



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA – UNILAB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – ICSA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

RUBEM AGOSTINHO EMBANA

**MODELO GERENCIAL E O SEU IMPACTO NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE - SUS: caso do sistema único de saúde de município de Redenção – CE**

**REDENÇÃO – CE
2017**

RUBEM AGOSTINHO EMBANA

MODELO GERENCIAL E O SEU IMPACTO NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE - SUS: caso do sistema único de saúde de município de Redenção – CE

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Administração Pública Presencial da Universidade da Integração internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Andrea Yumi Sugishita Kanikadan

REDENÇÃO – CE

2017

RUBEM AGOSTINHO EMBANA

MODELO GERENCIAL E O SEU IMPACTO NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE - SUS: caso do sistema único de saúde de município de Redenção – CE

Monografia julgada e aprovada para obtenção do Diploma de Graduação em
Administração Pública da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-
Brasileira.

Data: ____/____/____.

Nota: _____.

Banca Examinadora:

Orientadora Prof^a. Dr^a. Andrea Yumi Sugishita Kanikadan
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof^a. Dr^a. Eliane Barbosa da Conceição
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. João Coêlho da Silva Neto
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Aos meus pais,
Agostinho e Rosa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me guardado durante todo esse período longe da minha família, pela saúde, força para superar as dificuldades, sabedoria e por ter sido sustentação que direcionou a obtenção deste título.

Aos meus pais Agostinho Embana e Rosa Queiros Embana pela educação, por sempre me incentivaram a seguir em frente e jamais desistir de correr atrás do meu futuro e por tudo que me deram. Aos meus irmãos e toda minha família e em especial ao meu tio Tassote Balde.

Ao meu ex-professor Mário Indoló pelo incentivo de estudar e principalmente pela ajuda no período da inscrição da bolsa.

A esta universidade, seu corpo docente, direção, administração e em especial aos funcionários da biblioteca na qual foi bolsista, meu muito obrigado pela oportunidade, experiência e amizade.

A minha estimada orientadora Prof^a. Dr^a. Andrea Yumi Sugishita Kanikadan, que é um exemplo de profissionalismo, dedicação e que me deu a oportunidade de tê-la como Orientadora.

Aos professores, Dr. João Coêlho da Silva Neto e Dr^a. Eliane Barbosa da Conceição, que de maneira tão prestativa aceitaram os convites para serem Membros da Banca Examinadora. Aos professores / as do Curso de Administração Pública presencial da Unilab pelos ensinamentos transmitidos, os quais contribuíram para o meu enriquecimento intelectual, profissional e pessoal.

Aos funcionários da secretaria de saúde de município de Redenção – CE, pela colaboração durante a pesquisa.

Aos meus amigos / irmãos: Albertinho, Celso, Jorge, Dituzaya, Manuel, Noé, Lino, José Walter, Andre, José Aerton, Isaque, Aldair, Leni, Tonito, Sambite, Nilton, Ivandro. A interação cotidiana com vocês sempre foi muito importante para mim, também tornarem minha caminhada mais leve, meu muito obrigado a todos pela amizade.

A minha querida mãe Aua S. Balde que ganhei nessa caminha e a prima N'djode A. Dos Santos, muito obrigado pela amizade.

Por fim, a todos os que contribuíram direta ou indiretamente e torceram pela realização desse sonho, a minha sincera gratidão e muito obrigado de fundo do coração.

RESUMO

O modelo burocrático da administração foi substituído pelo modelo gerencial, o modelo menos caro, mais eficiente, que responda as necessidades da sociedade e as exigências dos cidadãos / clientes. São esboços teóricos desse modelo que estudamos e o seu impacto na gestão de sistema único de saúde, e em especial no município de Redenção – CE, o sistema que não estava disponível para a população nem na quantidade nem na qualidade minimamente desejável e é muito limitadamente descentralizado. O procedimento metodológico utilizado para construção do trabalho são pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica foi realizada através da identificação e utilização de livros, dissertações, artigos científicos e outros. E na pesquisa documental o material utilizado foi constituído de documentos oficiais, disponibilizados da forma impressa ou em meio eletrônico. No presente trabalho adotou-se uma abordagem qualitativa e quantitativa, com predominância qualitativa. E os dados foram coletados através da entrevista e aplicação do questionário. Os resultados obtidos mostraram que o modelo gerencial teve impacto no SUS, e depois disso o SUS passou a funcionar melhor. E no município Redenção – CE houve melhorias desse período para cá, e hoje o SUS funciona regularmente, mas, verifica-se a necessidade de melhorar a qualificação dos funcionários e dos serviços prestados.

