a informação do ex-presidente do Conselho Nacional de Saúde, Batista Júnior (2009, p.1), o qual comentou que “[...] o problema do SUS não é só de financiamento. É uma ilusão achar que apenas com mais dinheiro iremos resolver os problemas da saúde no Brasil”.

Batista Júnior, coloca que a gestão é fundamental para o bom funcionamento do SUS, fortalecendo a responsabilidade dos gestores de saúde pública que exige profissionais preparados que atuem com uma gestão eficiente.

E acrescenta sobre a importância da prevenção:

Quando nós criamos o SUS, e eu participei desse debate, foi deixado bem claro que para esse sistema ter êxito, seria necessário uma gestão profissional e um modelo de atenção à saúde e não um modelo para tratar a doença. Nós temos um sistema de vacinação que é exemplo para todo o mundo, é verdade, mas ainda sofremos muito com a falta de prevenção. A população brasileira, de maneira geral, continua achando que saúde é ser atendido num pronto-atendimento por um médico quando houver uma doença. Está errado porque saúde é uma coisa mais ampla. [...] O Brasil é um dos países com maior nível de acidente vascular cerebral, transplante cardíaco, ataque do coração, etc., tudo por conta de diabetes e hipertensão. E as pessoas só sabem que estão com essas doenças quando tem uma crise grave. Então, esse não é o modelo que o SUS preconiza. E o Governo pecou quando não tentou modificar essa questão (BATISTA JÚNIOR, 2009, p.2).

O SUS, foi pensado a partir de um modelo de saúde, que priorize a atenção básica de saúde, na lógica de prevenir, para evitar de remediar. Os melhores sistemas de saúde pública do mundo, tem como base fundamental a prevenção, onde é construída um vínculo com o paciente, que se estende no decorrer de sua vida.

Diante do exposto por Batista Júnior (2009) é que surge o cenário para esta pesquisa, onde o SUS demonstra que investe menos do que deveria, aumentam as filas de atendimentos e leitos são fechados nos hospitais, pois cabe ao gestor buscar soluções e talvez a mais urgente resida na questão da prevenção.

Segundo Ferreira Neto e Garcia de Araújo – Gestão e subjetividade no SUS (2014): o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais existem dois modelos: A reforma sanitária e o modelo neoliberal.

O modelo neoliberal, por defender a pouca participação do Estado no mercado e fundamentar a privatização de empresas estatais, distancia a gestão de



subjetividade e as interfaces necessárias que o SUS precisa para se constituir. A reforma sanitária envolveu novos fatores, grupos sociais e com isso a saúde pública, deixou de ser técnica e passou a ser uma política vinculada a democracia. Onde a superação do modelo liberal na atenção à saúde, ainda depende de uma conjunção de forças políticas que encarem a decisão de financiar adequadamente a saúde pública brasileira. Para tanto, a dimensão do financiamento do SUS é condição necessária, mas não suficiente. É essencial a ampliação da gestão participativa e da produção de subjetividades críticas, ativas e secundárias. A produção dessa subjetividade almejada possui uma interdependência com o fortalecimento do controle social amplo, não apenas nas instâncias formais de participação, mas também no envolvimento direto no cotidiano dos serviços, no contexto de uma gestão democrática.

A falta de recursos para a saúde pública confrontada com políticas públicas de apoio a privatização conduziram o SUS a uma encruzilhada. Nesse contexto, muitas questões se colocam, das quais destacam-se a seguinte: **Como o Sistema Único de Saúde poderá melhorar seu desempenho para alcançar suas metas e resultados?**

O estudo tem como objetivo geral analisar a gestão da saúde pública no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul. Tendo ainda os seguintes objetivos específicos: (i) descrever o modelo de gestão da Saúde Pública adotado pelo SUS. (ii) Identificar os impasses, desafios e perspectivas que interferem na eficiência da gestão da saúde pública do SUS; (iii) identificar a percepção, a compreensão e os sentimentos dos atores envolvidos na gestão da saúde pública do SUS.

Com base no exposto, esta dissertação está dividida em nove seções:

Na primeira seção a Introdução, seguida nas seções 2,3,4,5,6 pela fundamentação teórica, onde são tratados temas como saúde pública no Brasil, Sistema Único de Saúde e Gestão de Saúde Pública e seus desafios, impasses e perspectivas. Na seção 7 a metodologia, na seção 8 encontram-se, os resultados e por fim, a seção 9 a conclusão da pesquisa.

## 2 O SUS E A GESTÃO DE RECURSOS

A história da saúde pública no Brasil tem sido marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas, destacando as contribuições dadas por esses acontecimentos no caminho de construção do Sistema Único de Saúde, que decorre a nossa história e constitui nossos dias atuais conforme pode ser observado no Quadro 1.

### Quadro 1 – Histórico da saúde pública no Brasil

(continua)

Século XVI	Vinda da família Real para o Brasil (carência de profissionais e medo da população). Proliferação de curandeiros e boticários.
1892	Criação dos primeiros laboratórios bacteriológicos
1892	Gestão do Presidente Rodrigues Alves: nomeação do Diretor de Saúde Pública Oswaldo Cruz que implementou desinfecção sanitária e obrigação da vacinação anti-varíola (Revolta da Vacina).
1920	Criação de órgãos especializados no combate a doenças.
1923	Criação da Lei Elói Chaves que instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões.
1934	Governo de Getúlio Vargas implementa programas de assistência médica aos trabalhadores para garantir o processo de industrialização
1937	Criação da Lei nº 378, de institui as conferências de saúde, objetivando a articulação do Gov. Federal com os Estaduais para a concessão de subvenções e auxílios financeiros.
1943	Criação da CLT agregando benefícios como indenização a acidentados e tratamento médico aos doentes portadores de carteira assinada.
1953	Criação do Ministério da Saúde; e 1956: criação do DNERU para a população rural.
1960	Criação da Lei Orgânica da Previdência Social unificando os serviços de saúde aos trabalhadores do regime CLT.
1966	Criação do INPS
1974	Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social. INPS transforma-se em INAMPS.
Final da Dec. de 70	Surge o movimento pela Reforma Sanitarista
Década de 80	São criados programas de assistência básica de saúde
1988	Constituição de 1988 estabelece a saúde como relevância pública e direito básico de todos os cidadãos.
1990	Criação Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
1990	Criação da Lei 8142 Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências
1991	Criação da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT)
1993	NOB-SUS 93, que procura restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização, tal como havia sido desenhada.
1996	NOB-SUS 96. Acelerou a descentralização dos recursos federais em direção aos estados e municípios, consolidando a tendência à autonomia de gestão das esferas descentralizadas.
2002	Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS, ênfase é no processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde, por não permitir uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços.
2006	O Pacto pela Saúde está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados, que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto pela defesa do SUS e Pacto pela gestão do SUS.

(conclusão)

2011	CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE – COAP, O contrato organizativo da ação pública, como um instrumento da gestão compartilhada, tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos. Tudo isso pactuado com clareza e dentro das práticas federativas que devem ser adotadas num Estado Federativo.
------	--

Fonte: COSTA JR. e COSTA (2014, p. 3).

O quadro 1 mostra, um histórico importante na saúde pública brasileira, mostrando sua linha cronológica. Da instalação da colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional. A partir daí iniciou-se uma série de transformações, ou melhor, foram criados e extintos diversos órgãos de prevenção e controle de doenças, culminando, em 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A intervenção do Estado no setor da saúde, começou mais efetivamente na década de 1930, com a criação dos IAP's (Instituto de Aposentadoria e Pensões), que resultaram da industrialização brasileira e dos direitos dos trabalhadores em que se acentua o direito a assistência médica. As alterações ocorridas com o golpe militar de 1964 que instaurou a ditadura, somadas as modificações da década de 1980, culminam com a promulgação da Constituição de 1988 que inaugura um novo sistema de proteção social pautado na concepção de seguridade social que universaliza os direitos sociais concebendo a saúde, a assistência social e previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado (BRAVO, 2006).

Os principais aspectos regulatórios da construção da saúde pública do Brasil são o Projeto de Reforma Sanitária, (1970) e a Constituição Federal de 1988 os quais foram os responsáveis pela idealização e implantação do Sistema Único de Saúde - SUS que tornou o acesso à saúde universal para todos os cidadãos (COSTA JR.; COSTA, 2014).

A constituinte de 1988 no capítulo VIII da Ordem Social e na seção II referente à Saúde define no artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA, 1988, p. 1). O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS está baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-a como um dos direitos da

cidadania. Esta visão refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém-saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Influenciada pelo movimento das Diretas já, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania.

O SUS foi concebido como 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. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar, conforme parágrafo 2º do art. 4º da lei orgânica da saúde nº 8080/1990. Nesse sentido a lei 9656/1998 regulamenta o mercado de planos e seguros privados de saúde, onde nela diz:

Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas (BRASIL, 1998, p. 1).

Sendo este um direito do consumidor que é garantido perante a Lei Brasileira, ficando expresso o contrato firmado de cobertura do plano com a operadora de saúde. Procurando atender as demandas sociais que a sociedade brasileira buscava, o SUS, se constituiu sobre três princípios básicos, segundo Polignano (2014):

- UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;
- INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades.

Destes derivaram alguns princípios organizativos, a saber:

- HIERARQUIZAÇÃO - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra referência;
- CONTROLE SOCIAL - ou seja a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde;

➤ **DESENCENTRALIZAÇÃO** – Processo de delegação de poder e transferência de competências, com repasse de recursos para os níveis estadual e municipal, privilegiando os municípios.

O SUS ao longo da sua existência sempre sofreu as consequências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória do governo federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento. Independente da origem política e da respeitabilidade, os ministros da saúde frequentemente, foram transformados em reféns das indefinições e rupturas que sempre colocaram à deriva as instituições de saúde do Brasil (POLIGNANO, 2014).

### 3 O PAPEL DO ESTADO

As políticas de Saúde se expandiram a partir do pós-guerra, evidenciadas nas ações assistenciais de cobertura de riscos de trabalho. No período dos anos 1930 aos anos 1950 (Populista), a falta de um modelo sanitário para o país, deixavam as cidades brasileiras à mercê das epidemias. No início desse século, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade (POLIGNANO, 2014).

É a partir dos anos 1950 aos anos 1960 (Desenvolvimentista) que, após a segunda guerra, com o maior desenvolvimento industrial e a consequente aceleração da urbanização e o assalariamento de parcelas crescente da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros (POLIGNANO, 2014).

De 1964 a 1984 (Militarista) em face da questão social no período 1964, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. Na década de 1980, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica e houve um alívio com a chegada do plano real. As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população (BRAVO, 2006)

Através da Constituição Federal de 1988, garantiu o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação das pessoas que necessitam de atendimento, como informa o Art. 196 (COSTA JR.; COSTA, 2014).

Aqui, deve-se entender Estado não apenas como o governo federal, mas como poder público, abrangendo a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

A Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990) determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos: I. no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II. no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; III. no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 2011, p. 24).

Nesse sentido com o veto do Presidente de República Fernando Collor de Melo, nos artigos de participação social na gestão do SUS e transferência governamental de recursos, criou-se o ambiente para a promulgação da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Nesta lei instituem-se os Conselhos de Saúde e se confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde), onde se buscou criar uma unidade maior para se pensar e definir a saúde pública brasileira unindo os estados brasileiros com as demandas estaduais de saúde pública. Os conselhos municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), também foram criados com o mesmo propósito de unir os municípios brasileiros com as suas demandas de saúde pública, dando ferramentas jurídicas ao Sistema Único de Saúde.

Entende-se assim que o Brasil cresceu e se desenvolveu economicamente e estruturalmente, fortalecendo o seu amadurecimento e a sua capacidade de reflexão e de mudanças, onde a Constituição Federal teve papel relevante, pois começou a garantir direitos e a construir políticas públicas fundamentais ao bem-estar da sociedade, sendo que a saúde pública é um desses direitos.

Contudo, para conseguir analisar a realidade existente na saúde pública do país é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo, pois assim como as pessoas são frutos do passado e da história, o setor da saúde também sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo (NEVES, 1993). A participação substancial de recursos públicos no crescimento do mercado de planos e seguros privados; as práticas liberais de assistência à saúde; o largo predomínio do pagamento de serviços por produção em regra com valores inferiores aos custos, entre outros são alguns fatos deste passado recente.

Assim, (REIS, ARAÚJO E CECÍLIO, 2009) colocam que o SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de seções de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de radio quimioterapia, 9,7 milhões de seções de hemodiálise e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas.

O SUS alcançou números continentais no Brasil, obviamente devido ao seu tamanho e sua população, já se faz uma realidade concreta e plausível, ajudando o Brasil a se desenvolver, incluindo cidadãos brasileiros efetivamente na sua constituição e prestando assistência ambulatorial, médica e hospitalar a sua população. Obviamente ainda distante de um serviço eficaz e preventivo, mas caminhando para a sua evolução.

Assim sendo, faz-se necessária a definição de algumas premissas importantes, segundo (POLIGANANO 2014). A primeira premissa de que a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor. Somente nos momentos em que determinadas endemias ou epidemias se apresentam como importantes em termos de repercussão econômica ou social dentro do modelo capitalista proposto é que passam a ser alvo de uma maior atenção por parte do governo, transformando-se pelo menos em discurso institucional, até serem novamente destinadas a um plano secundário, quando deixam de ter importância (POLIGANANO, 2014).

A segunda premissa é de que as ações de saúde propostas pelo governo sempre procuram incorporar os problemas que atingem grupos sociais importantes de regiões socioeconômicas igualmente importantes dentro da estrutura social vigente; e



preferencialmente tem sido direcionada para os grupos organizados e aglomerados urbanos em detrimento de grupos sociais dispersos e sem uma efetiva organização.

A terceira premissa é de que a conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) tem sido sempre resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros e, nunca uma dádiva do Estado, como alguns governos querem fazer parecer (POLIGNANO, 2014). A atenção básica, por exemplo, expande-se às maiorias pobres da população, mas na média nacional estabiliza-se na baixa qualidade e resolutividade, portanto, não consegue constituir-se na porta de dentro da preferencial do sistema, nem reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção preconizada pelos princípios constitucionais.

Outra questão é a falta de clareza e de uma definição em relação à política de saúde; a história da saúde permeia e se confunde com a história da previdência social no Brasil em determinados períodos (POLIGNANO, 2014).

Por fim, a dualidade entre medicina preventiva (a medicina que se dedica a prevenção da doença, ao invés do tratamento) e curativa (medicina que se dedica a tratar doenças e enfermidades já instaladas no ser humano) sempre foi uma constante nas diversas políticas de saúde implementadas pelos vários governos (POLIGNANO, 2014).

Após apresentar algumas informações sobre a saúde pública no Brasil, a próxima etapa abordará a Descentralização e a Gestão Democrática.

#### 4 A DESCENTRALIZAÇÃO E A GESTÃO DEMOCRÁTICA

Além da democratização da saúde (antes acessível apenas para alguns grupos da sociedade), sendo que antes da criação do SUS, somente quem contribuía com a Previdência Social tinha direito a assistência médica, quem não tivesse recursos para contribuir dependia de filantropia ou caridade.

A implementação do SUS também representou uma mudança do conceito sobre o qual a saúde era interpretada no país. Até então, e representava apenas um quadro de não doença, fazendo com que os esforços e políticas implementadas se reduzissem ao tratamento de ocorrências de enfermidades. Com o SUS, a saúde passou a ser promovida e a prevenção dos agravos a fazer parte do planejamento das políticas públicas (FIOCRUZ, 2014). A Saúde também é considerada na sua complexidade como um bem econômico que não se restringe ao mercado como forma de vida da sociedade, e sim como direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantia ao acesso universal, qualidade e hierarquização (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). O atual sistema de saúde brasileiro vive um momento de intensos avanços, mas, ainda, de muitos desafios a serem superados, como o sub financiamento e a insuficiência de gestão local do SUS. É possível descrever como avanços o que se refere à oferta de diversos programas, projetos e políticas que têm apresentado resultados inegáveis e exitosos para a população brasileira, como o sistema de vacinação nacional, que é referência mundial pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e o tratamento e desenvolvimento da oncologia no Brasil, que também é referência mundial. A criação do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O SUS foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados aos movimentos populares. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. O SUS articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na política de ajuste que tem como principais tendências, a) à contenção dos gastos com racionalização da oferta, ou seja, não é somente gastar menos, mas aplicar bem os recursos; e, b) a descentralização com isenção de responsabilidade

do poder central, dividir e compartilhar o poder através da comissão tri partite, governo federal, estadual e municipal. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: 1) caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, hoje é constituído principalmente pelo Programa Saúde da Família (PSF); 2) ampliação da privatização; 3) estímulo ao seguro privado; ou seja, fortalecer e assegurar em lei a regulamentação dos planos privados de saúde; 4) descentralização dos serviços ao nível local, ou seja, subdividir a assistência da esfera Federal para a Estadual e a Municipal, criando e facilitando a serviço a população e fazendo com o que (SUS) se constitua e organize usando suas localidades com as três esferas de poder. 5) eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento, que o SUS, encontre formas de financiar nas suas três esferas, fazendo com que o Estado e o Município dividam com a Federação a responsabilidade pelo seu financiamento (COSTA, 1997).

