



## Artigos Originais

# Os desafios da gestão pública em saúde na perspectiva dos gestores

*The challenges of public health management in the managers' perspective*

**Lucas Melo Biondi de Andrade<sup>1</sup>**

**Fábio Luiz Quandt<sup>2</sup>**

**Carmem Regina Delzivo<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Acadêmico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil

<sup>2</sup>Mestrando, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil

<sup>3</sup>Doutoranda, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil

**RESUMO** - O presente estudo objetiva analisar a percepção dos gestores municipais da Região do Meio Oeste Catarinense sobre as dificuldades do ato de Gestão Pública Municipal em Saúde. O estudo é fruto de um estudo no qual foi empregada a Avaliação de Quarta Geração, foram realizadas coletas de informações através de Entrevistas Individuais (EI), o processo de tratamento e análise, baseou-se no Círculo Hermenêutico Dialético e o estudo respeitou as normas de pesquisa envolvendo seres humanos com base a partir da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A discussão foi desenvolvida a partir de cinco categorias analíticas: Gestão Solidária, cobrança de taxas e diferenças nos atendimentos, necessidade de uma nova consciência sanitária e de gestão, responsabilidade sanitária e o corporativismo da categoria médica. A partir desse estudo compreendemos e sugerimos o aprofundamento das abordagens apresentadas.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde, Serviços de Saúde, Responsabilidade Social.

**ABSTRACT** - This study aims to analyze the perceptions of city managers in the Midwest Region of Santa Catarina, the difficulties of the Municipal Management in Public Health. The study is the result of a study which used the Fourth Generation Evaluation, there were collected information through individual interviews (EI), the treatment process and analysis was based on Dialectical Hermeneutic Circle and the study complied with the guidelines for research involving human basis by Resolution No. 196/96 from the National Council of Health. The discussion was developed based on five analytical categories: Solidary Management, collection of fees and differences in the care process, the need of a new sanitary and management consciousness, the physicians' sanitary responsibility and the corporatism. After this study we understand and suggest a deepening of the approaches presented.

**Keywords:** Health Management, Health Services, Social Responsibility.

## 1. INTRODUÇÃO

A forma de gestão pública em saúde tem sofrido transformações para melhor adaptá-la às características e necessidades da população. Os gestores têm instrumentos legais que permitem a *descentralização* e a parceria *intermunicipal* para que o serviço possa ser adequado a população adscrita. Essas mudanças na forma de gestão surgiram como uma necessidade de criar políticas de acordo com o perfil dos habitantes da comunidade e devido à dificuldade que os profissionais apresentam ao solucionar problemas complexos de forma isolada, seja em termos das especialidades de saúde ou mesmo de serviços de saúde, uma vez que o tamanho dos municípios é diversificado.

Apesar Políticas Públicas implementadas nos últimos anos do Século XX e início do Século XXI, ainda é possível notar diversos problemas em termos de gestão, em razão à maneira como os gestores trabalham, investem e tomam decisões frente aos

objetivos da gestão pública. Para que as ações sejam eficazes é necessário compreender que o desenvolvimento econômico é uma consequência do desenvolvimento social e que segundo a *coprodução*<sup>1</sup>, uma vez que o elemento humano nas ações de saúde – mesmo as públicas – dependem desse.

Os gestores – representantes do Estado na execução da função pública – são na maioria das vezes nomeados em razão de decisões políticas, independente da capacidade técnica. Os representantes da Sociedade são eleitos por que esta julga democraticamente que estão aptos a assumir os

**Autor correspondente**

**Carmem Regina Delzivo**

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

Rua Esteves Júnior, 160 - CEP: 88.015-130

Florianópolis (SC) – Brasil - Fone: (48) 3221-2000

Email: [carmemdelzivo@hotmail.com](mailto:carmemdelzivo@hotmail.com)

Artigo encaminhado 07/10/2011

Aceito para publicação em 11/03/2012

cargos, mas infelizmente a maioria da população brasileira não a opinião crítica para *avaliar as propostas apresentadas e as necessidades sociais*<sup>2</sup>. O pensamento crítico é fundamental para a avaliação dos candidatos. Sabe-se que o processo de escolha se baseia no *juízo* que é construído a partir das experiências de vida de cada indivíduo, as quais são influenciadas pelo coletivo.