Palavras - Chave: Modelo gerencial. Sistema Único de Saúde (SUS). Redenção – CE.

ABSTRACT

The bureaucratic pattern of management has been replaced by the managerial pattern, the less expensive, more efficient pattern that responds to the needs of society and the demands of citizens/customers. We studied the theoretical outlines of this pattern and its impact on the management of a single health system, and especially in municipality of Redenção-CE, the system that was not available to the population neither in quantity nor in the least desirable quality and It is very little decentralized. The methodological procedure used to construct the work are bibliographic and documentary research. Bibliographic research was carried out through the identification and use of books, dissertations, scientific articles and others. And in documentary research the material used was made up of official documents, made available in printed form or in an electronic media. In this present work a qualitative and quantitative approach was adopted, with qualitative predominance. And the data were collected through the interview and application of the questionnaire. The results showed that the managerial pattern had an impact on the SUS program and after its implementation, the SUS program started working better. In municipality of Redenção-CE, there have been improvements from this period on, and today the SUS program works regularly, but there is a need to improve the qualification of the employees and the services provided.

Key-words: Management pattern. Health Unic System (HUS). Redenção-CE.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Componentes doutrinários da nova gestão pública / modelo gerencial.....	15
Quadro 02. Dinâmica baseada no modelo gerencial.....	21
Quadro 03. Estabelecimentos que prestam os serviços do SUS.....	32

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01. Acesso do serviço do SUS	39
Gráfico 02. Oferta de serviço.....	40
Gráfico 03. Satisfação dos usuários.....	40
Gráfico 04. Alguma coisa deve melhor.....	41
Gráfico 05. O que deve ser melhorado	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

NOB/96	Norma Operacional Básica de 1996
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1	Modelo gerencial	14
2.2	Reforma gerencial brasileira de 1995	18
2.3	Sistema Único de Saúde (SUS)	24
2.4	Impacto de modelo gerencial no SUS	27
2.5	Sistema único de saúde de município de Redenção – CE	29
3	METODOLOGIA	35
3.1	Método e técnica da coleta de dados	35
3.2	Análises de dados	36
3.3	Resultados da pesquisa	38
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS:	45
	APÊNDICE	49

1 INTRODUÇÃO

O modelo burocrático da administração nasce na segunda metade do século XIX, com o objetivo de combater a corrupção e o nepotismo patrimonialista (PEREIRA, 2010). O modelo pregava os princípios básicos rígidos como: formalidade, a impessoalidade, a hierarquia funcional, o profissionalismo e em síntese o poder racional-legal. Era associado ao Estado de Bem-Estar Social (Welfare State), que tinha como objetivo primordial a produção de políticas públicas nas áreas sociais como: educação, saúde, habitação e previdência. Para garantir o suprimento das necessidades básicas da população.

Em meados de década de 70, com crise econômica mundial e problemas com déficit público, aumento de desemprego e gastos públicos, e mal funcionamento do modelo ou seja, o modelo não estava respondendo as demandas da sociedade, e isso levou-o a fracassar. Esses fatores vieram a impulsionar a mudança do modelo burocrático, já que o mesmo não está atender as demandas. Também fortaleceu a ideia de que o modelo é regido e as suas regras sobrepõem-se aos interesses da sociedade.

O modelo tornou-se alvo das mais ásperas críticas. Foi considerado inadequado para o contexto institucional contemporâneo por sua presumida ineficiência, é considerado também lento, apresenta custos elevados, é muito burocratizado, não é responsável, está sobrecarregado de regras excessivas, pouco ou nada orientado para o atendimento das demandas dos cidadãos (ABRUCIO, 1997; SILVESTRE, 2010; PEREIRA, 2006).

Em suma, é uma lista enorme de disfunções que o caracterizam. Essas disfunções vieram impulsionar a mudança de paradigma ou a realização da reforma, do modelo burocrático para o modelo gerencial. O modelo menos caro, mais eficiente e responsável, que responda as necessidades de uma sociedade dinâmica e em constante mudança e as exigências dos cidadãos / clientes.