Sobre o financiamento do SUS a legislação estabelece que este seja financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, conforme o art. 195 da CF/88. Já o art. 199 da CF, preconiza que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, de maneira que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, segundo diretrizes deste, mas, devem fazer isto mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. O artigo 4º da CF Informa que: a) é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos; b) é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, exceto nos casos previstos em lei (FUNASA, 2011).

O repasse de recursos financeiros fica garantido pelo governo federal, junto aos Municípios, Estados e Distrito Federal, para a cobertura dos serviços de saúde pública, suas ações, necessidades e investimentos, sendo vedado o repasse de recursos a instituições privadas ou com fins lucrativos. Quanto às competências do Sistema Único de Saúde, o art. 200 da CF/88 estabelece:

I. controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II. executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III. ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV. participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V. incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI. fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano; VII. participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII. colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (FUNASA, 2011, p. 8).

Frente a estas informações, é possível afirmar que o SUS é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde através da gestão pública. O sistema está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo.

O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Assim sendo, a construção e reconstrução do SUS ocorre de forma democrática, contando com a colaboração de membros da população, dos prestadores de serviços de saúde e dos gestores em saúde através das comissões Bipartite e Tripartites (MORAZ, 2011).

Em relação ao exposto cabe explicar o que são as comissões referidas:

- Bipartite: É constituída, em nível estadual, por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde COSEMS. Incluem, obrigatoriamente, o Secretário de Saúde da capital do Estado (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).
- Tripartites: É constituída, em nível federal, por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde CONASEMS. Na CIT, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Tem composição formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo MS, cinco pelo CONASS e cinco pelo CONASEMS. A representação de estados e municípios é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O Sistema Único de Saúde é, por definição constitucional, um sistema público, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade. A implantação do SUS não é facultativa e as respectivas responsabilidades de seus gestores – federal, estaduais e municipais – não podem ser delegadas. O SUS é uma obrigação legalmente estabelecida (BRASIL, 2003, p. 20).

Entende-se através desta informação que o SUS se constitui um direito universal e dever do Estado, com normas que buscam incluir as três esferas do poder, para gerir a sua gestão, junto com a sociedade, em uma hierarquia que vai do conselho municipal de saúde ao Ministério da Saúde.

Segundo Felipe, Pestana e Fernandes (2006), na perspectiva de superar as dificuldades que surgiram na gestão deste sistema, os gestores do SUS assumiram um compromisso público, denominado de Pacto pela Saúde, o qual implica no exercício simultâneo de prioridades articuladas e integradas pelos seguintes componentes: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

As diretrizes de cada um destes componentes são descritas a seguir:

#### Quadro 2 – Diretrizes do Pacto pela Saúde

<b>PACTO PELA VIDA</b>	<p>A. Saúde do idoso: Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.</p> <p>B. Câncer de colo de útero e de mama: Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.</p> <p>C. Mortalidade infantil e materna: Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.</p> <p>D. Doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza. Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.</p> <p>E. Promoção da saúde: Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.</p> <p>F. Atenção básica à saúde: Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.</p>
<b>PACTO EM DEFESA DO SUS</b>	<p>A. Implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;</li> <li>- Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;</li> <li>- Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.</li> <li>- Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.</li> </ul> <p>B. Elaborar e divulgar a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.</p>
<b>PACTO DE GESTÃO DO SUS</b>	<p>A. Definir de forma inequívoca a responsabilidade de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.</p> <p>B. Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.</p>

Fonte: Felipe, Pestana e Fernandes (2006).

O quadro 2 resume o Pacto pela Saúde criado em 2006, e elucida as prioridades articuladas para o seu funcionamento nos seus três pilares, o Pacto Vida, o Pacto em Defesa do SUS, e o Pacto de Gestão do SUS. Buscando efetivar e aprimorar o Pacto pela Saúde, e aos seus três sub-pactos foi realizado no dia 19 de outubro de 2011 pelo COSEMS RJ, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Janeiro, o Ministério da Saúde e com a Associação Estadual de Municípios do Rio de Janeiro, o Seminário Estadual Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde (COAP), que tem o objetivo de implementar uma nova forma o pacto pela Saúde.

Nesse sentido, Fontoura e Oliveira (2011) colocam que o instrumento jurídico, COAP, que traz significativos avanços para a gestão, dentre as quais se destacam: a) a instituição da Região de Saúde, que se entende como a união municipal, estadual e federal nas regiões determinadas geograficamente pelo COSEMS, CONASEMS e CONASS, como o *locus* privilegiado do planejamento e gestão do SUS em nível local; b) o reforço da atuação das Comissões Inter gestores, como instâncias de pactuação e decisão nos diferentes níveis; e, c) a criação da Relação Nacional de Serviços e o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, através dos quais é possível estabelecer padrões de serviços para o conjunto do SUS, assim como os critérios para medição de resultados. O COAP preenche esta lacuna e contribui na busca de um serviço de qualidade para todos. Trata-se de um sistema completo, pois oferece assistência desde a prevenção até a recuperação da saúde, e único, pois todas as pessoas em território brasileiro podem usufruir dele em qualquer região do país com o mesmo direito (MORAZ, 2011).

Após apresentar a descentralização e a gestão democrática a seguir será abordado os impasses, desafios e perspectivas no SUS.

## 5 IMPASSES, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Antes de abordar o tema proposto nesta etapa, é importante informar que a Lei Federal n. 8.080, de 1990, define que a direção do SUS é única em cada esfera de governo. Também estabelece como órgãos responsáveis pelo desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na área de saúde o Ministério da Saúde no âmbito nacional e as secretarias de saúde ou órgãos equivalentes nos âmbitos estadual e municipal. Com essa definição, o termo gestor do SUS, passou a ser amplamente utilizado em referência ao ministro e aos secretários de saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2011).

Neste âmbito cabe definir sobre gerência e gestão. A gerência como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc) que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS. Já a gestão como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 39).

O Ministério da Saúde, define nos seus parâmetros, para a gestão da Saúde em todos os seus três níveis, Federal, Estadual e Municipal, onde o termo Gestor do SUS, originou-se no Brasil. Amplamente institucionalizado no Brasil entre os gestores da saúde, o Gestor do SUS, exerce um papel ainda mais importante de outros departamentos e ministérios, pois os recursos limitados e alta demanda nacional com a saúde pública exigem do gestor do SUS, assertividade e eficácia na sua gestão. Machado, Lima e Baptista (2011, p. 48) ressaltam que a “Constituição de 1988 estabeleceu algumas diretrizes organizativas para o SUS no (Art. 198 da CF)”, que têm implicações para a forma como as decisões relativas às políticas de saúde são tomadas e implementadas; sendo estes:

I- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (CF, Art.198, BRASIL 2014)

E para discutir o papel de cada esfera de governo no Sistema Único de Saúde é importante definir quem são os gestores do SUS em cada nível e o que são as funções gestoras neste sistema. De acordo com Brasil (2003), os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo que estão designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, sendo compostos no âmbito nacional pelo Ministro da Saúde; no âmbito estadual pelo Secretário de Estado da Saúde; e no municipal pelo Secretário Municipal de Saúde. Segundo Brasil-Ministério da Saúde (2011):

Sendo assim, a gestão do SUS tem em seu âmbito atribuições em comuns para a União, Estados e Municípios, dentre as quais se destacam: a) definir as instâncias e os mecanismos de controle de fiscalização das ações em saúde, b) administrar os recursos orçamentários, organizando, elaborando e participando das ações de saúde demandadas pela sociedade brasileira. (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A mudança do papel do Estado nos setores econômicos e sociais é outra tendência estrutural. Sua atuação deve estar voltada primordialmente para a área social, assegurando a universalidade dos serviços de saúde e educação, e para a criação de instrumentos que ajudem a promover o desenvolvimento econômico, garantindo as condições macroeconômicas favoráveis ao investimento privado e o aumento da competitividade sistêmica do país, através de políticas fortes nos setores de ciência e tecnologia e comércio exterior (BRASIL, 2011). A grande modificação no papel do Estado, contudo, tem de ocorrer na forma de intervenção, no plano



econômico e no plano político (PEREIRA e SPINK, 1998). O mercado de saúde pública é exigente e a busca pela excelência da qualidade dos serviços prestados é incessante. O gestor em saúde no setor público, quando assume a função, precisa se informar da cultura que é preponderante na organização. A gestão da saúde pública é complexa e exige habilidades e qualificação contínua, devido à necessidade de atender a legislação que consta do direito administrativo 9.974 de 01/1999.

A politização da atividade de saúde não pode ser à revelia do interesse da sociedade e com ausência de controle social e participação da comunidade, como prevê a Lei 8.080/90 e a Lei orgânica 8.142/90. O sistema de saúde requer uma sensibilidade aguçada do gestor e técnico em saúde, devendo estar preparado para uma medicina preventiva e curativa (MACEDO, CARVALHO e COUTINHO, 2008). Frente às atribuições do SUS para os gestores entende-se que podem ocorrer situações que gerem impasses, desafios e perspectivas. De acordo com Ferreira (2000), estes termos citados são conceituados da seguinte maneira:

- Impasse: Trata-se de uma situação que não oferece saída favorável. Dificuldade insuperável, beco sem saída. Embaraço.
- Desafio: São definidas como situações complicadas e de difícil resolução.
- Perspectiva: Esta palavra é definida como a esperança ou crença numa coisa provável ou desejada, embora distante.

Esses conceitos existem, hoje no contexto do Sistema Único de Saúde da seguinte forma (CONSTANTINO, 2013, p.1):

- **Situação de impasse:** “Muitos pensam que vamos resolver nossos problemas de saúde e educação com mais impostos. Mas já pagamos muitos impostos, bem acima da média dos países emergentes, e temos péssimos serviços prestados” - **Situação desafiadora:** “Os problemas de acesso e cuidados especializados no SUS têm mais a ver com desorganização e ineficiência do que com falta de dinheiro”. Existem ainda desafios em relação à baixa eficiência da rede hospitalar “estudos mostram que os hospitais poderiam ter uma produção três vezes superior à atual, com o mesmo nível de insumos” - **Perspectivas:** “É loucura pedir ainda mais recursos públicos antes de mostrar eficiência com a montanha de recursos já arrecadados. [...] Fazer mais com menos, eis o imperativo do momento”

Os impasses, perspectivas e desafios, contextualizam o início, o meio e o fim, do processo gestão pública da saúde no Brasil, em tudo aquilo que ele é, da forma como o deixaram e na aquilo que ele foi constituído para se tornar. A concepção social da saúde vem se ampliando, e reconhece na aplicação do direito a saúde o novo patamar de gestão pública no Brasil. Com um marco teórico definido os gestores

podem se situar, analisar o presente e traçar metas estratégicas a médio e longo prazo.

Com o aprimoramento do conceito de desenvolvimento, a questão locacional ou regional, elucida uma visão mais ampliada para a gestão. Na visão da gestão o olhar regional, permite uma análise mais detalhada e minuciosa sobre a atual situação de determinada localidade ou região, evidenciando seus pontos positivos como a sua economia, o seu capital social, suas vocações e tendências e suas respectivas carências. O processo de desenvolvimento regional permite olhar a saúde também como demanda regional, iluminando e compreendendo o presente, refletindo na sociedade o caminho para se buscar o desenvolvimento, a qualificação e a eficácia.

Com a união Tripartite, que é constituída pela União, Estados e Municípios a gestão pública de saúde passa a ter uma união de forças para a sua gestão. As três esferas de poder, trocam informações e locais, regionais e federais e tem a possibilidade minimizar demandas locais e regionais de saúde pública, evitando lotações e excesso de procura em prontos atendimentos de capitais estaduais e centros de referência metropolitanos, buscando a resolução locacional.

Dentre as diferentes situações enfrentadas por um gestor frequentemente podem estar questões relacionadas aos seguintes aspectos, segundo Mello Cordeiro e Ribeiro (2002):

**Quadro 3 – Aspectos que o gestor precisa enfrentar**

<b>Interdisciplinaridade</b>	Os processos de negócio envolvem equipes de diferentes áreas, perfis profissionais e linguagens.
<b>Complexidade</b>	As situações carregam cada vez um número maior de variáveis.
<b>Exiguidade</b>	O processo decisório está cada vez mais espremido em janelas curtas de tempo, e os prazos de ação/reação são cada vez mais exíguos.
<b>Multiculturalidade</b>	O gestor está exposto a situações de trabalho com elementos externos ao seu ambiente nativo, e, por conseguinte com outras culturas: clientes, fornecedores, parceiros, terceiros, equipes de outras unidades organizacionais, inclusive do estrangeiro.
<b>Inovação</b>	Tanto as formas de gestão, quanto a tecnologia da informação e da comunicação, estão a oferecer constantemente novas oportunidades e ameaças.
<b>Competitividade</b>	O ambiente de mercado é cada vez mais competitivo, não só em relação aos competidores tradicionais, mas principalmente pelos novos entrantes e produtos substitutos.

Fonte: Mello Cordeiro e Ribeiro (2002).

O quadro 3 descreve a complexidade que a qualidade da gestão tem de alcançar para ter qualidade e eficácia tanto no mercado privado no público. Ao se pensar que a nova gestão pública (NGP) pode mudar a realidade de um Estado, região

ou cidade, os autores defendem que um Estado reduzido, eficaz e focado em suas funções essenciais está no caminho do desenvolvimento, pois só assim poderia cumprir com sua agenda e com seus compromissos para com o cidadão. A NGP valoriza o cidadão, busca aplicar com eficiência o dinheiro deste, valoriza sua liberdade e seu papel na sociedade. A eficiência na gestão pública é um elemento daquela e o núcleo deste princípio é a procura de produtividade e economicidade e, o que é mais importante, a exigência de reduzir os desperdícios de dinheiro público, o que impõe a execução dos serviços com presteza, perfeição e rendimento funcional.

Assim, juntamente com as bases da NGP, o liberalismo oferece novos horizontes àqueles que estão fartos de seguirem as velhas trilhas e de dormirem confortavelmente nos braços do Estado. O que precisa é haver a incessante busca dos reais interesses dos indivíduos e o afastamento dos interesses pessoais pelos administradores públicos (ERKENS, 2010). Salienta-se, entretanto que a evolução do mercado, tanto o privado quanto o público requerem tomada de decisões rápidas e assertivas para o gestor. O jeito político de governar restringe e inibe a inovação, favorece os mesmos interesses políticos e, ainda assim o Brasil encontra-se na 80ª posição dentre os países mais corruptos do mundo, segundo a Ong Transparency International (TI), onde se torna mais difícil à gestão pública, favorecendo os entraves que limitam sua inovação e efetivação para melhor atender com eficácia as demandas da sociedade brasileira.

Além destes aspectos existe ainda a questão política, como salientam Machado, Lima e Baptista (2011, p. 50):

A atuação política do gestor do SUS se expressa em seu relacionamento constante com diversos grupos e atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes, formais e informais. Os objetivos a serem perseguidos na área da saúde exigem a interação do gestor com os demais órgãos governamentais executivos (por exemplo, outros ministérios ou secretarias de governo), com outros Poderes (Legislativo e Judiciário), com gestores de outras esferas de governo e com a sociedade civil organizada. A atuação técnica do gestor do SUS, permanentemente permeada por variáveis políticas, se consubstancia por meio do exercício das funções e atribuições na saúde, cujo desempenho depende de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde. Tais funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a condução de políticas na área da saúde.

As situações descritas acima, somadas aos impasses, desafios e perspectivas geram um ambiente que exige muita competência e visão estratégica por parte dos

gestores. O gestor público deve aliar planejamento estratégico, com a sua disponibilidade orçamentária na constância da efetividade de demandas. A integração das três esferas de poder é um começo efetivo de gestão responsável. Criar uma relação adequada de controle social, ou seja, ouvir a opinião do cidadão, é indispensável já que a gestão pública de saúde é voltada para este indivíduo.

A seguir será abordado brevemente as competências da gestão pública e as diretrizes jurídicas da saúde no Brasil.

## 6 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DIRETRIZES JURÍDICAS DA SAÚDE NO BRASIL

Para Kehrig *et al.* (2005), a administração pública pode ser definida como um conjunto de pessoas, enquanto sujeitos públicos, que articulados através de órgãos e serviços realizam as atividades ou funções administrativas de gestão governamental que lhe competem. O conceito clássico de administração, nas suas funções de planejar, organizar, dirigir e controlar se tornou realidade cotidiana em todo o mundo, assim como o mercado privado exige resultados, a sociedade exige resultados do governo e de seus funcionários, sustentam os autores.

De acordo com Oliveira *et al.* (2013), a expressão administração pública pode ser usada em diferentes contextos com diferentes significados, como: a) a administração pública brasileira passa por um processo de ajuste estrutural; b) as filas nos postos de saúde são produto da ineficiente administração pública, que explicita demandas básicas e serviços urgentes da sociedade brasileira não atendidos.

Almeida, Aihara e Barros (2004) informam que a administração pública começou a ganhar evidência através do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), publicada em novembro de 1995, com elaboração a cargo do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado – MARE, no então governo de Fernando Henrique Cardoso, o qual tinha como intuito tornar a administração pública mais eficiente e voltada para a cidadania. Esta reforma buscava, ainda, a coordenação da economia de forma complementar ao mercado e a redução das desigualdades sociais, procurando melhorar não apenas a reorganização dos recursos humanos do Estado, no caso, a administração pública, mas também as finanças e o sistema institucional legal, de forma a permitir uma relação harmoniosa entre os ministérios, o Estado e a sociedade civil (ALMEIDA; AIHARA; BARROS, 2004).