Habermas<sup>3</sup> apresenta o conceito de *democracia deliberativa* que preconiza o governo como a esfera central que é apoiada e controlada pela população que participa de todos os processos necessários para alcançar os objetivos.

A gestão municipal tem relevante papel na consolidação da *descentralização* do SUS tendo responsabilidade nos processos de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria funções estas inerentes à gestão do sistema municipal de saúde<sup>4</sup>.

A Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006<sup>5</sup> estabelece as responsabilidades de gestão dos municípios que incluem entre outras a garantia da integralidade das ações de saúde aos indivíduos e famílias, a promoção da equidade na atenção a saúde; a participação no financiamento tripartite do sistema único de saúde (SUS); a execução das ações de atenção básica assumindo a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica; desenvolver processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação; organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção; assumir a gestão e execução da vigilância em saúde no âmbito local e elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

O desafio está posto, o processo de municipalização está sendo consolidado no aspecto da legislação, no entanto, a realidade dos municípios, a maioria no Brasil, constituída por pequenos municípios continuam apresentando pequena capacidade gerencial e muitas vezes até operacional.

No entanto, apesar das determinações legais, Arretche<sup>6</sup> defende que uma questão importante em relação a descentralização dos serviços de saúde a de que não há nenhuma garantia de que os governos locais se tornem responsáveis e comprometidos com a atenção as necessidades dos usuários e com a eficiência da sua administração.

O contexto apresentado leva a discussão de que a gestão pública em Saúde tem a peculiaridade de não estar dissociada da figura do Gestor como componente humano nas decisões dos processos na assistência à saúde. Com vistas a isso, o presente artigo tem por objetivo analisar a percepção dos gestores municipais da Região do Meio Oeste Catarinense sobre as dificuldades do ato de Gestão Pública Municipal em Saúde.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

O presente artigo é fruto de um estudo no qual foi empregada a Avaliação de Quarta Geração<sup>7,8</sup>, por se tratar de um tipo de pesquisa avaliativa que busca o entendimento e a compreensão de como se dá determinado contexto, num ponto de vista de vivência e experiência pessoal de cada um dos sujeitos envolvidos, valorizando as características e dinâmicas de determinado fenômeno sem a prerrogativa da generalização<sup>9</sup>.

Em termos instrumentais, foi realizada coleta de informações através de Entrevista Individual (EI) para emergir as perspectivas particulares dos entrevistados e, assim, dar uma maior abertura às singularidades das atividades, processos e efeitos<sup>10</sup>. Empregou-se a técnica da entrevista não-estruturada<sup>11,12</sup> junto aos *stakeholders*, segundo Guba e Lincoln<sup>8</sup>, formarão um único grupo, heterogêneo nas atribuições, mas homogêneo no objetivo final. Foram empreendidas entrevistas com os 11 secretários municipais de saúde da Região do Meio Oeste Catarinense que exerciam a função no período entre julho e dezembro de 2011.

No processo de tratamento e análise, utilizou-se o Círculo Hermenêutico Dialético<sup>8</sup>. Trata-se de um processo dialético que supõe constante diálogo, críticas, análises, construções e reconstruções coletivas, buscando “consenso” na perspectiva entre entrevistados e seus pontos de convergência sobre o objeto pesquisado, conforme Guba & Lincoln<sup>8</sup>.

As divergências encontradas foram reintegradas ao processo avaliativo, até que se chegou a novas concordâncias. Guba e Lincoln<sup>8</sup> defendem o “consenso” como resultado final da aplicação da técnica do Círculo Hermenêutico Dialético.

Todos os entrevistados participaram após registro formal no termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias. Ressalta-se que o estudo respeitou as normas de pesquisa envolvendo seres humanos com base a partir da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa

Catarina - Projeto “Análise da articulação entre NASFs e a ESF na 6ª SDR do Estado de Santa Catarina - dos desafios às potencialidades para a efetivação do SUS” (Protocolo ético 1043/10/ CAAE 0237.0.242.000-10), fomentado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Santa Catarina (FAPESC), através do Edital PPSUS 2010.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os desafios enfrentados pelos gestores, muitas vezes despreparados para exercer a função, são muitos. A *gestão solidária*, preconizada pelo pacto na regionalização dos serviços de saúde é uma das dificuldades relatadas pelos gestores na sua prática.

