

FACULDADE LATINO-AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO

**MARTHA SILVA CARIGÉ**

POLÍTICA PÚBLICA DA SAÚDE EM CAMAÇARI/BA: O papel do Controle Interno  
em uma Unidade de Pronto Atendimento gerenciada por Organização Social  
(Janeiro a Junho/2019)

SALVADOR

2021

Martha Silva Carigé

POLÍTICA PÚBLICA DA SAÚDE EM  
CAMAÇARI/BA: O papel do Controle Interno em uma  
Unidade de Pronto Atendimento gerenciada por  
Organização Social (Janeiro a Junho/2019)

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado,  
Gobierno y Políticas Públicas, da Faculdade Latino-  
Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu  
Abramo, como parte dos requisitos necessários à  
obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y  
Políticas Públicas.

Orientador/a: Prof.º Dr. Alexandre Lalau Guerra

Salvador

2021

## Ficha Catalográfica

CARIGÉ, Martha Silva

Política Pública da Saúde de Camaçari/BA: O papel do Controle Interno em uma Unidade de Pronto Atendimento gerenciada por Organização Social (Janeiro a Junho/2019) / Martha Silva Carigé. Salvador: FLACSO/FPA, 2021.

Quantidade de folhas f.: 92

Dissertação (Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas), Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, 2021.

Orientador/a: Alexandre Lalau Guerra

Martha Silva Carigé

POLÍTICA PÚBLICA DA SAÚDE EM  
CAMAÇARI/BA: O papel do Controle  
Interno em uma Unidade de Pronto  
Atendimento gerenciada por Organização  
Social (Janeiro a Junho/2019)

Dissertação apresentada ao Curso  
Maestría Estado, Gobierno y Políticas  
Públicas, da Faculdade Latino-Americana  
de Ciências Sociais e Fundação Perseu  
Abramo, como parte dos requisitos  
necessários à obtenção do título de  
Magíster en Estado, Gobierno y Políticas  
Públicas.

Aprovada em 07 de abril de 2021.

---

Prof. Dr. Alexandre Lalau Guerra  
FLACSO Brasil/FPA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Natália Noschese Fingermann  
FLACSO Brasil/FPA

---

Prof.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Anny Karnne de Medeiros  
Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP)

---

Prof. Dr. Marcelo Prado Ferrari Manzano (SUPLENTE)  
FLACSO Brasil/FPA

## **Agradecimentos**

Desejo agradecer a todos aqueles que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretude desse trabalho, em especial:

A colega analista de controle interno do município de Camaçari, Aline Santos Mossete, que mesmo distante, foi fruto da descoberta do curso e fonte impulsionadora desse sonho;

Ao meu orientador, Alexandre Guerra, pela paciência, todos os ensinamentos e contribuições, incentivo, dedicação, parceria e fundamentais orientações para o desenvolvimento e a conclusão da pesquisa;

A todos(as) os(as) professores(as), funcionários(as) e colaboradores(as) ao Curso de “Mestrado em Estado, Governo e Políticas Públicas” da Fundação Perseu Abramo, grande atenção, apoio e oportunidade de crescimento profissional e mudança de vida;

Aos(as) nobres companheiros(as) de turma, líderes e trabalhadores de garra, pela troca de experiência e luta por uma sociedade mais igualitária e inclusiva;

Aos(as) entrevistadores(as) que dedicaram parte do seu tempo a colaborar com a realização desse trabalho; e todos àqueles que ainda acreditam numa educação pública de qualidade para todos(as).

## RESUMO

O município de Camaçari vem passando por um momento de reestruturação do modelo de gerenciamento de algumas unidades de saúde, via celebração de contratos de gestão com Organizações Sociais, a fim de oferecer melhores serviços de saúde à população local. Essas mudanças se enquadram na abordagem teórica da Nova Gestão Pública ou da Administração Pública Gerencial. Por ser recente na experiência brasileira, o gerenciamento de unidades de saúde por Organizações Sociais sob a gestão do SUS municipal torna-se um desafio a ser superado. Para fornecer subsídios a essa discussão, o objetivo da presente pesquisa é contribuir para o aperfeiçoamento dos instrumentos de fiscalização e controle do contrato de gestão pactuado entre o Instituto de Gestão e Higienização (IGH) e a Prefeitura do Município de Camaçari/BA, em torno da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), no bairro do Gravatá. A pesquisa se apoiou no método de tradição qualitativa via entrevistas com gestores, bem como realizou análise documental de relatórios e auditorias feitas pelo controle interno municipal no âmbito do contrato de gestão estudado. Os resultados desse trabalho foram sistematizados em cinco dimensões de análise, a saber: Instâncias de Monitoramento e Avaliação; Fiscalização dos pagamentos e dos atendimentos; Profissionais de saúde alocados; Transparência das informações e satisfação dos usuários; e Qualificação da equipe de controle interno municipal. Os desafios e recomendações encontradas circulam em torno do aperfeiçoamento dos procedimentos administrativos e operacionais, e colaboram para uma reflexão aos demais territórios brasileiros onde o modelo está sendo aplicado.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Nova Gestão Pública, Contrato de Gestão, Unidade de Pronto Atendimento, Organizações Sociais, Gerenciamento, Controle, Fiscalização, Transparência, Participação Popular, Resultados, Satisfação dos Usuários.

## ABSTRACT

The municipality of Camaçari has been going through a period of restructuring of the management model of some health units, through the signing of management contracts with Social Organizations, in order to offer better health services to the local population. These changes are part of the theoretical approach of New Public Management or managerial public administration. As it is recent in the Brazilian experience, the management of health units by Social Organizations under the management of the municipal SUS becomes a challenge to be overcome. In order to provide subsidies for this discussion, the objective of this research is to contribute to the improvement of the instruments of inspection and control of the management contract agreed between the Institute of Management and Sanitation (IGH) and the Municipality of Camaçari / BA, around of the Emergency Care Unit (UPA), in the Gravatá neighborhood. The research was based on the qualitative tradition method via interviews with managers, as well as performed documentary analysis of reports and audits carried out by the municipal internal control within the scope of the studied management contract. The results of this work were systematized in five dimensions of analysis, namely: Monitoring and Evaluation Instances; Inspections of payments and assistance; Allocated health professionals; Transparency of information and user satisfaction; and Qualification of the municipal internal control team. The challenges and recommendations found circulate around the improvement of administrative and operational procedures, and contribute to a reflection for the other Brazilian territories where the model is being applied.

**Keywords:** Unified Health System, New Public Management, Management Contract, Emergency Care Unit, Social Organizations, Management, Control, Inspection, Transparency, Popular Participation, Results, User Satisfaction.

## **ILUSTRAÇÃO**

Gráfico 1 - Produção de atendimento mensal na UPA da Gleba A, bairro do Gravatá, município de Camaçari/BA (Janeiro a Junho/2019).....	74
---	----

## TABELAS

Tabela 1 - Unidades de atendimento do SUS na cidade de Camaçari (2021).....	55
Tabela 2 - Demonstrativos de documentos referentes a UPA da Gleba A/Gravatá, Camaçari/BA, apresentados pelo IGH (Jan a Jun/2019).....	71
Tabela 3 - Média mensal de atendimentos na UPA da Gleba A/Gravatá, Camaçari/BA (Jan a Jun/2019) .....	73
Tabela 4 – Comparativo do Tempo de atendimento na UPA da Gleba A/Gravatá, Camaçari/BA, na data de 04/01/2019 .....	74
Tabela 5 - Quantitativo de atendimentos por paciente na UPA da Gleba A/Gravatá, Camaçari/BA (Jan a Jun/2019).....	75
Tabela 6 – Ilustrativo da prestação de contas do Contrato de Gestão nº 335/2014, na UPA da Gleba A/Gravatá, Camaçari/BA (Jan a Jun/2019).....	76

## ABREVIATURAS

ACI	Analista de Controle Interno
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APG	Administração Pública Gerencial
CEM	Código de Ética Médica
CGM	Controladoria Geral do Município
CRM	Central de Regulação Municipal
IGH	Instituto de Gestão e Higienização
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
NAF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NE	Nota de Empenho
ONG	Organização não governamental
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OS	Organização Social
PACS	Programas de Agente Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PMC	Prefeitura Municipal de Camaçari
PPA	Plano Plurianual
PPS	Política Pública de Saúde
SESAU	Secretaria de Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUDIS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCM	Tribunal de Contas do Município
TR	Termo de Referência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
PSF	Posto de Saúde da Família

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	12
1. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL.....	16
1.1. Controle Interno no Poder Executivo.....	25
1.1.1. Integração administrativa por uma Unidade de Controle Central .....	27
1.1.2. Desafios para o controle dos novos modelos de contrato de gestão .....	28
2. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.....	30
2.1. Descentralização para os entes federados e o papel dos municípios. ....	33
2.2. Inserção de políticas sociais. ....	40
2.3. O SUS e seus princípios. ....	45
2.4. Divisão e estruturação do SUS. ....	49
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E O CONTRATO DE GESTÃO COM ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA GERENCIAMENTO DA UPA. ....	52
3.1. Informações sobre o SUS no município. ....	54
3.2. Modelo de Organização Social implantada no município de Camaçari/BA.....	58
3.3. Contrato de Gestão na UPA da Gleba A/Gravatá. ....	61
4. DESAFIOS DO CONTROLE INTERNO E MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 335/2014 NA UPA .....	65
4.1. Instrumentos de Monitoramento e Avaliação. ....	70
4.2. Fiscalização dos pagamentos e atendimentos. ....	72
4.3. Profissionais de saúde alocados. ....	76
4.4. Transparência das informações e satisfação dos usuários dos serviços de saúde da UPA da Gleba A/Gravatá .....	79
4.5. Qualificação técnica da equipe de controle interno do município. ....	80
5. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85

## INTRODUÇÃO

A partir da década de 1980, em observância a trajetória da Administração Pública brasileira marcada por relevantes crises no Estado, especialmente, econômica, com o fim da ditadura, denota-se como estratégia de reforma a tal aparelhamento, redefinições de suas funções, atentando-se à volta da democracia e reorganizações de movimentos sociais. Nessa dialética de crises perpetuadas destacam-se três formas de execução de projetos no país: patrimonialista (ao minimizar o interesse público sobre o particular), burocrático (ao contraditar os desvios patrimonialistas) e o gerencial (com foco na eficiência, eficácia e efetividade dos serviços).

A ideia do patrimonialismo começou a ser despertada após a conceituação tratada pelo sociólogo alemão Max Weber (1864-1920), ainda no fim do século XIX, numa concepção de poder em que as esferas pública e privada confundem-se, cujo líder político, na investidura de um cargo público, acaba criando mecanismos de controle estatal para satisfazer as suas necessidades pessoais, ao atingir as esferas econômica e sociopolítica.

Já o modelo de administração burocrática tem o condão de evitar o retorno às práticas absolutistas e o modelo patrimonialista, ao frear os desmandos do detentor do poder, mediante a criação de mecanismos formais que impeçam práticas errôneas ou abusivas, limitando-se o devaneio do absolutismo. Salutar, pois, é o entendimento de Fernando Acunha (2012, p. 27) ao referir-se que tal modelo burocrático *“ênfatiza aspectos absolutamente formais, controlando processos de decisão, estabelecendo uma hierarquia funcional rígida, baseada em princípio de profissionalização, formalismo, entre outros”*.

Coaduna também com o mesmo pensamento, Argemiro Martins (2012, p. 19-20), ao destacar que *“em termos gerais, o modelo burocrático é constituído por procedimentos formais feitos por funcionários especializados com competências fixas, sujeitos ao controle hierárquico”*.

Entretanto, a proposta de administração pública gerencial surgiu como uma necessidade do Estado de redefinir funções administrativas, de maneira a contribuir com uma máquina pública dotada de maior agilidade, flexibilidade e eficiência, postas em

questão com a expansão do capitalismo global. Dessa forma, fim clarear as contradições vivenciadas, relevante o entendimento da cientista Maria Izabel Mallmann (2008):

*“Pode-se dizer que a democracia foi um dos ganhos políticos da década economicamente perdida. (...) Apesar das dificuldades, a década de 1980 foi marcada por acontecimentos relevantes no que diz respeito à aproximação dos governos latinoamericanos”.*  
(MALLMANN, 2008, p. 55)

Assim, nas últimas décadas foram implementadas reformas administrativas em relação ao Estado, mercado e sociedade, centrando estratégias tanto de redução do tamanho estatal, a racionalização dos recursos públicos, capazes de tornar o Estado mais flexível, dinâmico e eficiente. Portanto, denotam-se claramente objetivos comuns de ajuste fiscal e mudança institucional, diante da pretensão do Estado em promover o desenvolvimento, combinado a efetivação de um desenho de reforma voltado ao gerencialismo, também conhecido por administração pública gerencial ou *New Public Management*.

Cibele Franzese (2006, p. 2) completa essa discussão, ao dispor que tal implementação *“supõe a modificação de uma série de mecanismos presentes na maneira de operar do Estado, característicos do paradigma burocrático”*. Busca-se eficiência e eficácia, sobrepondo-se a observância de procedimentos, flexibilizando-se a rígida hierarquia por relação de escuta e colaboração, com maior autonomia dos funcionários, substituindo o excesso de normas e regulamentos, por metas e resultados pactuados.

O município de Camaçari vem passando por um momento de reestruturação do modelo de gerenciamento de algumas unidades de saúde via celebração de contratos de gestão com Organizações Sociais, a fim de oferecer melhores serviços de saúde à população local. Essas mudanças se enquadram na abordagem teórica da Nova Gestão Pública ou da Administração Pública Gerencial.

Por ser recente na experiência brasileira, o gerenciamento de unidades de saúde por Organizações Sociais sob a gestão do SUS municipal torna-se um desafio a ser superado, sendo relevante a necessidade de instrumentos de fiscalização por órgãos municipais como secretarias de saúde e controles internos das prefeituras.

Para fornecer subsídios a essa discussão, o tema desse trabalho envolve o

papel do Controle Interno municipal na fiscalização de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), no bairro do Gravatá, município de Camaçari/BA. Dessa forma, o objetivo da presente pesquisa é contribuir para o aperfeiçoamento dos instrumentos de fiscalização e controle do contrato de gestão pactuado entre o Instituto de Gestão e Higienização (IGH) e a Prefeitura.

Nesse sentido, a pergunta de pesquisa a ser respondida pelo trabalho é: Quais os desafios e recomendações podem contribuir para aperfeiçoar a fiscalização e o controle do contrato de gestão celebrado entre o Instituto de Gestão e Higienização e a Prefeitura do Município de Camaçari/BA, para melhorar o atendimento do SUS à população?

Para responder a essa pergunta de pesquisa se apoiou em ampla bibliografia sobre aspectos teóricos e conceituais a respeito do tema. Do ponto de vista metodológico recorreu à pesquisa de tradição qualitativa por meio de visitas técnicas, entrevistas e análise documental de relatórios, auditorias e ouvidorias, no âmbito do Quarto Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 335/2014, publicado no DOM, em 19/10/2018.

Assim, informalmente, por meio dessas visitas *in loco*, muitas conversas foram implementadas com servidores da saúde que trabalham na unidade, além de ouvir diferentes usuários dos serviços que tanto precisaram do atendimento, aos moradores da própria localidade. Ademais, atentando-se a relevância das informações obtidas, a fim de contribuir com a pesquisa, importantes entrevistas foram motivadas e realizadas com membros da equipe técnica da Prefeitura e da UPA, registrando-se os dados científicos pelo Gerente Geral da Unidade, além dos apontamentos feitos por Auditores de Controle Interno da Controladoria Geral do Município, bem como informações transmitidas pela Assessoria do Controle Interno e demais dados fornecidos por Coordenador de Suprimentos da Secretária de Saúde.

Quanto à análise documental, de maneira exaustiva, foram solicitados subsídios que pudessem levar a análise criteriosa e mais detalhada dos serviços efetivamente desenvolvidos, entretanto, tanto o IGH quanto a própria SESAU não responderam à contento. A exemplo dos demonstrativos de “Controle de Infecção Pré-Hospitalar”, “Verificação de Óbitos”, “Revisão de Prontuários”, “Vigilância Epidemiológica” e tantos outros documentos considerados importantes, foram disponibilizados apenas

parcialmente, omitindo-se de forma integral a todas as “Atas de Ética Médica”, o que inviabilizou a precisão dos dados relatados.

Desta feita, paralelo às referências e elementos comprovados por meio das visitas de monitoramento, aprofundou-se na análise dos consideráveis documentos encontrados e fornecidos pelos órgãos responsáveis, a destacar: Estudo de Viabilidade Econômica e Financeira para a Gestão da UPA do Gravatá, desempenhado pela Secretaria de Saúde no ano de 2014; bem como o Relatório de Auditoria Operacional na Área de Gestão e Controle da UPA, o Relatório do Serviço de Ouvidoria de Camaçari e o Relatório da UPA 24h da Gleba A realizado pelo Controle Interno do município, estes no ano de 2019.

Nesse contexto, impende direcionar o resultado desse trabalho sistematizado em cinco dimensões de análise: Instâncias de Monitoramento e Avaliação; Fiscalização dos pagamentos e dos atendimentos; Profissionais de saúde alocados; Transparência das informações e satisfação dos usuários dos serviços de saúde; e Qualificação técnica da equipe de controle interno do município.

Os desafios e recomendações encontrados na relação entre o Controle Interno e a Organização Social no gerenciamento da UPA de Camaçari, circulam em torno do aperfeiçoamento dos procedimentos administrativos e operacionais existentes, de forma a colaborar como reflexão para os demais territórios brasileiros onde o modelo está sendo aplicado.

## **1. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA GERENCIAL**

Na segunda metade do século XX, tornaram-se perceptíveis as disfunções e desgastes do modelo burocrático, mediante os exageros das autoridades, por meio da supervalorização de regulamentos, formalidade excessiva, despersonalização das relações humanas, limitação das interações organização e beneficiário, a hierarquização das decisões, dentre muitos outros aspectos relevantes.

Com o advento da Constituição Federal de 1988, pôde-se observar que a contemplação do projeto burocrático de administração pública apenas insurge reação ao clientelismo, mas não deixou de ser uma ratificação aos privilégios corporativistas e patrimonialistas, pairando-se incertezas quanto à compatibilidade com os princípios que devem nortear a administração pública.

Igualmente, diante do cenário fortemente resistente às mudanças, esforços intelectuais e experiências práticas uniram-se a consolidar esse novo modelo na gestão estatal, conhecido como Administração Pública Gerencial. Cumpre informar que essa mudança do modelo burocrático para o modelo gerencial principiou na década de 1990, através de uma reforma embasada numa tentativa de solucionar a crise estatal dos anos 80 e à globalização da economia, através de seus efeitos políticos, econômicos e sociais, mediante a expansão do capitalismo global.

Diante das análises por outros modelos de administração pública, possibilitou essa transição do projeto burocrático para o gerencial, sem perder a primazia dos princípios que dão sustentabilidade à gestão, em face de imprescindibilidade da organização estatal. Bem verdade que não foi fácil, uma vez que o modelo burocrático foi criado com o intuito de solucionar as “irracionalidades” enraizadas e perpetuadas pelas organizações públicas, na tentativa de aumentar a eficiência pela harmonização dos meios aos fins.

Porém, o modelo burocrático defendido por Weber, embora funcione como relevante projeto de análise sociológica e política no desenvolvimento da teoria administrativa, foi amplamente criticado por não levar em consideração aspectos importantes da realidade prática.

Dessa forma, embora tenha sido responsável por substituir a administração patrimonialista, em dado momento histórico, se tornou perceptível que muitas das vezes, a administração pública burocrática já caminhava em desafino com o interesse público, pois afastada da supremacia da coletividade, uma vez absolutamente técnica e mecanicista.

Logo, vislumbrando a necessidade de um modelo para que a administração pública superasse o desencontro entre o público e o privado, a princípio nasceu uma espécie de administração burocrática moderna. Modo em que, atribuíram-se características da modernidade, objetivando abarcar qualidade, agilidade e eficiência.

Contudo, ao passar dos anos, observou-se que o princípio da eficiência não se mostrou real, pois apesar do Estado liberal ceder lugar ao Estado social e econômico do século XX, denotou-se que os preços continuavam elevados para os serviços públicos, bem como os serviços permaneciam muito morosos. Nessa perspectiva do Estado sobre os serviços públicos, oportuno mencionar o registro da renomada doutrinadora Maria Sylvia Zanella di Pietro (2010):

*“Em primeiro lugar, o fato de que o Estado, à medida que foi se afastando dos princípios do liberalismo, começou a ampliar o rol de atividades próprias, definidas como serviços públicos, passou a assim considerar determinadas atividades comerciais e industriais que antes eram reservadas à iniciativa privada. Trata-se dos serviços comerciais e industriais do Estado”.* (DI PIETRO, 2010, p. 100-101)

Desse modo, denota-se que as organizações burocráticas começaram a reproduzir o conjunto de relações sociais motivadas pelo sistema econômico predominante, ou seja, na prática, executava-se a propagação de determinados interesses particulares em desfavor do interesse público, utilizando-se de uma estrutura legalista. Então, antes de inserir uma reforma gerencial na administração pública brasileira, atentou-se que a administração burocrática era excessivamente inflexível e antiquada, pois no próprio dia a dia do cidadão brasileiro, constatava-se o fracasso desse modelo considerado rígido, seja por custo, lentidão ou mesmo excesso de formalismo em diversos institutos e procedimentos, originários da modernidade.