Observando o cenário mundial, após Inglaterra, Nova Zelândia e Austrália executarem reformas na gestão pública, onde foram adotados métodos de mérito, o Brasil adotou as práticas de foco no cliente (cidadão), medidas como a descentralização, transparência e melhor qualidade nos serviços públicos. Dentro desta reforma a principal conquista foi à emenda constitucional de número 19 de 4 de junho de 1998, que modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da administração pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências.

Diante desta informação, cabe mencionar que o Plano Diretor de Reforma do Estado tinha como objetivos globais os seguintes aspectos: a) visava aumentar a governabilidade do Estado, que seria expandir sua tomada de decisão dividindo as responsabilidades com os Estados e Municípios; b) a limitação das ações do Estado a funções que lhe são próprias (regulamentação, fiscalização, fomento, segurança pública, seguridade social básica); ou seja, minimizar e qualificar a atuação do Estado; c) a busca pela transferência das ações de caráter local da União para os estados e municípios; que já fica subentendida no item a, fomentando a administração regional, locacional; d) a transferência parcial das ações de caráter regional da União para os estados, buscar um olhar de gestão macro no ambiente micro, facilitando o reconhecimento de situações e dividindo com o Estado e o Município a tomada de decisão. (ALMEIDA; AIHARA; BARROS, 2004).

Este processo de reforma gerencial tinha, ainda, como objetivos e características as mencionadas no quadro 4:

**Quadro 4 – Objetivos e características da reforma gerencial**

<b>Objetivos</b>	<b>Características</b>
Profissionalização e estabilização da alta burocracia	Para que houvesse o desenvolvimento da capacidade de negociação e responsabilização perante o sistema político e redução do clientelismo e corporativismo;
Administração pública transparente	Responsabilização dos administradores perante a sociedade;
Descentralização da execução dos serviços públicos	Acompanhada pela manutenção de tarefas essenciais pelos governos centrais, pela vinculação das reformas gerenciais à reforma político-institucional na esfera local e pela criação de incentivos à cooperação entre os níveis de governo;
Desconcentração organizacional das atividades exclusivas do Estado	Mediante a delegação da execução das funções para agências descentralizadas;
Orientação pelo controle de resultados	Ao invés do controle passo a passo das normas e procedimentos, como no modelo burocrático, a fim de que as organizações públicas aprendessem com seus erros e, a partir disso, elaborassem suas estratégias futuras;
Incorporação de novas formas de controle	Tais como os de resultados, contábil e custos, competição administrativa, social e judicial;
Distinção das unidades administrativas autônomas	Em agências que realizassem atividades exclusivas de Estado e agências que atuassem nos serviços sociais e científicos e que poderiam ser transferidas a um setor público não estatal;
Orientação da prestação do serviço ao cidadão usuário	O qual deveria participar tanto da avaliação como da gestão das políticas públicas, especialmente na área social;
Aumentar o grau de responsabilização do servidor público perante a sociedade	Políticos eleitos, representantes formais e informais da sociedade.

Fonte: Almeida, Aihara e Barros (2004, p. 20-21).

A reforma gerencial objetivava contribuir para a formação no Brasil de um aparelho de Estado forte e eficiente. Voltava-se à descentralização da estrutura organizacional do aparelho do Estado, maior autonomia e responsabilização dos gestores a gerar uma mudança de mentalidade para uma administração pública com confiança maior.

Kehrig *et al.* (2005) associam estes objetivos à gestão pública, informando que esta se trata da administração de organizações do setor público, podendo as palavras gestão e administração ser entendidas como sinônimas. Na gestão pública são definidos aspectos como:

- se tomam as decisões;
- se implementam as políticas;
- se implementam as melhorias nos sistemas de controle administrativo;
- as organizações públicas se desenvolvem e são utilizadas.

Em relação ao exposto, Mello Cordeiro e Ribeiro (2002) comentam que a gestão remete a resultados, enquanto a administração é voltada para os recursos. De maneira mais abrangente, isto significa que atualmente gerir envolve uma gama muito mais ampla e diversificada de atividades do que no passado. Atualmente o gestor precisa estar apto a perceber, refletir, decidir e agir em condições totalmente diferentes das anteriores. Neste contexto, a gestão pública pode ser considerada um termo mais recente, que indica utilização de práticas novas na administração do setor público, algumas importadas do setor privado, outras recuperadas dos porões da história, outras desenvolvidas nas últimas décadas. Do ponto de vista do ensino, é mais vinculada a prática de gestão, à funcionalidade e situação atual do Estado (MARTINS, 2005).

A descentralização da saúde contribui para a expansão do Estado brasileiro, onde foram incluídos milhões de brasileiros com o acesso universal e o direito à saúde pública. Sobre isto, Costa Jr e Costa (2014) comentam que o art. 198 trata sobre as ações e serviços públicos de saúde, os quais integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo assim um sistema único e que está organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, III. sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade (COSTA JR. e COSTA, 2014, p. 18).

Avançar num país continental como o Brasil, onde existem realidades distintas tanto econômicas quanto culturais, trouxe à tona um grande desafio na articulação dos três poderes, onde a saúde pública, diferente de outras áreas se resolve no próprio município. Nesse sentido Fontoura e Oliveira (2011) colocam que para o cidadão fazer uso de recursos de saúde, muitas vezes ele tem a necessidade de deslocamento, de acesso desse cidadão até o recurso mais próximo, e isso é considerado como uma das grandes lacunas acumulada ao longo dos últimos 20 anos do SUS à serem superadas, porque este paciente geralmente se desloca para centros de saúde metropolitanos, aumentando a demanda e dificultando o atendimento. E a luz dessa preocupação, a presidenta Dilma Rousseff, em 2011 assinou o decreto 7.508/11.

Com a institucionalização, veio o decreto, 7508/11, através da Lei 12.466/11 que estava tramitando desde 2009 no Congresso Nacional, e foi aprovada agora em setembro. A referida lei trata exatamente da articulação interferederativa do SUS, ou seja da união de gestão da esfera federal, estadual e municipal que é a Comissão Intergestores Tripartite – CIT – e do reconhecimento que faz do CONASS, CONASEMS e dos COSEMS.

A partir deste momento a CIT não mais depende de portaria do Ministério da Saúde; o esboço das normas gerais e o fluxo do contrato organizativo no termo que o próprio decreto determina que a CIT faça, a definição das normas gerais, o objeto e estrutura do contrato e como serão estruturadas a ação pública, complementado com o Ministério da Saúde. O objeto, a organização e a integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos em uma região de saúde ou em rede de atenção a saúde podem ser: a) entre regiões como a região sul e leste; b) região interestadual, como Rio Grande do Sul e Santa Catarina;

Assim, os dois entes da federação, em comum acordo, vão definir essa região. Para integrar o contrato têm que ter região nos termos do decreto-lei nº 7508/11, com um mínimo de serviços previstos, as regiões de saúde têm que ter minimamente determinados serviços como atenção básica, consultas especializadas e internação hospitalar. É o Estado que define as regiões de saúde, para poder, então, fazer o contrato, porque o mesmo é feito com os municípios da região, com os estados e a União.

A responsabilidade orçamentário-financeira traz as responsabilidades dos entes federativos previstos no contrato na região, os Planos de Custeio e o



Cronograma de Desembolso, e também poderá preverá a transferência de recursos entre os entes federativos. Hoje muitos municípios ficam querendo fazer transferência de recursos entre si, mas acabam não tendo o instrumento, o contrato e o meio adequado, podendo trazer para dentro do contrato aquele município que fizer alguma combinação com outro município. O fluxo de elaboração e assinatura, então, é a referência do usuário na região de saúde, e vai ter que ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, quando envolve referência de uma região para outra região em um mesmo estado, e na CIT se envolver referencias para outro estado da federação (COAP, 2011).

Que a empresa pública não funciona da mesma maneira que a empresa privada, isto é fato. Porém, as constantes crises financeiras, escândalos e busca pela transparência tem levado o setor público a buscar formas de gestão usadas em empresas privadas, ainda que o alvo não seja o mesmo. Enquanto a primeira visa o lucro, a segunda objetiva o atendimento das necessidades públicas. No entanto, as duas podem falir se não tiverem um modelo de gestão eficiente, que maximize os recursos, diminua os custos e se planeje para atender as necessidades do mercado.

Contata-se assim que a empresa pública pode se beneficiar se passar a investir em gestão, mas para isto é preciso que ocorra uma mudança na forma como os gestores ingressam na empresa pública: não por meio de indicação e, sim, por competência. Infelizmente, neste sentido, a política prejudica um pouco. As pessoas não precisam comprovar capacidade e experiência para assumir cargos públicos, como vereadores e deputados, e muitos acabam assumindo as secretarias e coordenadorias da empresa pública.

Esta situação dificilmente acontece na empresa privada, salvo os casos de empresas paternalistas e que trabalham com sistema de sucessão familiar.

## **7 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Para a realização deste estudo de caso, que tem como objetivo geral de pesquisa analisar a gestão da saúde pública no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul, ocorreu o seguinte delineamento: a) pesquisa qualitativa, b) estudo exploratório; e uso de dados secundários e primários.

### **7.1 Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.**

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre gerencia um sistema de saúde para uma população em torno de 1.409.351 pessoas (IBGE, 2010) que vivem na Capital. É referência, também, para mais 3 milhões de pessoas dos municípios da Região Metropolitana, além de oferta de alta complexidade para os demais municípios do Estado e da Região Sul do país. Para qualificar os serviços e garantir o cuidado integral aos cidadãos que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) – em todos os ciclos de vida, desde o nascimento até a terceira idade. Mantendo atuação em rede, a SMS assume o compromisso com o atendimento integral e permanente aos cidadãos, organizando e ampliando o acesso democrático e de acordo com as necessidades de cada um.

A SMS de Porto Alegre coordena também um conjunto de áreas técnicas de políticas públicas que abrangem os seguintes segmentos: Criança e Adolescente, Idosos, Saúde do Trabalhador, Medicamentos, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde da Mulher, População Negra e Indígena, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/Aids), Pneumologia e Saúde Nutricional, entre outros. Todas estas áreas estão ligadas a um mesmo eixo: o da Humanização, tratada como principal política pública transversal (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2016).

A SES do Rio Grande do Sul coordena a política de saúde contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população, segundo os princípios do SUS, ser uma instituição inovadora, com gestão de excelência, que atenda às necessidades de saúde da população até 2030. Apoiada em valores como: Ética, Transparência, Competência, Responsabilidade e Compromisso busca:

- Reduzir a morbimortalidade de causas evitáveis materna e infantil - Reduzir a mortalidade prematura por complicações de doenças respiratórias, cardiocirculatórias e diabetes. - Reduzir a morbimortalidade por causas externas. - Propiciar maior longevidade saudável. - Melhorar a satisfação dos usuários em relação ao SUS: - Implementar Redes de Atenção a Saúde. - Fortalecer a APS como ordenadora do Cuidado. - Fortalecer o processo de regionalização da saúde. - Instituir a Política para Atenção Ambulatorial Especializada sob a lógica das RAS. - Implementar a Política de Atenção Hospitalar, sob a lógica das RAS, definindo o papel dos hospitais no território loco-regional. - Qualificar a Política de Assistência Farmacêutica.- Garantir a transversalidade das ações de Vigilância em Saúde na RAS.- Implementar a Política Estadual de Regulação. - Organizar os sistemas de apoio às Redes de Atenção à Saúde. - Qualificar os Sistemas de Informação para análise, disseminação e compartilhamento de dados. - Implementar tecnologias e ferramentas para a gestão da clínica.- Investir na infraestrutura da SES para fazer frente às suas competências. - Estruturar o sistema de diagnóstico. - fortalecer a hemorrede e laboratórios de saúde pública. - Promover a mudança de cultura organizacional visando à implantação das Redes de Atenção à Saúde. - Modernizar o organograma e aperfeiçoar os fluxos e processos de trabalho da SES. - Fortalecer a transversalidade, a comunicação e o trabalho coletivo na SES. - Implementar a Política de Gestão do Trabalho. - Incentivar a intersectorialidade com instituições governamentais e não governamentais. - Fortalecer o papel regulador do Estado. - Fortalecer a Política Estadual de Formação e Educação Permanente de acordo com as RAS, com ênfase na gestão. - Qualificar as atividades de regulação, contratualização, monitoramento e avaliação o Incentivar e fortalecer as instâncias de controle e participação social. - Fortalecer a CIR e o planejamento regional e macrorregional.- Fortalecer a ouvidoria do SUS como instrumento de gestão e de avaliação da satisfação do usuário. - Cumprir os 12% orçamentários, conforme LC 141/2012.- Aprimorar os mecanismos de monitoramento e execução do gasto público.- Alocar os recursos financeiros de acordo com as necessidades de saúde. Visando reduzir as desigualdades regionais.- Implementar estratégias de captação de recursos nacionais e internacionais. (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE/RS, 2016).

## 7.2 Perfil dos Respondentes

A amostra utilizada foi não probabilística com intencionalidade, sendo composta por 11 gestores de ambos os sexos, sendo 4 mulheres, pós-graduadas, 6 homens também pós-graduados e 1 homem graduado, nos cargos de Diretores, Secretários Adjuntos e Secretários Municipais e/ou Estaduais. Sendo oito gestores municipais e três gestores estaduais. O critério utilizado para a escolha dos respondentes da pesquisa deu-se pela área de atuação. Todos os envolvidos trabalham com gestão do SUS, sendo estes:

- oito gestores de saúde pública municipal de Porto Alegre;
- três gestores de saúde pública do Estado do Rio Grande do Sul;

### **Gênero:**

**Homem: 7**

**Mulher: 4**

**Idade por Faixa:****20 a 30 anos: 0****31 a 40 anos: 3****41 a 50 anos: 3****Acima de 50 anos: 5****Pós-Graduação:****Graduação: 1****Especialização: 6****Mestrado: 3****Doutorado: 1****Os cargos Municipais:**

- Secretário Municipal de Saúde;
- Secretários Adjuntos Municipais de Saúde;
- Diretoria de Planejamento;
- Diretoria de Logística;
- Diretoria Financeira;
- Diretoria Técnica de Saúde;
- Coordenador Geral da Secretaria Municipal De Saúde;

**7.3 Procedimento de Pesquisa**

De acordo com Düppre (2012), as amostras não probabilísticas são a opção para alguns estudos devido à sua simplicidade ou, quando não é possível ter uma amostra tão definida para se obter amostras probabilísticas.

Em relação às técnicas de coletas de dados foram usados dados primários e secundários. Os primeiros obtidos por meio de uma entrevista semiestruturada, já os segundos através das pesquisas bibliográficas provenientes de publicações em livros, do próprio SUS e do Ministério da saúde, além de artigos da Fiocruz.

As entrevistas foram realizadas no período de junho à julho de 2015, na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, sendo os dados gravados e posteriormente transcritos. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos gestores e, quando necessário,

as anotações foram registradas no decorrer da mesma. Nas entrevistas os gestores não foram identificados, tendo em vista a preservação do anonimato dos interlocutores na apresentação dos resultados da pesquisa, o que foi combinado no primeiro contato com cada gestor.

Ficou assegurado aos participantes o direito de não participar ou de se retirar do estudo, a qualquer momento, sem que isso representasse qualquer tipo de penalidade ou prejuízo ao seu cuidado. Ao participarem da pesquisa os gestores foram informados de que não correriam riscos com a sua aplicação. Os sujeitos de pesquisa, para efeito de sigilo, serão denominados de sujeitos a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, l. A entrevista (Apêndice A) possui 10 questões tendo como base os objetivos específicos deste estudo.

Os dados coletados foram mantidos em sigilo, sendo usados unicamente para a realização deste estudo, conforme consta no TCLE - Termo de Comprometimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

Quanto à análise e interpretação dos dados, será utilizada a análise interpretativa. Esta técnica é cada vez mais empregada para análise de material qualitativo obtido através de entrevistas de pesquisa. Seu uso visa verificar hipóteses, além de identificar o que está por trás de cada conteúdo manifesto (MINAYO, 2008).

A categoria de análise será a gestão do SUS e suas subcategorias de análise para efeito desta dissertação serão X: a) os impasses; b) os desafios; c) as perspectivas.

## 8 TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

### 8.1 ANÁLISES DAS ENTREVISTAS

#### 8.1.1 O modelo de gestão da Saúde Pública adotado pelo SUS.

Inicialmente a entrevista buscou saber como ocorre o processo no município de Porto Alegre, desde o atendimento no posto de saúde até uma possível hospitalização.

Neste sentido o Sujeito D (2015), comenta que “O município de POA atua em sistema de gestão plena, nós temos aqui os 3 níveis de atenção, como sendo referência a região metropolitana e para todo o estado, inclusive em alguns casos, nós atendemos pacientes de outros estados”. Sendo assim, as portas de entrada no SUS são 3: a) atendimento de saúde básica; b) atendimento de emergência; e, c) Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU), e este processo tem uma ordem pré-estabelecida, a qual é mais abrangente:

- Atendimento de saúde básica: Trata-se de um atendimento de saúde regular, como vacinação, atenção primária mesmo, o qual pode ser feito nos postos de saúde, com a equipe existente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos bairros, composta pelo médico, enfermeira, técnico de enfermagem, sendo que algumas têm até mesmo saúde bucal. Cada equipe atende aproximadamente 3400 pessoas/ano. Existem ainda os centros de especialidade, sendo os principais: o Santa Marta, Centro de Saúde Modelo, o Centro de Saúde Vila dos Comerciantes e o Centro de Saúde IAPI, todos no nível acima da atenção básica. Esta é a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUJEITO B, 2015).