A história da descentralização. É idéia perfeita.. não tiro o mérito da descentralização, em hipótese alguma.. não estou olhando partido A ou B.. nós estamos olhando estado, é o meu estado.. a idéia da descentralização é perfeita, mas em um estado que tem dinheiro. M3

A gente não tem especialidade pelo SUS.. o município XXXX é referência para um monte de coisas.. daí eu disse: ah que beleza.. é referência para tanta coisa mas na realidade não faz né. M4

Você tem que ver os dois lados né.. se coloca no lado do paciente e se coloca também no lado do médico, você como profissional, que se fosse você faria uma cirurgia por 100 reais? Uma cirurgia de risco? Então, agente sabe que o SUS é uma ‘nhaca’ nessa tabela e ponto final, e o paciente? M3

Apesar do SUS ser um sistema único de saúde, na sua prática o setor privado tem uma grande capacidade de interferir na gestão municipal. Os gestores ficam dependentes das entidades privadas na oferta de serviços já que a rede pública não dispõe de capacidade instalada suficiente para atender a demanda das referências. Campos (2008), enfatiza que esta situação de atendimento pelo setor privado resulta em baixa capacidade de intervenção nas prioridades de atendimento e fluxo de atendimento. O mercado regula o acesso através da avaliação da rentabilidade ou não do procedimento, aceitando realizar os mais rentáveis e recusando os de menor lucratividade<sup>13</sup>.

A saúde complementar que deveria atender a demanda de seus associados tem legado ao SUS muitas de suas atribuições. A *cobrança de taxas e diferenças nos atendimentos* tem levado a população que paga plano de saúde a buscar serviços na rede pública.

(...) então.. só que é bem difícil assim.. primeiro, porque as pessoas tem uma cota de co-participação que para um assalariado é bem significativo... então eles preferem optar pelo SUS..

assim é uma briga bem grande, principalmente na questão de hospital.. na atenção básica não tem diferenciação.. agente atende todo mundo, mas no hospital é claro que eles preferem atender pelo plano.. então ali eu sei que acontece situações complicadas NE. M3

As regras são deles (*dos médicos*). E dentro dessas regras... eles guardam vaga pro filho, pro genro, pra nora e aí você não consegue entrar.. E agora não sei como vai ser a questão das novas regras dos planos de saúde. M1

Faz-se necessário uma mudança no enfoque, com discussão das responsabilidades sanitárias dentro de uma rede de atenção às necessidades de saúde. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) surge como instrumento de ordenamento do processo de regionalização e descentralização da assistência à Saúde em cada Estado e no Distrito Federal, devido a uma necessidade de reorganizar os processos “baseando-se nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde”. O gestor municipal isoladamente não conseguirá mudar esta situação por mais que empenhe recursos disponíveis, a resolução destes conflitos passa pelo desenvolvimento *de uma nova consciência sanitária e de gestão*.

Um município sozinho é um.. põem mais 15, são 16.. então não tem como você resolver o problema sozinho - M4

Campos<sup>14</sup> afirma que apesar da política liberal vigente, cresce a convicção de que saúde não combina com negócios e da certeza de que saúde é um direito que deve ser garantida pela gestão pública.

Para que essa *responsabilidade sanitária* aconteça faz-se necessário a discussão dos serviços em rede onde a visão de economia de escala e escopo é utilizada com objetivo de aperfeiçoar o recurso disponível utilizando-o de forma mais adequada. Neste sentido ainda se encontram gestores municipais que desconhecem estes princípios reivindicando equipamentos e serviços sem que tenham demanda para tal no seu município.