Entretanto, pode-se chegar à conclusão que a organização burocrática não

uma forma negativa ou ruim por completo. Dessa forma, critérios outros são motivados a gerenciar as organizações e os serviços públicos, corroborado como o da justiça social. Segundo Misoczky (2001):

*“Assumir o critério da justiça social como determinante implica encontrar formas inovadoras de organizar e gerir, que expressem claramente compromissos com setores e grupos excluídos nos diferentes contextos sociais, que incluam o recrutamento de membros de grupos minoritários e excluídos e, mais que isso, que estabeleçam relações de compromisso e de parceria com organizações da sociedade e com cidadãos ativos”.* (MISOCZKY, 2001, p. 9)

Nesse sentido, percebe-se que além dos modelos propriamente ditos, o incremento das Organizações Sociais (OS) e Organizações das Sociedades Civas de Interesses Públicos (OSCIPS), baseadas sobre outros valores, podem ser resultantes das disfunções da burocracia, mesmo mantendo certas características, não significando forçosamente uma ruptura ao modelo tratado, mas diretrizes com ênfase diferenciada.

Assim, ressalta-se que o modelo mais moderno de administração pública vigente em um dado contexto social, traduz também os interesses de classes sociais específicas e busca a legitimação de suas ideologias através dos atos administrativos. Nessa direção, o padrão de administração pública que vale para uma sociedade também é aquele que combina com os interesses coletivos. Portanto, paralelamente, deve caminhar em atenção e cumprimento aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, como verdadeiros condões ao resguardo dos direitos e garantias fundamentais dos cidadãos, a serem concretizados através de ampla participação democrática, pressupondo comunhão de pessoas, novas relações sociais e modelos sócio-culturais.

Tais princípios são responsáveis por dar maior unidade ao ordenamento do Estado e, para tanto, não poderia ser diferente ao tratar das organizações públicas, uma vez que até o ato discricionário não pode infringir a legalidade, formalizado na nossa Carta Maior da República, artigo 5º, inciso II, que declara: *“ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”*<sup>1</sup>. Logo, inegável é a importância desse preceito, uma vez que todos os atos da administração pública deverão estar respaldados

<sup>1</sup> Ver art. 5º, II, da Constituição Federal de 1988.

na lei, caso contrário, não será levada em consideração sua validade.

Oportuno mencionar a sustentação do renomado administrativista Celso Antônio Bandeira de Mello (2006):

*“Para avaliar corretamente o princípio da legalidade e captar-lhe o sentido profundo cumpre atentar para o fato de que ele é a tradução jurídica de um propósito político: o de submeter os exercentes do poder em concreto – o administrativo – a um quadro normativo que embarque favoritismos, perseguições ou desmandos”.* (BANDEIRA DE MELLO, 2006, p. 96)

No que tange ao princípio da impessoalidade, certifica-se que a administração pública não pode discriminar os seus cidadãos por mera liberalidade, mas única e exclusivamente, se houver relevante interesse público, sobrepondo-se ao interesse particular – é o que dispõe o caput do artigo 5º, da CF/88, ao rezar que todos devem ser tratados de forma igualitária.

Sobre as organizações sociais, regidas pela Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998, Maria Sylvia Zanella di Pietro (2010) escreve que:

*“Organização social é a qualificação jurídica dada a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, instituída por iniciativa de particulares, e que recebe delegação do Poder Público, mediante contrato de gestão, para desempenhar serviço público de natureza social. Nenhuma entidade nasce com o nome de organização social; a entidade é criada como associação ou fundação e, habilitando-se perante o poder público, recebe a qualificação; trata-se de título jurídico outorgado e cancelado pelo poder público.”* (DI PIETRO, 2010, p. 496)

Quanto as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, criadas e reguladas pela Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, salutar a conceituação dada por Matheus Carvalho (2016):

*“(...) as organizações da sociedade civil de interesse público são particulares, sem finalidade lucrativa, criadas para a prestação de serviços públicos não exclusivos de promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico, promoção gratuita da educação e da saúde, promoção da segurança alimentar e nutricional, defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável, entre outras definidas em lei”.* (CARVALHO, 2016, p. 698)

Contexto em que, pensa-se nas parcerias público-privadas como importantes para a gestão pública, instituídas pela Lei nº 11.079 de 2004, a possuir a natureza jurídica de concessões, ou seja, acordo entre duas partes, consolidado por meio da celebração de um contrato, mediante tarifa paga pelo usuário. Portanto, nota-se que a lei habilita as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, a estabelecerem termos de parceria com o Poder Público, desde que não façam parte da administração pública direta, nem indireta, mas apenas sejam consideradas como entidades de colaboração.

Para tanto, ao se capacitarem para obter recursos públicos, as pessoas jurídicas de direito privado devem dar suporte ao funcionamento da organização, bem como necessitam cumprir requisitos, a exemplos: não objetivar lucros, desenvolver atividade socialmente útil (como assistência social, promoção da cidadania, combate à pobreza, dentre muitas outras), além de não possuir impedimentos (por serem sociedades comerciais, instituições religiosas e etc.).

Nessa linha, as organizações precisam prestar contas tanto às entidades que repassam dinheiro público, quanto ao Tribunal de Contas, para que não sejam responsabilizadas. Embora não haja necessidade de fazer procedimento licitatório para celebração do termo de parceria, necessita cumprir todos os requisitos firmados na lei, até para que a Administração não venha a negar o vínculo. Havendo mais de um interessado, conforme dispõe o art. 23, do Decreto nº 3.100/99, deverá apenas realizar um procedimento simplificado chamado concurso de projetos.

A diferença das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público para as Organizações Sociais, é que as OSCIPs atuam em áreas típicas do setor público com interesse social, e estão disponíveis a quem preencher os requisitos exigidos, não de forma discricionária como ocorre nas Organizações Sociais. Como bem destaca Celso Antônio Bandeira de Mello (2011, p.242)<sup>2</sup>, as OSCIPs não estabelecem Contratos de Gestão e sim, Termos de Parceria com o Poder Público, e estão sujeitas ao controle financeiro e orçamentário do Tribunal de Contas.

<sup>2</sup> **Análise das entidades paraestatais, organizações sociais e organizações da sociedade civil de interesse público, publicado em 01/04/2018.** Disponível em <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-171/analise-das-entidades-paraestatais-organizacoes-sociais-e-organizacoes-da-sociedade-civil-de-interesse-publico/> (acesso em 16/10/2000 às 14:00)

De outra forma, a atuação das Organizações Sociais é na área do ensino, da pesquisa científica, do desenvolvimento tecnológico, da proteção e da preservação do meio ambiente, da cultura e da saúde, desempenhando atividades de interesse público, e não se caracterizam como serviços públicos *strito sensu*. Nesse contexto, pode-se afirmar que a responsabilidade pela prática dos atos da administração deve ser atribuída diretamente à pessoa jurídica e não ao agente público, senão como subsidiário, visto que a impessoalidade deve ser essencial no modelo da administração gerencial.

Ao destacar que o princípio da moralidade como preceito fundamental de qualquer ordenamento jurídico, reprovava, veementemente, qualquer conduta em discordância aos bons costumes, à lei e que desrespeite os valores fundamentais da sociedade, cabe ao poder judiciário zelar pela lisura dos atos administrativos. Bem sedimentado é o entendimento do jurista Hely Lopes Meirelles (2006, p. 89), quando registra que “*a moralidade do ato administrativo juntamente com a sua legalidade e finalidade, além de sua adequação aos demais princípios, constituem pressupostos de validade sem os quais toda atividade pública será ilegítima*”.

Em atenção ao princípio da publicidade, vale pontuar que a administração pública deve viabilizar plena transparência aos atos que realiza, pois ato algum pode ser sigiloso, resguardadas restritas exceções, a exemplo de conteúdo que protege a intimidade pessoal. Oportuno é o posicionamento de Cibele Franzese e Rodolfo Marino (2006), ao expressar quê:

*“A transparência das metas pactuadas, bem como das razões que as embasaram, possibilita, além do surgimento de uma relação de confiança entre políticos e burocratas, um melhor planejamento e maior estabilidade às políticas de organização”.* (FRANZESE, 2006, p.4-5)<sup>3</sup>

Por eficiência, tal princípio fortalece que a administração pública deve primar por resultados, de maneira célere e eficaz. Esse entendimento, especialmente, é que motivou a transição do modelo burocrático para o gerencial.

<sup>3</sup> Trabalho apresentado à Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo (2006). FRANZENSE, Cibele e MARINO, Rodolfo Villela. **Contratualização de Resultados: uma tipologia [ou classificação] com base em casos brasileiros.**

Portanto, harmonicamente, os princípios citados serão tratados como verdadeiros condões para a concretização dos direitos e garantias fundamentais dos cidadãos, a efetivar tais preceitos através de uma ampla participação democrática. Tempo em que, instituem-se novas direções à política nacional, permitindo ao país reformular diversos aspectos na administração pública, dentre os quais, superar o modelo burocrático para o da administração pública gerencial, cujo objetivo deve ser a satisfação do interesse público na desconstituição de um modelo voltado meramente a racionalidade e legalidade, que se tornou ultrapassado e insatisfatório aos interesses dos cidadãos.

Mediante conjunturas políticas, econômicas e sociais que ensejaram a crise burocrática inerente a diversos fatores, relevante mencionar algumas, dentre muitas outras: morosidade no sistema de atendimento, embaraços às demandas sociais e custo elevado dos serviços públicos. Assim, a perspectiva contemporânea de mudança na maneira de operar do Estado, revela que a Administração Pública busca a solução de problemas de forma mais prática, com base em um olhar histórico que valida à relevância do tema, ainda que delimite aspectos positivos e também negativos, na expectativa de soluções mais céleres e maior atendimento as demandas sociais, com o uso eficiente dos recursos públicos e transparência dos atos.

Parte-se, portanto, da viabilidade na flexibilização da rigidez hierárquica, valorizando a escuta e colaboração, com maior autonomia da equipe de trabalho, onde o excesso de normas e regulamentos é substituído por metas e resultados, em primazia do interesse público. Contexto em que, as reformas administrativas chegaram à maioria dos países do mundo, a exemplo da Inglaterra, Estados Unidos, Nova Zelândia e Austrália. E no Brasil não foi diferente, já por volta dos anos 90, ao iniciar as alterações constitucionais e legais no intuito de implantar esse modelo de administração pública gerencial, apoiado em busca por maior eficiência e eficácia.

Vale ressaltar que na ótica do neoliberalismo, assentado na ideia de Estado mínimo, o objetivo era retirar do setor público toda atuação e serviço que não fosse de necessidade exclusiva, reservando, a cargo da iniciativa privada, o que não for estratégico e imprescindível. Assim, inevitavelmente desperta a necessidade de um novo modelo de administração pública, com o propósito de sanar ou minimizar tais falhas, a dizer – o modelo gerencial – com o intento de pôr fim às práticas clientelistas e patrimonialistas,

instalando-se uma administração pautada nos “princípios da nova gestão pública”.

Tal reforma administrativa gerencial, trouxe mudanças consistentes para a sociedade, envolvendo delimitações mais precisas da área de atuação do Estado, cuja distinção entre as atividades estratégicas, políticas e de execução, é dar maior autonomia para as atividades executivas exclusivas do Estado e os serviços sociais que ele realiza, descentralizando-se as atribuições, caso entenda necessário. No que tange a essa descentralização administrativa, oportuno mencionar a compreensão trazida pela jurista Maria Sylvia Zanella di Pietro (2010):

*“A descentralização administrativa ocorre quando as atribuições que os entes descentralizados exercem só têm o valor jurídico que lhes empresta o ente central; suas atribuições não decorrem, com força própria, da Constituição, mas do poder central. É o tipo de descentralização própria dos Estados unitários, em que há um centro único de poder, do qual se destacam, com relação de subordinação, os poderes das pessoas jurídicas locais.”* (DI PIETRO, 2010, p. 411)

Portanto, pode-se considerar que o modelo meramente burocrático se tornou totalmente incompatível com o projeto gerencial de administração pública defendido pelo regime democrático, pois adotando-se a burocracia nos procedimentos administrativos do Estado, depara-se na contradição do fomento à intervenção popular na esfera pública. Oportuno, pois, mencionar o entendimento defendido pelo pesquisador Bresser Pereira (1995), ao declarar que:

*“A tecnoburocracia surge como classe nas grandes organizações privadas e também no interior do aparelho do Estado. À medida que isso ocorre, o Estado tende a ganhar uma relativa autonomia em relação à sociedade civil. Essa, entretanto, não é uma tendência que possa prevalecer ao longo prazo, na medida em que existe nela um elemento autoritário incompatível com os valores democráticos prevaletentes no mundo contemporâneo.”* (BRESSER PEREIRA, 1995, p. 103)

Colocado isso, nota-se que na defesa pela imprescindibilidade da participação cidadã para a operacionalização, controle, vigilância e guarda dos atos praticados pela administração pública, em prol da coletividade, não se pode fugir da supremacia do interesse público. Caso contrário, a ausência de cooperação direta e indireta dos cidadãos na vida política de um ente público pode demandar significativa desarmonia ao fim a que se destina o ato administrativo, gerando desde apatia política, que é o descrédito e

desinteresse popular, a anarquia propriamente dita, ou seja, desrespeito e desordem institucionalizada.

O enfrentamento a essas espécies de “discrepâncias” devem ser reforçadas, veementemente, uma vez que são as mesmas responsáveis pela desonra da política na sociedade, e demandam nada mais que providências simples. A atuação e intervenção contínua do cidadão na administração pública, devem ser amparadas por interesses coletivos e sociais, executáveis por decisões legalistas e administrativas, na defesa do exercício da cidadania, por uma democracia participativa. Contexto em que, afirma o cientista italiano Norberto Bobbio (2000):

*“Que a democracia direta não seja suficiente se torna claro quando se considera que os institutos de democracia direta no sentido próprio da palavra são dois: a assembléia dos cidadãos deliberantes sem intermediários e o referendium. Nenhum sistema complexo como é o de um Estado moderno pode funcionar apenas com um ou com outro, e nem mesmo com ambos conjuntamente.”*  
(BOBBIO, 2000, p. 65)

Em síntese, nota-se que o modelo de reforma gerencial vem modificar o perfil do gestor público, que deixa de ser meramente executor, e passa a ter um perfil gerenciador de projetos executados por terceiros, ou seja, utilizando-se os chamados “contratos de gestão”, abraçando a ideia da “Gestão pela qualidade”, especialmente, por meio de parcerias na área da saúde, como é o caso nas Unidades de Pronto Atendimento, por exemplo.

A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta está prevista no Art. 37, §8º, da CF/1988, que abre tal possibilidade à Administração Pública, a firmar esses contratos, definindo vários critérios, como prazos, metas, controles, além da responsabilidade dos gestores e remuneração das pessoas envolvidas. Vale dizer que através de informes históricos, esse modelo foi bem aceito e apoiado à época, tanto pelas elites brasileiras, altos funcionários, intelectuais e etc. frente à opinião pública em geral, constatando-se a aprovação por uma média de 75% (setenta e cinco por cento) da população. É o que diz respeito a emenda constitucional da reforma, quanto ao “Plano diretor da reforma do aparelho de Estado”.

Contudo, importante mencionar que o modelo burocrático de administração pública

colapsou com a fragilização do poder estatal junto a escassez dos recursos públicos. Com isso, a reforma gerencial da administração pública brasileira atribuiu a capacidade de satisfazer o interesse público, por meio da ampla participação popular, o que configura essencial em qualquer democracia, frente ao progresso nas três extensões do plano diretor, quais sejam, institucional, gerencial e até cultural.

## **1.1. Controle Interno no Poder Executivo**

Feita a primeira análise sobre o tema, incorre a necessidade de um controle específico para essa nova tratativa e atuação da administração pública no modelo gerencial, o que importa ressaltar que a participação administrativa significa toda e qualquer forma de interferência de terceiros na atuação da esfera administrativa do Estado, objetivando a satisfação dos interesses coletivos, através da real participação dos cidadãos no espaço público. Oportuno mencionar a manifestação da participação da sociedade civil nos regimes democráticos de direito, pelo professor Bresser Pereira (1999):

*“O Estado se torna forte, logra poder, quando consegue vencer a resistência de sociedades. Está claro que esta não é a abordagem que estou propondo. Este tipo de relação foi verdadeira no passado, mas perdeu grande parte de seu poder explicativo na medida em que o regime democrático foi se universalizando e a sociedade civil assumiu um poder crescente. A democracia pode ser ainda incompleta. Oligarquias de vários tipos ainda existem. Mas agora é a sociedade civil, independente do Estado, que determina ou busca determinar a organização do Estado e do mercado, e não o contrário.” (BRESSER PEREIRA, 1999, p.73)*

Outrossim, observa-se a importância da amplitude do Controle a qualquer forma de organização e representatividade, pois administrar compreende planejar, organizar e dirigir, além de fiscalizar, os atos e recursos com o fim de alcançar os objetivos traçados pela administração pública. Cumpre assegurar que não apenas essa mudança no padrão administrativo foi responsável por aperfeiçoar seus atos, mas também a própria CF/1988 preceitua fundamentalmente a relevância desse interesse coletivo, através dos próprios princípios que norteiam o arcabouço legal.

Dessa forma, destaca-se também a necessidade do fortalecimento da participação cidadã na concretização dos atos públicos a solidificar uma democracia capaz de prezar

pelos interesses efetivamente essenciais à sociedade, contribuindo para evitar, senão atenuar sérios problemas, a exemplo do uso incorreto e desvios de verbas ao fim público.

Reforça-se, portanto, a necessidade de um efetivo controle interno no poder executivo, bem como a própria participação popular, amparado, fundamentalmente, no planejamento e execução da gestão pública, como atos vinculados à lei, e praticados por agentes públicos, investidos pela via do mandato eletivo, com o objetivo de preservar o interesse comum e orientar o administrador nas tomadas de decisões.

Tema consagrado e de suma relevância para o Estado de Direito, cuja transparência na Administração Pública é obrigatória e imposta aos gestores públicos, pois estes atuam em nome dos cidadãos, como representantes do povo. Portanto, no âmbito do direito administrativo, a sociedade tem o direito de pedir conta, a todo agente público, quanto à sua administração e melhor aplicabilidade dos recursos públicos.

Inegável é a importância desse acompanhamento para a população, vez que os políticos eleitos, muitas das vezes, desconhecem ou deturpam os regramentos exigíveis que asseguram o fiel cumprimento e correta aplicação dos recursos a que devem ser destinados, e disponíveis a atender os princípios norteadores da administração pública, evitando-se indiscriminadamente o abuso de poder.

Nesse contexto, entre os benefícios advindos do planejamento e implementação de um sistema de controle interno e maior fiscalização, tem-se o desempenho organizacional e o monitoramento voltado para resultados e melhoria contínua dos processos de trabalho, além da boa prática de governança e gestão recomendada. Técnicas, conceitos e métodos que viabilizem a atuação transparente, clara e objetiva dos processos no âmbito interno da administração pública, possibilitam mitigar os riscos, erros, fraudes e desvios dos recursos públicos, aproximando-se das metas primordiais a serem efetivamente alcançadas. Conforme registra Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2002, p.435), Controle Administrativo *“é o poder de fiscalização e correção que a Administração Pública (em sentido amplo) exerce sobre sua própria atuação, sob os aspectos de legalidade e mérito, por iniciativa própria ou mediante provocação”*. Assim, observa-se que a relação custo-benefício deve nortear todo o desenvolvimento e implementação desse sistema de controle.

### **1.1.1. Integração administrativa por uma Unidade de Controle Central**

No âmbito do Poder Executivo do Município de Camaçari, a prefeitura conta com uma Controladoria Geral institucionalizada, e um órgão descentralizado de Controle Interno na Secretaria de Saúde. Ademais, diversos controles mantidos em todos os setores organizacionais da administração pública, devem funcionar integrados e subordinados, ao órgão central de coordenação, orientados para o desempenho das respectivas atribuições, podendo ser instituído como unidade central de controle interno ou como controladoria, conforme venha regrado em cada governo.

Essas atividades de controle interno somadas às de controle externo exercidas pelo Poder Legislativo, com o auxílio do Tribunal de Contas, combinado com as do controle social desempenhado pelo cidadão, constituem verdadeiros pilares para uma boa administração pública, no processo de fiscalização contábil, financeiro, orçamentário, operacional e patrimonial.

Criada pela Lei nº 667, de 27 de janeiro de 2005<sup>4</sup>, a Controladoria Geral do Município de Camaçari tem por finalidade realizar ações de controle e fiscalização na aplicabilidade dos recursos e bens municipais, de todas as entidades vinculadas a ela, legal e financeiramente. Nesse contexto, compete a CGM avaliar desde o cumprimento das metas estabelecidas no plano plurianual; como fiscalizar, controlar e avaliar a execução dos programas de governo e objetivos traçados; realizar auditoria sobre a gestão dos recursos públicos municipais, abrangendo os sistemas contábil, financeiro, orçamentário, de pessoal e demais sistemas administrativos operacionais; preparar balancetes e as prestações de contas de recursos transferidos para o município por outras esferas do Governo; além de supervisionar a gestão de fundos, programas e convênios, a exemplo do sistema único de saúde aqui tratado.

Em atenção a Resolução nº 1120/2005<sup>5</sup>, de forma integrada, aos Poderes Executivo e Legislativo municipais, cabe a obrigatoriedade da implantação e manutenção de sistemas de controle interno no município, a fim de atender aos princípios constitucionais,

<sup>4</sup> Lei nº 667, de 27 de janeiro de 2005. Disponível em <https://leismunicipais.com.br/a/ba/c/camacari/lei-ordinaria/2005/66/667/lei-ordinaria-n-667-2005-adiciona-ao-art-7-do-capitulo-iii-da-lei-368-de-14-de-fevereiro-de-1997-inciso-xv-institui-a-controladoria-geral-do-municipio-e-da-outras-providencias> (acesso em 10/03/2020 às 13:40)

<sup>5</sup> Resolução nº 1.120/2005. Disponível em <https://www.tcm.ba.gov.br/consulta/legislacao/resolucoes/page/2/> (acesso em 20/11/2019 às 19:10)

a serem adimplidos pela própria Administração Pública, com o auxílio do controle externo estadual.