Atualmente a SMS conta com 141 prédios de unidades de saúde, equipe de saúde indígena e equipe quilombola, e consultórios no município de Poa. A secretaria trabalha com a ideia de acolhimento e de identificação das necessidades, para abolir o antigo sistema de distribuição por ficha, ou impor ordem de chegada. Ainda não foi possível aplicar este sistema em todas as unidades, mas já existem 92 unidades praticando este tipo de atendimento, conforme o relatório de gestão do quadrimestre. A proposta é identificar as necessidades, independente da ordem de chegada da pessoa, e agendar a consulta para que aconteça a consulta com o profissional, seja ele médico, enfermeiro, dentista. (SUJEITO L, 2015).

Nesta consulta é definido o atendimento necessário, como exames e avaliação. Se o caso precisar de atendimento especializado, de maior complexidade, o usuário é encaminhado para os hospitais através da UBS. A secretaria trabalha com a regulação de consultas e exames por meio de sistemas informatizados, o AROS, o SISREG que são dois sistemas eletrônicos de dados do MS, e o ESUS, que pertence à secretaria municipal de Saúde de Porto Alegre. Com o auxílio destas ferramentas a equipe do SISREG consegue analisar cada caso levando em conta a urgência, a necessidade de especialistas e exames e encaminhar para o local adequado. Quando são exames, e não há uma marcação reprimida, o agendamento é automático: o profissional da UBS inclui todos os dados necessários e automaticamente já é marcada a consulta. Algumas especialidades, como a mental, acompanhamento de HIV e tuberculose o acesso não se dá mesma forma, pois são três áreas estratégicas que atingem uma grande porção da sociedade. Para isto o profissional de atenção básica de saúde tem um suporte que é o NASF e as equipes especializadas em saúde mental, compostas por psiquiatras e psicólogos, onde os casos são matriciados e analisados, para saber se será tratado na USB ou encaminhado para a Fundação de Amparo Psico Social ou um PSF psiquiátrico, mas isso não é o CAPS. Isto revela que o encaminhamento ocorre por meio de processos e análises, é um grande trabalho para proporcionar o melhor o tratamento para o usuário (SUJEITO F, 2015).

- Atendimento de emergência: Trata-se de um procedimento adotado em casos mais graves. O município dispõe de prontos atendimentos, as unidades 24 horas, onde a pessoa é atendida conforme a prioridade da urgência do agravo, após a classificação de risco (SUJEITO E, 2015). No pronto atendimento, o Sujeito G, (2015), coloca que quando o paciente chega primeiro tem a classificação de risco e a gente utiliza o protocolo de Manchester para diferenciar os mais graves dos que podem esperar um pouco mais para atendimento e se necessário indicado inicialmente à observação, aí tem um médico específico na sala de observação e ele vai definir as condutas se o paciente vai só receber medicação ou se ele vai necessitar de internação hospitalar. No momento que é definido internação hospitalar esse paciente é inscrito na central de leitos de POA, que regula os leitos hospitalares da cidade e aí coloca todos os dados, indica a priorização ou não e aí a central de leitos vai fazer o trâmite e transferi-lo para o hospital.

O município tem hospitais próprios, sendo eles: o Hospital Presidente Vargas, Hospital de Pronto Socorro, Hospital Independência, recebido via ação judicial, contra

a Ulbra e adjudicado pelo município de Porto Alegre, que hoje é administrado pelo Hospital Divina Providência e o Hospital Moinhos de Vento, no extremo sul na Restinga, o qual foi construído pelo Moinhos de Vento com recursos de filantropia, mas também é do município. Conta ainda com os demais hospitais da rede filantrópica que tem contrato com SMS. Tem casos em que o paciente vem de ambulância do interior, aí ele é regulado pela central do estado. Quando o paciente entra via emergência do HPS, e se é um paciente cardiológico e tiver um agravo muito sério, ele é estabilizado no HPS e mandado para um hospital especializado, no caso o Hospital Cardiologia, regulado pelo sistema da SMS, onde ele entrou via HPS e é direcionado para o Hospital de Cardiologia (SUJEITO E, 2015).

Conforme o Sujeito I (2015), a maioria dos pacientes de emergência acabam indo para o Hospital de Clínicas ou para o Hospital Conceição, achando que lá se resolve tudo. Esta situação é cultural e também uma falha de informação entre os órgãos públicos prestadores, no caso a SMS para a população, porque se o usuário estivesse informado parte dos atendimentos grande parte poderia ser resolvida nos posto de saúde.

O resultado disto é que hoje mais de 90% das internações ocorridas decorre de internações hospitalares ou emergências de atendimentos, ou seja, são pessoas que passaram por agravos agudos ocasionados por acidentes, infecções ou situações adversas, como a própria saúde mental. Este número expressivo é gerado, em parte, por pessoas que não aderiram ao tratamento ou não tiveram o acesso correto, e não se integrou nas USB antes do agravamento de emergência. Outras vão parar na emergência pelo uso irregular dos medicamentos ou pelo não uso deles, fazendo com que ocorra uma superlotação das emergências hospitalares. Frente a esta situação, a SMS tem trabalhado muito com comunicação e divulgação para promover a prevenção e tratamento das doenças, evitando assim que a pessoa chegue à situação de emergência. É um trabalho educativo, de conscientização (SUJEITO F, 2015).

Diante do exposto, o Sujeito L, (2015), coloca que informar que uma das queixas frequentes em relação à saúde pública é a fila de espera para atendimento com especialistas, fato que também pode contribuir para gerar um agravo de urgência. Neste sentido, explica que se o usuário precisa ser encaminhado para um especialista, como um neurologista, tudo ocorre através de sistemas informatizados e hoje o município conta com 180 especialidades e 76% delas não tem lista de espera, ou seja, a pessoa é encaminhada e vai marcar para no máximo 15 dias. A SMS trabalha com o parâmetro de só considerar fila depois de 30 dias de espera, tanto que



trabalha com duas listas: uma de 30 dias e outra de 60 dias. Conforme o gestor, a secretaria sabe que existem gargalos, como nos casos de ortopedia em algumas especialidades, neurologia adulta e pediátrica, psiquiatria e por isto contratou profissionais para suprir esta carência.

O Sujeito L, (2015), coloca que hoje o que nós queremos é que cada vez mais seja eletiva, que a pessoa acesse antes do quadro agravar, então de 50 há 60% das pessoas que fazem cirurgia hoje no município, entram pela porta de emergência e nós queremos que a pessoa acesse pela via de atendimento continuado e principalmente na alta complexidade a maioria da pessoas 65% é do interior do estado, então não são os porto-alegrenses que estão acessando, mas sim os do interior, que acessam pela porta da emergência muitas vezes e também pelo sistema AROS, porque uma parte da nossas consultas especializadas é liberada para o interior, por nós sermos a capital, sendo que nós teríamos que disponibilizar 45% e o exemplo da UTI-NEO NATAL que 85% das ocupações é do pessoal do interior, tem algumas especialidades que nós não demandamos muito, mas mesmo assim hoje o custo do interior consome bastante recurso financeiro do município de Poa. Então a trajetória do paciente é essa, terminou ali na média complexidade, se o paciente teve resolvido seu agravo ele é devolvido para atenção básica, que vai fazendo o cuidado continuado, para evitar que a pessoa acesse novamente.

Estas são as duas formas de procedimento adotadas pelo município, sendo que o HPS usa e os outros hospitais privados que tem contrato com a SMS-POA também utilizam o mesmo protocolo.

- A terceira forma de atendimento é via SAMU: Trata-se de outra porta de entrada ao SUS, onde a pessoa tem um agravo na rua, um acidente e o SAMU busca, ativa e capta a unidade de saúde que o paciente vai ser encaminhado, e por isto o SAMU é um regulador do sistema também, conforme especifica o decreto 7508/2011 (SUJEITO E, 2015).

Quando questionados sobre o mesmo tema, o processo de atendimento até a internação no município de Porto Alegre, o (SUJEITO A 2015) explica que o posto de saúde é responsabilidade do município e não do estado.

Portanto, quanto melhor e maiores forem às condições dos postos de saúde para atender o paciente, mais eficientemente será o procedimento. A proposta é deixar o hospital como último recurso do paciente do SUS, apenas em casos urgentes

e emergenciais, porque grande parte dos casos é possível solucionar nos postos de saúde (SUJEITO B, 2015).

Em relação às respostas obtidas, constata-se que na teoria apresentada, Os principais aspectos regulatórios da construção da saúde pública atual do Brasil são a Constituição Federal de 1988 e o Projeto da Reforma Sanitária, (1970) os quais foram os responsáveis pela idealização e implantação do Sistema Único de Saúde - SUS que tornou o acesso à saúde universal para todos os cidadãos (COSTA JR.; COSTA, 2014).

A constituinte de 1988 no capítulo VIII da Ordem social e na seção II referente à Saúde define no artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo 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 sua promoção, proteção e recuperação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA, 1988, p. 1).

O Sistema Único de Saúde pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “Política de Estado”, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã, de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado” (BRASIL, 2011).

Além da democratização da saúde (antes acessível apenas para alguns grupos da sociedade), a implementação do SUS também representou uma mudança do conceito sobre o qual a saúde era interpretada no país. Até então, a saúde representava apenas um quadro de “não-doença”, fazendo com que os esforços e políticas implementadas se reduzissem ao tratamento de ocorrências de enfermidades. Com o SUS, a saúde passou a ser promovida e a prevenção dos agravos a fazer parte do planejamento das políticas públicas (FIOCRUZ, 2014).

A entrevista prosseguiu e os gestores municipais responderam sobre os recursos que faltam para a gestão do sistema único de saúde na cidade de Porto Alegre. (Questão 3)

De maneira unânime informaram que o recurso financeiro é o mais necessário e por isto é aquele que mais faz falta, pois é por meio dele que o município pode obter os demais: contratar pessoas, melhorar o espaço físico e investir em tecnologia. Em se tratando de SUS, existe a questão do atendimento das necessidades da população, como a distribuição de remédios.

“O recurso financeiro falta, e agora principalmente para a compra de medicamentos, ou seja, com nosso inverno muito forte, precisa espalhar mais os medicamentos na rede, nos falta recursos até para isso” (SUJEITO H, 2015).

Frente a esta opinião o Sujeito E, (2015) aprofundou sobre o tema, explicando que “[...] a compra de medicamentos é definida pelo número de habitantes, e não tem sofrido reajuste já faz um bom tempo, mas a população cresce constantemente, fato que justifica a falta de medicamentos”.

Mencionou ainda que:

“[...] em se tratando de saúde pública todo recurso existente é insuficiente, porque saúde é um investimento e um investimento caro”. Isto se deve porque o SUS é gratuito, mas não é de graça, fato que nem todas as pessoas entendem. A manutenção do SUS gera um custo para a população muito alto, tendo em vista que todo cidadão tem direito a este atendimento. Talvez a solução fosse rever a maneira como são geridos os recursos financeiros destinados ao SUS, para investir bem esse dinheiro (SUJEITO E, 2015).

O Sujeito E, elucida o presente dilema em relação aos recursos destinados à saúde, o dever e a responsabilidade que os gestores públicos da saúde têm de aplicar da melhor forma possível esses recursos.

Em relação à mão de obra, informaram que existe um déficit de pessoal.

Com relação ao pessoal o Sujeito H, (2015) coloca que.

“[...] nos falta, em POA tem o IMSF, que nós contratamos e pagamos, esses recursos vem da prefeitura também. Os funcionários tem uma licença premium, que é uma conquista deles, e hoje nos temos uma falta de 140 funcionários no HPS, que é uma situação de emergência, o atendimento deles é espetacular, salvamos muitas vidas ali, mas temos esse déficit. Porque não podemos repor? Porque tem uma lei que protege o funcionário, só que a licença premium, tem que ser gozada, a cada 3 anos eles ganham um mês, nós temos hoje 78 funcionários em casa recebendo salário normal e nós não podemos contratar, porque nós estamos pagando esses funcionários e faltam recursos. Nós como gestão temos que mudar essa situação, fazendo o funcionário gozar a licença premium, não deixando acumular, e aí acontece isso o funcionário em casa e nós não temos como repor o funcionário”.

O desafio na gestão do SUS, com a gestão de pessoas é complexo, geralmente o quadro de funcionários contratados não atende a demanda necessária, tornando o quadro de funcionários menor do que deveria ser e obrigando o gestor a ter uma grande eficácia na gestão de seus colaboradores.

Segundo o Sujeito F, (2015), “[...] em parte isto é produto da falta de recurso financeiro, porque contratar pessoas qualificadas em uma cidade grande como Porto

Alegre custa caro e o município nem sempre dispõe de tal verba”. Em resumo, a questão salarial é um atrativo para a captação de recursos humanos, mas fora da realidade em se tratando de SUS.

“Diante desta situação e do contexto da falta de verba, é preciso buscar uma mão de obra qualificada, formada por gestores capacitados e pessoas com conhecimento técnico qualificado” (SUJEITO D, 2015).

Para enfrentar a defasagem nos recursos humanos, o município tem procurado otimizar estes recursos e adotar programas como o Mais Médicos, ainda que isto esbarre na questão financeira e na lei de responsabilidade fiscal, a qual impede de ultrapassar de 52% do gasto do orçamento do município em folha de pagamento. Em POA este percentual alcança 49%, sendo esta uma margem aceitável (SUJEITO L, 2015).

Em resposta as opiniões, o Sujeito E (2015) argumentou que não acredita em falta de mão de obra, mas sim na maneira como esta mão de obra trabalha. “Nós temos que inverter essa pergunta e se perguntar se as pessoas que trabalham conosco vão fazer sua meia culpa ou vão fazer o melhor de si em prol do seu próprio trabalho”. Informou que dos 22% em investimentos feitos em saúde, 19% são destinados para pagamentos de mão de obra. “Será que é falta mão de obra?” Com esta pergunta o gestor leva a um questionamento sobre a formação de um RH produtivo, onde as pessoas trabalham como uma equipe, remetendo a profissionalização do setor público.

O autor Batista Júnior (2009) coloca que “[...] o problema do SUS não é só de financiamento. É uma ilusão achar que apenas com mais dinheiro iremos resolver os problemas da saúde no Brasil”. Isso evidencia a necessidade urgente de uma gestão eficaz no SUS, onde esta mão de obra está carente e necessitando de treinamentos e aperfeiçoamentos para a melhor produtividade de seu trabalho. A saúde exige e se desenvolve constantemente e isso exige atualização de todo o quadro de funcionários da sua área e demanda.

Quanto ao espaço físico (edificações e alocações), contata-se que houve uma evolução dos chamados postinhos de saúde para as unidades de saúde básica. Neste aspecto a mudança foi positiva, pois hoje as USB's contam com plantas e projetos bem definidos, com espaços adequados de consultório médico, odontológico bem adequado, espaço de recepção e acolhimento (SUJEITO F, 2015)

Tal reestruturação nos espaços físicos tem sido intensificada nos últimos 4 anos, abrangendo desde os postos até o prédio da sede, tendo em vista que as equipes ficaram maiores que eram antigamente. Antes a rede de atendimento era composta por 12 unidades de saúde, hoje são 141 unidades de saúde e o prédio da administração continua sendo o mesmo. Esta reestruturação física é necessária porque atualmente são exigidos outros tipos de cuidados com a saúde. Se no passado uma unidade de saúde tinha 50 metros quadrados, como a da Nazaré, hoje precisa ter em torno de 220 metros quadrados, e ainda não é o ideal. Tal espaço comporta um padrão de equipe composta de um médico, uma enfermeira, dois técnicos de saúde e quatro agentes comunitários. (SUJEITO L, 2015).

Complementando, a Sujeito F, (2015) salienta que as edificações e alocações são um desafio constante, porque o município tem recursos limitados, tanto mão de obra quanto espaço físico (alocações e edificações). E a parte estrutural é muito importante, porque a USB tem que oferecer conforto tanto para o profissional, quanto para o paciente, afinal ninguém procura uma unidade quando está bem de saúde.

Esta opinião é reforçada pelo Sujeito L (2015), que diz que, nós tínhamos 12 equipes de saúde bucal, hoje nós temos 129 equipes de saúde bucal, nós temos consultório em quase todas as unidades, a necessidade de recursos humanos aumentou, a infraestrutura aumentou, a especulação imobiliária é grande em Poa e desapropriar demora 5, 6 anos para conseguir. Hoje para construir uma unidade, que tu não consegue construir algo pequeno em torno 1 milhão de reais, e dá uma equipe pequena e no qual eu vou ter que fazer muitas destas, então nós otimizamos os recursos. Uma equipe destas com salários, medicamentos, curativos, logística, depreciação, em torno de 200 mil reais, se eu colocar uma segunda equipe, mais 200 mil reais, com a terceira equipe mais 200 mil reais. Agora se eu colocar todas elas no mesmo prédio, é 200, 300, 400 mil reais, então a gente otimiza, hoje nos pensamos em unidades de médio porte que comportem 3, 4 até 5 equipes dentro e também facilita o processo de trabalho, se um médico precisa tirar férias outro pode dar suporte, então hoje eu preciso de um espaço físico maior, devido à serviços que eu não fazia antes. Hoje todos vão a uma unidade de saúde para fazer um curativo, hoje nós temos 42 tipos de vacinas, então tu tens que ter um técnico exclusivo para isso.