São esboços teóricos desse modelo que estudamos e o seu impacto na gestão de sistema único de saúde, e em especial no município de Redenção – CE, o sistema que tinha baixa qualidade dos serviços e não estavam disponíveis para a população nem na quantidade nem na qualidade minimamente desejável. Na prática não é universal e é muito limitadamente descentralizado (SOUSA, 2014. P. 95).

Para isso, realizamos a nossa pesquisa no município de Redenção – CE para responder a seguinte questão: quais ferramentas de modelo gerencial foram introduzidas na gestão do sistema único de saúde e como o sistema funciona no município depois da reforma gerencial?

O objetivo do presente trabalho é compreender e analisar o esboço teórico do modelo gerencial introduzido no aparelho do estado brasileiro em 1995, e o seu impacto na gestão do sistema único de saúde e em especial no município de Redenção – CE.

A explicação para adoção do modelo gerencial é utilização das técnicas e ferramentas utilizadas nas organizações privadas. Nessa transição, estão incluídas mudanças nos procedimentos e alterações nas estruturas da organização do setor público com o objetivo de conseguir que o mesmo funcione melhor (ABRUCIO, 1997; HOOD, 1995 et al, apud PEREIRA, 2010, p. 104).

Considerando isso, torna-se pertinente estudar as práticas do modelo gerencial na modernização e eficiência na administração pública, fazendo uma comparação de como o sistema funcionava, e os avanços depois da implementação do modelo e os benéficos dele para a sociedade.

O procedimento metodológico utilizado para construção do trabalho são pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica foi realizada através da identificação e utilização de livros, dissertações, artigos científicos e outros. E na pesquisa documental o material utilizado foi constituído de documentos oficiais, disponibilizados da forma impressa ou em meio eletrônico. E quanto abordagem para a realização desta pesquisa, adotou-se uma abordagem qualitativa e quantitativa, com predominância qualitativa. E os dados foram coletados através da entrevista e aplicação do questionário.

Este trabalho está estruturado com a presente introdução que traz uma breve contextualização sobre o tema. Em seguida, apresentou-se o referencial teórico, que está dividido em: modelo gerencial; reforma gerencial brasileira de 1995; sistema único de saúde; impacto de reforma no sistema único de saúde (SUS) e sistema único de saúde de município de Redenção – CE. Posteriormente, este trabalho contém a descrição da metodologia utilizada para atingir os objetivos propostos que está dividida em: método e técnica da coleta de dados; análise de dados e resultados da pesquisa. E por último, o trabalho encerra-se com as considerações finais da pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Modelo gerencial

O modelo burocrático associado ao Estado de Bem-Estar Social, durou até inícios do século XX e foi substituído pelo modelo gerencial que emergiu na segunda metade do século XX, como solução para os problemas gerados pelo modelo burocrático (SILVESTRE, 2010; BRASIL, 1995). O problema de crise do Estado, relacionado com crise fiscal, aumento dos gastos públicos e o endividamento, e, de outro o próprio funcionamento do modelo burocrático, uma vez que o mesmo não estava conseguindo responder as demandas da sociedade (ABRUCIO, 1997).

O modelo gerencial promove a reforma institucional através da utilização dos mecanismos de mercado e a reforma do setor público com a introdução de ferramentas do setor privado (SILVESTRE, 2010).

Algumas características definem o modelo gerencial:

É orientada para o cidadão e para a obtenção de resultados; pressupõe que os políticos e os funcionários públicos são merecedores de grau limitado de confiança; como estratégia, serve-se da descentralização e do incentivo à criatividade e à inovação; e utiliza o contrato de gestão como instrumento de controle dos gestores públicos (BRESSER-PEREIRA, 2006, p. 28).

Conforme Hood reconhecido pela maioria dos investigadores como o pai da análise da nova gestão pública ou modelo gerencial (Cheung, 2005 apud Silvestre, 2010, p. 77), as componentes doutrinárias da nova gestão pública ou modelo gerencial são: 1) poder na gestão profissional do setor público; 2) utilização de medidas explícitas de desempenho; 3) maior ênfase no controlo dos outputs (resultados); 4) mudança para a desagregação das unidades do setor público; 5) mudança para uma maior competição no setor público; 6) ênfase nos estilos de gestão praticados no setor privado; e por ultimo 7) ênfase numa maior disciplina e parcimónia na utilização dos recursos (Hood, 1991, p. 4-5). Confere quadro 01.