Nesse contexto, considera-se que o fortalecimento do controle interno alcançou seu ápice com o advento da Lei Complementar Federal nº 101/2000 – a Lei de Responsabilidade Fiscal – ao trazer uma série de impositivos aos administradores públicos. A partir de então, verificou-se a exigência de ações mais planejadas e transparentes, ao criar a obrigatoriedade de fiscalizar o cumprimento de suas disposições, dando a esse controle, maior importância e relevância dentro das instituições públicas.

Com o entendimento da necessidade de um controle interno bem estruturado, tenciona-se a evitar erros que ocorrem até por desconhecimento do gestor, bem como desvios e fraudes na aplicação dos recursos públicos. Mesmo que não seja totalmente possível prevenir a ocorrência destes, podem ser detectados, e a devida correção encaminhada, auxiliando a administração a alcançar seus objetivos estratégicos. Atentar que a autonomia do município seja assegurada pela CF/1988, em seu art. 18, pode-se organizar administrativamente como melhor lhe aprouver, não cabendo a outras entidades o direito de estabelecer normas que infrinjam a estrutura organizacional já consolidada.

No entanto, é importante ressaltar que a Administração Pública, em sua atuação rotineira, executa grandioso número de atos de despesas e receitas, devendo atuar com legitimidade, ou seja, segundo as normas pertinentes a cada ato, sempre em primazia com a finalidade e o interesse da coletividade.

### **1.1.2. Desafios para o controle dos novos modelos de contrato de gestão**

A edição e a aplicação dos atos administrativos sintetizam as principais diretrizes e conceitos atinentes à sua função de controle, amparados pelos princípios da economicidade, eficiência, eficácia, efetividade e equidade.

Em atenção a cada um deles, importante pontuar que para o princípio da *Economicidade*, destaca o necessário gasto para o desenvolvimento, atendimentos e metas a serem alcançadas pela administração pública, unindo qualidade, celeridade dos resultados e menor custo possível; por *Eficiência*, impõe à administração pública a persecução do bem comum, por meio do exercício de suas competências de maneira

imparcial e sem burocracia; já quanto a *Eficácia*, diz respeito ao alcance das metas pactuadas, num dado período de tempo; quanto a *Efetividade*, traduz o agir combinando a competência e a produtividade, agregando valor, ao mudar a realidade; e no que tange a *Equidade*, defende a justiça fundada na igualdade, e na produção de resultados que proporcionem a justiça social.

Logo, ao atentar para a especificidade do Sistema Único de Saúde (SUS) desse município, mediante a crise financeira que assolou o Brasil e se perpetuou durante todo o ano de 2019, especialmente, considerando o cenário que demanda primazia a tratar de serviço público essencial – direito a SAÚDE – fundamentalmente, resguardado e amparado pela Carta Constitucional, evidentes são os desafios enfrentados pelos gestores e agentes públicos.

A introdução de uma administração com foco em resultados, criando-se novas organizações, com o objetivo de dar maior autonomia a contratualizações por soluções, gera mudança na macro-estrutura do aparelho estatal ou forma do Gestor se relacionar com as instituições públicas.

Dessa forma, demandam um cuidado especial por uma gestão responsável, efetiva e eficaz na aplicabilidade dos recursos públicos a que devem ser destinados, objetivando garantir a manutenção, qualidade e adequação dos serviços públicos, além da manutenção do equilíbrio fiscal, em atenção às normas e o desenvolvimento econômico, fim contribuir a uma melhor qualidade na saúde pública da população de Camaçari.

Desta feita, o propósito do controle interno municipal além de proteger o patrimônio público, apoia e auxilia o gestor no exercício das suas funções governamentais de atendimento à saúde da população local, de maneira a prevenir erros, fraudes, uso indevido e desperdícios, trazendo apenas benefícios à sociedade e melhoramento na eficiência da prestação do serviço.

É preciso ter uma visão presente para melhorar no futuro, não apenas evitar ou minimizar perdas, mas lidar de maneira positiva com as diversas oportunidades. Não existe um ambiente completamente seguro, dotado de confiança absoluta entre todos os membros de uma repartição, mas muitos riscos e devaneios precisam e podem ser

evitados, reduzidos ou até mesmo eliminados, por um bom, eficiente e adequado gerenciamento de riscos, com práticas até mesmo preventivas.

Pois bem, esse controle tão relevante para o município, se baseia em apropriado planejamento organizacional, lógica, extensão e documentação estratégica, a fornecer orientação geral de planos, metas, procedimentos e políticas, a serem internalizadas e utilizadas no trabalho cotidiano e na operacionalização do gerenciamento dos riscos. A complexidade e abrangência das estratégias devem ser medidas e efetivamente possíveis diante dos objetivos organizacionais associados, de forma a poder minimizar ou agir diante das mudanças e necessidades precípuas, de maneira mais adequada e oportuna, na aplicação sistemática de políticas, procedimentos e práticas de gestão a alcançar a finalidade pública, com a maior presteza e eficiência possível.

Diante do exposto, mesmo considerando que as necessidades de saúde para a população sejam ilimitadas, a verdade é que os recursos públicos disponíveis ainda são insuficientes, fazendo com que o governo estabeleça prioridades, defina metas e objetivos a serem atingidos, fim possibilitar o alcance a todos, e isso precisa ser efetivamente fiscalizado.

## **2. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**

Como um dos países pioneiros que se propõe a encarar o desafio de universalização da saúde pública, passando por inúmeros procedimentos e visões de Estado e Cidadania, o Brasil vem buscando maximizar a assistência médica à população de maior vulnerabilidade social, por meio de estruturas organizacionais e políticas públicas que assistam aos anseios dos cidadãos, frente ao Estado Democrático de Direito.

Atentando-se a área de saúde, chegou-se à conclusão que as necessidades e doenças eram mutáveis, e a depender de cada momento, a atuação era completamente diferenciada, o que motiva políticas públicas direcionadas às maiores premências, a focar tanto em ações, quanto em serviços do governo, uma vez que é indispensável discutir saúde, dissociada da atuação, deveres e direitos do Estado Brasileiro, correlacionados com o indivíduo e sua coletividade.

Por Everardo Duarte Nunes (2000), em breve apanhado, registra-se que de 1897 até 1930, a área de saúde era designação da Diretoria Geral de Saúde Pública, inserida no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, que tinham como base o saneamento básico e o controle de endemias, tais como a peste, cólera e varíola, representando modelo de campanhas sanitárias. Através da legislação estruturante, somente em 1953, com a criação do Ministério da Saúde (MS), inseriu-se uma visão municipalista, crescendo a chamada “Medicina de Grupo” e a privatização dos serviços em saúde (CONASS, 2011)<sup>6</sup>.

Porém, ao passar dos anos, já na década de 70, observou-se que a saúde no Brasil estava bastante sucateada e precária, fortemente criticada pela ditadura militar, o que desencadearam sólidos movimentos por uma reforma sanitária, que emponderasse tal setor público como um direito de cidadania.

Referindo-se ao conjunto de idéias correlacionadas a mudanças e transformações necessárias na área de saúde, vale registrar que tal movimento sanitário não preocupou apenas o sistema político, mas todo o setor de saúde, grupos de médicos e outros profissionais atentos a saúde pública, na busca por melhoria das condições de vida para a população.

Apartir dos anos 80, objetivando a universalização desse cuidado, principiou efetivamente a integração das instituições públicas de saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, com a implementação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), representando marco inicial para sua descentralização, com foco na atenção primária, tratando a rede ambulatorial como a “porta de entrada” para o sistema.

Assim, a reforma sanitária brasileira surgiu basicamente com um movimento de intensa participação social, consolidado com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>7</sup>, em 1986, logo após o fim da ditadura militar, ao consagrar uma concepção ampliada de saúde, defendendo tal direito como universal e dever do Estado. (DA SILVA, Jacinta de Fátima Senna; FALEIRO, Vicente de Paula Faleiro e outros, 2006).

<sup>6</sup> Sistema Único de Saúde. Coleção para entender a gestão do SUS. Vol1 Disponível em [https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_1.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf) (acesso 03/03/2021 às 12:30)

<sup>7</sup> 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. Publicado em 22 de maio de 2019. Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma> (acesso em 02/12/2019 às 21:00)

Antes da criação do SUS houve um amplo movimento conhecido como "movimento sanitário", atentando-se à compreensão mais ampla e difusa por parte dos gestores, técnicos, profissionais e conselheiros de saúde, de forma a transcender os limites setoriais ao que é proposto pelo próprio sistema de saúde, uma vez que não se pode viver um paradoxo na defesa da saúde para todos, e ao mesmo tempo admitir suas contradições, ao enfrentá-las no dia a dia, diante dos planos estrutural e político-institucional.

A racionalização de procedimentos de custo elevado viabilizou a realização de convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, junto às Secretarias de Estado da Saúde, motivando a utilização da capacidade pública ociosa. No decorrer dos anos foram criados Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), direcionados à universalização e equidade no acesso aos serviços, além da integralidade dos cuidados assistenciais, e implementação de distritos sanitários – quando o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de atividades, prevendo a municipalização que viria com o SUS.

Em 1988, a Constituição Federal solidificou o entendimento de que a saúde é "*Direito de todos e dever do Estado*", abrangendo as necessidades individuais e coletivas consideradas de interesse público, cujos serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão descentralizada. Tal sistema garante o acesso à saúde de qualidade a qualquer cidadão brasileiro, estendendo desde os processos mais simples, como o tratamento de uma virose comum, até processos complexos, como cirurgias e transplante de órgãos, por exemplo. Portanto, é possível configurar um direito essencialmente assegurado pela Carta Maior, resguardado, amparado e garantido pelo Estado, através de um sistema que abrange toda a população, aprimorado por políticas públicas universais, a abraçar quaisquer eventualidades necessárias.

Assim, o Brasil reconheceu a saúde como direito social de cidadania, fundamentando a elaboração do SUS como modelo de atenção, especialmente, por modificar a concepção social de saúde e estimular ações para a prevenção e cura, baseadas no direito universal, por acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade. A CF/88 reafirma o Estado de Direito e define uma política de proteção social extensiva, inscrevendo ações de iniciativa do poder público e da

sociedade, voltadas para assegurar a ordem social, tendo como objetivos precípuos o bem-estar e a justiça sociais, à construção da ordem pública.

Importante frisar que a Carta Magna sedimenta a possibilidade de intervenção e participação popular, inovando o entendimento da própria assistência à saúde, ao defender a descentralização da gestão dos serviços, integralização das ações (dicotomia preventivo/curativo), unidade de políticas setoriais, regionalização e hierarquização das unidades que prestam os serviços, por meio de planejamento, gestão, execução e avaliação das suas ações, inseparáveis da função pública, incluindo desde o acesso, controle e fiscalização dos produtos, substâncias, procedimentos, corpo técnico e ambiente. Segue o entendimento de Carvalho (1998), ao dispor:

*“O SUS propõe assim, um modelo assistencial baseado na concepção de saúde-doença como processo e em um novo modelo de prática sanitária. Ou seja, a saúde evolui de uma concepção negativa para uma concepção afirmativa, traduzida em qualidade de vida, enquanto as práticas se deslocam do terreno individual para a intervenção integral”.* (CARVALHO, 1998, p. 45)

Nesse contexto, denota-se a necessidade de avaliar as políticas públicas em saúde efetivas, e sua conjuntura frente à CF, a fim de possibilitar e embasar a atuação do gestor, além de gerar aparato para sua melhoria, ensejando uma sensata atuação administrativa, condizente com as necessidades e princípios expressos.

Momento posterior, através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, detalhando objetivos, princípios, diretrizes, gestão, estruturação, recursos humanos e orçamento. Logo em seguida, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Contudo, verifica-se a notória expansão do chamado controle institucionalizado, regulado na composição de conselhos ou instâncias de fiscalização, o que traduz um status de diretriz ao Plano Nacional de Publicização.

## **21. Descentralização para os entes federados e papel dos municípios**

Conforme a CF/1988, a Democracia e a descentralização política e territorial são

princípios fundamentais do complexo federativo de organização do poder nacional, no que tange as diretrizes que norteiam também o sistema de saúde no Brasil. Importante mencionar a correlação entre a descentralização e as relações territoriais de poder, pois assim contextualiza a possibilidade de instituí-los no plano jurídico institucional, articulado à organização da gestão pública na saúde, respeitando os princípios da autonomia e da interdependência, relacionados à repartição de encargos, estrutura financeira e fiscal, mecanismos de pactuação e de cooperação.

Assim, nesse processo potuam-se questões relativas às estruturas sócio econômica e política, definindo o papel e a ação do Estado, em que coloca, mais recentemente, a necessidade de maior flexibilidade, de acordo com um redimensionamento de funções e reestruturação das ações, por meio dos próprios serviços sociais básicos dos governos, envolvendo a concepção pública. Buscando restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização, instituíram-se níveis progressivos de gestão local, estabelecendo um conjunto de estratégias a consagrar essa descentralização político-administrativa na saúde. Ao definir diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do novo sistema de saúde, ou seja, incipiente, parcial e semipleno, a depender das competências de cada gestor, reafirma organismos colegiados com acentuado grau de autonomia: as Comissões Intergestoras (Tripartite e Bipartite). Nesse contexto, destaca-se também a institucionalização dos Programas de Agente Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), buscando priorizar ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e famílias, em contradição ao modelo tradicional, centrado na enfermidade e no hospital.

Contudo, a ascensão dos programas de saúde pública e serviços assistenciais que iniciaram esse processo de descentralização política e administrativa, com a progressiva municipalização do sistema pelo desenvolvimento de organismos colegiados intergovernamentais, trouxeram a incorporação dos usuários do sistema ao processo decisório, com a disseminação dos conselhos municipais de saúde, ampliando os debates acerca dessas questões de saúde na sociedade.

O emponderamento da gestão pactada e demais colegiados estão alocados desde a gestão plena da atenção básica, aos recursos que são transferidos de acordo com os procedimentos correspondentes ao seu piso. A atenção ambulatorial especializada e a

hospitalar continuam financiadas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). No caso dos municípios com gestão plena do sistema, a integralidade dos recursos é transferida automaticamente.

Entre 1995 a 2002, pontuam-se agendas conflitantes entre os resultados da estabilização econômica nos primeiros meses do Plano Real, marcado pela solidificação monetária, privatização de empresas estatais, manutenção das estratégias de abertura comercial e adesão ao plano internacional<sup>8</sup>. Dentre as estratégias de reforma do aparelhamento Estatal, é que foi criada a Lei de Responsabilidade Fiscal/2000, objetivando a contenção de gastos com o funcionalismo público, descentralização de responsabilidades e serviços para as esferas subnacionais, além da criação de agências reguladoras em áreas específicas, o que afetou não só a administração federal, mas a gestão pública nos estados e municípios.

Entretanto, observou-se que a orientação do projeto econômico de Estado não favoreceu o âmbito do trabalho, pois nesse período foi evidenciada a baixa geração de empregos qualificados e aumento das terceirizações nos setores público e privado, as políticas sociais foram intimidadas, propostas de privatização da previdência sofreram movimentos contrários por parte de sindicatos e representantes dos trabalhadores, ancorados na própria Constituição Federal.

Conseqüentemente, verifica-se que a saúde sofreu fortes tensões entre a agenda de reforma do Estado, com destaque para as elites econômicas, e a agenda da reforma sanitária, abarcados por atores setoriais, gestores e técnicos do SUS nas três esferas de governo, entidades da saúde coletiva e áreas afins, destacando a crescente participação de profissionais de saúde e usuários do SUS, na defesa pela expansão dos serviços públicos, num contexto de democratização e descentralização das políticas públicas.

Nesse cenário foram criadas duas agências reguladoras na saúde: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

<sup>8</sup> **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal.** Publicado em 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf> (acesso em 28/03/2020 às 23:10)

No Brasil, a ANVISA busca aumentar a capacidade regulatória em área de atuação estatal e abrange diversos ramos, responsável também por criar normas e dar suporte para todas as atividades de controle sanitário no país, desde a fiscalização em portos, aeroportos e fronteiras. Já a ANS é voltada aos mercados de assistência médica suplementar, operação das empresas, sistematização de informações e regulamentação de contratos, em prol dos consumidores, como um órgão responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades relativas à assistência privada à saúde, tendo como finalidade a promoção da defesa pelo interesse público na assistência privada, colaborando para o progresso das ações de saúde no país.

Notório que essas políticas públicas impactam diretamente na vida de cada cidadão, ao envolver a gerência do Estado, reporta a mediação entre as questões políticas governamentais e sua relação com a sociedade. Igualmente, além de relevantes questões referentes à capacidade econômica e fiscal, à estrutura administrativa, condições políticas e culturais, existem contextos cujos processos descentralizadores, introduzem importantes aspectos para exame, conforme registra Arretche (1998):

*"ao contrário das análises que consideram que uma reforma desta extensão pudesse ocorrer a partir de iniciativas espontâneas dos governos locais, ou ainda, ao contrário das expectativas que julgavamser suficiente descentralizar recursos e liberar as unidades subnacionais de governo das 'amarras' do governo central... conclui que estratégias de indução eficientemente desenhadas e implementadas são decisivas para o sucesso de processos de transferência de atribuições." (ARRETICHE, 1998, p. 252)*

Logo, abraçando um modelo de gestão descentralizada para o SUS, a União, Estados, Distrito Federal e Municípios dividem a responsabilidade de forma agregada e participativa, garantindo o atendimento da saúde gratuito a qualquer cidadão através do sistema de parceria integrado entre os três poderes.

Quanto a União, vale pontuar que a gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde, em que o governo federal é o principal financiador da rede pública por todo o Brasil. O Ministério da Saúde planeja, elabora normas, avalia e utiliza os instrumentos de políticas nacionais na área, mas não realiza as ações, delegando a seus parceiros, que são os Estados, Municípios, ONG's, fundações, empresas, etc.

No caso dos Estados possuem secretarias específicas para a gestão da saúde, cabendo ao gestor estadual aplicar recursos próprios, inclusive aos municípios, os repassados pela União, para a aplicação das políticas nacionais de saúde, inclusive, formulando e organizando o atendimento no seu território, coordenando e planejando o SUS em nível estadual, em cumprimento à normatização federal.

Já os Municípios são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito local, a nível municipal, devendo aplicar além dos recursos próprios, também os destinados e repassados pela União e pelo Estado, formulando suas próprias políticas de saúde, em parceria até com outros municípios, para a aplicação das políticas nacionais e estaduais como um todo, fim garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima do seu alcance.

Entretanto, apesar do equilíbrio entre a descentralização e a centralização ser muito importante, pode manifestar-se das mais diversas formas, dependendo do sistema de governo. Daí a importância em diferenciar descentralização política e descentralização administrativa, reforçando o entendimento de Roversi e Monaco (1995), ao dispor:

*"descentralização política expressa uma idéia de direito autônomo, enquanto na descentralização administrativa específica temos um fenômeno de derivação dos poderes administrativos que, por sua vez, derivam do aparelho político-administrativo do Estado, isto é, do Estado-pessoa. A descentralização política não coincide com o federalismo. Um Estado federal é, certamente, politicamente descentralizado, mas temos estados politicamente descentralizados que não são federais. Somente quando a descentralização assume os caracteres da descentralização política podemos começar a falar de federalismo ou, em nível menor, de uma real autonomia política das entidades territoriais". (REVERSI e MONACO, 1995, p. 331-332)*

Como exemplo recente, pondera que embora a integralização tenha estimulado mecanismos de cooperação, oportuno é o registro de Almeida (1995):

*"O federalismo cooperativo comporta graus diversos de intervenção do poder federal e se caracteriza por formas de ação conjunta entre instâncias de governo, nas quais as unidades subnacionais guardam significativa autonomia decisória e capacidade própria de financiamento". (ALMEIDA, 1995, p. 90)*

Inegável, portanto, o indício de choque intrínseco à interação federativa, ao indagar sobre esses pactos, que coloca em evidência a divisão e o conflito de poder (vertical e

horizontal) entre as esferas de governo, na procura por uma conciliação entre a emancipação e a soberania.

Por outro lado, em geral, a dinâmica que se estabelece é de uma continuidade paralela entre competição e cooperação. Já advertia Camargo (1999, p. 94-95) que *“há um limite para a capacidade redistributiva do governo federal, que não pode suprir de maneira ilimitada as carências profundas e as demandas crescentes que, na instância inferior, não conseguem ser atendidas”*.

Contudo, importante ressaltar que cada um dos entes federados têm suas respectivas responsabilidades para a gestão da saúde pública no Brasil. E atualmente, os percentuais de investimento financeiro de cada um são definidos por meio da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012<sup>9</sup>, decorrente da Emenda Constitucional nº 29.

Numa visão geral, essa norma impõe aos Municípios e ao Distrito Federal o dever de aplicar anualmente, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos Estados 12% (doze por cento), e a União, o percentual deve refletir sobre o valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da Lei Orçamentária Anual.

Interessante como essa questão é tratada ao redor do mundo, a exemplo das políticas públicas de saúde no Reino Unido. Seu sistema de saúde, o National Health Service (NHS)<sup>10</sup> é muito parecido com o SUS no Brasil – é universal, gratuito, atende a toda população do território, e seu financiamento é feito através de impostos, cujo governo é responsável por repassar verbas para os Estados e Municípios investirem em políticas locais.