Em relação à estrutura, o Sujeito E, (2015) informa que existem algumas excelentes e outras nem tanto. No município de Porto Alegre existe um alto número de prédios para atender a demanda, o gera uma carga de manutenção e

reinvestimento muito grande. Diante deste fato alguns prédios apresentam boas condições e outros nem tanto, mas isto tem sido fonte de trabalho para o setor de arquitetura e engenharia.

Quanto aos recursos tecnológicos, existem aspectos a serem melhorados, como revela o Sujeito H, (2015): “Nós precisamos automatizar toda a nossa rede”. Segundo o entrevistado o SUS municipal conta com o ESUS, um programa disponibilizado pelo governo federal, para alcançar esta meta, sendo que hoje 45% das nossas unidades já são informatizadas, mas ainda não é possível ter uma ação integrada em rede.

O Sujeito L, (2015), coloca, que entretanto, a tecnologia é essencial não apenas para a parte cadastral e de informações, mas também para a realização de exames. Hoje a tecnologia é muito dinâmica o que antes era um aparelho x, agora é outro, medicamentos, tecnologias duras como é a tomografia, ressonância, antigamente tu pensava em ressonância e era algo raro, hoje tem muitos profissionais que não dão diagnósticos sem ter uma ressonância ou tomografia, ecografia. Hoje o profissional é formado para ele ter certeza do diagnóstico, usar a tecnologia para ser mais assertivo. Nós estamos informatizando, tentando trabalhar com tele saúde e na tecnologia tem coisas que duram 1 ano e outras 5 anos, e tem manutenção, as novas tecnologias exigem esse cuidado e no momento que deu a tecnologia, tu não consegue retroagir, tu só avança, claro que ainda bem, mas as vezes o recurso financeiro não acompanha.

Ainda falta uma coisa muito importante para auxiliar na gestão: um orçamento com planejamento. Revelou que o município tem grande dificuldade para realizar este trabalho, atribuindo isto a uma questão cultural que para ser transformada necessitaria de um estudo sobre economia de escala, organização, rede de atenção à saúde e na questão tecnológica. Isto permitiria responder a questionamentos como: De onde eu preciso mais recursos? E quanto eu preciso? Trata-se de fazer gestão realmente, como as empresas privadas. (SUJEITO J, 2015).

Diante dos aspectos questionados nesta etapa da entrevista o Sujeito B (2015), corrobora com os municipais em relação à falta de recursos financeiros, salientando que: Tudo decorre do financeiro, sem o financeiro tu não tens como ter os recursos humanos necessários, que nem agora nós estamos em uma situação de contenção, que estão suspensas todas as contratações em termos de concursos. Isso aí afeta e muito a questão da mão-de-obra o espaço físico, não tem sido um problema, não vejo ninguém reclamar aqui na secretaria, no centro administrativo o que dispõe de bastante

espaço físico para todas as áreas e até porque a SES-RS, fica em outros lugares também, mas a questão do financeiro, não tem nem comparação com os outros.

Comentaram ainda que a saúde pública tem inúmeras necessidades e uma grande demanda que nem sempre é suprida com apenas recursos financeiros, mas também com recursos humanos. Se houvesse mais dinheiro ele seria bem aproveitado, assim como se tivesse mais mão de obra a SES conseguiria trabalhar melhor (SUJEITO B, 2015).

Sobre o financiamento do SUS a legislação estabelece que este seja financiado com recurso do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, conforme o art. 195 da CF/88. Já o art. 199 da CF, preconiza que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, de maneira que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, segundo diretrizes deste, mas devem fazer isto mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Este artigo informa que é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos; a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, exceto nos casos previstos em lei (FUNASA, 2014).

O repasse de recursos financeiros fica garantido pelo governo federal, junto aos Municípios, Estados e Distrito Federal, para a cobertura dos serviços de saúde pública, suas ações, necessidades e investimentos, sendo vedado o repasse de recursos há instituições privadas ou com fins lucrativos.

O autor, Azambuja (2014) comenta que entre os principais problemas destas instituições está na falta de funcionários, entre eles os médicos. Porém, o problema central não parece ser a falta de médicos. O que se salienta entre os entrevistados é justamente a falta de eficácia e qualidade na mão de obra do SUS, no âmbito operacional.

#### 8.1.2 Os impasses, desafios e perspectivas que interferem na eficiência da gestão da saúde pública do SUS.

Ao serem questionados sobre os grandes problemas enfrentados pela SMS para a prestação do serviço de saúde à população municipal e novamente foi citada a questão financeira. (Questão 2)

O Sujeito H, (2015), coloca que:

[...] os recursos municipais vêm 50% do governo federal, 26% municipal e 24% estadual. Com esses recursos nós não temos como aumentar nossa base no PSF, porque nós temos um contrato com o estado que define que 45% dos atendimentos são para o estado - média e alta complexidade, só que de uns anos para cá este percentual passou a ser 60% para o estado. Então o que acontece? Não tem como fechar a porta para um morador do interior que chega aqui numa emergência. Os nossos hospitais atendem esse paciente e nós não recebemos essa diferença e isso gera um gap muito grande, que nos atrapalha nos nossos investimentos e se isso fosse repassado nós teríamos uma condição de fazer um melhor trabalho.

Para o Sujeito D (2015), o problema consiste “[...] na falta de recursos da secretaria para atender com qualidade a demanda de saúde da população. A disponibilidade de recursos deveria crescer, a medida em que cresce a população e com ela a demanda pelos serviços”.

Um dos gargalos existentes é a assistência farmacêutica, que faz cinco anos que não tem reajuste na tabela e conta com medicamentos que subiram mais de 1000% nesses últimos 5 anos, por isto é impossível suprir a necessidade de assistência básica. O município de POA recebe um quantitativo por habitante/ano, que dá em torno de 14 milhões de reais, tanto do governo federal e estadual, mas no ano de 2011 já eram gastos 16 milhões de reais. No ano de 2014 este número subiu para 28 milhões e o repasse do governo continuou o mesmo: 14 milhões (SUJEITO L, 2015).

O Sujeito I, (2015), afirma que:

Ainda, que nos últimos cinco, seis anos a SMS tenha inovado muito, oferecendo muitos serviços, mais unidades, juntando o programa do governo Mais Médicos, e tenha crescendo muito em estrutura, falta recurso para manter essa estrutura funcionando. Esse recurso faz falta principalmente na área de RH, pessoal, depois disso na estrutura física em medicamentos e hoje estamos com limitações seríssimas de recursos, na minha avaliação hoje o maior gargalo é o recurso, mesmo que ele seja bem gerido.

Esta situação já gera um déficit mensal em torno de 3 milhões para o município. Existe ainda a deficiência de leitos, especialmente de média complexidade e na alta complexidade para coisas específicas, como neurocirurgia. Os chamados leitos de retaguarda, aqueles de média complexidade, são o maior problema porque manter ou ampliar este tipo de leito não é tão atrativo financeiramente como o de alta complexidade para os hospitais. É melhor pegar cirurgias de alta complexidade que a margem de lucratividade é maior para os eles. O mesmo ocorre para alguns exames, como mamografias, onde existe uma defasagem da tabela do SUS que complica tanto nos procedimentos de média complexidade, quanto nos exames complementares. (SUJEITO L, 2015)



Os gestores colocam que o governo não repassa na mesma proporção do mercado os reajustes necessários, e esta situação geram um déficit mensal muito grande, afastando cada vez mais uma possível equivalência financeira e uma estabilidade e equilíbrio orçamentário, que gere uma situação positiva financeiramente.

Este déficit acaba gerando um gargalo, pois a falta de leitos impede que os pacientes sejam transferidos na velocidade necessária, e eles acabam ficando em torno de dois dias até conseguir um leito hospitalar (SUJEITO G, 2015).

Falta também um reajuste para a questão do sub-financiamento, onde os incentivos provenientes do governo federal e estadual, somados, chegam a 18 mil reais para manter uma equipe da família, composta por médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, sendo que o custo gira em torno de 65 mil reais. Então o município tem que aportar recurso financeiro e isso não tem tido reajuste. (SUJEITO L, 2015).

Segundo o Sujeito F (2015), os grandes problemas do SUS resumem-se em três:

- 1º: o financiamento do SUS como um todo, o qual funciona no sistema tripartite. O SUS é único e existem responsabilidades compartilhadas na esfera municipal, estadual e federal na prestação de serviço de saúde para a população sem discriminação.

- 2º: o reconhecimento de que ele é importante e que a atenção básica tem que acontecer, mas para isto é preciso que haja um sub financiamento que supra as necessidades do sistema.

- 3º: o desrespeito as pactuações regionais, seja pela parte dos profissionais da saúde, ou dos prestadores e parceiros no tocante aos atendimentos de média e alta complexidade.

Além destes, existe o gargalo gerado pela maneira como a população entende o SUS, ou seja: só procura assistência médica quando está doente e precisa de atendimento e/ou tratamento de urgência, ocasionando filas de espera. Isto poderia ser minimizado se as pessoas passassem a cuidar da saúde de forma preventiva, como no caso de mamografias e exames rotineiros (SUJEITO J, 2015).

Para o Sujeito E (2015), o problema financeiro é uma realidade e que se torna crítica quando os dados são analisados. O município tem um investimento em saúde que fechou em 2014, em quase 22%, sendo que o obrigatório dos municípios é 15%. Frente a isto o estado tem um compromisso de 12% do investimento em saúde, meta

que não tem sido alcançada. A União, que detém a maior parte de recursos, não fornece nem o especificado na lei complementar 131, que ela é baseada no PIB, onde o cálculo fica em torno de 10% do PIB e o investimento tem sido em torno de 4%. Contudo, o investimento financeiro não é o único entrave, é mais um dos entraves. A questão das pessoas, do RH no serviço público é complicada, porque elas são essenciais, mas nem sempre entendem isto e realizam um trabalho médio, tendo potencial para fazer mais. A gestão de pessoas é algo difícil. Outro gargalo é o entendimento do processo Saúde, o qual complexo, quase é um mundo, um universo, que abrange desde a situação financeira até mesmo a sustentabilidade dele.

O entrevistado coloca a complexidade percebida e constituída que é o SUS. A saúde pública nos países desenvolvidos é tratada como educação/prevenção e depois com doença/tratamento, saúde pública de qualidade não depende somente recursos humanos e financeiros, mas também de educação e consciência.

O mesmo questionamento foi realizado para os Sujeitos A, B e C (2015) estaduais e estes explicaram que a atual situação financeira do estado impede que este atenda a todas as necessidades existentes (Questão 2).

Contudo, os indicadores mostram que os resultados, em comparação com outros estados, mas poderiam ser melhores. A FES trabalha no intuito de fazer o máximo possível com o recurso disponível para conseguir manter pelo menos um padrão aceitável dentro do racional, pensando também na manutenção da secretaria e do estado, até que está crise passe. O percentual de mínimo de 12% tem sido repassado, como preconiza a constituição, o que diante do cenário atual é algo positivo (SUJEITO A, 2015).

De acordo com o Sujeito B, (2015), o entrave maior é gerado pela burocracia e falta de entendimento dos processos. Pagamentos que poderiam ser autorizados em uma semana demoram até um ano por falta de documentação, como notas fiscais, autorizações, atestados e toda a parte da solicitação de pagamento. Sem isto ocorre o atraso na liberação da verba.

O atual sistema de saúde brasileiro vive um momento de intensos avanços, mas ainda de muitos desafios a serem superados. É possível descrever como avanços o que se refere à oferta de diversos programas, projetos e políticas que têm apresentado resultados inegáveis e exitosos para a população brasileira, como o sistema de vacinação nacional, que é referência mundial pela OMS e o tratamento e desenvolvimento da oncologia no Brasil, que também é referência mundial. A criação

do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (BRASIL, 2007).

O SUS foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. O SUS articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na Política de ajuste que tem como principais tendências, a) à contenção dos gastos com racionalização da oferta e, b) a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: 1) caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde; 2) ampliação da privatização; 3) estímulo ao seguro privado; 4) descentralização dos serviços ao nível local, 5) eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA, 1997).

Quando questionados sobre o nível de autonomia do Município de Porto Alegre na definição das prioridades políticas de ação em saúde, os gestores municipais afirmaram que a SMS de POA tem total autonomia para definir suas prioridades de ação em políticas de saúde municipal. “O secretário determina suas ações, passa para as diretorias e elas executam o determinado” (SUJEITO D, 2015). (Questão 5)

No entanto, comentaram que é uma autonomia quase total, haja vista que existem diversos envolvidos na questão da saúde. O município trabalha com Gestão plena, mas o atrapalha um pouco é o processo de contratualização nos hospitais, com os parceiros, nos serviços adquiridos, consultas, leitos, da saúde mental também. Apesar das dificuldades existentes nesta parceria da SMS com os hospitais, POA é hoje a 4º melhor cidade em atendimento de saúde no Brasil, sendo que este possui 5425 municípios, conforme o IBGE (SUJEITO H, 2015).

Para o Sujeito J (2015), a autonomia existe, mas pode acabar sendo engessada por outros fatores. A gente fica engessado entre os pares, que é a questão do interdisciplinar, do disciplinar, setorial. Às vezes nós ficamos muito engessados entre nós mesmos, no sentido assim, como eu faço para garantir a migração do paciente

do pronto atendimento que nós esgotamos nossa capacidade tecnológica para prestar assistência para além daquele espaço? É um olhar muito mais nosso do que para fora, algumas pessoas tem uma crítica muito grande, porque tem a Secretaria da Fazenda, que também fica trabalhando com o fundo municipal de saúde e as opiniões são diversas, então tem alguns que acham isso um equívoco e outros acham que tem um ordenador para além da SMS-POA que constrói esse olhar no financeiro, porque o volume de recursos financeiro da saúde ele é grande, ele pode não ser o suficiente, mas ele é muito dinheiro circulante. Então seriam essas duas coisas uma entre nós, entre os pares na questão da garantia daquilo que tu tem que pensar em linhas de atenção, que eu preciso de contratualização e etc. e a outra coisa seria essa questão que é uma crítica que tem principalmente no controle social relacionado a não autonomia absoluta do gestor da saúde como que vem de recursos do fundo.

Cabe informar que a autonomia é importante, mas sem um planejamento, uma gestão que consiga definir prioridades e efetive o que foi definido, ela sozinha não garante nada. E por mais que a SMS faça este processo e o prefeito apoie, ainda pode ser contida pela Secretaria do Planejamento, porque ela tem que ficar fazendo equilíbrio entre todas as contas e o que a SMS precisa. Resultado: autonomia sem recursos não produz quase nada. (SUJEITO F, 2015).

A SMS tem suas limitações: conferências, decisões populares e vários órgãos que ajudam a orientar, ou seja, ela não tem uma autonomia isolada. Todas as secretarias estão engessadas nos programas das prefeituras devido à interferência da União, do Estado, da comunidade e das políticas públicas. (SUJEITO I, 2015).

Este engessamento que limita as ações da SMS é percebido na maneira como são destinados os recursos financeiros. A maior fatia é para alta complexidade, mas somente para hospitais, onde tem mais custo. Então é impossível mexer neste dinheiro e usar para atenção básica de saúde, o que impede de realizar mais investimentos na atenção primária. Tem recursos que não são utilizados na sua totalidade, ainda que haja necessidades no município, como na área farmacêutica onde existe um déficit (SUJEITO L, 2015).

No âmbito estadual, a questão da autonomia se repete e o Sujeito A, (2015) informa que: Quem faz as diretrizes todas da secretaria é o secretário de saúde, o governador não se envolve nessa parte, a não ser, que hajam projetos que sejam transversais, que envolvam várias secretarias, que é o caso da consulta popular, que

cada secretaria ganha uma verba destinada para cada situação, agora a autonomia do secretário da saúde é total, não tem intervenção de ninguém nessa parte aí.

O secretário tem a prerrogativa de determinar e gerenciar todo o recurso do estado, e é amparado pela sua equipe técnica, a qual trabalha no que entende ser o melhor para aquilo que tenha o maior pleito, a maior necessidade. Com base neste contexto que o secretário autoriza ou não as questões dentro da esfera da SES-RS. (SUJEITO B, 2015).

Antes de abordar o tema proposto nesta etapa, é importante informar que a Lei Federal n. 8.080, de 1990, define que a direção do SUS é única em cada esfera de governo. Também estabelece como órgãos responsáveis pelo desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na área de saúde o Ministério da Saúde no âmbito nacional e as secretarias de saúde ou órgãos equivalentes nos âmbitos estadual e municipal. Com essa definição, o termo “gestor do SUS” passou a ser amplamente utilizado em referência ao ministro e aos secretários de saúde (MACHADO, LIMA e BAPTISTA, 2011).