O município X pediu um ultrassom. Vou eu dizer que não? Vou eu no meio de mais 15 pessoas que possivelmente vai aprovar. O município X pediu um mamógrafo.. parece que foi favorável. Imagina que agente consegue manter o atendimento aqui em nosso município, que a demanda é mais ou menos... vocês sabem quanto que o município X paga por um ultrassom? 150 reais para fazer um ultrassom de qualquer coisa. M3

Nós repassamos 63 mil para o hospital do município X, para dar o atendimento. M2

É essa barreira que o Município X teria que ter o peito de aço e dizer: 'meus amigos'.. Como o Município Y também era assim, até que entrou um cara bom lá e disse: 'aqui quem manda é o município e se vocês querem fazer é isso aqui'.. pressionar. M2

Eu tentei esse ano.. já falei isso.. eu tentei mudar a nossa dependência aqui com o município Y.. é 60 km a mais, mas o que fazer? M2

Os gestores entrevistados apontam que outro contexto que traz dificuldade para o ato da gestão pública em Saúde é o *corporativismo da categoria médica*, que inviabiliza o atendimento a todas as necessidades dos usuários dos municípios investigados. Além do corporativismo da categoria, os gestores apontam ainda que existe certo grupo de médicos na região que não permite que outros se instalem e façam concorrência aos primeiros, deixando a prestação de serviços médicos condicionada aos interesses desse grupo médico.

Os médicos se unem muito aqui, eles dificultam alguns profissionais e daí eles não dão muito acesso, eles são fortes nisso, são muito organizados, então nisso nós sofremos muito. (...) eles usam muito serviço particular, o que eu acho coisa injusta, usam equipamento do SUS para fazer muita coisa particular. M1

O município X tem que fazer um trabalho forte nisso.. tem que ter alguém de peito de aço lá para derrubar aquilo.. porque a situação deles já é, vamos dizer assim.. eles criaram uma estrutura, um casulo que é complicado aquilo lá. M2

(...) há um monopólio das pessoas que tem os aparelhos, então eles tentam se fortalecer, eles são muito fortes nesse lado, então eles dificultam muito o acesso pras pessoas, então muitas vezes o município tem que se dispor e pagar, pra ter agilidade, ou vai pra promotoria, encaminha processos, isso é que viabiliza. M6

É, os médicos tem que se credenciar, então como é que vou me credenciar se o hospital não me credenciar, como é que vou atender pelo SUS, como é que eu chego a fazer um atendimento, então por isso que não tem essa abertura, o hospital alega que não adianta credenciar porque não vou ter demanda, não tenho leito. M2

É meio complicado a questão de médico no município X. Ali existe um círculo fechado que para chegar ali não é fácil. M3

Para Ribeiro<sup>15</sup> o corporativismo nasce de condições complexas que não se dão apenas pelo desejo do grupo privilegiado, mas principalmente pela demanda social da função que o grupo exerce e do ganho econômico que une os participantes de determinada corporação. É o interesse individual convergente em termos de condições, e a exclusividade na execução de

determinada função que permite o corporativismo, seja no contexto investigado ou em outros, conforme ressalta Ribeiro<sup>15</sup>.

Ao analisar a perspectiva dos gestores públicos pudemos notar a forma mais impressionante de *credencialismo* que trabalha para produzir um cartel, como no caso do corpo clínico, o qual ganha e preserva o monopólio do controle de quantidade de bens e/ou serviços para aumentar a margem de lucro de seus membros e para protegê-los da concorrência<sup>16</sup>.

Um aspecto interessante defendido por Silveira<sup>17</sup> é que o corporativismo médico deve ser considerado como sério prejuízo a Sociedade, uma vez que parte de uma lógica que mercantiliza a saúde ao submeter a garantia ou não do atendimento as necessidades de saúde do usuário à lógica do ganho financeiro no setor privado, o que, segundo este autor "(...) não deixe de ser um problema de conscientização que demanda a inversão de certos valores condicionados pela estrutura ideológica utilitarista".

A gestão pública é majoritariamente conduzida por aspectos normativos, mas não se trata de processos fechados e engessados, dessa forma, os valores transcendentais adicionam a moral ao conteúdo técnico das disciplinas. Os profissionais reivindicam pela moral assim como a técnica adequada para controlar o uso de sua disciplina, para que eles consigam resistir a restrições econômicas e políticas que arbitrariamente limitam seus benefícios a outros. Enquanto eles não deveriam ser os proprietários dos conhecimentos e técnicas de sua disciplina, eles são obrigados a ser guardiães morais<sup>18</sup>.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do estudo realizado foi possível verificar os diversos desafios encontrados por gestores públicos da saúde para colocar em prática o que foi preconizado pelo Ministério da Saúde. Os municípios têm encontrado diversos desafios durante a gestão após a implantação da nova política de descentralização. Agora os gestores passam a ter um papel mais ativo desde o planejamento até a execução das políticas públicas que devem ser criadas de acordo com as necessidades locais. Após analisar as dificuldades de elaborações de um planejamento coerente com as necessidades da sociedade adscrita concluímos que a única maneira de ser realmente eficaz e eficiente seria exercendo a *gestão solidária* para se incluir diversas percepções sobre o SUS, que

surtem a partir dos diferentes níveis de envolvimento e experiências dos agentes no processo.