Muito embora quando se reporte a saúde pública no Brasil, normalmente, haja muita lamentação por parte da população, face aos grandes desgastes emocionais no enfrentamento de longas filas para atendimento, falta de leitos, medicamentos, corpo

<sup>9</sup>Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm) (acesso em 03/13/2020 às 09:40)

<sup>10</sup> BRASILEIROS EM MANCHESTER. **Saúde no Reino Unido: Como funciona o NHS**. Disponível em <https://www.brasileirosemmanchester.com.br/vida-cotidiana/saude/saude-no-reino-unido-como-funciona-o-nhs> (acesso em 10/01/2021 às 13:00)

técnico ineficiente, postos desassistidos e mal estruturados, entre muitos outros problemas que afetam o dia a dia da sociedade, apesar de todas essas falhas e da necessidade de aprimoramento no serviço público, o acesso ao SUS no Brasil é ilimitado e não faz restrição por pessoa, nem situação econômica.

Nesse diapasão, atendo-se ao município, denota-se que a prefeitura é a maior responsável pela área da saúde local e mais célere à população. A equipe da gestão pública, através da Secretaria Municipal de Saúde, deve aplicar tais recursos municipais e também os repassados pela União a que são destinados para a área da saúde do município. Investimentos estes reservados para a implantação de hospitais públicos na cidade, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), aos postos de saúde, ou mesmo laboratórios particulares a fim de amparar o atendimento necessário às pessoas, especialmente, de baixo poder aquisitivo.

Em resumo, o gestor é responsável por organizar e estruturar o SUS em nível municipal, com verba determinada, cujo recurso destinado ao sistema de saúde deve ser deliberado com transparência e lisura. Entretanto, sabendo que nem sempre funciona dessa forma, a população precisa estar atenta aos espaços de participação sócio-política, de modo a colaborar com a efetivação das políticas públicas, além de fiscalizar o seu fiel cumprimento.

Embora o Estado brasileiro passe por um momento de crise política e escassez na qualidade e disponibilidade da assistência à saúde pública, busca-se mudar a condução de “*corretivo*” para “*preventivo*”, a exemplo da consolidação ao programa “*Mais Médicos*”, intercambiado, por profissionais de outros países, dispostos a atender uma população cada vez mais demandante destes serviços.

E como medida importante de participação para a consolidação dessas políticas públicas relacionadas à saúde, podem-se destacar os chamados Conselhos Municipais, que são órgãos deliberativos, aos quais a população tem maior acesso e possibilita expressar suas necessidades, vez que parte da opinião popular, ou seja, de quem realmente tem conhecimento do que falta ou o que mais precisa para atender a demanda. A sociedade civil possui grande relevância para uma melhor gestão do SUS na sua cidade.

## 22. Inserção das políticas sociais

Ao pensar na relação entre Estado, mercado e sociedade observa-se que vem se tornando cada vez mais obscura, e no sistema de saúde não se apresenta de forma adversa. Após a consolidação do primeiro setor formado pelo Estado e esfera pública, a cumprir uma função administrativa dos bens e serviços públicos; constituiu-se o segundo setor representado pelo mercado, no âmbito privado, ocupado por empresas privadas com fins lucrativos; e só depois veio despertar a ideia do terceiro setor, frente a inúmeras razões, dentre as quais destacam a suplementação de serviços não oferecidos ou ofertados de forma precária pelo Estado.

No Brasil esse Terceiro Setor é definido por grande parte dos doutrinadores como sendo um conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam à produção de bens e serviços públicos, em prol do atendimento dos direitos básicos da cidadania. No que tange ao arcabouço dos problemas sociais, estão às diversas políticas públicas para solucionar a demanda da saúde, dependendo, consideravelmente, da capacidade técnica e do orçamento público, a englobar: olhar técnico-administrativo da gestão pública associado às questões sociais; formulação de alternativa em busca de soluções; tomada de decisões; implementações, avaliações e monitoramentos, para a realização de um serviço eficiente e eficaz, entre tantos outros. Assim, não há precisão quanto ao momento exato que surgiram essas organizações sem fins lucrativos no Brasil – cita-se “*A Santa Casa de Misericórdia de Santos*”, criada em 1543, talvez como uma das primeiras instituições no Setor. Segundo Débora Nacif de Carvalho (2006, p. 157), o Terceiro Setor possui quatro momentos importantes:

- O primeiro, compreendido desde a época da colonização até meados do século XX, encontram-se as ações de assistência social, saúde e educação realizadas especialmente pela Igreja Católica, permeadas por valores da caridade cristã;

- O segundo, decorrente no governo de Getúlio Vargas, que com o apoio de organizações sem fins lucrativos, o Estado assume o papel de formulador e implementador de políticas públicas;

- O terceiro, marcado durante o regime militar, caracterizando-se por uma intensa da sociedade, formada por organizações conhecidas por caráter filantrópico e assistencial,

unidas às organizações comunitárias e aos chamados “*movimentos sociais*” para serem transmissores desses problemas; e

- O quarto, ocorreu a partir de 1980 com a redemocratização do país e conseqüente diminuição da intervenção do Estado nas questões sociais, ascentuando a questão da cidadania e dos direitos fundamentais.

Assim, esse processo de redemocratização apoiou-se na crítica ao regime autoritário e nas desigualdades no Brasil, envolvendo a construção de projetos sociais transformadores, o que resultou na propagação da Constituição progressista de 1988, que apesar de expressar o pacto normativo-social da Nação, não garante por si só a efetivação dos direitos. Ao estabelecer direitos sociais abrangentes, despertou um novo degrau para as lutas subseqüentes, cabendo esforços para compreender a implementação do Sistema Único de Saúde, por exemplo, implementadas de forma restringida.

Nessa esteira, cabe atentar à problemática setorial em uma perspectiva que considere o caráter da proteção social, intimamente vinculado a democracia, na tentativa de resgatar e contribuir com os processos políticos. A partir dessa visão, notório é o crescimento da articulação do Terceiro Setor como grupo organizado e articulado, que no decorrer dos anos conquistou maior relevância social em virtude da atuação, especialmente, ineficiente e inapropriada por parte do Estado. Daí sua expansão em vários segmentos, objetivando atender as mais variadas demandas, abrangendo diversos níveis da sociedade, onde o Estado e os agentes econômicos não têm interesses, ou não são capazes de suprir.

Na seara de histórico legislativo, ultrapassada a previsão no contexto de reforma dos anos de 1990, sucedeu-se a descrição das Organizações Sociais por meio da Medida Provisória (MP nº 1.591, de 09 de outubro de 1997)<sup>11</sup>, transformada na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Em seu art. 9º, amplia a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta por meio de contratos entre os administradores e o poder público, objetivando o desempenho nas funções

<sup>11</sup> Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19637.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.637%2C%20DE%2015%20DE%20MAIO%20DE%201998.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20qualifica%C3%A7%C3%A3o%20de,sociais%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.637%2C%20DE%2015%20DE%20MAIO%20DE%201998.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20qualifica%C3%A7%C3%A3o%20de,sociais%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs). (acesso em 14/10/2020 às 06:20)

exercidas, institucionalizando a possibilidade da existência do Contrato de Gestão, vínculo jurídico das OS's.

No que tange a saúde pública municipal, existe uma diversidade de arranjos na estruturação dos sistemas de proteção social quanto à repartição de responsabilidades, considerando as diferenças nas coalizões de classe, e configurações distintas de modelos variáveis, cobertura e escopo de programas, acentuados por processos de inserção na ordem capitalista.

Portanto, a conexão entre a estratificação socioeconômica e a pobreza é inevitável, não há como construir uma sociedade mais igualitária sem despertar a essa questão. O combate à pobreza e acesso ao sistema de saúde público, não cabe apenas ao discurso neoliberal, mas é estratégia fundamental para alcançar a efetiva assistência médica dentro da gestão municipal, no âmbito de um sistema de proteção social abrangente, que integre políticas universais e focalizadas.

Entretanto, o problema central incorre nas formas de articulação entre políticas econômicas e sociais, no caráter e no sentido do sistema de proteção social da saúde como um todo, pois o descaso com a consolidação de políticas universais do sistema de saúde pública desfaz a ideia de construção de um Estado Social, voltado à promoção do bem-estar e da igualdade, o que só reitera as desigualdades existentes.

Assim, importa relatar a dificuldade que se enfrenta mediante a inexistência de uma prática efetiva e real de avaliação das políticas de saúde no Brasil. Por exemplo, entre os anos de 2003 a 2008, apontam-se como políticas preferenciais a Saúde da Família (PSF), Brasil Sorridente, SAMU e Farmácia Popular, voltadas para solucionar problemas expressivos do sistema de saúde brasileiro, respectivamente, nas áreas de atenção primária, saúde bucal, emergências e assistência farmacêutica.

Logo, depara-se com o contraponto entre gestão social e gestão estratégica propriamente dita, cujos conceitos estão baseados da racionalidade substantiva, a racionalidade utilitária como bem externa Guerreiro Ramos (1981). Para o autor, uma "possível saída" seria a racionalidade comunicativa, sentido em que Tenório (2006) mostra a hegemonia da racionalidade instrumental como empecilho para a emancipação do homem e de sua autonomia social, *“onde os interessados na decisão, na ação de*

*interesse público, são participantes do processo decisório" (TENÓRIO e SARAIVA, 2006, p. 128).*

Esse entendimento de que os gestores, qualquer que seja a configuração jurídica da organização, devem atuar sob a perspectiva da sociedade e não do mercado, é defendido por Tenório e Saraiva (2006) e configura a relevância da participação coletiva dentro da própria gestão, fim contribuir desde o planejamento, ao monitoramento das atividades e fiscalização da prestação de contas, sendo até corresponsáveis por tomadas de decisões e eficiência dos serviços públicos, de maneira a coibir e até minimizar ações de protesto, denúncias, desvios ou mesmo abuso de poder. Partindo-se do exposto, aduzimos a amplitude da subjetividade que permite diversas interpretações em instâncias variadas de poder, destacando-se o entendimento de Paim e Almeida (1998):

*“os países considerados desenvolvidos possuem instrumentos formais e informais de controle da conduta dos gestores; nesses Estados, diz-se que a sociedade exerce suficiente autoridade a ponto de dificultar que os executantes das ações estatais falhem no exercício da administração das entidades, ou valham-se das oportunidades geradas pela função que ocupam para obtenção de benefícios indevidos, por adotarem condutas antiéticas ou juridicamente reprováveis”.* (PAIM e ALMEIDA, 1998, p. 299)

O preceito de promoção da saúde, presente na política brasileira, não é criteriosamente acompanhado por práticas incentivadoras do acesso às medidas, bens e serviços que contribuem para a qualidade de vida e participação efetiva da população na defesa da saúde, o que traduz um contrasenso com o SUS constitucional, fundado em um conceito positivado de saúde. Oportuno, pois, o pensamento de Baptista (2009) ao revelar que:

*“a importância do aprimoramento dos mecanismos de “pesos e contrapesos” na saúde e dos canais de diálogo entre as instituições públicas que operam na garantia dos princípios do SUS e considera que mesmo que tenham ocorrido avanços, permanece como grande desafio do Estado, entendido de forma ampla, garantir a democracia e exercer o papel mediador de interesses e demandas, estabelecendo prioridades e atuando de forma equilibrada, visando ao bem estar coletivo e não simplesmente atendendo aos interesses de grupos específicos”.* (BAPTISTA, 2009, p. 14)

Dessa maneira, inegável é que as políticas públicas precisam ser formuladas e implementadas a fim de beneficiarem a sociedade, e para tanto, faz-se necessária a

participação ativa por parte dos cidadãos e cidadãs, ainda que o Estado necessite dispor dos mais diversos mecanismos, para aproximar a sociedade das etapas que compõem e perfazem o ciclo de políticas públicas ao exercício do controle social.

Os conselhos participativos, plebiscitos e tantos outros instrumentos são substanciais nas últimas décadas, estreitando os laços e promovendo a verdadeira qualificação na relação Estado e sociedade, abrangendo todos os entes federados. Como exemplos podemos citar a Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2015)<sup>12</sup>, Orçamento Participativo, além da fiscalização dos Contratos de Gestão.

Na área da saúde, é intensa a discussão quanto aos movimentos de reforma que deram ensejo a inserção dessas políticas sociais abrangendo desde o papel dos gestores, os mercados e sua regulação. Na prática, ao analisar a implementação dessas atividades, reforça o entendimento de Carneiro Júnior e Elias (2006, p. 40) ao considerarem que “*as políticas de saúde vêm priorizando a oferta de serviços à população mediante o repasse de recursos a Organizações Sociais*”, uma vez que compreende que cabe ao Estado a preocupação com os movimentos sociais mais pobres, a garantir-lhes o acesso ínfimo que é negado pelo mercado, devendo ser articulado e integrado.

Contudo, nessa esteira de implementação do Estado que opera numa lógica de modelo para a regulação e controle da administração pública, considera-se um grande avanço às práticas de atenção ao sistema de saúde brasileiro, evidenciado o fomento de ações sociais na busca por prevenção e cura, como fim à melhoria das condições de saúde no país.

Essas questões aqui tratadas sobre os instrumentos de assistência e financiamento do SUS permitem afirmar que ainda não foram construídos mecanismos cooperativos mais eficazes para enfrentar os dilemas decorrentes das desigualdades, uma vez que dependem não somente de critérios governamentais econômico-financeiros, mas, sobretudo, de instâncias políticas a possibilitar, incentivar ou mesmo minimizar tais discrepâncias.

<sup>12</sup> Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2015). Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm) (acesso em 06/01/2020 às 22:50)

### **23. O Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios**

O Sistema Único de Saúde como uma rede de saúde pública, é gratuito e universal, oferecido no Brasil para prestar atendimento gratuito às pessoas de baixa, média e até de alta renda, caso necessitem e procurem os serviços. Ele também se estende a estrangeiros que estejam residindo ou de passagem pelo país, isentos de qualquer cobrança de tarifas.

Uma das principais características do SUS é a integralidade dos Poderes Executivos (Federal, Estadual e Municipal) pela gerência de todo o sistema, de modo que temos serviços oferecidos e resguardados pelos três níveis em todo o Brasil. Como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, o SUS abrange desde o simples atendimento por meio da atenção primária, até o mais complexo, àquele de alta complexidade, garantindo do mesmo modo o acesso integral e indiscriminado para toda a população do país.

Por meio da CF/1988, ao preconizar a atenção integral à saúde, não somente aos cuidados assistenciais, abraça o direito a todos os brasileiros, da gestação ao fim da vida, devendo ser focado numa saúde com qualidade, que visa desde a prevenção, à promoção da mesma. Portanto, denota-se que a gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação já citados, junto ao apoio populacional, vez que a rede que compõe o SUS é muito ampla e abrange a todos, serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar, ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, além da assistência farmacêutica.

Criando-se, pois, uma diretriz centralizada para a gestão do sistema, gerida pelo Ministério da Saúde, uma vez descentralizada a gestão nas pontas do sistema, ficam sob a responsabilidade das secretarias estaduais e municipais de saúde, direcionar a adequação dos serviços de atendimento à saúde envolvendo cada território. Em atenção aos serviços prestados, oportuno mencionar também a participação do Ministério da Educação na gestão do SUS a nível Federal, ao dispor de hospitais universitários que compõem a maioria das universidades federais que ofertam cursos nas áreas da saúde, que ao receberem recursos das duas pastas governamentais (Saúde e Educação), preconizam o desenvolvimento de pesquisas científicas de suma importância na área, além de

servirem de campo de atuação para estudantes, além de oferecerem atendimento e tratamento gratuito à população.

Os recursos para o funcionamento desse sistema único de saúde advêm do recolhimento de tributos em todas as esferas governamentais, direcionados para o Governo Federal, que dará o retorno aos estados e municípios. Entre outras, importante mencionar as atribuições do SUS elencadas pela CF/1988, no seu art. 200, quais sejam:

I - Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e muitos 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 de políticas e execução das ações de saneamento básico;

V - Incrementar na 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 consumo humano;

VII - Participar do monitoramento 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.

Assim, reafirma a importância da Carta Maior para a modificação da concepção de saúde no Brasil, garantindo a concretude dos direitos inerentes à própria condição de pessoa humana, indispensável para a sociedade, de modo a recair sobre ela o próprio controle na execução, dada a sua importância.

Entretanto, não foi tão fácil essa implantação do SUS. Por volta dos anos de 1990, reorganizaram-se os ministérios, as coalizões políticas e representações partidárias no Congresso Nacional, introduzindo mudanças na área econômica e institucional, consideráveis, de modo a concentrar e racionalizar atividades em áreas ligadas à infraestrutura e economia, com extrema baixa na área social, ainda em contradição à CF. Ausência de legislações específicas que garantissem o repasse dos recursos da

Previdência para o Ministério da Saúde, levou a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que ameaçou a sustentabilidade financeira do SUS.

Foi quando houve a discussão de leis específicas para cada área da Seguridade, cuja aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990)<sup>13</sup>, junto à nova Lei nº 8.142/1990<sup>14</sup>, recuperou aspectos relativos ao financiamento e à participação social, deixando em aberto outras definições cruciais, como a política de recursos humanos e a relação com prestadores privados.

Em seu art. 2º, a Lei nº 8.080/1990 dispõe: “*A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício*”. Assim, a Lei determina que todos tenham direito à saúde, e para que o Estado garanta essa saúde, é necessário desenvolver políticas econômicas e sociais que abranjam a todos de modo justo.

Com a promulgação legislativa foram editadas normas do Executivo que fixaram diretrizes de financiamento com certa centralização dos recursos da saúde na esfera federal, definindo-se instrumentos de repasse de recursos para prestadores dos serviços, reforçando uma lógica convecional com os municípios, o que fragilizou a organização de um sistema integrado entre entes. Há que destacar os princípios da saúde pública no Brasil, previstos na Lei Orgânica da Saúde:

- Universalidade de acesso, equidade e integralidade aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Igualdade da preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- Direito à informação, às pessoas assistidas e seu responsável, sobre sua saúde;
- Transparência e divulgação de informações, participação popular;
- Utilização da epidemiologia adequada para o estabelecimento de prioridades;
- Descentralização político-administrativa e regionalização, principalmente nos municípios ao abraçar a população em seu território;
- Integração entre saúde, meio ambiente e saneamento básico;

<sup>13</sup> Lei nº 8.080/1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) (acesso 20/01/21 às 14:25)

<sup>14</sup> Lei nº 8.142/1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm) (acesso 20/01/21 às 16:30)

- Conjugação dos recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios;
- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, desde o simples ao mais complexo; e
- Organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico, inclusive, cirurgias plásticas reparadoras.

Com a exceção desse último princípio, o qual foi inserido na lei apenas em 2017, essas são as bases da saúde pública no país desde 1990, com a entrada da Lei Orgânica da Saúde em vigor. Nesse contexto, oportuno mencionar também as 11 (onze) funções essenciais da saúde pública definidas pela Organização Pan Americana da Saúde (OPAS):

1. Monitoramento, análise e avaliação da situação de Saúde do Estado;
2. Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à Saúde;
3. Promoção da Saúde;
4. Participação social em Saúde;
5. Desenvolvimento de políticas institucional de planejamento e gestão na Saúde;
6. Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em Saúde;
7. Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de Saúde;
8. Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em Saúde;
9. Promoção e garantia da qualidade dos serviços na Saúde;
10. Pesquisa e incorporação tecnológica em Saúde; e
11. Coordenação do processo de Regionalização e Descentralização da Saúde.

Em que pesem todas as restrições no campo econômico e institucional, no decorrer dos anos foram desencadeadas estratégias relevantes que influenciaram nas políticas subsequentes, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e o fornecimento nacional da terapia antirretroviral para pessoas com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

Em 1992, a situação política do Brasil passou por uma reviravolta, frente a denúncias de fraudes na macroestrutura do Estado, envolvendo o Presidente e quadros ministeriais. Com isso, a mudança na saúde possibilitou a retomada do debate setorial e

a reorientação em torno do projeto de descentralização, incluindo novas formas de organização do sistema de saúde e formulação operacional para o setor.

Diante das variações no contexto econômico e político marcado por restrições financeiro-orçamentárias, com certa retomada do crescimento econômico a partir de 2006, em que pese a crise mundial a partir de 2008 e a redução do PIB em 2009, face ao aumento dos investimentos públicos na saúde, foram desenvolvidas políticas econômicas e sociais de orientação redistributiva, a serem abarcadas pelo SUS, a exemplo de programas como Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Farmácia Popular e expansão da cobertura do PSF.

Contudo, a análise aqui apresentada à luz dos elementos utilizados favorece a tese de que o federalismo brasileiro centralizado não produz uma forte coordenação local na política de saúde pública, cujos aspectos competitivos no plano socioeconômico podem representar obstáculos importantes a políticas de maior eficácia à prestação dos serviços plenos e adequados, haja vista que as próprias falhas de coordenação dos governos encadeiam desatinos institucionais. Os esforços das instituições, lideranças, profissionais e população participativa são fundamentais aos resultados virtuosos da saúde pública.

## **24. Divisão e estruturação do SUS**

Como uma referência mundial entre programas de saúde pública no mundo, segundo a CF, o SUS é composto pelos: Ministério da Saúde; Estados (Secretaria Estadual de Saúde – SES); e Municípios (Secretaria Municipal de Saúde – SMS). Cada segmento desses tem suas próprias responsabilidades e são regidos por uma legislação bem definida. O SUS contrata seus funcionários do quadro efetivo de cada um dos órgãos através da realização de concursos públicos, bem como para suprir necessidades temporárias pode suceder com processos seletivos.

Para tanto, o SUS divide-se em diferentes níveis de atenção à saúde para uma melhor organização do próprio trabalho: atenção primária ou básica, atenção secundária ou intermediária e atenção terciária.