Quadro 01 - Componentes doutrinários da nova gestão pública / modelo gerencial

Doutrina	Significado	Justificativa típica
1. Poder na gestão profissional no setor público	Controlo ativo, visível e discricionário da organização de pessoas nomeadas pelo topo, «liberdade para gerir»	A responsabilização requer missões claras de responsabilidade para a ação, e não difusão do poder
2. utilização de medidas explícitas de desempenho	Definição de metas, alvos indicadores de sucesso, preferencialmente expressos em termos quantitativos, especialmente para os serviços profissionais	Responsabilização requer a declaração clara de alvos; a eficiência requer «olhar duro» aos objetivos
3. Maior ênfase no controlo dos outputs (resultados)	Alocação de recursos e recompensas ligadas à medição do desempenho; rutura com a burocracia centralizada – gestão pessoal extensiva	Necessita de colocar ênfase nos resultados em vez dos procedimentos
4. Mudança para desagregação das unidades no setor público	Encerramento das unidades / monolíticas; desagregar o setor público em unidades corporativas de atividade, organizadas por produtos com controlo sobre seu orçamento	Necessidade de criação de unidades capazes de serem geridas, de separação entre os interesses de provisão e de produção, de ganhar vantagens de eficiência com a utilização dos contratos ou arranjos de franquia dentro ou fora do setor público
5. Mudança para uma maior competição no setor público	Mudança para os contratos a termo e procedimentos de propostas públicas	Incentivar a rivalidade via competição como sendo a chave para menores custos e melhores padrões
6. Ênfase nos estilos de gestão praticados no setor privado	Afastamento do estilo militar da ética do serviço público, maior flexibilidade na contratação e recompensas, maior uso de técnicas privadas	Necessidade de utilização de ferramentas «comprovadas» do setor privado no setor público
7. Ênfase numa maior disciplina e parcimónia na utilização dos recursos	Cortar custos diretos, aumentar a disciplina de trabalho, resistir às exigências dos sindicatos, limitar os custos de condescendência ao negócio	Necessidade de verificar as procuras de recursos do setor público e «fazer mais com menos»

Fonte: Hood, 1991, p. 4 – 5

Das componentes doutrinárias definidas por Hood, resultam os seguintes conceitos chave para a reforma:

a) **serviço aos clientes**, considerados como os principais interessados na prestação dos serviços, em que o conhecimento das suas necessidades e consequente satisfação são primordiais (Martin, 2002; Peters, Savoie, 1994; Warner, 1992 e outros); b) **liderança e empreendedorismo** – os colaboradores públicos necessitam de autonomia para executarem as suas tarefas, para que através dos meios que estes procuram consigam alcançar os objetivos a que a organização se propõe (Lane, 2005); c) **competição (que está no coração da nova gestão pública** – Peters, Pierre, 1998b), através da adoção dos mecanismos de mercado (marketização), nomeadamente dos incentivos e da escolha pelos utilizadores dos serviços públicos (Cope, Savage, Charman, 2000; Rocha, 2000a; Walsh, 1995 e outros); d) **contratualização** – a existência de uma organização firma-se na capacidade de negociação e monitorização de contratos, sejam eles internos (entre os políticos e as organizações públicas ou entre a organização pública através da pessoa do seu líder e os respetivos colaboradores) ou externos (com outras organizações) (Greve, Jespersen, 1999; Peters, 2000a; Warner, 1992 e outros); e) **governança** [...] a criação de redes e parcerias entre a organização pública e outras organizações privadas e do terceiro setor (Carroll, Stene, 2002; Lane, 2005; Rocha, 2000a) f) **reengenharia** governamental: através da separação entre política e gestão, dando aos gestores maior autonomia na prossecução do interesse público (Greve, Jespersen, 1999; Lane, 2005; Peters, Savoie, 1994 e outros); g) **ênfase no value-for-money**, que se compõe pelos conceitos de economia, eficiência e efetividade [...] (Liegl, 1999; Lynn, 1998; Pollit, Birchall, Putman, 1998 e outros); h) **ênfase nos outputs** (bens produzidos e/ ou serviços prestados) e nos *outcomes* (impactos que esses bens e/ ou serviços tiveram na população) em detrimento dos *inputs* (Lane, 2005); i) **medição da qualidade na prestação dos serviços públicos** (Carroll, Steane, 2002; Greve, Jespersen, 1999; Pollit, Birchall, Putman 1998); j) **accountability** – ou responsabilidade perante os políticos e/ ou eleitorado (Ligell, 1999; Pollit, Birchall, Putman, 1998; Warner, 1992); e l) **remuneração** através da adoção de sistemas de desempenho que se baseiem em resultados (Greve, Jespersen, 1999; Rocha, 2000a; Warner, 1992 e outros) (SILVESTRE, 2010, p. 78 e 80, grifo nosso).