A entrevista abordou as estratégias que a SMS, através dos gestores e suas equipes, utiliza para dimensionar a atual realidade da saúde pública no município de Porto Alegre. (Questão 7)

Segundo os entrevistados, não existe uma estratégia padrão, mas sim indicadores do plano municipal de saúde vigente. Na prática as estratégias são elaboradas com base nas necessidades e recursos disponíveis, sendo algumas definidas pelo bom senso dos gestores. O Sujeito D, (2015) diz que o nosso setor é basicamente orçamentário-financeiro, então chegam á nos muitas vezes os pedidos de liberação de recurso e nós temos que restringir o que vai ter de recurso do orçamento do ano e na execução do seu financiamento. A Assepla cuida do planejamento de orçamento do próximo ano, colocando todas as necessidades de investimentos e recursos de todas as áreas, e sendo aprovado o orçamento a partir de 2016 vem para CGAFO, aí nos trabalhamos dentro desses limites. O orçamento de 2015, respectivamente que tinha sido encaminhado em 2014, é a base orçamentária e então, nós nos limitamos nele e procuramos atender sempre dentro dos nossos limites, com o que a gente consegue de recursos.

A atual dimensão está posta e o diagnóstico da situação da saúde não é difícil de ter, porque a Assepla é formada por uma equipe grande e está baseada nos índices epidemiológicos. Com base nestes dados são elaborados os planos da saúde a cada

3 anos, ou seja, as metas são definidas com bastante antecedência. O diagnóstico é simples, mas o caminho é tortuoso, porque o dia-a-dia é tortuoso e os fluxos não são bem definidos. O diagnóstico é formado pelo processo de trabalho mesmo, organização de processo de trabalho, todos os dias da mesma forma. São inúmeras questões para controlar, os pagamentos tem que estar em dia para evitar que as prestadoras de serviço parem de trabalhar, como já aconteceu com uma equipe de limpeza. Imagina o transtorno que seria fechar uma área do hospital por falta de higiene (SUJEITO E, 2015).

Para evitar situações como esta a SMS utiliza estratégias a partir do plano municipal de saúde, onde constam as programações anuais em saúde, que são as metas. No período vigente, 2014-2017, foram definidas 63 metas que acompanham as principais estratégias. Existem também as metas do SISPACTU, algumas destas compõem o índice de desempenho do SUS, o IDESUS, criado em 2012 e posteriormente colocou POA como a 4ª capital melhor avaliada. Quanto ao acesso, a SMS tem alguns indicadores que mostram a situação atual e servem como norteadores para avançar (SUJEITO F, 2015).

Salienta-se que a estratégia utilizada para dimensionar a atual situação da saúde no município, a produção do plano de saúde com os objetivos construídos junto com o controle social, surge por meio da observação dos diversos territórios de saúde em POA, como as áreas técnicas que trabalham com especificidades, da DST/AIDS, da Tuberculose e da saúde mental. A soma destas informações acaba produzindo as necessidades de POA, para posteriormente ser elaborado o planejamento, definir as prioridades. (SUJEITO J, 2015).

No entanto, algumas das estratégias são definidas através de um trabalho direcionado, como num setor da SMS que conta com um grupo executivo onde participam todos os prontos atendimentos e as emergências hospitalares, para chegar a um diagnóstico inicial das emergências de POA. Esta é a maneira ideal para identificar os motivos das superlotações e assim conseguir definir ações para melhorar esse quadro nos atendimentos emergenciais (SUJEITO G, 2015).

Na busca por uma estratégia que gere resultados positivos a participação da equipe é fundamental. Sem as pessoas como a SMS irá colocar o plano em prática? Por isto, a estratégia hoje é a união total do grupo, é fazer mais com menos. Em se tratando de saúde constata-se que as divergências partidárias ficam de lado e até mesmo pessoas de outros partidos demonstram interesse em ajudar (SUJEITO H,

2015). O Sujeito L, (2015), diz que nós trabalhamos muito com diagnóstico situacional por nível de atenção, nós temos uma equipe hoje que sabe qual a necessidade de atenção básica, média e alta complexidade e hoje nós conseguimos nos últimos dois anos chegar a resolutividade em vários fatores da saúde, mas sempre tem coisas para melhorar. Agora estamos nos dedicando mais na média e alta complexidade na questão de processo de trabalho, fazendo reuniões entre os níveis de atenção e as áreas técnicas. Baseados em evidência, observando a realidade e a teoria, com gestores com uma formação bastante boa em gestão de saúde com mestrados e doutorados, são pessoas que tem a pesquisa e a busca de evidência com relatos e experiências de outros municípios. Nós temos trabalhado assim. Qual é a evidência, a necessidade?

Em relação ao tema abordado, o Sujeito A, (2015) informou que a atual situação da saúde no estado é dimensionada pela SES, sendo ela a responsável pela elaboração das estratégias de atuação no município.

Não é a FES que define as estratégias de repasse ou o valor que vai ser repassado, porque ela é o órgão financeiro da SES-RS, responsável pelos pagamentos. E por isto a FES não tem nenhuma estratégia de como definir recursos, isto é tudo por conta das áreas fins, dos departamentos de ações e saúde, do departamento que cuida só dos hospitais. Na SES existe departamento que cuida só da atenção básica, que faz essa questão dos repasses para os municípios. Têm ainda os CEVS, centro de vigilância, setores que fazem as demandas (SUJEITO A, 2015).

Corroborando, o Sujeito B (2015) explica que procura fazer aquilo que é possível, ou seja, um histórico da evolução dos pagamentos realizados por cada programa, para comparar com o valor do orçamento disponibilizado para a FES, e desta forma fazer o estudo histórico da evolução de valores que são repassados do governo para a Fundação, dividindo todo o recurso por grupos, como o da atenção básica e da hospitalar. É uma forma de saber como está sendo direcionado este recurso e quanto está sendo repassado em termos de equipamentos de atendimento ao público, de qualificação. Acaba sendo uma estratégia de trabalho para entender aspectos como: Para onde está indo o dinheiro? Isso é obtido por esta solução histórica.

Quanto às competências do Sistema Único de Saúde, o art. 200 da CF/88 estabelece:

I. Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II. Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III. Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV. Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V. Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI. Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano; VII. Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII. Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (FUNASA, 2014, p. 8).

Frente a estas informações, é possível afirmar que o Sistema Único de Saúde é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde através da gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2011).

Sendo assim, a gestão do SUS tem em seu âmbito atribuições em comum para a União, Estados e Municípios, dentre as quais se destacam:

Segundo Brasil (2011), definir as instâncias e os mecanismos de controle de fiscalização das ações em saúde, administrar os recursos orçamentários, organizando, elaborando e participando das ações de saúde demandadas pela sociedade brasileira.

Na sequência a entrevista abordou os principais impasses para a gestão da saúde municipal de uma grande cidade, e como estes impedem o alcance de melhores resultados. E novamente foi citada a questão do recurso financeiro como o maior impasse existente. (Questão 8).

O problema maior consiste na falta de dinheiro e aumento das demandas. Essa combinação cria uma dificuldade grande, porque conforme aumenta a demanda e a qualidade dos serviços públicos, aumentam-se todas as demandas, levando a SMS a trabalhar sempre no limite dos recursos. (SUJEITO D, 2015).

Para o Sujeito H (2015), este impasse financeiro é gerado em função da condição bipartite e tripartite, ou seja, na legislação do SUS, e não por falta de gestores capacitados, porque as três esferas de governo, municipal, estadual e federal contam com grandes profissionais que superam as divergências partidárias.



Outro ponto de entrave é a demora na concretização dos projetos elaborados. O tempo para colocar em prática é grande, principalmente nas urgências e emergências, e isto impacta bastante porque os gestores querem resolver os problemas para ontem e não conseguem (SUJEITO G, 2015).

Comentaram ainda que falta capacitação para a maioria do quadro funcional e conhecimento técnico para lidar com as questões pertinentes de uma secretaria de saúde. Como o ingresso ao serviço público se dá por meio de concurso seria necessário investir em treinamento e desenvolvimento específico, indo além das rotinas administrativas. E isto não acontece no estágio probatório, porque este não reflete a realidade, não mede e não capacitam os profissionais. Como cobrar um desempenho excelente de quem não tem preparo adequado? (SUJEITO I, 2015).

Corroborando, o Sujeito E (2015) afirma que os grandes impasses são: a otimização do recurso humano e a utilização de novas tecnologias, para facilitar o acesso por parte do usuário e melhorar a gestão da saúde.

Segundo o Sujeito J (2015), os entraves são vários, dentre os quais se destaca: garantir o avanço de atenção básica, que com o pacto de 2006 ficou com o ônus do município, estruturar de fato as linhas de atenção, com a compreensão de todos os lugares que o paciente precisa passar, facilitando o atendimento e acesso por parte do usuário. Outro impasse é a contratualização, as CAC's de acompanhamento, e o aprimoramento do processo regulatório.

Na opinião do Sujeito L (2015), o grande gargalo tem sido definir os fluxos do pacto integrado dos municípios, para evitar que o paciente venha espontaneamente procurar atendimento em Porto Alegre, ou seja, regionalizar a saúde junto ao estado. Com isto, seria possível fortalecer o processo da média e alta complexidade e resolver a questão da gestão hospitalar junto com os parceiros. No momento existe um grupo de urgência que trabalha com as emergências, para tentar colocar o paciente certo no local certo, dentre os hospitais disponíveis para alta complexidade (Clínicas, Conceição, Santa Casa e a PUC). A SMS tem fiscalizado as internações dentro dos hospitais, para identificar se os pacientes estão realmente ocupando os leitos certos.

O principal impasse para gestão é o sistema político, porque se trata de uma política de estado, e não de partido, que é muito vulnerável frente às trocas de uma própria gestão de prefeitos. A mudança de secretários e equipes atrapalha a continuidade do planejamento. Por isto nem sempre é possível manter uma sequência

e colocar o que foi definido em prática, além de prejudicar todo o clima organizacional e motivação das pessoas envolvidas (SUJEITO F, 2015).

Quando indagados sobre os impasses na FES, os Sujeitos A, B e C comentaram que existem diferentes aspectos, porque o estado trabalha diretamente com os hospitais, mas não pode obrigá-los a atender a todas as necessidades existentes.

A maioria dos hospitais do estado é filantrópica, ou público/municipais. Do estado mesmo são o hospital de Alvorada, de Cachoeirinha, de Caxias do Sul, de Tramandaí e recentemente o de Santa Maria, além do São Pedro, o Parthenon e o Itapuã. Os demais são federais e municipais. Então é impossível fazer um projeto de regionalização sem que exista uma parceria para oferecer o serviço ou atendimento que está faltando. Tudo é feito por meio de negociação, uma coisa delicada de fazer, porque o hospital pode não aceitar, mesmo que o estado pague para tal. O impasse só não é maior porque os hospitais também dependem do dinheiro do estado para sobreviver (SUJEITO A, 2015).

No mesmo contexto, o Sujeito B (2015) informou que os entraves ocorrem por falta de respeito ao orçamento e generalização da mídia: O estado tem um orçamento, existe uma limitação nos valores que tu tem que passar e as pessoas tentam usar a opinião pública a mídia para fazer uma guerrilha, por exemplo: ah, não estão atendendo! Não estão pagando! E não é realidade, então não é a realidade que está sendo externalizada digamos assim é mais os grupos mais fortes que resolvem gritar e direcionar a opinião pública e isso aí atrapalha internamente porque tu acabas tendo que atender umas demandas que não estavam previstas ou cria uma imagem muito negativa da secretaria nesse sentido. Eles usam a influência deles para um lado negativo e o positivo nunca aparece, tudo que é bom que a Secretaria faça não aparece, ninguém mostra. É muito fácil eles falam que o paciente está esperando leito e até agora nada, existe um trâmite legal para tu te internar, a primeira coisa é tu te cadastrar na regularização que para você identificar o cidadão, começa por ali o processo. É muito fácil tu gritar não consegue leito, então façam o trâmite correto, me faz o trâmite correto que eu te pago em dia, mas não adianta tu me mandar pagar algo, sem me apresentar uma cópia de uma nota fiscal, eu tenho que te pagar com a nota original e não a cópia, se tu me colocas a original com o prazo correto, com os dados corretos eu vou te pagar em dia. E nada do que foi feito é considerado, como tudo que já foi pago, ajustado para o município, mas só é relatado o lado negativo e

isso é muito ruim, então tu não consegues mostrar nada de bom do que tu estás fazendo e se faz muita coisa boa aqui, a gente não consegue mostrar. (SUJEITO B, 2015).

Situação de impasse: “Muitos pensam que vamos resolver nossos problemas de saúde e educação com mais impostos. Mas já pagamos muitos impostos, bem acima da média dos países emergentes, e temos péssimos serviços prestados” (CONSTANTINO, 2013, p. 1).

### 8.1.3 A percepção, a compreensão e os sentimentos dos atores envolvidos na gestão da saúde pública do SUS.

Nesta etapa a entrevista procurou descobrir se política partidária municipal, representada por vereadores opositores ou governo estadual e federal, prejudica a SMS de alguma maneira, e de forma quase unânime os gestores municipais responderam que esta situação não ocorre. (Questão 4).

Relataram, no entanto, que existem aspectos que poderiam ser melhorados, como: as reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Estas nem sempre atingem os objetivos esperados por falta de informação dos membros presentes, os quais não averiguam os dados dos projetos, os gastos e investimentos e desperdiçam o tempo e diálogo com questionamentos repetitivos, impedindo assim que ocorra uma participação mais efetiva e colaborativa com prestação de contas (SUJEITO D, 2015).

Mencionaram ainda que existe uma pressão por parte dos vereadores e até de deputados:

O Sujeito L, (2015), coloca que a gente recebe todos os vereadores, os deputados, e nós trabalhamos com os deputados estaduais e federais, para nos ajudarem através das emendas parlamentares, certo ou não, eles tem recursos de emendas parlamentares, nós montamos uma equipe esse ano para que no ano que vem nós chegarmos para esses parlamentares e dizer, oh, nós temos esses demandas, preciso desses recursos. Os vereadores eles vivem do que a população pede para eles, então é normal eles chegarem aqui, eu tenho uma necessidade x ou y, então a gente sempre preconiza o fluxo é esse, sofre pressão às vezes, eu por ser um profissional técnico de carreira aqui do município eu acho que às vezes as pessoas querem burlar o sistema e isso só aumenta o nosso problema, atrapalha o fluxo, se tu quer a realidade é esta. Ele tá com urgência ou não? Mas esse negócio do jeitinho,

comigo pelo menos eles estão começando a entender que não é bem assim. Outros municípios também pedem para encaixar, aí eu digo se é para encaixar eu vou encaixar todos que tem prioridade alta. Às vezes tu tem que trazer eles pro lado e explicar. Às vezes uns não gostam, outros acabam criticando, mas entendendo. A questão política ela faz parte, nós temos que suprir disso, mas às vezes falta um pouco de diálogo e explicar os fluxos.

De acordo com O Sujeito F (2015), apesar de toda situação política existente, a percepção é que o SUS está acima deste contexto. Ela afirma que nota apoio até por parte da oposição partidária. Segundo a entrevistada o problema maior é a nível nacional, pois os municípios não têm garantido 10% do PIB para financiar o SUS, além de um projeto de lei do Sr. Eduardo Cunha que obriga as empresas a terem planos de saúde, o que desonera a capitação de impostos e diminui a arrecadação para o SUS. O resultado disto é a incerteza de que de fato o SUS terá a mesma qualidade ou não daqui a 5, 10 anos, devido à falta de recursos financeiros.

Divergindo dos demais, o Sujeito I (2015), explica que infelizmente ainda há interferência política sem um crivo mais técnico, o que é devastador. Uns exemplos disto ocorrem quando um deputado cria um recurso que poderia auxiliar focado num interesse de um projeto político dele. A questão que fica é: Ele pensou na outra estrutura ou foi um projeto isolado? Acredita que o que a interferência política seja o conhecimento técnico, algo que nem sempre os opositores possuem.

Um fator que limita a interferência por parte dos opositores e governantes é a ética, porque o SUS tem princípios claros e bem definidos. Às vezes chegam solicitações que enquanto profissional tem que perceber que aquela solicitação está sendo importante e está permitindo acesso a quem precisa. E isto não pode ser visto como algo tendencioso, que venha de uma oposição, priorizando a democracia.

Questionados sobre o mesmo tema, os Sujeitos A, B e C (2015), informaram que não existe interferência, externa ou interna, que possa prejudicar a gestão da FES. O que nota-se é uma oposição por parte dos conselhos:

O Sujeito A, (2015), diz que atrapalha muito são os órgãos de fiscalização como o conselho estadual de saúde e o conselho municipal de saúde, esses sim atrapalham quando eles são muito fervorosos, na oposição, acabam engessando o município, o estado, e acabam não aprovando os relatórios. Aí o estado fica sem receber recursos porque o conselho não aprovou, o município fica sem receber recurso porque o conselho municipal não aprovou os relatórios. Nesse ponto assim eles podem se

prejudicar, mas de outra maneira mesmo é questão de cobrança e fiscalização e isso aí mesmo quem vai dizer o que é certo e errado mesmo são os órgão de controle. Para os órgãos de controle o estado sempre conseguiu aprovar os orçamentos, porque o relatório de gestão a gente não consegue aprovar já faz um bom tempo, mas isso não teve impedido do estado receber recurso, porque o que vale, para nível de liberação de recurso e para nível de fiscalização nacional é a opinião do TCE e não do conselho, então acaba não prejudicando em nada no fim das contas, a não ser só pela mídia.