A Atenção Primária ou Básica é a porta de entrada do usuário ao SUS, que ocorre

na Unidade Básica de Saúde (UBS), ou comumente conhecida como Posto de Saúde. O contato é direto e regula o paciente, realizando as primeiras consultas e visitas de atendimento domiciliar, além de campanhas de vacinação e campanhas de conscientização. Constituída pelas UBS, também abarca os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipe de Saúde da Família (ESF), além do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), todos sobre a responsabilidade de gerenciamento de cada prefeitura brasileira.

Para facilitar o acesso do usuário, o município mapeia a área de atuação de cada UBS por bairro ou região. Por isso, o cidadão deve procurar a unidade mais próxima da sua casa, munida de documentos e de comprovante de residência, onde fará o cartão para acesso ao SUS, a possibilitar os atendimentos básicos e gratuitos de Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para outras especialidades clínicas e fornecimento de medicação básica. Tais Unidades Básicas de Saúde fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, estruturando e organizando a rede de urgência e emergência no país<sup>15</sup>.

Já a Atenção Secundária ou Intermediária é oferecida a pacientes que têm uma doença diagnosticada ou sob suspeita, portanto, necessitam de tratamento ou averiguações de médicos especializados, por isso demandam uma atenção de um profissional técnico específico, a encargo do SAMU através do número telefônico 192, e das Unidades de Pronto Atendimento, para atender as demandas entre as UBS e as portas de urgência hospitalares. Isso ajuda a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, apesar da estrutura simplificada (com raio-x, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação) – 97% (noventa e sete por cento) dos casos são solucionados na própria unidade.

As UPA devem ser recorridas em casos de urgência e emergência traumáticas e não

<sup>15</sup> Desenvolvidas políticas para diminuir as filas em hospitais. **Política Nacional de Atenção às Urgências** (2003) Disponível em [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_urgencias.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf) (acesso em 21/01/2021 às 23:10)

traumáticas, além de ser uma opção de assistência à saúde nos feriados e finais de semana quando a UBS está fechada. Passível ainda em acolher paciente encaminhado pela UBS, dependendo da gravidade ou necessidade de um pronto atendimento ou situação emergencial, visto possuir além de consultórios de clínica médica, pediatria e odontologia, serviços de laboratório e raio-x, além de leitos de observação para adultos e crianças, salas de medicação e nebulização, ortopedia e uma "sala de emergência" para estabilizar os pacientes mais graves, até a remoção para um hospital.

E a Atenção Terciária é aquela que dá suporte a pacientes mais graves que precisam de internação ou tratamentos complexos oferecidos em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) em hospitais, ou seja, realiza aquele atendimento de média e alta complexidade, ao oferecerem desde cirurgias eletivas (realizada em uma data adequada de acordo com a saúde do paciente), a tratamentos clínicos de acordo com cada especialidade.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do SUS, *"os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde (...)"*<sup>16</sup>.

Em suma, quando o caso não demanda um atendimento mais grave de imediato, ao seguir o protocolo, antes do hospital, normalmente o paciente é encaminhado para uma UPA, e só depois, mediante a troca de informações entre as redes de atenção à saúde do SUS, caso necessário, encaminhado a unidade hospitalar.

Ademais, o SUS também oferece processo de reabilitação, que é o acompanhamento e o cuidado posterior para quem já se tratou de uma doença, mas precisa de avaliações ou até mesmo reabilitação motora fornecida por fisioterapeutas. Também fazem parte desse sistema integrado os laboratórios, os centros de pesquisa em medicina, como a Fundação Oswaldo Cruz, e os centros de pesquisa universitários, buscando implementar investigação sobre tratamentos, vacinas e a atuação dos profissionais da saúde, como anteriormente mencionado. Além do SAMU, especializado no atendimento

<sup>16</sup> Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Disponível em [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-05/11\\_portaria\\_de\\_consolidacao\\_n\\_2\\_2017\\_pnhosp\\_cosems.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/11_portaria_de_consolidacao_n_2_2017_pnhosp_cosems.pdf) (acesso em 02/11/2020 às 10:00)

emergencial de primeiros socorros e locomoção de pacientes em estado grave para hospitais.

Em suma, para o funcionamento efetivo de todas as etapas de atendimento, o sistema público de saúde deve dispor de locais específicos e equipamentos devidamente adequados, para que todos os serviços sejam possivelmente promovidos de maneira eficiente, harmoniosa e satisfatória, é o que reza a legislação Pátria.

### **3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO E O CONTRATO DE GESTÃO COM ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA GERENCIAMENTO DA UP**

Camaçari é um município situado na região metropolitana do estado da Bahia, a 50 km da capital Salvador – também conhecida como "Cidade Industrial", por abrigar o Pólo Industrial de Camaçari. Com uma área de 784.802 km<sup>2</sup>, possui uma população de 304.302 mil habitantes em 2020, e dispõe do segundo maior produto interno bruto municipal do estado (depois de Salvador, sendo também o 6º maior da Região Nordeste e o 33º maior do País), estimado em 23,1 bilhões de reais (dados do IBGE), em 2019<sup>17</sup>.

A Lei municipal de 22 de março de 1920<sup>18</sup> criou a cidade de Camaçari, confirmada pela Lei estadual nº 1.422, de 4 de agosto desse mesmo ano. Em 30 de março de 1.938, em razão do Decreto-lei estadual nº 10.724, em que todos os municípios incorreram a ter o nome de suas respectivas sedes, este passou a denominar-se Camaçari, abarcando os distritos de Abrantes e Monte Gordo, incluindo as localidades Parafuso e Dias D'Ávila.

Em 1985 ocorreu a separação do distrito de Dias d'Ávila, transformado-o em município segundo a Lei Estadual nº 4.404, reduzindo a área de Camaçari para 773 km<sup>2</sup>, passando a existir, na região, um padrão de ocupação a partir da agricultura de sobrevivência, roças, arruados, chácaras e sítios, além da aglomeração de populações de remanescentes de quilombo<sup>19</sup>. As mais intensas transformações das paisagens e

<sup>17</sup> CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DA BAHIA. Disponível em <https://www.crcba.org.br/servicos/delegacias/delegacia-de-camacari/sobre-camacari/> (acesso em 25/03/2020 às 07:20)

<sup>18</sup> Lei municipal de 22 de março de 1920. Disponível em <https://leismunicipais.com.br/legislacao-municipal/267/leis-de-camacari> (acesso 18/10/2019 às 11:00)

<sup>19</sup>Ver WIKIPÉDIA – A enciclopédia livre. Disponível em <https://pt.wikipedia.org/wiki/Cama%C3%A7ari#:~:text=A%20separa%C3%A7%C3%A3o%20do%20distrito%20de,%20Abrantes%20e%20Monte%20Gordo> (acesso em 25/03/2020 às 08:50)

populações do município se deram a partir da década de 1970, quando iniciou o processo de implantação do Pólo Petroquímico, além da construção da estrada litorânea que liga o estado da Bahia a Sergipe.

Com uma população estimada para 2020 de 304.302 habitantes, a cidade de Camaçari é a quarta mais populosa do estado (depois de Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista). Sua economia é quase totalmente baseada no pólo industrial, inaugurado em 1.978 no município e em atividade até os dias atuais, figurando como um dos mais importantes da América Latina. Primeiro complexo petroquímico planejado do país, possui mais de 60 empresas químicas, petroquímicas e de outros ramos de atividade como automotiva, destacando-se a fábrica da Ford, de celulose, metalurgia do cobre, têxtil, bebidas e serviços, entre outras. Por G1 BA, em 12/10/2019, o complexo industrial de Camaçari possuiu um faturamento anual de 15 bilhões de dólares e contribuição anual de 1 bilhão de reais em Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços para o estado da Bahia, respondendo por mais de 90% (noventa por cento) da arrecadação tributária dos municípios de Camaçari e Dias D'Ávila<sup>20</sup>, e por cerca de 22% (vinte e dois por cento) do PIB da Indústria de Transformação do Estado da Bahia, gerando 45 mil empregos, 15 mil diretos e 30 mil indiretos, conforme dados do Comitê de Fomento Industrial de Camaçari (Cofic).

Localizada a 12 graus, 41 minutos e 51 segundos de latitude sul e a 38 graus, 19 minutos e 27 segundos de latitude oeste, estando a uma altitude de 36 metros, cuja área limita-se ao norte com Mata de São João, ao sul com Lauro de Freitas, ao sudoeste com Simões Filho, a oeste com Dias D'Ávila e leste com o Oceano Atlântico.

Na educação, o município possui um *campus* da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), do Instituto Federal da Bahia (IFBA), da Faculdade Metropolitana de Camaçari (FAMEC) e visa construir um *campus* da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e da Universidade Católica do Salvador (UCSal). O município também sedia o programa social Cidade do Saber, inaugurado em 22 de março de 2.007, reconhecido como o mais importante centro de conhecimento e inclusão social do Estado.

<sup>20</sup> **O pólo de Camaçari em números: G1 traça perfil de um dos maiores complexos industriais integrados do Hemisfério Sul (2019).** Disponível em <https://g1.globo.com/ba/bahia/avanca/noticia/2019/10/12/o-polo-de-camacari-em-numeros-g1-traca-perfil-de-um-dos-maiores-complexos-industriais-integrados-do-hemisferio-sul.ghtml> (acesso em 14/05/2020 às 15:20)

### 3.1. Informações sobre o SUS no município

Como cidadão, o munícipe acredita que o prefeito da sua cidade é o principal responsável por gerir e levar a saúde de qualidade para o seu povo. Assim, naturalmente, quando há mudança de gestão, gerentes e operadores do Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS (CADSUS) de Camaçari, verificam-se treinamentos tanto quanto às regras para emissão do Cartão do SUS, quanto às novas adaptações internalizadas e atualizadas pelo município. Dentre as principais alterações, por exemplo, tem-se o fato de que a Central de Regulação, localizada atrás do Bom Preço, não estará mais emitindo tal cartão, ficando sob a responsabilidade das próprias unidades de saúde local.

Entre as novas regras para atendimento no SUS, salienta-se a necessidade de apresentação de comprovante de identificação pessoal do usuário do serviço; bem como comprovante de residência apenas em nome deste ou parente de primeiro grau (cônjuge, pai, mãe ou filho); e caso more de aluguel, será necessário apresentar contrato de aluguel com firma do proprietário do imóvel reconhecida em cartório, acompanhado de conta da Embasa, Coelba ou telefonia em nome do locador.

No ano de 2019, incorreram investimentos em políticas públicas de saúde no município preponderantemente, para exames, consultas e cirurgias. Isto porque se depararam com mais de 600 mil cartões do SUS em Camaçari, no entanto, a cidade possuía apenas 293 mil habitantes, o que demonstra uma invasão de pessoas de outras regiões tomando a vaga de quem realmente mora na localidade. A prova disso está na própria constatação pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), ao registrar uma média de nascimento diária de 17 (dezessete) crianças por mães residentes no município, embora incorra diariamente na emissão média de 80 cartões do SUS<sup>21</sup>.

Logo, em atenção e zelo ao princípio da celeridade e eficiência do SUS, tratando-se de diferentes unidades de atendimento, relevante é a diferenciação entre as UBS's, USF, UPA's e os Hospitais. Em síntese, como já mencionado, a Unidade Básica e popularmente conhecida como Posto de Saúde destina-se a atenção primária e funciona

<sup>21</sup> DATASUS Tecnologia de Informações a Serviço do SUS Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvBA.def> (acesso 18/01/2021 às 13:20)

apenas durante o dia, no entanto, apesar de serem realizados atendimentos de menor complexidade, geralmente atende o bairro inteiro e resolve 80% (oitenta por cento) dos problemas enfrentados pela população, composta por uma equipe incluindo um médico clínico, um pediatra e um ginecologista, além de outros profissionais de saúde. A diferença básica para as USF é que esta possui um médico generalista, um médico do Programa Saúde da Família e mais uma equipe multidisciplinar que atende até 3,5 mil habitantes em uma área definida.

Em se tratando das UPA's, estas ficam abertas 24 horas e possuem um pronto-atendimento de média complexidade para resolver problemas pontuais que apareçam no dado momento, funcionando para aliviar o sofrimento ou a dor imediata, a qual busca reduzir o tempo de espera no atendimento, além da lotação dos prontos-socorro nos hospitais; apresenta ainda uma relação direta com o SAMU 192, caso seja necessário o encaminhamento à unidade de maior complexidade.

Por sua vez, os hospitais são locais onde o usuário do SUS encontra atendimento em clínicas médicas especializadas, além de qualquer tratamento ou assistência mais complexa. Nesse contexto, atualmente, verifica-se que o município de Camaçari dispõe das seguintes unidades de atendimento à saúde:

**Tabela 1 - Unidades de atendimento do SUS na cidade de Camaçari (2021)**

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBSs)	8 (oito)	Arembepe, Camaçari de Dentro, Gleba B, Gleba E, Gravatá, Monte Gordo, Nova Aliança e Vila de Abrantes.
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAs 24 horas)	5 (cinco)	Arembepe, Gleba A, Monte Gordo, Nova Aliança e Vila de Abrantes.
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)	36 (trinta e seis)	Areias, Barra do Jacuípe, Barra do Pojuca, Buri de Abrantes, Buri Satuba, Cachoeirinha, Cajazeiras de Abrantes, Caminho do Mar, Coqueiro de Monte Gordo, Dois de Julho, Ficom II, Fonte da Caixa, Fonte das Águas, Gravatá, Jauá, Lama Preta, Machadinho, Nova Vitória, Novo Horizonte I, Novo Horizonte II, Parafuso, Parque das Mangabas, Parque Florestal I, Parque Florestal II, Parque Verde I, Parque Verde II, Pé de Areias, Phoc I CAIC, Phoc II, Phoc III,

		Piaçaveira, Piaçaveira II, Ponto Certo, Santo Antônio, Verde Horizonte I e Verde Horizonte II.
--	--	--

Fonte: produzido pela autora com base no site da Prefeitura Municipal de Camaçari (<http://sis.camacari.ba.gov.br/portal/saude.php>)<sup>22</sup>.

Além destas e do SAMU, a cidade de Camaçari possui ainda Centros de Referências (Academia da Saúde, CAPS – Centro de Atenção Psicossocial da Orla, CEO – Centro de Especialidades Odontológicas, CESME, CRES – Centro de Especialidade em Saúde Mental de DST/AIDS, CUIDAR – Centro de Unidades de Apoio e Referência em Saúde, NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a Policlínica de Especialidades do Centro).

Contudo, diante das mudanças implementadas no município e da nova organização funcional do SUS local, o paciente só precisará ir à unidade de saúde apenas uma vez para marcar o procedimento, não havendo mais necessidade de retornar para confirmar ou tentar agendar novamente, caso não tenha a vaga, pois a solicitação será lançada via sistema e automaticamente o usuário entra na fila de espera, recebendo por mensagem de texto (SMS) no celular o dia, local e hora em que fará a consulta ou o exame.

Conseqüentemente, o atendimento para marcações deixa de ter filas ou dias específicos, passando a acontecer de segunda a sexta-feira, das 8h às 16h. Ademais, além de possibilitar a transparência, permite que o próprio paciente acompanhe o agendamento ou a sua posição na fila de espera por meio do portal da Prefeitura, através do site por meio de login e senha, entregue na unidade, no momento em que este fizer a sua primeira marcação.

Dentre outros aspectos importantes, nota-se a cotização prevista nesse novo modelo, em que a gestão deve garantir a oferta mínima de consultas e exames para todas as localidades da cidade, além de pontuar a relevância da descentralização, vez que todo e qualquer serviço ficará mais acessível a cada unidade, evitando que o paciente se desloque e desgaste com idas e vindas à Central de Regulação Municipal (CRM). Esta deixará de realizar as marcações de forma presencial, se concentrando apenas na gestão dos processos, dentre os quais, o monitoramento e atendimento à fila de espera, gestão e

<sup>22</sup> Planilha desenvolvida pela autora com base no site da Prefeitura Municipal de Camaçari. Disponível em <http://sis.camacari.ba.gov.br/portal/saude.php> (acesso 13/06/2020 às 08:50)

regulação médica dos procedimentos de alta complexidade, além do acompanhamento das gerências de regulação distritais.

Portanto, diante do cenário apresentado, idealiza-se que a administração trabalhe com diagnósticos, a identificar pontos importantes para desenvolver mudanças estratégicas, a fim de melhorar efetivamente o atendimento do SUS, monitorando as demandas, de maneira mais precisa, a identificar os serviços de saúde mais procurados e urgentes, pontuando a relevância do acolhimento e investimento em profissionais com perfil devidamente adequado para atender aos pacientes. Contexto em que, salienta também a importância do acompanhamento pela própria população, uma vez parceira e corresponsável para o melhoramento do processo.

Oportuno mencionar que Camaçari é o primeiro município da Bahia a aderir o Sisaud/SUS (Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde), devendo abraçar uma fiscalização mais eficaz, idealizada como preventiva e facilitadora de uma gestão honesta e adequada, no acompanhamento de quaisquer investigações, à fiel aplicação dos recursos públicos, voltada para a integração das atividades relacionadas com o SUS.

Tudo isso só oferece muitas vantagens aos beneficiários, a exemplo da agilidade, rapidez e democratização da informação, onde a população pode ter acesso e cobrar os resultados via site no link consulta auditorias. Inclusive, os dados devem ficar disponíveis para o acompanhamento do cidadão quanto às unidades que foram auditadas, além dos resultados das denúncias e respectivas penalidades, pois a auditoria está inserida no programa de governo baseada na transparência dos recursos públicos e é um instrumento de controle da gestão.

### **3.2. Modelo de Organização Social (OS) implantada no município de Camaçari**

Atualmente, grandes desafios são enfrentados por gestores públicos, a fim de proporcionar maior qualidade nos serviços públicos à população, cada vez mais consciente e exigente dentro da esfera globalizada. Tamanho crescimento tecnológico, demanda maior especialização dos atores envolvidos no processo da prestação dos

serviços, haja vista maior complexidade para alcançar a finalidade.

Especialmente, em se tratando da área de saúde, a evolução é diária, o que denotam ascentuadas mudanças nas características e nos custos dos serviços, chegando a ultrapassar condições meramente operacionais. Sem contar demais dificuldades que os setores públicos têm de exigir ou mesmo cobrar qualificação, em face da própria fragilidade dos instrumentos utilizados para oficializar a gestão administrativa desses serviços.

Sancionado por regimentos internos, a institucionalidade da construção de um modelo orgânico para gerir a funcionalidade do sistema público de saúde no município, flexível a permitir um planejamento mais eficaz quanto às ações de políticas públicas bem definidas, onde possam efetivamente fiscalizar a assistência oferecida aos usuários, representa objetivo da governabilidade.

Para tanto, traduz um remodelamento na administração pública, que passa de prestador do serviço para gestor das atividades, numa condição de estratégia e parceria com o setor privado, através de Contratos Administrativos, firmados por metas qualitativas e quantitativas, uma vez permitido o controle pelo ente público associado ao próprio proveito do serviço contratado.

Outrossim, o gestor do SUS passa de executor ou prestador de serviços para gestor efetivo do Sistema de Saúde, exercendo as funções de regulador, fiscalizador e provedor, ao subsidiá-lo, ampliando o controle social inclusive à participação da sociedade. Atualmente, como bem assevera Dowbor (2007), o estado vem se transformando de burocrático para uma nova tendência, em resposta perante uma sociedade mais complexa e global, pressionada por mudanças a solucionar e abarcar esse contexto.

Goldsmith e Eggers (2006) enumeram os fatores que desencadearam tal modelo em rede, quais sejam: ascensão de outros atores do segundo e terceiro setor como possíveis solucionadores dos problemas públicos; integração de diferentes partes do governo (federativos e órgãos da Administração Direta e Indireta); crescimento da tecnologia da informação ao permitir integração de sistemas e compartilhamento das informações em tempo real; além da mudança na demanda dos cidadãos, que passam a exigir maior controle e adequação dos serviços públicos às necessidades diversas.

Contudo, o município de Camaçari passa por um momento de reestruturação de seu modelo gestor, buscando opções de melhoria para utilização do recurso público. Assim, no intuito de qualificar a assistência e intensificar o controle e avaliação dos serviços de saúde que demandam urgência e emergência local, através da Secretaria de Saúde (SESAU), a prefeitura oportunizou a estratégia do Contrato Administrativo, tendo como principais objetivos:

- Eficiência e qualidade dos serviços prestados ao cidadão;
- Celeridade nos processos para acesso aos serviços;
- Maior autonomia administrativa e financeira, contribuindo para agilizar e flexibilizar o gerenciamento da UPA;
- Redução de custos, com a utilização dos recursos de maneira mais racional;
- Primazia da avaliação por resultados.

Valer pontuar que a concessão dos serviços públicos está prevista na própria CF/1988, em seu art. 175, possível através de licitação, somente para obrigações extensivas e não exclusivas do Estado. É através dela que o Poder Executivo avalia e acompanha os resultados, redimensionam objetivos, impõe responsabilidade e até mesmo motiva destrato, em caso de descumprimento de obrigações e deveres assumidos. Assim, dispõe o art. 37, § 3º da CF:

*“ § 3º A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente:*

*I - as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços;*

*II - o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII;*

*III - a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública”.*

Segundo Lima (1996) o Contrato de Gestão é compreendido como *“instrumento gerencial originado da administração por objetivos, ou administração sistêmica por objetivos e resultados, em que se cria novos instrumentos de gestão”*. Já para André

Ibanez (2001), tal contrato “*consiste no estabelecimento periódico e sistemático de compromissos negociados e acordados entre o nível local e o central, acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão*”, o que amplia a participação e reforço na divisão das responsabilidades.

Esse Contrato Administrativo decorre de um processo de Concorrência, e para seu destrato é necessário um processo administrativo. Sua celebração pressupõe a formulação de planejamento das ações, avaliação de resultados e observará o atendimento igualitário, universalidade e humanização no atendimento, integralidade da atenção, resolubilidade e gratuidade a todos que necessitem do SUS.