Paes de Paula (2005) aponta duas correntes de pensamento que orientam a constituição da nova gestão pública: pensamento neoliberal e teoria da escolha pública. O pensamento neoliberal se baseia no pensamento liberal, nas ideias propostas por Adam Smith na sua obra *riqueza das nações* (1776), para ele o Estado deve intervir o menos possível nos assuntos económicos. De acordo com esse pensamento as funções do Estado seriam basicamente três: manter a segurança interna e externa; garantir o cumprimento dos contratos e prestar serviços essenciais de utilidade pública (PAES DE PAULA, 2005, p. 28).

Quanto à administração da economia, defende a não-intervenção do Estado no mercado, aposta-se na existência de uma *mão invisível* do mercado que se encarrega de realizar uma alocação ótima de recursos necessários ao desenvolvimento económico e social (PAES DE PAULA, 2005). O princípio da *mão*

invisível se suporta na ação egoísta dos indivíduos, que com intuito de promoverem o seu próprio bem estão, em concomitância e como que por uma mão invisível, a elevar o bem geral (SILVESTRE, 2010). Esse pensamento liberal foi desenvolvido posteriormente pelos neoliberais dos quais se destaca Milton Friedman da escola de Chicago. Criaram uma abordagem empírica para o neoliberalismo: o monetarismo (PAES DE PAULA, 2005). Segundo autora, na visão dos monetaristas, os governos deveriam adotar o controle monetário para evitar a inflação e a recessão econômica. Para isso, recomendam lastrear toda a moeda corrente e, em seguida controlar sua oferta. Para Friedman, o Estado só deveria intervir para determinar e arbitrar as regras do jogo, protegendo a liberdade de escolha do indivíduo (PAES DE PAULA, 2005).

A teoria da escolha pública diferentemente dos neoliberais que reforçavam suas visões sobre a eficiência do mercado em relação ao Estado, elaboravam análises que sustentaram a crítica da burocracia pública e a do papel do Estado. A teoria da escolha pública se caracteriza por aplicar princípios econômicos para explicar temas como: a teoria do estado, as regras eleitorais, o comportamento dos eleitores, os partidos políticos e a burocracia. Também partilha do postulado comportamental básico da economia neoclássica: o utilitarismo nas interações econômicas, sociais e políticas (PAES DE PAULA, 2005).

A teoria de agencia e a teoria de principal-agente também fazem parte da construção da nova gestão pública. A teoria de agencia parte do princípio que, nas relações, os atores organizacionais tendem a realização de um jogo negocial e tal comportamento é influenciado pela quantidade e número de informações de que cada uma das partes em negociação é detentora (LANE, 2005; MCCOURT, 2002 apud SILVESTRE, 2010). A teoria de principal-agente se associa a teoria de agencia mas não é a mesma coisa, porque a teoria de principal-agente se preocupa exclusivamente com as relações negociais entre os sujeitos, entre os proprietários dos recursos econômicos *principais* e os gestores responsáveis pelo uso e controle destes recursos *agentes*. Ambos agem racionalmente para maximizar seus ganhos, tentando reduzir ou controlar os conflitos que podem gerar perdas. Mas, o problema é que os *agentes* têm mais informações que os *principais* e esta assimetria de conhecimento influencia adversamente a capacidade dos *principais* de monitorar o atendimento de seus interesses pelos *agentes* (PAES DE PAULA, 2005, p. 35). Por isso, os teóricos defendem a ação governamental através de instrumentos de regulação, fiscalização

e controle que garantam a transparência e a distribuição das informações (PAES DE PAULA, 2005).

Como principais exemplos da implantação do modelo da nova gestão pública ou modelo gerencial, destaca-se países como: Reino Unido, Estados Unidos, Austrália, Nova Zelândia e outros. O primeiro momento da reforma se baseia na redução do tamanho do Estado ou Estado mínimo, e tem como objetivo corte de custos e o aumento da eficiência do setor público. São adotadas políticas direcionadas ao ajuste fiscal, através do corte nos gastos públicos, reforma tributárias, liberalização econômica, desregulamentação e privatização. No segundo momento, a reforma incorpora novas propostas como a flexibilidade, fortalecimento da capacidade gerencial, melhoria da qualidade dos serviços públicos, fortalecimento da accountability (Responsabilidade) e prioridade no atendimento às demandas do cidadão / cliente (ABRUCIO, 1997).