Com base na pergunta anterior, sobre autonomia, questionou-se como se caracterizam as relações da Secretaria Municipal de Saúde com a Secretária Estadual de Saúde, para a definição das prioridades políticas de ação em saúde. (Questão 6).

Os gestores informaram que existe um fórum, uma comissão interpartite, onde são discutidos e definidos tanto a destinação de recursos quanto para onde vão esses recursos, bem como as prioridades (SUJEITO D, 2015). Estes momentos são marcados pelo diálogo (SUJEITO L, 2015).

Conforme o Sujeito E (2015), a relação é bem objetiva, porque a gestão plena assim preconiza que no território Porto Alegre quem define as questões de saúde pública e determina os assuntos ligados à saúde municipal é o secretário municipal de saúde de POA e não o secretário estadual. No entanto, é necessária a relação entre estes secretários, porque é dentro do município que estão os grandes hospitais, as grandes referências em saúde, tanto que existe um pacto determinado para atender 55% pacientes do interior e 45% pacientes da capital, mas esse percentual está muito maior para o interior, o que levou a relação há ficar um pouco conturbada. Somado a isto consta a ação judicial que o município ingressou contra o estado pleiteando recursos.

Corroborando com esta opinião, Sujeito I (2015) explica que atualmente a relação passa por um desgaste, porque a SMS está requerendo judicialmente da SES-RS o repasse de recursos financeiros. O Sujeito J, (2015), coloca que agora tem um impasse, que está relacionado muito a questão da revisão das finanças do estado, a própria SES-RS, revendo a questão dos incentivos, tirando a questão do incentivo hospitalar que tem adequações e não adequações. Mas nada que uma boa conversa entre gestores não possa acontecer, pode ser que aquilo que eu queira não aconteça, mas a possibilidade do diálogo está sempre dada, não poderia ser diferente. Eu tive uma situação na semana passada, sentamos-nos à mesa com o secretário adjunto,

alguns diretores, para discutir serviços de triagem neonatal. Agora nós vamos sentar com a SAMU estadual, para ir compreendendo essa porta de acesso, a questão da regionalização, nós temos que produzir as referências de forma mais concreta, mas fora isso são disputas para que o SUS aconteça.

O Sujeito F (2015) admite que, existem, aspectos para melhorar, como a regulação das redes de atenção à saúde, com definição das prioridades regionais, uma responsabilidade direta da SES, a qual não assume essa responsabilidade e possibilita que o prestador se auto regule e chame quem ele quiser para ser atendido em POA. O melhor seria que a SMS tivesse isto previamente definido, para evitar que a ficasse prejudicada por essa indefinição. Outro debate essencial para ambas às secretarias seria a sobre o financiamento, mas isto não é possível sem antes uma reflexão sobre os propósitos do SUS, da sua continuidade. Sem este entendimento o estado vai seguir cortando custos e o município cobrando recursos.

Diante do exposto, salienta-se que apesar do desgaste existente, a relação da SMS-POA com a SES-RS hoje é melhor do que já foi no passado. Em parte isto se dá pela questão política, porque o gestor da saúde estadual do governo anterior era de um partido contrário ao do prefeito de POA. E isto afetava o repasse de recursos financeiros de tal maneira que uma cidade menor, como Canoas, recebia mais dinheiro que a capital do estado. Com o novo secretário da FES isto não ocorre, porque existe uma visão focada e que prioriza a questão da saúde, a busca por resultados (Sujeito H, 2015).

Neste contexto, os gestores estaduais comentaram que o papel da SES é dar as diretrizes da situação da saúde pública do estado e isto ocorre através da fiscalização da distribuição de recursos. Porém, não cabe ao estado obrigar os municípios a aderirem os programas que o estado está priorizando, como a primeira infância melhor e a saúde da família. Tem municípios que possuem outras políticas de governo e o estado não pode vedar, principalmente no caso dos municípios que já estão em gestão plena do sistema de saúde. Com estes o estado tem que falar diretamente sobre a situação dos hospitais, da situação da saúde no município todo, não pode interferir, intervir e nem obrigar o município a fazer nada. O que independe da ação do município é a fiscalização da vigilância e o controle, isto é independente. O incentivo ao município nas áreas que ele precisa ocorre através de incentivos e de consenso com o município. A fórmula é simples: se o município quiser aderir às políticas de saúde propostas, o estado destina o recurso para ele fazer a ação. Caso

contrário o estado não repassa e o município faz do jeito que quiser (SUJEITO A, 2015).

Trata-se de um trabalho muito próximo das coordenadorias regionais junto com os municípios, onde estes entram com os pleitos deles, a coordenadoria faz a defesa e encaminha para os setores técnicos da FES. Apesar de falta de mão de obra nas coordenadorias, as negociações existem, e os municípios se relacionam com os coordenadores, os delegados de saúde. Aqui cabe informar que os delegados de saúde são cargos de confiança, e alguns são servidores, que estão na região onde atuam, sabem as necessidades dos municípios e podem filtrar os pleitos mais importantes e repassar para a FES (SUJEITO B, 2015).

Em relação às perspectivas que a SMS e o secretário tem para a saúde pública municipal, os gestores pontuaram sobre o momento de restrição financeira que o País enfrenta e a questão do fim de gestão municipal, que encerra no final de 2016 (Questão 9).

Ainda assim, existe planejamento para o tempo restante, como na parte de tecnologia, onde serão realizados investimentos na parte básica, colocando em rede todas as unidades, informatizando a parte estrutural. Os operadores da parte de saúde já estão em treinamento para trabalhar com o sistema GMATE e o ESUS, um sistema nacional de registro de toda a parte de saúde. Isto permitirá que através destas ferramentas os técnicos de saúde possam operacionalizar o sistema e gerar um banco de dados para a área da saúde, produzindo informações mais precisas sobre epidemias e também um controle na parte de materiais e medicamentos (SUJEITO D, 2015).

Devido à falta de recursos o município teve de fazer algum corte, e por isto o prefeito contratou um novo secretário da fazenda, especialista da área, para dar suporte às secretarias. Hoje tudo passa pelo planejamento e pela fazenda do município, para desta forma definir quais são as prioridades, e uma delas é proporcionar suporte aos moradores de rua, que já totalizam 1.400 pessoas. O planejamento visa criar uma parceria da secretaria da saúde, com a secretaria dos direitos humanos e a FASC, fazendo um trabalho de auxílio a essas pessoas, dando uma condição melhor para eles (SUJEITO H, 2015).

Existe ainda previsão de investimento, a partir de 2016, na área de prédios e construções, além da dispensação de medicamentos para a população de POA e para

a população de fora de POA, processo que está passando por ajustes, para que faltem recursos para a população do município (SUJEITO D, 2015).

Já o Sujeito E (2015), informou que as perspectivas são poucas, como no âmbito da tecnologia, para a criação de um aplicativo para informar a população sobre as USB's. Abordou também sobre a importância de investir na qualificação das pessoas, visando à continuidade do SUS, mas com qualidade, com pessoas preparadas. E salientou sobre a necessidade de ações práticas, pois ocorrem muitas reuniões e pouca coisa realmente acontece.

No mesmo contexto, sobre a sustentabilidade do SUS, o Sujeito F (2015), afirmou que tendo em vista o cenário econômico e político do País, as perspectivas não podem ser as melhores ou piores, apenas realistas. Possivelmente ocorra um período de congelamento no sentido da expansão do SUS, o que levará a sociedade a uma reflexão sobre a qualidade do sistema, onde faltam recursos financeiros e o governo deseja destinar os royalties do petróleo para educação, fragilizando ainda mais o SUS.

Frente a esta opinião, o Sujeito L (2015) explica que neste momento a SMS não pode pensar em expandir, em abrir mais unidades de saúde. O ideal é trabalhar para manter o que já existe, corrigindo fluxos internos, colocar mais medicamentos, rever alguns processos, para baixar os custos, além de melhorar as condições de trabalho dos colaboradores em médio prazo. Apesar da época de crise financeira é preciso que o município continue se preparando, planejando e antevendo o que for possível para licitar, para quando a crise passar.

Neste contexto o planejamento deve ser respeitado, mesmo que para isto as expectativas da SMS fiquem em segundo plano, por causa da transparência e informação existente:

O Sujeito D, (2015), coloca que, neste momento há uma participação muito boa da comunidade, através dos conselhos [...]. Hoje com o avanço da tecnologia, da transparência da informação, não dá para esconder mais nada, um exemplo bem recente de um recurso que foi designado para atender a região do Murialdo, por necessidade nossa e pelo momento difícil, ele foi usado para comprar medicamentos e outras necessidades emergenciais e com isso criamos um tencionamento com a comunidade do Murialdo. O conselho veio para cima com todos os movimentos possíveis, tivemos que nos comprometer em urgentemente parar com a despesa desse recurso e já repassar alguma coisa e prometer repassar todo o valor. Então



isso é o movimento comunitário, o secretário colocou que foi gasto com demandas urgentes de saúde, mas a comunidade tem seu direito e assim deve se encontrar uma forma de ajuste. Por falta de repasse de recurso da União e do Estado, tivemos que usar esse recurso para suprir essa emergência, que nós achamos que no momento era a melhor decisão. Foi uma bela atitude, mas não justifica. Esta participação da comunidade e a transparência eu acho que é fundamental.

O mesmo questionamento foi feito aos gestores estaduais e novamente as respostas giraram em torno da crise financeira. Enquanto este cenário permanecer a SES trabalhará para pagar dívidas e despesas básicas, tentando diminuir custos, sem focar em novas ações, para conseguir fazer o repasse (SUJEITO A, 2015).

A FES tem atuado de maneira estratégica, tentando fazer o certo, atendendo onde há maiores dificuldades, dividindo o dinheiro de uma maneira correta e sem prestigiar alguns e prejudicar outros. É uma forma de gestão que prioriza a visão igualitária (SUJEITO B, 2015).

- Perspectivas: “É loucura pedir ainda mais recursos públicos antes de mostrar eficiência com a montanha de recursos já arrecadados. [...] Fazer mais com menos, eis o imperativo do momento” (CONSTANTINO, 2013, p. 1).

A entrevista abordou ainda sobre os desafios da SMS para que ela tenha sucesso e eficácia no seu trabalho (Questão 10). Através das respostas dos gestores surgiu novamente o fator financeiro, mas não de forma isolada, e sim acompanhado pela burocracia e falta de modelo de gestão.

Para o Sujeito E (2015), o desafio é tratar a secretaria da saúde como empresa e o usuário como cliente. Mas para isto é preciso entender a percepção do servidor em relação à prestação de serviços e no trato com o dinheiro público. O setor público não é como o privado, onde existe uma busca pela maximização de recursos como meta definida. No setor público isto só ocorre quando não existem mais recursos, porque o resultado final esperado não é a geração de lucro, como no segundo setor, e sim o alcance de resultados. Faz-se necessária uma mudança na mentalidade, para que o público trabalhe como o privado, com metas bem definidas, com índices, com indicadores muito bem aplicados, por setores.

Soma-se a esta situação outros desafios, como falta de diálogo, engessamento, pouca participação dos envolvidos no processo - secretários, coordenações, assessorias, e comunidade (SUJEITO I, 2015).

A falta de um planejamento casado com a disponibilidade de orçamento, com uma relação adequada com o controle social, visando à questão da integralidade de toda a rede e o cuidado. Sintetizando, o desafio é elaborar um planejamento que utilize o orçamento de maneira eficaz, levando em conta as necessidades da SMS e do usuário (SUJEITO L, 2015).

Surge neste contexto à importância de um modelo de gestão, para definir aspectos como: quem é o servidor da saúde, qual é a sua missão, os princípios e valores que regem o trabalho da secretaria de saúde, e também um diagnóstico dentro do SUS para saber qual a situação SMS, para que as metas da secretaria estejam alinhadas em todos os setores e com as metas do SUS. Esta é uma forma de gestão forte e que permite ir longe e rápido (SUJEITO F, 2015).

Tendo em vista que o modelo do SUS é nacional, a SMS precisa entender bem isso para aplicar as diretrizes nacionais, permitindo que os recursos sejam bem aplicados e se tornem suficientes. Este é o desafio: ter um modelo de gestão estabelecido que responda as seguintes questões: Como nós nos integramos ao conselho municipal para fazer essa interação? Como se discute a melhor distribuição dos recursos? Quais são as demandas, como elas chegam? Como serão gastos os recursos, aonde e quanto? Sem isto fica difícil fazer funcionar dentro das regras do SUS (SUJEITO D, 2015).

Atualmente a secretaria conta o relatório de gestão onde constam as metas anuais, que neste ano são 15, as quais são constantemente analisadas para saber como está o encaminhamento. Foi assim que a SMS conseguiu identificar que POA é a cidade com mais portadores de Hepatite B e C e que os índices de cura eram de 50%. Este ano foi criado um espaço especializado no Brasil em hepatites, a cargo do Dr. Eduardo Emerim, que é uma referência nesta área, e isto possibilitará atingir uma meta de 90 a 100% de cura. Isto é gestão de saúde, mas nem sempre as pessoas reconhecem e criticam por qualquer fato, seja simples ou complexo. Talvez a conquista do reconhecimento seja um desafio também (SUJEITO H, 2015).

Segundo o Sujeito L (2015), o diálogo entre as partes envolvidas é algo que precisa ser ampliado, porque quem trabalha com o controle social precisa ouvir a opinião do cidadão. Além deste desafio existem outros, tais como: ter os conselhos locais bem estruturados, com metas definidas através de conferências, um plano municipal de saúde revisado anualmente. O planejamento é fundamental, não tem como fazer uma boa gestão sem isto, ou seja, se já é complicado com planejamento,

seria mais difícil sem ele. Toda ação impacta em outras, porque a secretaria está dentro de um processo, como explica o gesto. O Sujeito L, (2015), coloca que o programa mais médico colocou mais médicos, mas criou um outro problema na média complexidade, porque antes as pessoas não, mais procedimentos e isso não tinha sido pensado. Com o aumento, então tu tem que te cercar de todas as possibilidades para fazer uma lei orçamentária bem estruturada, ter um plano anual de saúde bem sedimentado, fazer um plano municipal de saúde bem adequado baseado em evidência, tudo isso é perfeito. Mesmo assim tu tens que saber que vai ter atravessamentos, interesses tantos pessoais, profissionais, políticos, de outros municípios, que vão se atravessar no meio e impedir a plenitude daquele planejamento, então ele vai ser tortuoso.

De acordo com o Sujeito E (2015), neste momento o município tem começado a buscar a profissionalização, através de uma análise de desperdícios, estipulando níveis de controle e aumentando a qualificação em gestão.

Complementando, o Sujeito L (2015) informa que hoje a SMS trabalha com metas, indicadores e planejamento, porque o foco é alcançar uma gestão mais estruturada, com um fluxo de referência e outro contra referência otimizada, além de dados de média de permanência, fluxos dos hospitais, taxa de mortalidade e de sobrevida. Estes indicadores são essenciais para evitar debates inúteis e cheios de crítica, que diversas vezes ocorrem. A situação do SUS tem muitos aspectos positivos no município, tanto que há 40 anos houve índice de 50% dos leitos de UTI ocupados com moradores de Poa. Com a atenção primária este percentual foi reduzido para 15%, mas a cidade continua com 150 leitos. Isso reflete que melhorou o Pré-Natal, a atenção básica, a média e alta complexidade, através da otimização dos recursos.

No contexto estadual, os gestores responderam sobre os desafios e novamente a crise financeira foi citada. O Sujeito A (2015): colocou que o desafio maior de todos vai ser conseguir repor o estado numa situação de ponta, onde a gente possa investir na saúde como deve e ligado á isso outras ações que o estado deve tomar como renegociação com hospitais, redefinições de programas de projetos e tentar manter a negociação com os hospitais e municípios. Sempre num bom nível que a gente possa não prejudicar o atendimento para a população, acho que esse vai ser o maior desafio, tentar fazer com que os hospitais e municípios mantenham os mesmos serviços, mesmo renegociando valores e tendo que cortar despesas.

Como as demandas são muito grandes, o desafio maior que é identificar as necessidades, para atender aquilo que realmente é uma necessidade. O cenário está difícil, não tem verba e a FES enfrenta críticas constantemente, o que só agrava a situação (SUJEITO B, 2015).

Situação desafiadora: “Os problemas de acesso e cuidados especializados no SUS têm mais a ver com desorganização e ineficiência do que com falta de dinheiro”. Existem ainda desafios em relação à baixa eficiência da rede hospitalar “estudos mostram que os hospitais poderiam ter uma produção três vezes superior à atual, com o mesmo nível de insumos” (CONSTANTINO, 2013, p. 1).

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo foi possível perceber que o problema da gestão pública da saúde municipal em Porto Alegre - RS, não é só de ordem financeira como muito se acreditava. A gestão é ferramenta fundamental para o funcionamento da secretaria municipal de saúde, aliada com a secretaria estadual de saúde do RS, e com a União, pois ela é falada e disseminada claramente por todos os gestores pesquisados.

Portanto não adianta possuir recursos suficientes, se não houver gestão profissional, aliada com planejamento estratégico e a união de forças das comissões intergestores, bipartite e tripartite, que é o alinhamento técnico, funcional e às vezes político da secretaria municipal de saúde com a secretaria estadual de saúde, unindo forças para efetivar com qualidade a prestação de saúde pública à sociedade.