Essa forma de administração das organizações sociais foi configurada como gerencial, o que pressupõe maior flexibilidade e agilidade nos procedimentos, por não necessitarem de se submeter às leis de licitações públicas e concursos para contratação de pessoal, por exemplo. Portanto, a fiscalização e o controle dos resultados são feitos tanto pela sociedade, quanto por via da Administração Direta dos contratos de gestão.

Tal monitoramento também é ampliado ao Poder Legislativo, por meio do Tribunal de Contas, na medida em que se depara e julga as contas da Secretaria de Saúde de Camaçari, permitido, inclusive, auditar a execução do referido contrato.

Sob a assunção de uma política que visa a consolidação de uma estratégia estruturante ao atendimento imediato da atenção básica e reorganização da rede municipal de saúde, ao considerar a individualidade de cada caso, sua complexidade e inserção sócio-cultural, primando por serviços de saúde de qualidade e resolutividade, devem ser desenvolvidos vínculos e responsabilização entre a equipe de trabalho e a população local.

Importante, pois, investir na valorização dos profissionais da saúde por meio de estímulos e acompanhamento constante na sua formação e capacitação. Além de realizar avaliações sistemáticas dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação, relevante reestruturar adequadamente a rede de serviços de saúde do município, ampliando a cobertura de saúde da família, reduzindo as incidências principais de causas de morbi-mortalidade, regionalizando as ações e os serviços prestados com base no desenho regional existente.

### 3.3. Contrato de Gestão na UPA da Gleba A / Gravatá

Sob a justificativa de reestruturar um novo modelo gestor em que se buscam opções de melhoria na utilização dos recursos públicos, com o objetivo de oferecer e melhorar os serviços de saúde à população, a Secretaria de Saúde do Município de Camaçari oportunizou a contratação de entidade de direito sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social (OS), com experiência em Unidade de Pronto Atendimento (UPA – 24 horas).

Como centro da pesquisa, examina-se a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento na Gleba A, bairro do Gravatá, com a pretensão de qualificar o atendimento e a gestão da Unidade, utilizando um modelo que permite maior flexibilidade na prestação dos serviços, abrangendo a manutenção efetiva de maior controle sobre a operacionalização dos serviços.

Trata-se de um Contrato de Gestão nº 335, firmado em 21 de novembro de 2014, no valor global de R\$ 37.972.817,82 (trinta e sete milhões, novecentos e setenta e dois mil, oitocentos e dezessete reais e oitenta e dois centavos), incorrendo no Quarto Termo Aditivo<sup>23</sup> aqui tratado, no montante global de R\$ 14.743.807,32 (quatorze milhões, setecentos e quarenta e três mil e oitocentos e sete reais e trinta e dois centavos), cujo vencimento ocorreu em 21 de novembro de 2019<sup>24</sup>.

Entre as maiores dificuldades aponta-se a contratação e fixação de recursos humanos na área de saúde, o que impacta seriamente no funcionamento das UPA's, uma vez deflagrados vários processos de contratação, inclusive, dois concursos públicos, quatro processos seletivos simplificados em Regime Especial de Direito Administrativo, além de um Contrato Administrativo para a prestação de serviços médicos. No entanto, essas tentativas não lograram êxito na fixação do profissional de saúde na estrutura da Secretaria.

No ano de 2019, por meio de visita *in loco* e consolidada através de Relatório interno de Auditoria datado de 29/09/2020<sup>25</sup>, observou-se um quantitativo de 42 (quarenta

<sup>23</sup> Quarto Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 335/2014, publicado no DOM, em 19/10/2018.

<sup>24</sup> Contrato de Gestão nº 335/2014, disponibilizado pela Secretaria de Saúde ao respectivo Setor de Controle Interno municipal, para a realização de análise por assessoria técnica (2014-2020)

<sup>25</sup> Relatório de Auditoria de Controle Interno Operacional na Área de Gestão e Controles da UPA, realizada mediante

e dois) profissionais trabalhando na UPA da Gleba A, objeto da pesquisa (1 Diretora geral, 1 coordenador farmacêutico, 1 coordenador de serviço social, 1 coordenador de enfermagem, 1 gerente administrativo, 32 médicos, 1 enfermeira, 3 assistentes sociais e 1 recepcionista).

Quanto a estrutura física da UPA em referência, apresenta-se no Contrato da seguinte forma:

- Uma recepção com sala de espera;
- Três sanitários (masculino, feminino e outro para deficientes físicos);
- Um SAME (Serviço de Arquivamento Médico Estatístico);
- Uma sala de acolhimento com classificação de risco com eletrocardiografia,
- Quatro consultórios médicos;
- Uma sala de radiologia;
- Um posto de coleta,
- Uma farmácia,
- Uma sala de reidratação,
- Uma sala de inalação,
- Uma sala administrativa,
- Uma sala de Serviço Social,
- Uma sala de sutura,
- Uma sala de gesso,
- Uma sala de utilidades,
- Uma sala de guarda temporária de cadáveres,
- Uma sala de guarda temporária de resíduos,
- Uma sala para conforto da equipe multidisciplinar,
- Uma sala de estar para os plantonistas,
- Um vestiário masculino,
- Um vestiário feminino,
- Uma central de material esterilizado,
- Uma copa com um refeitório,
- Uma sala de expurgo,
- Área verde,
- Um posto policial,
- Um guarda maca,
- Três leitos de observação pediátrica,
- Três leitos de observação masculina,
- Três leitos de observação feminina, e
- Dois quartos de isolamento.

Entretanto, ao analisar, efetivamente, a gestão realizada na UPA, foram constatadas algumas dificuldades vivenciadas, desde a incorporação de recursos humanos de acordo

com a quantidade e necessidade dos serviços; à manutenção de equipamentos e reposição de estoques de insumos diversos; falta de racionalização interna e desperdícios de insumos no que tange a logística; bem como a carência na gerência das unidades, dificultando o monitoramento e avaliação por resultados; elevados custos de manutenção e baixa produtividade; além da desmotivação dos trabalhadores e profissionais de saúde, entre muitas outras. Igualmente, asseveram-se por meio da inspeção técnica da Equipe de Auditoria Interna, inúmeros descumprimentos às cláusulas contratuais pactuadas, a mencionar:

- Ausência do estoque de enxoval hospitalar e serviço de lavanderia;
- Carência de manutenção predial;
- Equipamentos de climatização em precárias condições de uso;
- Ausência de serviço de segurança armada;
- Carência do contrato do serviço de higiene e limpeza;
- Contratação de médicos sob o regime de pessoa jurídica;
- Fornecimento de alimentação a terceirizados sem previsão contratual;
- Ausência da comissão de ética médica e falhas na implantação das demais comissões;
- Despensa dos alimentos em situação inadequada;
- Ausência de controle no acompanhamento dos horários de médicos nos atendimentos de plantão;
- Evasão de pacientes da UPA referendada;
- Produção de atendimento abaixo do estimado na UPA.

Contudo, pode-se observar no levantamento realizado, que são muitas as dificuldades encontradas pelo município para a efetiva gestão da saúde pública como um todo, o que supostamente culminou na busca da implantação de um novo modelo já utilizado nas grandes cidades (São Paulo, Rio de Janeiro e Salvador).

Assim, na tentativa de melhorar o funcionamento na Unidade ou minimizar os problemas encontrados, pressupõe que os gestores definiram estratégias de macro ampliação e reestruturação da UPA, objetivando priorizar a qualificação da assistência, a

fim de retirar da Emergência do Hospital Geral de Camaçari (HGC), os atendimentos fora do perfil, no intuito de proporcionar um eficaz e eficiente acolhimento com a classificação de risco, para preservar o tempo mínimo às urgências, estabilizando as emergências e atendimento à clientela primariamente ambulatorial.

Compreende-se, portanto, que estruturar a unidade seja um dos primeiros passos, de modo a alcançar a resolutividade a que é proposta, garantindo a presença dos profissionais e material adequado, sem lacunas ou déficit no plantão, com primazia à política de atendimento e humanização, efetivando a reorientação do modelo assistencial da UPA.

Para tal alcance, imagina-se que a Secretaria de Saúde do município atentou para esse modelo gerencial, mais flexível e transparente, o qual permite um maior controle tanto por parte do Gestor quanto dos próprios munícipes, bem como conseqüente aumento da satisfação aos usuários dos serviços, através de um instrumento balizador, qual seja, a oficialização desse acordo, denominado de Contrato Administrativo, baseado em metas e obrigações específicas. Entre outros aspectos, por meio desse contrato de gestão, teoricamente, se pretende:

- Alcançar a eficiência e maior qualidade dos serviços prestados ao cidadão;
- Reduzir as formalidades burocráticas para acesso aos serviços;
- Possibilitar aumento a autonomia administrativa e financeira;
- Racionalização dos recursos e redução dos custos;
- Priorizar resultados e possibilitar a flexibilização do contrato em referência.

Em resumo, através do Contrato Administrativo, idealiza-se que o município busca qualificar o atendimento e a gestão da UPA, utilizando um modelo que permite maior versatilidade à burocracia, oportunizando a contratação de mão de obra especializada a um custo menor, em atenção a própria Lei de Responsabilidade fiscal.

Tal escolha por processos de licitação na modalidade de Concorrência Pública por Técnica e Preço visa respeitar o princípio constitucional de isonomia das propostas, de maneira mais vantajosa à Administração Pública, processada e julgada em obediência e conformidade aos princípios básicos administrativos, devendo sempre prevalecer o interesse público, em conformidade e vinculação ao instrumento convocatório, com fulcro

na Lei nº 8.666/93.

#### **4. DESAFIOS DO CONTROLE INTERNO E MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO DA UPA DA GLEBA A**

Este capítulo buscou apontar os desafios no gerenciamento da Unidade de Pronto Atendimento no âmbito da fiscalização e controle do contrato de gestão celebrado entre o Instituto de Gestão e Higienização (IGH) e a Prefeitura do Município de Camaçari/BA. Os resultados apresentados nessa seção foram elaborados via metodologia qualitativa, além das visitas técnicas, vasta análise documental, a destacar: Estudo de Viabilidade Econômica e Financeira para Gestão da UPA II Gravatá (2014)<sup>26</sup>; Relatório de Auditoria Operacional na Área de Gestão e Controles da UPA realizado pela Secretaria de Saúde (2019); Relatório do Serviço de Ouvidoria de Camaçari da UPA Gleba A/Gravatá (2019)<sup>27</sup>; e Relatório da UPA 24h Gleba A/Camaçari, realizado pelo Controle Interno (2019)<sup>28</sup>. Além disso, foram realizadas quatro entrevistas com membros da equipe técnica da Prefeitura e da UPA do Gravatá, sendo os cargos de Gerência Geral da Unidade, Auditor de Controle Interno da Controladoria Geral da Prefeitura, assessoria do Controle Interno e Coordenador de Suprimentos da Secretária de Saúde municipal.

A análise se concentrou no período correspondente aos meses de janeiro a junho/2019, refre-se, período compreendido na vigência do 4º Termo Aditivo (TA). Conforme já mencionado, a investigação se deu em torno do Contrato de Gestão nº 335/2014 entre o município de Camaçari e a empresa Instituto de Gestão e Humanização (IGH).

O objetivo desse contrato foi realizar a prestação de serviço especializado, operacionalizado e de execução da saúde na Unidade de Pronto Atendimento aqui tratada, conforme especificações, quantitativos e regulamentação do gerenciamento.

<sup>26</sup> **Estudo de Viabilidade Econômico e Financeira da UPA II Gravatá, no Município de Camaçari/Ba.** Disponível em [http://arquivos.camacari.ba.gov.br/compras/ANEXO\\_X\\_ESTUDO\\_DE\\_VIABILIDADE\\_ECONOMICA\\_E\\_FINANCEIRA%20-%20COPECOD.pdf](http://arquivos.camacari.ba.gov.br/compras/ANEXO_X_ESTUDO_DE_VIABILIDADE_ECONOMICA_E_FINANCEIRA%20-%20COPECOD.pdf), acesso 12/04/2021 às 20:00

<sup>27</sup> **Relatório do Serviço de Ouvidoria de Camaçari referente a UPA da Gleba A**, foi apresentado ao setor de Controle Interno da SESAU, no ano de 2019.

<sup>28</sup> **Relatório da UPA 24h** foi encaminhado ao setor de análise da SESAU, em 2019.

Fundado no ano de 2009, o IGH tem sede na cidade de Salvador/BA, e pode atuar em todo o território nacional<sup>29</sup>, cuja prerrogativa oportuniza a contratação pela Prefeitura Municipal de Camaçari por meio do Contrato de Gestão nº 335/2014, oriundo do Edital de Seleção Pública nº 002/2014<sup>30</sup>, a fim de realizar o gerenciamento e execução dos serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Gleba A.

Localizada no bairro do Gravatá, a UPA possui uma abrangência populacional de atendimento estimada entre 100.000 e 200.000 mil habitantes, demarcada fisicamente numa área de 1.000 m<sup>2</sup>. Possui uma média de atendimento de 250 pacientes em 24 horas, e trabalha com escala de quatro profissionais médicos no serviço diurno e dois no serviço noturno.

Portanto, a UPA objeto da pesquisa é uma unidade pública de saúde gerenciada por uma Organização Social, sem fins lucrativos, sob a informação de que o resultado financeiro destina-se a uma composição constituída por custos relacionados com pessoal, aquisições e serviços, além do alcance de metas qualitativas e quantitativas variáveis pelo desempenho dos profissionais e agentes de saúde.

Ao entrar no universo financeiro, nota-se na relação prefeitura e IGH a existência de custos instáveis relacionados ao desempenho dos profissionais e agentes de saúde, os quais se referem à espécie de remuneração acrescida ao custeio total da unidade, caso a organização social atinja percentuais determinados na produtividade de sua gestão, sem poder exceder ao limite de 10% (dez por cento) de todo o custeio local, medidas por uma amplitude de ações na saúde pública. Como exemplo, tem-se as campanhas de vacinação, multirões de atendimento médico e assistência, a fim de minimizar contaminações e epidemias à população, ou infecções nos postos de atendimento, dentre muitas outras.

É importante atentar para o fato de que por se tratar de uma proposta de viabilidade econômica e financeira para a gestão de uma UPA, não cabem avaliações concernentes a esfera exclusivamente privada, com taxa média de retorno, valor líquido, índice de lucratividade e etc. O que a Prefeitura de Camaçari deve buscar é encontrar um modelo

<sup>29</sup> Disponível em <https://www.igh.org.br/institucional/> (acesso em 14/04/2021 às 21:24)

<sup>30</sup> **Edital de Seleção Pública nº 002/2014**. Disponível em [http://arquivos.camacari.ba.gov.br/compras/EDITAL\\_SELECAO\\_PUBLICA\\_002-14%20-%20COPECOD.pdf](http://arquivos.camacari.ba.gov.br/compras/EDITAL_SELECAO_PUBLICA_002-14%20-%20COPECOD.pdf) (acesso em 09/10/2019 às 20:10)

mais eficiente e de baixo custo para operacionalizar a Unidade de Pronto Atendimento por uma organização do terceiro setor.

Oportuno ressaltar que tais unidades de saúde já possuem um plano referencial de estrutura física e de recursos humanos essenciais, regulado pelo próprio Ministério da Saúde via Portaria nº 104, de janeiro de 2014. Entre os diversos benefícios e obrigações abarcadas por essa unidade de saúde, pode-se destacar:

- A prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde da população, no âmbito do SUS;
- Aquisição, gestão e logística de suprimentos farmacêuticos e hospitalares;
- Gestão, guarda, conservação e manutenção do prédio, terreno e dos bens inventariados pelo município, incluindo os mobiliários e os equipamentos médico-hospitalares;
- Contratação e gestão de profissionais de todas as áreas concernentes à operação das atividades relacionadas ao atendimento na unidade;
- Execução direta ou subcontratação e gestão, em qualquer caso, dos serviços acessórios necessários ao funcionamento das atividades relacionadas à saúde na unidade, conforme estabelecido no próprio contrato de gestão;
- Operacionalização do atendimento integral, multiprofissional e interdisciplinar dos usuários;
- Administração da oferta e gestão de leitos, bem como dos serviços acessórios necessários ao funcionamento das atividades relacionadas à unidade, tais como manutenção predial e conforto ambiental, engenharia clínica e tecnologia da informação.

Do ponto de vista do acompanhamento do contato de gestão observou-se desde as atividades desenvolvidas, a indicadores quantitativos e qualitativos de atendimento, especialmente, assistencial, material e de higienização, atentando às normas da Política Nacional de Humanização, voltadas para o acolhimento e a resolutividade. Garantir o efetivo atendimento multidisciplinar à população, com uma equipe devidamente qualificada e especializada é buscar a adequação às condições especiais do usuário, dentro de cada perfil e capacidade operacional, a fim de atender efetivamente ao que é proposto o trabalho.

Para tanto, relevante a instituição de comissões para centrar as diretrizes, revisar, ajustar, implementar e fiscalizar os procedimentos e rotinas de funcionamento da UPA. Manter responsável técnico e coordenador para cada serviço também facilita o cumprimento das determinações emanadas pelos respectivos órgãos responsáveis e fiscalizadores das atividades inerentes, responsabilizando-se os profissionais por todos os seus atos, em atenção a aspectos e preceitos de humanização para o fiel atendimento do SUS.

Portanto, examinar o Contrato de Gestão nº 335/2014 com ênfase na Unidade de Pronto Atendimento da Gleba A, verificar a aplicação dos recursos públicos, sua regularidade na execução orçamentária e financeira, bem como o cumprimento das disposições legais e a fidedignidade das contas entre os meses de janeiro a junho de 2019, a fim de ampliar os serviços e melhorar a qualidade no atendimento à população, são os principais desafios desse trabalho.

Ademais, motivar o controle interno e contribuir, de maneira eficaz, na aplicação dos recursos públicos destinados à manutenção da saúde, especialmente, a população de maior vulnerabilidade social que necessita dos serviços públicos de imediato, evitando-se o uso indevido em detrimento do qualificado atendimento à população, é o que pretende alcançar com a pesquisa apresentada.

Em suma, o planejamento e a execução da gestão pública são atos vinculados à lei (em sentido geral), praticados por agentes públicos, em sua maioria, eleitos pelo voto direto do cidadão, investidos em mandato temporário. Tais autoridades, por vezes, desconhecem ou desconsideram os regramentos exigíveis, necessitando de mecanismos que assegurem o fiel cumprimento para a aplicação desses recursos, com vistas ao atendimento dos princípios norteadores da administração pública, evitando-se tanto o abuso de poder, como o desperdício ou uso inapropriado por parte dos mesmos.

Tal acompanhamento é o que hoje podemos denominar de Controle. Segundo Hely Lopes Meireles (2003, p. 636), é a *“faculdade de vigilância, orientação e correção que um poder, órgão ou autoridade exerce sobre a conduta funcional de outro”*.

Embora existam diversas formas para fiscalizar e controlar a atuação da própria gestão, o Controle Interno é meramente aquele praticado dentro da própria administração

pública, com seus serviços e agentes, que se encontram previstos nos artigos 70 e 74 da Constituição Federal. Para os municípios, de forma específica, o artigo 31, fundamentalmente, dispõe que “*A fiscalização do Município será exercida pelo Poder Legislativo municipal, mediante controle externo, e pelos sistemas de controle interno do Poder Executivo municipal, na forma da lei.*”

Contexto em que, destacam-se alguns objetivos específicos da atividade de controle interno no município:

- Fiscalizar a adequada aplicação dos recursos públicos destinados à saúde local, para atendimento das pessoas com baixo poder aquisitivo no município de Camaçari;

- Melhorar o atendimento e as condições de acesso aos postos públicos de saúde para a população carente na região;

- Inspeccionar a compra e a destinação de remédios básicos e necessários ao restabelecimento da saúde da população nas unidades de atendimento dessa rede pública;

- Controlar a atuação dos médicos e profissionais que prestam serviços nos postos públicos de saúde, fim atender a população com presteza e responsabilidade;

- Atentar e atuar na fiscalização das licitações públicas, salvaguardando os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência aos certames, além da livre concorrência.

Portanto, empregar os melhores recursos, tanto humanos quanto técnicos e operacionais, para a implantação adequada dos serviços discriminados pela UPA é respeitar os direitos da população, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário. Em conjunto, a manutenção na qualidade da prestação dos serviços é fundamental, de maneira que o próprio aparelhamento físico que necessita a unidade deve também estar sempre disponível ao funcionamento e uso adequado, atentando ao tempo de reposição, além de respeitar as disposições das portarias do respectivo Ministério da Saúde em promoção a adesão de todos os colaboradores com os princípios e diretrizes do SUS, quais sejam, universalidade, equidade e integralidade, mantendo-se devidamente treinados, capacitados e atualizados.

Nesse contexto, para avaliar o andamento do Contrato de Gestão nº 335/2014, a análise se concentrou no período já mencionado de seis meses (jan a jun/2019), abarcado por parte do 4º TA, assinado em 01/10/2018 e publicado no DOM nº 1034, datado de 19/10/2018. A avaliação foi realizada a partir de dimensões de análises.

#### **4.1. Instâncias de Monitoramento e Avaliação**

A avaliação e o monitoramento das metas que constam no contrato de gestão é uma das principais atribuições que compete aos representantes da Secretaria de Saúde do Município de Camaçari (SESAU), reportando-se ao período analisado, através da designação de uma Comissão fiscalizadora de acompanhamento dos serviços, composta por quatro membros titulares da secretaria municipal de saúde, instituída por meio da Portaria nº 044, de 11/11/2019 (DOM nº 1298)<sup>31</sup>.