O enfoque gerencial sobre a administração pública emergiu com vigor no Reino Unido no governo da primeira-ministra Margareth Thatcher (1979 – 1987), e foi aplicado ao serviço público imediatamente após a posse do governo, e levou a uma reforma administrativa profunda e bem-sucedida (BRESSER-PEREIRA, 2006). Segundo Bresser-Pereira (2006), uma serie de programas, unidades de eficiência, com relatórios de pesquisa e avaliação, as agencias autónomas e o direitos do cidadão contribuíram para tornar o serviço público na Inglaterra mais flexível, descentralizado, eficiente e orientado para o cidadão. O serviço público tradicional perdeu traços burocráticos e adquiriu características gerenciais. Nos Estados unidos iniciou no governo de Ronald Regean (1998 – 1987), e não teve o sucesso imediato pretendido, e no governo Clinton (1993 – 2001) com influência da obra dos autores David Osberne e Ted Gaebler *reinventando o governo* é que teve grande impacto (SILVESTRE, 2010).

2.2 Reforma gerencial brasileira de 1995

O estado brasileiro passou por duas grandes reformas administrativas, a burocrática iniciada em 1937, e a gerencial em 1995 (BRESSER -PEREIRA, 2010). A primeira ocorreu no primeiro governo Vargas, e teve como objetivo transformar a administração pública que era patrimonial para burocrática. E a segunda reforma iniciou em 1995 no governo de presidente Fernando Henrique Cardoso, com o objetivo

de transformar administração pública burocrática para administração pública gerencial. E é fundamentado no modelo internacional denominado nova gestão pública (BRESSER-PEREIRA, 2010).

Na década de 70 inicia-se a crise do Estado, mas só na década de 80 se tornou evidente. Paralelamente ao descontrole fiscal, diversos países passaram a apresentar redução nas taxas de crescimento econômico, aumento do desemprego, aumento de déficit e elevados índices de inflação. Somados aos efeitos econômicos negativos, faz-se sentir também a ineficiência generalizada do modelo burocrático, uma vez que o Estado, nos moldes rígidos em que se encontrava, não mais suportava o peso do excesso de demanda que lhe era dirigida por todos os setores do governo e da sociedade (BRASIL, 1995). A crise do Estado implicou na necessidade de reformá-lo e reconstruí-lo. Conforme Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, a crise do Estado se define como:

(1) uma crise fiscal, caracterizada pela crescente perda do crédito por parte do Estado e pela poupança pública que se torna negativa; (2) o esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado, a qual se reveste de várias formas: o Estado do bem-estar social nos países desenvolvidos, a estratégia de substituição de importações no terceiro mundo, e o estatismo nos países comunistas; e (3) a superação da forma de administrar o Estado, isto é, a superação da administração pública burocrática (BRASIL, 1995. p. 10-11).

Frente a crise enfrentada pelo Estado, a proposta do modelo gerencial chega à administração pública brasileira como alternativa para combater os problemas causado pelo modelo burocrático, por meio da redução de gastos, ajuste fiscal e privatizações. Também superar a insatisfação do modelo burocrático, que oferecia baixa qualidade na prestação de serviços públicos prestados aos cidadãos (FADUL; SILVA, 2008).

Em 1995 inicia-se no Brasil a reforma gerencial fundamentado no modelo internacional. A reforma dirigida pelo presidente da república na época Fernando Henrique Cardoso, que criou o Ministério da Administração da Reforma do Estado (MARE) para tratar de assuntos especificamente da reforma, sob o comando do ministro Luiz Carlos Bresser Pereira.

Antes de assumir o cargo, Bresser-Pereira viajou para Reino Unido para estudar a nova gestão pública, investigando tanto as experiencias europeias, quanto americanas. Ao retornar ele integra seus estudos às análises sobre a crise do Estado Brasileiro, para planejar suas ações no Ministério (PAES DE PAULA, 2005).