Verificou-se por meio da pesquisa, que há limitações para o município de Porto Alegre que atende os três níveis de atenção à saúde: baixa, média e alta complexidade, sendo referência em algumas especialidades de saúde no Brasil. Pelo fato de ser a capital do estado, e a maior cidade da região metropolitana, o município tem uma demanda excessiva de atendimento à saúde pública, onde o município absorve uma demanda que é da União e do Estado do RS, e 55% dos atendimentos de saúde pública no município não são residentes de POA e ainda tem uma demanda extra de outros Estados por ser referência em algumas especialidades de saúde pública.

A Lei complementar Nº 141 de janeiro de 2012, estabelece que os municípios têm que repassar 15% da receita municipal para a saúde e o município de Porto Alegre repassou 22% de sua receita, conforme os dados da secretaria municipal da saúde e da secretaria municipal da fazenda, isto evidencia o esforço feito para a prestação do serviço de saúde a população.

Fica evidente nas entrevistas dos gestores que os recursos financeiros para a saúde no Brasil não são somente custos, mas investimentos que devem ser geridos com dados técnicos, normas e gestão estratégica. Os entrevistados colocam que dos 22% da receita investida no município de Porto Alegre – RS no ano de 2014, e 19% foram usados para pagamentos de mão de obra, sobrando 3% para a estrutura física-instrumental.

Outro aspecto limitante é que embora as secretarias municipais e estaduais no ano de 2015, sejam de base aliada política, percebe-se que interesses político-

partidários surgem como empecilho para a gestão da saúde pública no município. Nesse sentido alguns gestores colocam que o mal da saúde pública é ela ser liderada por pessoas que não entendem de saúde pública, estando ali meramente por questões e interesses de partidos políticos.

A secretaria Municipal de saúde de Porto Alegre – RS mostrou-se autônoma e independente na sua gestão em relação à secretaria estadual de saúde do RS, porém ela se limita porque o município depende de recursos do estado e da união. Sendo os recursos, tripartite, União, Estado, Município, Porto Alegre adotou por completo os programas federais de saúde pública, que é uma política nacional de adesão, onde os gestores salientam a efetividade e o alcance que o programa saúde da família consegue atingir, levando assistência de saúde pública a sociedade, atendendo, melhorando e qualificando a saúde do cidadão brasileiro.

Os gestores municipais colocam que o Estado do RS muitas vezes não respeita os pactos estabelecidos que acabem sobrecarregando a capital gaúcha, e que devido à crise nacional e principalmente do governo gaúcho, recursos foram cortados, sem um olhar devido para a atenção básica de saúde do município de Porto Alegre-RS, gerando desentendimentos e conflitos, onde a prefeitura do município acionou juridicamente o Estado do RS, para receber seus devidos recursos.

Após a análise das informações os gestores colocam que além do impasse político, que coloca interesses partidários frente aos interesses comuns da sociedade, aliada com a falta de recursos necessários e falta de gestão qualificada, são os principais agravos para a falta de qualidade da gestão da saúde pública.

No âmbito da gestão CIB, comissão intergestores bipártite, o município e a secretaria definem as suas prioridades e demandas territoriais, como prevê a gestão plena da CIB, é possível reconhecer o legado e qualificação que a gestão pública de saúde brasileira está sendo levada e sustentada. Os gestores são unânimes em ressaltar o crescimento de qualidade que a gestão da saúde pública vem ganhando com a união dos três poderes com a efetivação da comissão tripartite.

Os gestores colocaram que a grande perspectiva para o biênio 2015/2016, é que apesar da crise e com os cortes de verba eles possam manter os serviços prestados a saúde pública municipal, com a qualidade que vinham sendo prestados.

As entrevistas explicitam os objetivos da pesquisa pelos gestores, nos mostrando o atual contexto das situações de impasses, perspectivas e desafios do SUS, no município de Porto Alegre, principalmente salientando a falta de recursos e

a falta de gestão técnica. A defesa do SUS pelos gestores é equânime e alinhada, onde eles alertam que o sistema único de saúde, não pode ser fragilizado por perspectivas negativas e projetos de lei e sim mostrar o que o SUS, já é capaz de fazer pela saúde pública no Brasil.

Os desafios de atender plenamente a demanda de saúde pública no município de Porto Alegre, sendo que no ano de 2014, a capital foi eleita a 4º melhor em atendimento de saúde pública, são grandes e complexos, mas são possíveis e plausíveis de atingi-los. Desponta uma necessidade e demanda de maior participação da sociedade na gestão pública e principalmente na saúde pública, onde já existem conselhos comunitários, que participam efetivamente da gestão municipal.

O planejamento estratégico casado com disponibilidade de orçamento, controle e participação sociais já alcançados mostra que a secretaria municipal de saúde de Porto Alegre alcançou índices e indicadores de qualidade na prestação de serviço na saúde pública. O município é referência nacional em muitos serviços de saúde para o SUS e mostra um bom caminho de desenvolvimento de gestão pública de saúde

Este estudo contribui para a elucidação da atual situação do SUS, no município de Porto Alegre e no Estado Rio Grande do Sul, que coloca a par o cotidiano dos gestores da saúde no município e no Estado com os seus atuais e presentes *impasses, desafios e perspectivas*.

Por fim sugere-se a realização de novos estudos e comparativos através dos quais será possível compreender: Onde estamos com o SUS? Qual o ponto financeiro/gestão em que ele vai se equilibrar na oferta de seus serviços e estabilidade econômica? Além disso, sugerem-se estudos no âmbito da Gestão pública e no papel do SUS no Brasil, onde se possa criar uma constitucionalidade que garanta gestores técnicos nos três níveis do governo, sem “interferência política”.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Cleide Carvalho Toscano de; AIHARA, Inácio Massaru; BARROS, Elizabeth. *Gestão de Recursos Humanos e Sistema de Planejamento e Orçamento: sua articulação no interior do Ministério da Saúde*. In: GARCIA, Márcia, *et al. Políticas e Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola de Governo em Saúde, 2004. (Coleção Escola de Governo. Série Trabalhos de Alunos. Políticas e Gestão em Saúde; n.1).
- ARISTÓTELES. *A Política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1985.
- AZAMBUJA, Roberto. *Legislativo e entidades médicas revelam problemas em hospitais de Porto Alegre*. 2014. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2014/02/legislativo-e-entidades-medicas-revelam-problemas-em-hospitais-de-porto-alegre-4423402.html>>. Acesso em: 25 jul. 2014.
- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BATISTA JÚNIOR, Francisco. *O problema do SUS não é só dinheiro*. 2009. Disponível em: <<http://tribunadonorte.com.br/noticia/francisco-junior-o-problema-do-sus-nao-e-so-dinheiro/126378>>. Acesso em: 30 ago. 2013
- BEUREN, Ilse M. *Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade: teoria e prática*. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS, 2003. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2003, 3).
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: 2007. (Coleção Pro gestores - Para entender a Gestão do SUS, 1).
- \_\_\_\_\_. Medida Provisória 2177-44/01 | Medida Provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. 1998. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/101062/medida-provisoria-2177-44-01>>. Acesso em: 28 jul. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa. *A Construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Série I História da Saúde no Brasil) Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>. Acesso 22 de jun. 2015
- \_\_\_\_\_. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).



BRAVO, Maria Inês. *Política de Saúde no Brasil*. São Paulo: 2006.

CIGANA, Caio; TREZZI, Humberto. *O colapso do sistema de saúde no Brasil: Público ou privado, o atendimento em saúde no país vira um suplício para pacientes que dependem do SUS ou que tenham plano particular*. 2013. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2013/07/o-colapso-do-sistema-de-saude-no-brasil-4199504.html>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

CIRIBELLI, Marilda Corrêa. *Como elaborar uma dissertação de mestrado através da pesquisa científica*. Rio de Janeiro: 7 letras, 2003.

COAP, Contrato Organizativo de Ação Pública, *Uma nova forma de implementar o pacto pela saúde*. 2011.

COHN, Amélia. *et al. Saúde, Cidadania e Desenvolvimento: Reformas da saúde e desenvolvimento*. Rio de Janeiro: E-papers, 2012.

CONSTANTINO, Rodrigo. *SUS: o problema é de gestão*. 2013. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/blog/rodrigo-constantino/saude/sus-o-problema-e-de-gestao/>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA. Brasília: 1988. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoferal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoferal.pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2014.

COSTA JÚNIOR, Antônio Gil da; COSTA, Carlos Eduardo de Mira. *Breve Relato Histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil*. 2014. Disponível em: <<http://historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb=professores&id=170>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

COSTA, Nilson de Rosário. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil. *In: Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma agenda Para os anos 90*. Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

DÜPPRE, Nádia Cristina. *Noções básicas sobre amostragem não probabilística (não aleatória)*. 2012. Disponível em: <[http://elaboracaosimplificada.blogspot.com.br/2012/07/blog-post\\_12.html](http://elaboracaosimplificada.blogspot.com.br/2012/07/blog-post_12.html)>. Acesso em: 23 jul. 2014.

ERKENS, Rainer. *Nova Gestão Pública*. São Paulo: 2010.

FELIPE, Saraiva; PESTANA, Marcus; FERNANDES, Sílvio. *Pacto Pela Saúde. Consolidação do SUS*. 2006. Disponível em: <[http://www.abennacional.org.br/download/pacto\\_pela\\_saude\\_2006.pdf](http://www.abennacional.org.br/download/pacto_pela_saude_2006.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2014.

FERREIRA NETO, João Leite; ARAÚJO, José Newton Garcia de. *Gestão e subjetividade no SUS: o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais*. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. 204. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n3/a16v26n3.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FIOCRUZ. *O Sus*. 2014. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/sus>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

FONSECA, João José Saraiva da. *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC, 2002. Disponível em: Apostila. <<http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2014.

FONTOURA, Renato; OLIVEIRA, Rodrigo. *Seminário Estadual Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde Uma Nova Forma de implementar o Pacto pela Saúde*. Rio de Janeiro: Publicado – Cosems, 2011.

FUNASA. *Cronologia Histórica da Saúde Pública: Uma Visão Histórica da Saúde Brasileira*. 2011. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Rio grande do Sul – Porto Alegre – Serviços de Saúde*. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=431490&idtema=5&search=rio-grande-do-sul|porto-alegre|servicos-de-saude-2009>>. Acesso em: 05 ago. 2014.

KEHRIG, Ruth Terezinha, et al. *Administração pública gerencial: livro didático*. Palhoça: Unisul Virtual, 2005.

LAMACHIA, Claudio. *O caos da saúde pública*. 2012. Disponível em: <<http://www.oab.org.br/noticia/23941/artigo-o-caos-da-saude-publica>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

MACEDO, Luís Joeci Jacques de; CARVALHO, Jonilson Barroso; COUTINHO, Helen Rita Menezes. *O Gestor em saúde no setor público*. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. *Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS*. 2011. Disponível em:

<[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_339793983.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_339793983.pdf)>. Acesso em: 18 jul. 2014.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos da Metodologia Científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, Manoel. *O que é Gestão Pública?* 2005. Disponível em: <<http://www.gestaopublica.net/blog/?p=50>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

MELLO CORDEIRO, José Vicente B. de; RIBEIRO, Renato. *Gestão Empresarial*. Curitiba: Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus, 2002. (Coleção gestão empresarial, 2).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MORAZ, Gabriele. *O Sistema Único de Saúde no Brasil: Uma avaliação de seu funcionamento*. 2011. 164f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2011.

NEVES, Delma Pessanha. Políticas Públicas: Intenções Previstas e Desdobramentos Inesperados. *Revista Ciências Sociais Hoje*. p. 46-85, 1993.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de. *et. al. Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2013.

PAIN, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?* Ver, *Saúde Pública*, 32 (4): 299-316, 1998.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; SPINK, Peter (orgs). *Estado e Administração Pública Gerencial*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. *História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão*. Disponível em: <[http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf)>. Acesso em: 18 jul. 2014.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardozo de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde*. Módulo Político Gestor. São Paulo: UNIFESP, 2009.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho Amarante. *Gestão Pública e Relação Pública Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. *Entre na Rede Chimarrão*. 2012. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/333/?Entre\\_na\\_Nete\\_Chimarr%C3%A3o](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/333/?Entre_na_Nete_Chimarr%C3%A3o)>. Acesso em: 23 jul. 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE de PORTO ALEGRE. *Apresentação*. Disponível em: <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=807](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=807)>. Acesso em: 23 jul. 2014.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

**ANEXOS**

## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

*Título da pesquisa: Gestão da Saúde Pública: Impasses, Perspectivas e Desafios no Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre – RS.*

Pesquisador responsável: Gabriel Valim Silva      Fone: (51) 84012205

Orientador: Roberto Tadeu Ramos Moraes      Fone: (51) 81183347

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa, que tem como objetivo analisar a gestão da saúde pública no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Porto Alegre – RS. Nesse estudo, queremos descrever o modelo de gestão da saúde adotado, identificar os impasses, desafios e perspectivas que interferem na eficiência da gestão da saúde e identificar a percepção, a compreensão e os sentimentos dos atores envolvidos na gestão da saúde pública do SUS.

Para atingir esses objetivos, convidamos você a participar de uma entrevista, com duração aproximada de 20 minutos e com gravação de áudio, para posterior análise. Serão feitas dez perguntas a você, para subsidiar a pesquisa explicativa, com estudo de caso e análise de conteúdo para os dados coletados.

A entrevista será realizada na Secretaria de Saúde de Porto Alegre/RS, na Avenida João Pessoa, 325.

Você poderá recusar-se a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo a você. Durante a entrevista, você poderá recusar-se a responder a qualquer pergunta que lhe cause algum constrangimento.

A sua participação é totalmente voluntária e não lhe trará nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer outra natureza.

Serão garantidos o sigilo e a privacidade de sua identidade e das informações que você fornecer, sendo-lhe reservado o direito de omissão de dados.

Na apresentação dos resultados, não serão citados os nomes dos participantes. Esta é uma pesquisa para a dissertação de mestrado do pesquisador Gabriel Valim Silva, na FACCAT (Faculdades Integradas de Taquara).

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.

Caso você deseje, pode entrar em contato com o Comitê através do telefone (51) 32.89.55.17 ou na rua Capitão Montanha, 27 – 7º. Andar.

Este termo será assinado por você e pelo pesquisador responsável e cada um ficará com uma via original do documento.

*A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar dessa pesquisa e por isso dou meu consentimento.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

.....  
Pesquisador responsável

.....  
Orientador

.....  
Participante da pesquisa

## APÊNCICES

## **APÊNDICE A – (Entrevista com Gestor Municipal)**

- 1- Me descreva o processo no município de Porto Alegre, desde o atendimento no posto de saúde até uma possível hospitalização.
- 2- Quais os grandes problemas enfrentados pela SMS, para a prestação do serviço de saúde à população municipal?
- 3- Quais recursos faltam? 1-financeiro-qualidade 2-Mão-de-obra 3-Espaço físico (edificações e alocações) 4-Recursos tecnológicos.
- 4- Em relação à política partidária municipal, a secretaria é prejudicada, por vereadores opositores, governo estadual, ou governo federal?
- 5- Qual o nível de autonomia do Município de Porto Alegre na definição das prioridades políticas de ação em saúde? Explique
- 6- Como se caracterizam as relações da Secretaria Municipal de Saúde com a Secretária Estadual de Saúde na definição das prioridades políticas de ação em saúde?
- 7- Quais as estratégias que você e sua equipe utilizam para dimensionar a atual realidade da saúde pública no município de Porto Alegre?
- 8- Quais são os principais impasses para a gestão da saúde municipal de uma grande cidade, para que ela possa gerar melhores resultados?
- 9- Quais as perspectivas que a SMS e o secretário tem para a saúde pública municipal?
- 10- Quais são os desafios da SMS para que ela tenha sucesso e eficácia no seu trabalho?



## APÊNDICE B – (Entrevista com Gestor Estadual)

- 1 Me descreva o processo no Estado do Rio Grande do sul, desde o atendimento no posto de saúde até uma possível hospitalização.
- 2 Quais os grandes problemas enfrentados pela SES, para a prestação do serviço de saúde à população?
- 3 Quais recursos faltam? 1-financeiro-qualidade 2-Mão-de-obra 3-Espaço físico (edificações e alocações) 4-Recursos tecnológicos.
- 4 Em relação à política partidária estadual, a secretaria é prejudicada, por deputados opositores, governo municipal, ou governo federal?
- 5 Qual o nível de autonomia do Estado do Rio Grande do Sul na definição das prioridades políticas de ação em saúde? Explique
- 6 Como se caracterizam as relações da Secretaria Estadual de Saúde com as Secretárias Municipais de Saúde na definição das prioridades políticas de ação em saúde?
- 7 Quais as estratégias que você e sua equipe utilizam para dimensionar a atual realidade da saúde pública no Estado do Rio Grande do Sul?
- 8 Quais são os principais impasses para a gestão da saúde municipal de uma grande cidade, para que ela possa gerar melhores resultados?
- 9 Quais as perspectivas que a SES e o secretário tem para a saúde pública estadual?
- 10Quais são os desafios da SES para que ela tenha sucesso e eficácia no seu trabalho?