Em atenção à previsão contratual, essas comissões são instituídas em até dois meses após o início das atividades de saúde contratadas, e devem se reunir trimestralmente, com o objetivo de verificar e exigir o fiel cumprimento das cláusulas pactuadas, cuja ausência ou eventual omissão não eximirá a contratada dos compromissos e obrigações assumidas perante a contratante. Como gestor da pasta, ao Secretário da Saúde, além do acompanhamento da execução dos serviços prestados, é atribuída a ciência e atesto definitivos da conclusão dos relatórios técnicos de análises.

Com base o Termo de Referência nº 383/2014, as Comissões de Controle de Infecção Pré-Hospitalar, de Ética Médica, de Verificação de Óbitos, de Revisão de Prontuários e de Vigilância Epidemiológica deveriam ser constituídas no mesmo prazo, após o início das atividades hospitalares, e mantidas conforme legislação e regulamentação vigentes, assim como quaisquer outras que venham a se tornar legalmente obrigatórias ou necessárias. Entretanto, essa exigência também foi descumprida por parte do IGH – cuja documentação foi parcialmente apresentada pelo Instituto.

Assim, mesmo sendo obrigatória a instituição das cinco Comissões para o pleno funcionamento da UPA da Gleba A, conforme documento assinado pelo gerente geral, emitido à SESAU em 29/08/2019, pôde-se observar que ainda não existe a Comissão de Ética Médica e as quatro demais apresentam documentação incompleta, o que importa infringir cláusula contratual pactuada pelo IGH. Salienta-se que não houve apresentação integral das cópias das Portarias, Atas das Reuniões e Relatórios Trimestrais, mesmo após reiteradas solicitações para apresentação de dados à pesquisa. Segue abaixo quadro

<sup>31</sup> Comissão fiscalizadora da saúde foi designada para acompanhamento do Quarto Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 335/2014, através da Portaria nº 044, de 11/11/2019 (DOM nº 1298)

demonstrativo de documentos encontrados e fornecidos pelo Instituto:

**Tabela 2 – Demonstrativo de documentos referentes a UPA da Gleba A/Gravatá, em Camaçari/BA, apresentados pelo IGH (Jan a Jun/2019)**

ATAS DAS REUNIÕES REALIZADAS							
COMISSÕES	PORTARIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
Controle de Infecção Pré-Hospitalar	X	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Ética Médica	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Verificação de Óbitos	Não	X	X	X	X	X	X
Revisão de Prontuários	Não	X	X	X	X	X	X
Vigilância Epidemiológica	X	X	X	X	X	X	X

Fonte: Elaboração própria com base no Relatório de Auditoria Operacional datado de 05/03/2020, na área de Gestão de Controles (Ordem de Serviço – OS nº 005/2019)

Referente ao serviço, este deve ser autorizado mediante Ordem de Serviço, Nota de Empenho ou documento equivalente, os quais instruirão a execução dos trabalhos e documentarão as comprovações dos serviços realizados. Em caso de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população, o município de Camaçari poderá assumir imediatamente a execução dos serviços que foram contratados, atentando-se às condições estabelecidas na legislação que rege a matéria.

Logo, o acompanhamento e a avaliação dos resultados cabem à contratante que é responsável pelo acompanhamento e fiscalização de todo o contrato de gestão, desde a supervisão, às ações desenvolvidas na UPA pelo IGH, obedecendo a forma descrita no Termo de Referência do Edital de Seleção Pública 002/2014.

Os resultados alcançados partem de análise criteriosa da contratante, a qual adotará formas de correção quando necessárias, objetivando garantir a plena eficácia do instrumento contratual. Uma vez persistindo as falhas encontradas, a Comissão deve informar aos dirigentes da contratante e subsidiar o Gestor para tomada de providências pertinentes.

A verificação referente ao cumprimento das metas e diretrizes definidas para a contratada se restringe aos resultados obtidos na execução dos serviços, através de indicadores de desempenho, em contraponto à finalidade pactuada. Ao final de cada

exercício financeiro, devem ser consolidados relatórios técnicos emitidos pela Comissão de Supervisão e Avaliação instituída, desde a observância de desempenho administrativo, ao financeiro, tecnológico e científico da contratada, devendo ser encaminhado pelo Secretário da pasta, acompanhado de parecer conclusivo, ao Tribunal de Contas do Município de Camaçari – porém, não foi possível comprovar, integralmente, o fiel cumprimento das cláusulas pactuadas, por não ser fornecida a documentação probatória por parte da gestão municipal, ainda que exaustivamente solicitado.

Assim, em suma, a Secretaria de Saúde do município deve proceder a verificação periódica do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela contratada com a aplicação dos recursos de sua gestão, elaborando relatório circunstanciado, mas na prática, mesmo incorrendo em algumas inconsistências contratuais, não se constatou influência no montante do valor contratual a ser pago pela prefeitura ao IGH.

#### **4.2. Fiscalização dos pagamentos e dos atendimentos**

Em atenção às metas para garantir a adoção das normas da Política Nacional de Humanização, centrada nas diretrizes assistenciais de primazia ao atendimento prestado à população, voltadas para a atenção acolhedora e resolutiva – reporta-se que embora tenha como planejamento a realização de atendimento multidisciplinar integral e ininterrupto na UPA da Gleba A, amparada por equipe qualificada e especializada por parte da Contratada, atendendo devidamente às normas técnicas, observam-se lacunas no atendimento.

Dessa maneira, encontra-se entre as atividades previstas no processo de atendimento da UPA, realizar prontamente tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de assistência, efetivar tratamento de intercorrências que venham desencadear ao longo do processo, ou tratamentos concomitantes diferentes daqueles classificados como principal, bem como podem ser necessárias devido às condições especiais de cada paciente.

De igual modo, a realização de procedimentos médicos necessários, referenciando-os para outras unidades públicas de saúde, conforme orientação da Central Municipal de Regulação de Leitos e a Central de Regulação das Urgências, além do próprio

atendimento médico, assistência de enfermagem e serviço social, exames laboratoriais e de imagem, materiais hospitalares, insumos e instrumentos adequados de engenharia clínica, manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos obrigatórios para o funcionamento da unidade, além de higienização, coleta e etc., são aspectos consideravelmente relevantes para o adequado funcionamento da Unidade, que também incorreram em falhas contratuais no mesmo período.

Diante da análise dos Relatórios de “Pacientes Atendidos”, em concomitância com os dados obtidos por informes através do Sistema de Gerenciamento Hospitalar – SPDATA, cedido pelo IGH, a pedido da Equipe de Auditoria, depara-se com a seguinte média mensal registrada, por atendimento:

**Tabela 3 – Média mensal de atendimento na UPA da Gleba A/Gravatá, em Camaçari/BA (Jan a Jun/2019)**

<b>Relatórios</b>	<b>Horário de atendimento</b>	<b>Situação média mensal</b>
A	Diurno: Das 07h às 13h Das 13h às 19h	Desistência entre a recepção e o atendimento médico – 30%
B	Noturno: Das 19h às 0h	Evasão entre a recepção e o atendimento médico – 65%

Fonte: Elaboração própria com base no Relatório de Auditoria Operacional datado de 05/03/2020, na área de Gestão de Controles (Ordem de Serviço – OS nº 005/2019)

Vale ressaltar que a ausência de legislação específica para apontar os percentuais toleráveis da taxa de evasão de pacientes nas unidades de saúde da UPA, antes ou depois do atendimento (com ou sem triagem), não permite uma fundamentação exata do que seria um nível de evasão aceitável. Contudo, de modo geral, é possível uma razoável avaliação da situação, atentando-se aos mais diversos aspectos, desde o primeiro acolhimento, ao tempo médio de espera no atendimento, apresentação dos aparelhos, padronização e qualificação técnica dos profissionais, ao descuido da higienização na própria unidade de saúde, o que seria por si só justificável. Logo, inegável é a elevada evasão por parte dos pacientes até o atendimento médico, resultando numa média entre 30% (trinta por cento) a 65% (sessenta e cinco por cento), o que não é minimamente razoável.

Quanto aos indicadores para avaliação dos serviços, conforme pesquisa realizada no Relatório de Tempo do Atendimento fornecido pelo IGH, no dia 04/01/2019, os pacientes que permaneceram na UPA foram atendidos com muito excesso ao tempo que

é racionalmente justificável. Verificou-se, ainda, a quebra do Protocolo *Manchester*, que funciona como um processo de classificação dos pacientes, através do uso de cores, implantado em grande parte com o uso de pulseiras de identificação que permitem definir rapidamente qual a situação de cada usuário. Tal protocolo foi criado com o intuito de otimizar os processos de atendimento, de forma a estabelecer métodos mais eficientes e diminuir problemas de alta demanda, que acabam gerando superlotação e demora no atendimento. Segue a tabela ilustrativa apresentada pelo IGH:

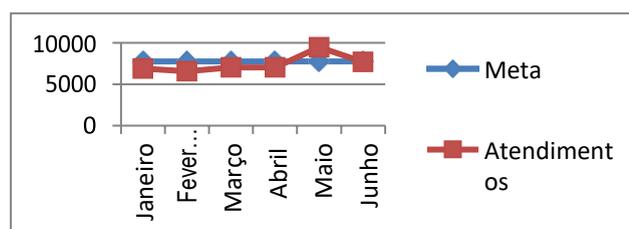
**Tabela 4 – Comparativo do Tempo de Atendimento na UPA da Gleba A/Gravatá, em 04/01/2019, Camaçari/BA**

Prontuário	Hora recepção	Hora atendimento	Classificação	Permanência na UPA	Tempo máximo conforme protocolo Manchester
53007	10:07:15	14:12:02	Pouco urgente	Em torno de 4 horas	2 horas
40232	10:05:42	14:41:23	Pouco urgente	Em torno de 4 horas	2 horas
52875	10:26:38	14:46:53	Pouco urgente	Em torno de 4 horas	2 horas

Fonte: Elaboração própria com base no Relatório do Tempo de Atendimento referente ao dia 04 de janeiro de 2019.

Ato contínuo, deparando-se com a Cláusula Quarta do Contrato nº 335/2014, Termo de Referência nº 383/2014 e Portaria nº 342/2013, com base na análise de dados extraídos da “Produção de Atendimento Mensal” do Sistema do IGH, foi possível verificar que conforme contratualizado, a meta mensal prevista era de 7.750 atendimentos em geral, no entanto, constatou-se um número bem abaixo do esperado, abrangendo urgências, emergências, internação, consultas e atendimentos ambulatoriais, sendo somente ultrapassada no mês de maio/2019. O Instituto não disponibilizou relatórios ou documentos que comprovem o quantitativo por atendimento específico, possivelmente demonstrado no gráfico abaixo:

**Gráfico 1 - Produção de atendimento mensal na UPA da Gleba A/Gravatá, Camaçari/BA (Jan a Jun/2019)**



Fonte: Relatório de Atendimento do Sistema Spdata/Igh (Relatório de Auditoria realizado em 2019).

Quanto a análise do quantitativo de atendimentos na UPA, ao avaliar o relatório de pacientes acolhidos no mesmo período, verificaram-se prontuários que se repetem periodicamente, chegando até 57 (cinquenta e sete) vezes por mês, o que não é razoável. Segue a tabela descritiva do Relatório de alguns “Pacientes atendidos”, no período pesquisado, por número do prontuário:

**Tabela 5 – Quantitativo de atendimentos por paciente na UPA da Gleba A/Gravatá, em Camaçari/BA (Jan a Jun/2019)**

<b>Número do prontuário por paciente</b>	<b>Número de repetições</b>
4961, 2843, 2298, 31596, 43355, 10347	9
456, 838, 5202, 13402, 43121, 30787	11
1324, 2248, 3003, 9992, 50688	13
1103, 1343, 3873, 60411, 14486	14
16141	15
12302, 20133	16
350, 36976, 50008	18
42213	21
1884	25
2218	36
18157	46
75	57

Fonte: Elaboração própria com base no Relatório de Auditoria Operacional datado de 05/03/2020, na área de Gestão de Controles (Ordem de Serviço – OS nº 005/2019)

Ademais, certificou-se que o Serviço Social não elabora relatório consolidado de acompanhamento das cartas-queixas, nem faz acompanhamento quanto à satisfação dos usuários que passam pelos serviços. Assim, mesmo com registro de queixa, inviabiliza qualquer retorno efetivo ao paciente a fim de explicitar que o ocorrido foi apurado ou ainda, que medidas estejam sendo adotadas e aplicadas para a resolução do problema, o que traduz também literal descaso contratual entre a Prefeitura e o IGH, no que tange ao quesito de “Qualidade”.

Em se tratando da prestação de contas, observou-se também a ausência de documentos contratualizados significativos, os quais deveriam comprovar as obrigações mensais da contratada e seu cumprimento total, parcial ou inexistente,

não sendo possível, portanto, confrontar a exata aplicação dos recursos financeiros alocados, uma vez que as planilhas apresentadas pelo IGH não estão de acordo com a planilha da proposta de preço. Segue quadro apresentado da prestação de contas no período referendado:

**Tabela 6 – Ilustrativo da prestação de contas da UPA da Gleba A/Gravatá, Camaçari/BA (Jan a Jun/2019)**

<b>MÊS</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>
Relatório com todos os procedimentos realizados (metas quantitativas e qualitativas)	Parcialmente atendido					
Folha de pagamento	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido
Apólice de Seguro	Não atendido					
Relatório das Comissões	Não atendido					
Estatísticas Mensais dos atendimentos	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido	Atendido
Relação dos serviços oferecidos	Não atendido					

Fonte: Elaboração própria com base no Relatório de Auditoria Operacional datado de 05/03/2020, na área de Gestão de Controles (Ordem de Serviço – OS nº 005/2019)

Diante do exposto, denota-se que há muitas falhas na administração interna do IGH quanto à Gestão da UPA, tanto no acompanhamento quanto na fiscalização da prestação dos serviços, aos pagamentos respectivamente acordados entre a prefeitura de Camaçari e o Instituto, o que inviabiliza a fidedignidade dos gastos, bem como a precisão dos dados fiscais.

#### **4.3. Profissionais de saúde alocados**

No decorrer dos anos, verifica-se que a Unidade de Pronto Atendimento de Saúde da Gleba A vem passando por sérias dificuldades em relação à contratação e fixação de recursos humanos para atuação na área, o que impacta seriamente no funcionamento e qualidade dos serviços prestados na Unidade.

É sabido que já foram deflagrados diversos processos de contratação para a prestação dos serviços de saúde, mas a dificuldade de manutenção e fixação desses profissionais na área ainda persiste, o que impacta diretamente na operacionalização dos serviços e impulsiona uma fiscalização mais rigorosa ao cumprimento das cláusulas contratuais. Importante, pois, examinar desde a regularidade orçamentária e financeira, através do monitoramento de gastos e fidedignidade das contas, à quantidade de

atendimentos (oferta e demanda), profissionais e cumprimento das disposições legais.

Para tanto, a Auditoria de Controle Interno do Município desenvolveu um processo de “amostragem”, vez que se tornou imprecisa a aplicação dos recursos financeiros. Tal “amostragem” nada mais é que a utilização de um processo para a obtenção de dados aplicáveis a um centro ou conjunto, denominado universo ou população, por meio de visitas técnicas, análises de relatórios e exames didáticos à parte desse conjunto, denominado de UPA de Saúde. Há quem defenda tratar de uma espécie de “auditoria”, como aplicação de procedimentos sobre uma parte da totalidade dos itens que compõe o conjunto de atos administrativos na prestação dos serviços de saúde, para permitir o alcance e evidência à conclusão sobre o objeto analisado.

Igualmente, o monitoramento de gastos, quantidade de atendimentos e profissionais de saúde ocorreram da análise dos processos de pagamentos, relatórios de prestação de serviços médicos fornecidos, fichas técnicas disponibilizadas e prestações de contas no período entre o mês de janeiro a junho de 2019, além dos testes substantivos que possibilitam proximidade dos dados produzidos pela Gestão do IGH, através de cruzamento de dados (Folha Fator Sistema, Folha SIGA e Folha de Contas Creditadas).

Em suma, a UPA da Gleba A disponibiliza urgência e emergência, com 09 (nove) leitos ativos e possui perfil assistencial para atendimento clínico, com um quadro de 42 (quarenta e dois) profissionais para atendimento de toda a demanda, perfazendo um total de 32 (trinta e dois) médicos que trabalham em regime de escala e revezamento.

Quanto a jornada diária dos profissionais de saúde, apenas os médicos apresentaram discrepância laboral. Embora o IGH informe um quantitativo de 5 (cinco) médicos para cada plantão de 7h de trabalho, na prática, muitas lacunas são encontradas na rotina diária da UPA, verificando-se escalas de revezamento de 3h30min, como exemplo. Oportuno ressaltar que o repouso médico, conforme legislação atualizada, é de 1h20min para uma jornada de 12h – cuja ausência se justifica apenas para alimentação e descanso.

Atentando-se ao Código de Ética Médica (CEM), em seu artigo 9º, é expressamente vedado ao médico:

*“Deixar de comparecer a plantão em horário pré-estabelecido ou aboná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.*

*Parágrafo Único – Na ausência do médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição”.*

Assim, durante esse período, entre os meses de janeiro a junho/2019, através de visitas técnicas, foram constatados diferentes períodos de atendimentos, de 07h às 13h, 13h às 19h, das 19h às 0h e de 0h às 07h, divididos da seguinte forma:

- I - 12% registro de atendimento pelos cinco médicos no mesmo plantão;
- II - 48% registro de apenas quatro médicos no plantão;
- III - 32% registro de três médicos no plantão; e
- IV - 8% registro de apenas dois médicos no plantão.

Conclui-se, portanto, que no período discriminado, apenas 12% (doze por cento) dos médicos que trabalharam na UPA da Gleba A, contratados pelo IGH, estavam atuando em conformidade com o Contrato.

Acrescenta ainda, da análise dos relatórios e atas de registro de ocorrências/freqüência, apresentada pelo IGH, a constatação de que alguns profissionais médicos trabalham em regime de até 7 (sete) plantões de 12h (doze horas) consecutivas, ou seja, supostamente 84h (oitenta e quatro horas) ininterruptas dentro da Unidade, o que demonstra jornada completamente exaustiva dentro da UPA, considerando que o tempo máximo de permanência de trabalho dentro de uma unidade de saúde é de 24h (vinte e quatro horas), exceto em caso de plantões à distância, é o que dispõe a Resolução do CREMESP nº 90, de 21 de março de 2000, em seu artigo 8º<sup>32</sup>.

O Código de Ética Médica trata sobre o descumprimento de resolução e define de forma clara o que é vedado ao médico:

*“Art. 18 Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.*

*Art. 19 Deixar de assegurar quando investido em cargo de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.”*

Em atenção a esse dispositivo, o Contrato nº 335/2014, em seu Termo de Referência, salienta que em se tratando da gestão de pessoas, a Contratada deve “*utilizar*

*critérios técnicos quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais e vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias”, o que apenas reforça a necessidade de acompanhamento e controle por parte da administração pública, a fim de inibir e evitar descumprimentos de cláusulas pactuadas, de modo a alcançar efetivamente o objetivo almejado.*

#### **4.4. Transparência das informações e satisfação dos usuários dos serviços de saúde na UPA da Gleba A/Gravatá**

A transparência, como princípio basilar dos atos administrativos, funciona como um instrumento auxiliar à população para o acompanhamento da própria gestão pública, pois além de possuir um caráter preventivo, frustra situações arbitrárias de poder, desvio de finalidade e má aplicação dos recursos públicos.

Após a CF/1988, quando se fala em “publicidade”, refere-se ao ato de “tornar público”, dar “ciência a todos”, ou “disponibilizar a informação”, possibilitando o acesso a todo e qualquer cidadão. Ainda que não imponha a divulgação de tudo o que ocorre no meio dos órgãos públicos, as informações ficam disponíveis à consulta da sociedade, dependendo apenas de solicitação do interessado, cabendo a guarda ao Estado de Direito, sob pena de ser responsabilizado criminalmente, além de cabível punição administrativa, com fulcro na Lei nº 12.527/2011, que regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas nos três Poderes, nos entes federativos, bem como nos Tribunais de Contas e os Ministérios Públicos.

Embora se recomende a elaboração de relatórios mensais instituídos pelas Comissões em Saúde, não tem como precisar quanto à prática laboral ou transparência veemente das informações, pois não existe publicação de Relatórios no Diário Oficial do Município, as informações sequer são apresentadas de maneira integral à Comissão, nem são disponibilizadas no site da prefeitura. Somente através de visitas técnicas é que foram identificadas várias inconsistências apresentadas, a exemplos de documentos que divergem desde a prestação de contas, à prática de revezamento entre os médicos e informação no registro de ponto, descumprimento de carga horária, aquisição de produtos com finalidade divergente do contrato, dentre tantas outras.

Embora exista a pesquisa de satisfação de usuários, torna-se importante mencionar que não foi dada a devida atenção por parte da administração da UPA, nem há acompanhamento efetivo das cartas de reclamações feitas por pacientes, logo, inviável mensurar, controlar ou mesmo adotar as medidas para a resolução do óbice ou problema encontrado. Portanto, não há que se falar em assistência efetiva dos resultados, o que apenas contribui ao declínio no atendimento e descontentamento por parte dos usuários do SUS na unidade de saúde estudada.

#### **4.5. Qualificação técnica da equipe de controle interno do município**

Durante a realização dessa pesquisa pôde-se notar que a ação ou atividade de controle interno é intrínseca a gestão do município, e abarca todos os atos da administração pública, uma vez que os recursos administrados não pertencem ao gestor, mas sim à sociedade, recaindo apenas àquele a condução e execução dos seus atos. E como a descentralização e a multiplicidade das atividades estatais podem dificultar aos gestores públicos acompanharem a execução de todas as atividades administrativas, mesmo nos municípios menores, a implantação e manutenção de controles são efetivados, a fim de zelar pela regular lisura da utilização dos recursos e bens públicos, além de contribuir com a eficiente prestação dos serviços de saúde à população, que é direito fundamental e de todos.