Atualmente os munícipes são participam no Conselho Municipal de Saúde através de um representante, fato que distancia a população das decisões políticas e reduz a sua participação. Esse distanciamento da sociedade facilita para que os profissionais adêquem as decisões de acordo com seus interesses pessoais<sup>17</sup>. O corporativismo e a cobrança de taxas e diferenças nos atendimentos surgem como conseqüência à alienação social, mas poderiam ser inibidas e evitadas a partir da disseminação da *consciência ética e da responsabilidade sanitária*.

Os fatos relatados anteriormente revertem à lógica coletiva para a individual e/ou a do *cartel*, porque as pessoas que deveriam garantir o acesso universal, integral e igualitário, quando não supervisionadas pela população, transformam a saúde em um ramo de atividades empresarias muito lucrativa<sup>18</sup>.

Consideramos a relevância desse trabalho ao analisar o conceito de *isomorfismo* apresentado por DiMaggio e Powell<sup>19</sup> onde os campos organizacionais altamente estruturados proporcionam um contexto em que os esforços individuais para lidar racionalmente com incerteza e restrições, muitas vezes, levam, no conjunto, à *homogeneidade em estrutura, cultura e resultado*. Como a gestão pública é regida por normas que se aplicam a todas as instituições de sua categoria, podemos concluir que o fato relatado não ocorre de forma única e isolada porque emerge do seu contexto<sup>19</sup>.

Após esse estudo compreendemos e sugerimos o aprofundamento das abordagens supra-apresentadas e que os municípios capacitem os profissionais para gerir processos a fim de compartilhar o conhecimento com a sociedade para que ela fique responsável pela supervisão, continuidade e/ou desenvolvimento dos processos após o fim dos mandatos<sup>20</sup>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boyle D, Harris M. The Challenge of Co-Production, London, New Economics Foundation; 2009.
2. Romanini LK, Vieira MET, Moretti-Pires RO. O voto unidimensional: O paradoxo entre o direito à saúde ferido e a escolha dos governantes entre ribeirinhos da Amazônia. *Saúde e Transformação Social* 2010; 2(1): 53-60.
3. Habermas J. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasil; 1997.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro; 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Distrito Federal; 2006.
6. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2003; 8(2): 331-345.

7. Hayati D, Karami E, Slee B. Combining qualitative and quantitative methods in the measurement of rural poverty. *Social Indicators Research*, springer, 2006; 75: 361-394
8. Guba ES, Lincoln Y. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage, 1989.
9. Minayo MCS. Hermeneutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.
10. Morgan D. *Focus Group as qualitative research*. London: Sage Publications; 1997.
11. Gil AC. *Métodos e técnicas em pesquisa social*. São Paulo: Atlas; 1999.
12. Marcone MA, Lakatos EM. *Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo: Atlas; 1999.
13. Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R (org). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.
14. Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência Saúde Coletiva* 2007; 12: 1865-1874.
15. Ribeiro JM. Arranjos neocorporativos e defesa de interesses dos médicos. *Cad Saúde Pública* 1993, 9(1):05-20.
16. Friedson E. *Professional Powers*. Chicago: The University of Chicago Press; 1986.
17. Silveira PF. Sobre a deontologia do intervencionismo estatal no setor saúde. *Rev Saúde Pública* 1988, 22(3): 221-232.
18. Freidson E. *Professionalism – the third logic*. Chicago: The University of Chicago Press; 2001.
19. Dimaggio PJ, Powell W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 1983; 2(48): 147-160.
20. Filho AF. *Gestão Pública – Planejando, processos, sistemas de informação e pessoas*. São Paulo, Editora Atlas S.A; 2010.