Nesse sentido, os controles internos municipais, preenchidos por cidadãos através de concurso público, devem contemplar profissionais tecnicamente qualificados e supostamente idôneos, a fim de resguardar os princípios que regem a administração pública, especialmente, moralidade e impessoalidade, em observância a supremacia do interesse público, respeitável autonomia funcional, a zelar pelo fiel cumprimento das suas atribuições correlatas – é o que se espera da equipe técnica de analistas e auditores do controle interno da prefeitura de Camaçari.

## 5. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em caráter conclusivo, este capítulo busca apresentar as recomendações para aperfeiçoar o gerenciamento da UPA no âmbito da fiscalização e controle do contrato de gestão celebrado entre o Instituto de Gestão e Higienização (IGH) e a Prefeitura do Município de Camaçari/BA. Essas recomendações foram baseadas nos desafios apontados no capítulo anterior e tiveram como principais referências às entrevistas realizadas com gestores da prefeitura e da UPA, além da análise documental dos relatórios de auditoria e fiscalização de órgãos da prefeitura.

Conforme já mencionado, o período central da análise foi janeiro a junho de 2019 e as dimensões de análise que identificaram os principais desafios da UPA foram: Monitoramento e Avaliação do cumprimento contratual; Fiscalização dos pagamentos, atendimentos e profissionais de saúde alocados; Transparência das informações e satisfação dos usuários dos serviços de saúde; bem como a Qualificação técnica da equipe de controle interno do município.

No que se refere ao cumprimento das metas, do ponto de vista da análise orçamentária e financeira, considerando a natureza operacional do contrato de gestão, idealiza-se a salvaguarda do erário, com maior transparência e adequada aplicação dos recursos públicos, a fim de melhorar e ampliar o atendimento do SUS, na Unidade de Pronto Atendimento da Gleba A/Gravatá.

É bem verdade que mediante a revitalização da administração pública para o acolhimento do novo modelo gerencial, embora defenda como foco a produtividade e a qualidade da prestação do serviço público direcionado à satisfação dos beneficiários, em atenção ao alcance econômico-financeiro, ainda se percebe práticas burocráticas enraizadas, além do uso de ferramentas como se instituições privadas fossem.

Logicamente, é forte a tendência de que as organizações sociais atuem utilizando-se de práticas cotidianas e técnicas internalizadas por organizações com fins lucrativos. Entretanto, no novo modelo de administração pública gerencial, deve continuar prevalecendo, precipuamente, o interesse público sobre o privado, de modo a apresentar-se como um verdadeiro desafio atual, ao abarcar maior flexibilidade e fiscalização

contínua, a criar estratégias para que os próprios gestores e cidadãos transformem o conhecimento em efetiva ação, fim possibilitar novas práticas que viabilizem um melhor atendimento à sociedade.

Diante de todo o exposto, com o objetivo de atender fielmente ao cumprimento das normas e termos contratuais, recomenda-se:

- A instituição de uma Comissão técnica por parte da Secretaria de Saúde, que efetivamente realize a adequada avaliação e fiscalização contratual da UPA da Gleba A junto ao IGH, respeitando o princípio da impessoalidade e autonomia funcional, zelando por prazo predeterminado, de maneira a expedir Atas de Reuniões, Relatórios técnicos mensais e trimestrais, à Assessoria de Controle da SESAU, que demonstrem a real situação fática encontrada na Unidade. Conforme o Termo de Referência nº 383/2014, recomenda-se que as Comissões de Controle de Infecção Pré-Hospitalar, de Ética Médica, de Verificação de Óbitos, de Revisão de Prontuários e de Vigilância Epidemiológica também sejam constituídas no mesmo prazo;

- Ao final de cada exercício financeiro, seja fornecido e mantido em arquivo disponível, pela Comissão de Supervisão e Avaliação designada, relatórios técnicos que comprovem desde o desempenho administrativo, o financeiro, tecnológico e científico da Contratada, bem como o Parecer conclusivo do Secretário de Saúde;

- À Secretaria de Saúde e sua Comissão técnica, proceder o acompanhamento e verificação periódica da aplicação dos recursos da sua gestão, gastos e pagamentos, em atenção a demandada necessária e o real funcionamento operacional da UPA;

- À Comissão instituída pela SESAU, monitorar desde o acolhimento dos pacientes, ao gerenciamento de atendimento médico no horário de expediente, escalas de recursos humanos na UPA, assistência de enfermagem, serviço social, exames laboratoriais, de imagem, materiais hospitalares, insumos e instrumentos adequados de engenharia clínica, higienização e coleta;

- Ao IGH, que encaminhe ao órgão de controle responsável da Prefeitura de Camaçari, planilha mensal com todos os atendimentos específicos realizados, e contratos vigentes firmados em decorrência desse contrato de gestão;

- No que tange ao elevado índice de desistência dos pacientes, impende solução ao IGH para que as evasões sejam evitadas, melhorando o acolhimento e a celeridade no atendimento, primando por qualificação profissional e estrutura adequada da Unidade – efetivando e disponibilizando as pesquisas de satisfação dos usuários, fim comprovar o contetamento da população à assistência de saúde local;

- Ao ser auditado, recomenda-se que o IGH trabalhe com relatórios que informem o quantitativo de atendimento e serviço mensal por especificidade, discriminadamente, sendo sugerida penalidade ou risco de glosa da porcentagem estabelecida no Contrato, qual seja, 10% (dez por cento) da parcela variável nos quatro meses;

- A cada trimestre sugere-se que seja realizada a prestação de contas por parte do IGH e da administração municipal, com vistas a apurar a real situação econômica e financeira mediante as demandas da UPA; demonstrando o ressarcimento dos valores pagos a título de juros e multas porventura impostas;

- Ao IGH, seja encaminhado mensalmente ao Setor de Controle Interno da Prefeitura de Camaçari, toda a documentação de regularidade fiscal e tributária atualizada da empresa (Certidões municipal, estadual, federal, trabalhista, regularidade de FGTS e negativa de concordata e falência).

Por fim, ressalta-se a importância do papel do Controle Interno do município para a gestão, em busca de aprimorar a aplicação dos recursos públicos, mas também como função preventiva com finalidade de conter erros, fraudes e desperdícios por parte do erário. Sua atuação independe de instituição por Lei, face fortalecer o hábito de um planejamento sólido e consistente, amparados por objetivos precípuos da administração pública, que é o atendimento idôneo à população. Como bem expressa Cibele Franzense (2006) *“a ideia da contratualização de resultados e da criação de novas organizações com maior autonomia para gerir a prestação de serviços públicos se espalhou pelo país”*, o que torna evidente a necessidade de uma maior atuação de controle e fiscalização tanta na aplicação dos recursos públicos, quanto à prestação dos seus serviços.

De forma complementar destaca-se também a necessidade de qualificação contínua da equipe da controladoria municipal, a fim de superar os novos desafios da administração pública, como é o caso abordado sobre gerenciamento de um contrato de gestão no âmbito

da saúde, nos moldes da teoria da Administração Pública Gerencial – tempo em quê, dialoga e contribue com os instrumentos de planejamento tradicionais, como os programas, projetos e ações existentes no PPA, na LDO e na LOA.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

**A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <URL> Acesso em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/46930317/a-construcao-do-sus-historia-da-reforma-sanitaria-e-do-processo-participativo>

ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares.** Florianópolis, 2001.

ACUNHA, Fernando José Gonçalves. **A Administração Pública brasileira no contexto do Estado Democrático de Direito.** Brasília: CEAD/UnB, 2012.

ALMEIDA, M.H.T. **Federalismo e políticas sociais.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, v.28, n.10, p.88-108, 1995.

ALMEIDA, J. J. de. **Sistemas de custos em organizações hospitalares: estudo de casos.** Dissertação de Mestrado em Ciências Contábeis. Rio de Janeiro: ISEC/FGV, 1987.

**Análise das entidades paraestatais, organizações sociais e organizações da sociedade civil de interesse público, publicado em 01/04/2018.** Disponível em <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-171/analise-das-entidades-paraestatais-organizacoes-sociais-e-organizacoes-da-sociedade-civil-de-interesse-publico/> (acesso em 16/10/2000 às 14:00)

ANDRADE, M. M. D. **Introdução a metodologia de trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação.** 10ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ARRETCHE, M. T. S. **O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes.** Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Ciência Política do Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP, 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 10719: Informação e documentação – **Relatório Técnico e/ou Científico** – Apresentação – São Paulo: ABNT, 2011.

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Curso de Direito Administrativo.** 28ª ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Curso de Direito Administrativo.** 21ª ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

BAPTISTA, TWF, MACHADO CV, LIMA, LD. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes.** Ciência & Saúde Coletiva,

14(3): 829-839, 2009.

BOBBIO, Norberto. **Liberalismo e democracia**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Brasiliense, 2000.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

BOTELHO, Milton Mendes. **Manual de controle interno: teoria & prática**. Curitiba: Juruá, 2011.

BRAGA, Hilda Maria Cordeiro Barroso. **Metodologia do Trabalho científico: procedimentos básicos de investigações, elaboração de trabalhos acadêmicos e publicações científicas**. São Paulo: Laços, 2015.

BRESSER PEREIRA, Jorge Wilhelm e Lourdes Sola. **Sociedade e Estado em transformação**. São Paulo: UNESP/ENAP, 1999.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Estado, Sociedade Civil e Legitimidade burocrática**. São Paulo: Lua Nova - Revista de Cultura e Política, nº 36, 1995.

BRITO, D. **O que é público alvo**. Disponível em <<http://www.inpn.com.br/Materia/Opinioes/724> >. Acesso em: 16 Junho 2015.

CAMARGO, A. **"A Reforma-Mater - Os riscos (e os custos) do federalismo incompleto"**. Centro de Estudos Estratégicos do Gabinete do Ministro Extraordinário de Projetos Especiais - CEE. Parcerias Estratégicas, n.o 6, pp. 80-109, 1999.

CARNEIRO, J. N. **O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde**. Doutorado, Faculdade de Medicina. São Paulo: USP, 2002.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo, ELIAS, Paulo EduardpMangeon. **Controle Público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal**. *Revista de Saúde Pública*; 40(5): 2006.

CARVALHO, AL. **Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: UnB, 1998.

CARVALHO, Débora Nacifde. **Gestão e Sustentabilidade: um estudo multicase em ONGs ambientalistas em Minas Gerais**. Orientadores: Prof. Ivan Beck Ckagnazanoff Prof. Allan Claudius Queiroz Barbosa. Belo Horizonte, 2006. 157 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Pós- Graduação e Pesquisa em Administração, 2006.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2005.

CARVALHO, Matheus. **Manual de Direito Administrativo**. Salvador: JusPODIVM, 2016.

CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde. Saúde em Debate**. Campinas: Série Didática, 1994.

CELESTINO, P. **Nó de normas. Notícias hospitalares: gestão de saúde em debate**. Out/Nov, 2002, n. 39, Ano IV, Disponível em: <http://www.noticiashospitalares.com.br/out2002/pgs/capa.htm>. Acesso em 1 mai.2005.

CHERUBIM, A.; SANTOS, M. A. dos. **Administração hospitalar: fundamentos**. São Paulo: CEDAS (Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde), 1997.

COHN, Amélia. Estado e sociedade e as reconfigurações, o direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003. <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>)

CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DA BAHIA. Disponível em <https://www.crcba.org.br/servicos/delegacias/delegacia-de-camacari/sobre-camacari/> (acesso em 25/03/2020 às 07:20)

CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988.

DA SILVA, Girlando Gomes; CRUZ, Vera Lúcia; DOS SANTOS, Ramon Rodrigues; LEONE, Rodrigo José Guerra. **Contratos de Gestão com Organizações Sociais: o papel dos sistemas de controle interno como ferramenta de acompanhamento e fiscalização**. São Paulo: Instituto Paulista de Ensino e Pesquisa, 2018.

DA SILVA, JACINTA DE FÁTIMA SENNA; FALEIROS, Vicente de Paula; SILVEIRA, ROSA MARIA GODOY; VASCONCELOS, LUIZ CARLOS FADEL DE. **A Construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. 2006.

DATASUS Tecnologia de Informações a Serviço do SUS Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvBA.def> (acesso 18/01/2021 às 13:20)

Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 23. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 12ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. São Paulo: Atlas, 1998.

DOMINGUES, C. V. **O controle externo e os novos modelos de gestão de serviços públicos. As Organizações Sociais.** Tribunal de Contas do Estado da Bahia, 2000.

DOWBOR, Ladislau. **O Mosaico Partido (e a economia além das equações).** São Paulo: Vozes, 2007.

**Edital de Seleção Pública nº 002/2014.** Disponível em [http://arquivos.camacari.ba.gov.br/compras/EDITAL\\_SELECAO\\_PUBLICA\\_002-14%20-%20COPECOD.pdf](http://arquivos.camacari.ba.gov.br/compras/EDITAL_SELECAO_PUBLICA_002-14%20-%20COPECOD.pdf) (acesso em 09/10/2019 às 20:10)

**Estudo de Viabilidade Econômico e Financeira UPA II Gravatá, no Município de Camaçari/Ba.** Disponível em [http://arquivos.camacari.ba.gov.br/compras/ANEXO\\_X\\_ESTUDO\\_DE\\_VIABILIDADE\\_ECON%20-%20COPECOD.pdf](http://arquivos.camacari.ba.gov.br/compras/ANEXO_X_ESTUDO_DE_VIABILIDADE_ECON%20-%20COPECOD.pdf), acesso 12/04/2021 às 20:00

FRANZESE, Cibele; MARINO, Rodolfo Villela. **Contratualização de Resultados: uma tipologia [ou classificação] com base em casos brasileiros.** São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2016.

G. PÚBLICA CONSULTORIA **Estudo de Viabilidade Econômico e Financeira UPA II Gravatá, no Município de Camaçari/Ba** (2014). Disponível em [http://arquivos.camacari.ba.gov.br/compras/ANEXO\\_X\\_ESTUDO\\_DE\\_VIABILIDADE\\_ECON%20-%20COPECOD.pdf](http://arquivos.camacari.ba.gov.br/compras/ANEXO_X_ESTUDO_DE_VIABILIDADE_ECON%20-%20COPECOD.pdf)

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDSMITH, Stephen; EGGERS, William. **Governar em rede: o novo formato do setor público.** Brasília: Fundação Escola Nacional de Administração Pública, 2006.

GUERREIRO RAMOS, A. **A nova ciência das organizações: uma reconceitualização da riqueza das nações.** Tradução de Mary Cardoso. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1981, 210p.

IBANEZ, Nelson; BITTAR, Olímpio; SÁ, Evelin; YAMAMOTO, Edison; ALMEIDA, Márcia; CATRO, Cláudio. **Organizações sociais de saúde: O modelo do Estado de São Paulo.** Ciência saúde coletiva. 2001, v. 6, n. 2 (391-404) Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000200009&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200009&Ing=en&nrm=iso)>

INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO. Institucional (2009). Disponível em <https://www.igh.org.br/institucional/>

KAHLMAYER-MERTENS, R. S. E. A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. D. A. **Metodologia científica**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2000.

Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm) (acesso em 03/13/2020 às 09:40)

Lei municipal de 22 de março de 1920. Disponível em <https://leismunicipais.com.br/legislacao-municipal/267/leis-de-camacari> (acesso 18/10/2019 às 11:00)

Lei nº 12.527/2015 (Acesso à Informação). Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/lei/112527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/112527.htm) (acesso em 06/01/2020 às 22:50)

Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004.

Lei nº 101, de 04 de maio de 2000.

Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999.

Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19637.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.637%2C%20DE%2015%20DE%20MAIO%20DE%201998.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20qualifica%C3%A7%C3%A3o%20de,sociais%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.637%2C%20DE%2015%20DE%20MAIO%20DE%201998.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20qualifica%C3%A7%C3%A3o%20de,sociais%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.). (acesso em 14/10/2020 às 06:20)

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm) (acesso 20/01/21 às 16:30)

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm) (acesso 20/01/21 às 14:25)

Lei Ordinária nº 667, de 27 de janeiro de 2005 - Camaçari/BA. Disponível em <https://leismunicipais.com.br/a/ba/c/camacari/lei-ordinaria/2005/66/667/lei-ordinaria-n-667-2005-adiciona-ao-art-7-do-capitulo-iii-da-lei-368-de-14-de-fevereiro-de-1997-inciso-xv-institui-a-controladoria-geral-do-municipio-e-da-outras-providencias> (acesso em 10/03/2020 às 13:40)

**Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília : CONASS, 2011. Disponível em: <URL> Acesso em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf)

LIMA, Sheila Maria Lemos. **O contrato de gestão e modelos gerenciais para as**

**organizações hospitalares públicas.** Revista de Administração Pública, 1996 (201-235).  
MALLMANN, Maria Izabel. **Os Ganhos da Década Perdida.** Porto Alegre: Edipucrs, 2008.

MARTINS, Argemiro Cardoso Moreira. **A Noção de Administração Pública e os Critérios de sua Atuação.** Brasília: CEAD/UnB, 2012.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro.** 32ª ed. São Paulo: Malheiros: 2006.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro.** 28ª ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Municipal Brasileiro.** 17ª ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

MISOCZKY, M. C. **Dilemas da burocracia no campo das políticas públicas: neutralidade, competição ou engajamento?** Natal/RN: Organizações & Sociedade, 2001.

MUSGRAVE, Richard Abel. **Teoria das finanças públicas: um estudo de economia governamental.** São Paulo: Atlas, 1976.

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. Scielo, 2000.  
Disponível em: <URL>. Acesso em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200004](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200004)

**O polo de Camaçari em números: G1 traça perfil de um dos maiores complexos industriais integrados do Hemisfério Sul (2019).** Disponível em <https://g1.globo.com/ba/bahia/avanca/noticia/2019/10/12/o-polo-de-camacari-em-numeros-g1-traca-perfil-de-um-dos-maiores-complexos-industriais-integrados-do-hemisferio-sul.ghtml> (acesso em 14/05/2020 às 15:20)

PAIM, Jairnilson; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?”.** Rev. Saúde Pública, 1998.

PAVAN, Jéssica; KIPNIS, Beatriz; MANCINI, Bruno. **Análise de Participação de Organização Social de Saúde no gerenciamento do Hospital Municipal Central de Osasco/SP.** São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

**Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado,** de novembro de 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>> . Acesso em 05 de maio de 2012.

**Política Nacional de Atenção às Urgências ( 2003 ).** Disponível em

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_urgencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf) (acesso em 21/01/2021 às 23:10)

**Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal.** Publicado em 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00129616.pdf> (acesso em 28/03/2020 às 23:10)

PONTALTI, G. **A Sistematização da gestão baseada em atividades (ABM) Activity-Based Management: para aplicação da área hospitalar.** Caso Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário Público. Dissertação de Mestrado profissionalizante em Engenharia. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Disponível em [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-05/11\\_portaria\\_de\\_consolidacao\\_n\\_2\\_2017\\_pnhosp\\_cosems.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/11_portaria_de_consolidacao_n_2_2017_pnhosp_cosems.pdf) (acesso em 02/11/2020 às 10:00)

Resolução nº 1.120/2005. Disponível em <https://www.tcm.ba.gov.br/consulta/legislacao/resolucoes/page/2/> (acesso em 20/11/2019 às 19:10)

**Resolução do CREMESP nº 90, de 21 de março de 2000.** Disponível em <http://www.cremesp.org.br/novaHome.php?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=a&ficha=1&id=3212&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%C3%A3o%20Paulo&numero=90&situacao=VIGENTE&data=21-03-2000> (acesso em 18/12/2020 às 21:40)

ROCHA, José Cláudio. **A participação popular na gestão pública no Brasil.** Jus Navigandi, Teresina, ano 16, n. 2886, 27maio2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19205>>. Acesso em: 27 de agosto de 2013.

ROVERSI-MONACO, F. "**Descentralização e centralização**", in BOBBIO, N.; Matteucci, N.; Pasquino, G. **Dicionário de Política.** Brasília: UnB, 8ª ed., vol. I, p. 329-335, 1995.

SANTOS, G. D. R. C. M.; MOLINA, N. L.; DIAS, V. F. **Orientação e dicas práticas para trabalhos acadêmicos.** Curitiba: Ibpex, 2007.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico.** São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, Cláudio Nei Nascimento da. **Metodologia Científica Descomplicada: prática científica para iniciantes**. Brasília: IFB, 2016.

**Sistema Único de Saúde. Coleção para entender a gestão do SUS**. Vol1 Disponível em [https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_1.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf) (acesso 03/03/2021 às 12:30)

SUNDFELD, Carlos Ari. **Fundamentos de Direito Público**. 4ª ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

TENÓRIO, T.G; SARAIVA, H. J. **Esforços sobre gestão pública e gestão social**. In MARTINS, P. E. M.; PIERANTI, O. P. **Estado e gestão pública: visões do Brasil contemporâneo**. 2 Ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006, 340p.

WIKIPÉDIA – A enciclopédia livre. Disponível em [https://pt.wikipedia.org/wiki/Cama%C3%A7ari#:~:text=A%20separa%C3%A7%C3%A3o%20do%20distrito%20de,\)%2C%20Abrantes%20e%20Monte%20Gordo](https://pt.wikipedia.org/wiki/Cama%C3%A7ari#:~:text=A%20separa%C3%A7%C3%A3o%20do%20distrito%20de,)%2C%20Abrantes%20e%20Monte%20Gordo) (acesso em 25/03/2020 às 08:50)

**8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**. Publicado em 22 de maio de 2019. Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma> (acesso em 02/12/2019 às 21:00)