Em 1995 o Ministério da Administração da Reforma do Estado, elaborou e apresentou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), que é aprovado pela câmara da reforma do estado e pelo presidente da república, Fernando Henrique Cardoso (BRASIL, 1995). O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado foi elaborado com base no diagnóstico da crise pela qual passava o Estado brasileiro, definindo objetivos e estabelecendo diretrizes para que o governo pudesse intervir com o objetivo de efetuar uma reforma do estado, em geral, e do aparelho do estado e de seu pessoal, em particular (BRASIL, 1995; BRESSER-PEREIRA, 2006).

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado define como objetivos globais da reforma:

- ✓ Aumentar a capacidade administrativa de governar com efetividade e eficiência, voltando a ação dos serviços do Estado para o atendimento dos cidadãos;
- ✓ limitar a ação do Estado àquelas funções que lhe são próprias;
- ✓ transferir da União para os estados e municípios as ações de caráter local; e
- ✓ transferir parcialmente da União para os estados as ações de caráter regional.

Segundo Bresser-Pereira (1998b), idealizador do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, a reforma objetivava: a) a busca da eliminação da crise fiscal, através de controle rigoroso das despesas públicas e aumento das receitas públicas; b) a transformação da administração pública burocrática em gerencial, com foco nos resultados em detrimento do controle dos processos; e c) a melhoria do atendimento das demandas sociais, através da criação de instituições mais descentralizadas e mais próximas dos cidadãos.

Conforme Fadul; Silva (2008), os pressupostos que apoiaram a reforma se justificavam na existência de uma crise de Estado, revelada pela exaustão financeira do Estado e a sua incapacidade para continuar financiando políticas públicas e sociais; pela exaustão do modelo burocrático de intervenção do Estado, que este não atendia mais as exigências da sociedade; e pelo excesso de formalismos e ritos, típicos de uma gestão centralizadora, gerando baixa qualidade dos serviços prestados aos cidadãos. Por meio da quadro 02 pode ser visualizado a dinâmica baseada no modelo gerencial que seria utilizada para solucionar tais problemas.

Quadro 02 - Dinâmica baseada no modelo gerencial

O que pretendeu combater?	Como?
a) Crise fiscal e exaustão financeira;	<ul style="list-style-type: none"> • disciplina fiscal e controle no uso de recursos públicos; • garantia de contratos e um bom funcionamento dos mercados, com privatizações.
b) Exaustão do modelo burocrático e excesso de formalismos e ritos;	<ul style="list-style-type: none"> • melhor capacitação de sua burocracia; • uma administração pública melhor profissionalizada, e com carreiras mais sólidas e valorizadas; • descentralização administrativa; • maior competição entre as unidades administrativas; • autonomia e capacidade gerencial do gestor público.
c) Baixa qualidade da prestação dos serviços públicos.	<ul style="list-style-type: none"> • avaliação de desempenho; • controle de resultados; • adoção de práticas de gestão do setor privado para a melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços públicos.

Fonte: FADUL; SILVA, 2008, p. 5-6

Conforme Fadul; Silva (2008, p. 6) o problema a) crise fiscal, seria combatido com redução de gastos, ajuste fiscal e privatizações; e os problemas b) e c) com a incorporação de um novo modelo gerencial que fosse capaz de suplantar as heranças do patrimonialismo e, de certa forma, romper com os vícios desenvolvidos no modelo burocrático.

A proposta de reforma do aparelho estatal distingue quatro setores dentro do Estado: a) o núcleo estratégico do Estado; b) as atividades exclusivas de Estado; c) os serviços não-exclusivos ou competitivos e d) a produção de bens e serviços para o mercado (BRESSER-PEREIRA et al; 2006).

a) Núcleo estratégico é o setor que define as leis e formula as políticas públicas e cobra o seu cumprimento. Responsável pelas decisões estratégicas, corresponde aos poderes legislativo e judiciário, ministério público e executivo. Somente o

presidente da república, os ministros e assessores são responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas.

b) As atividades exclusivas dizem respeito aos serviços que compete só o Estado a realizar, pois, ele tem o poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar. Inclui a polícia, as forças armadas, os órgãos responsáveis pelas transferências de recursos, como sistema único de saúde, o sistema de auxílio – desemprego e outros.

c) O setor de serviços não-exclusivos ou competitivos refere-se aquelas atividades que o Estado realiza ou subsidia porque são de alta relevância para o bem-estar da sociedade, na administração pública, estão também organizadas geralmente como autarquias ou fundações públicas, no âmbito da administração indireta. Pode ser citado como exemplo as universidades, hospitais e museus.

d) O setor de produção de bens e serviços para o mercado consiste na atividade produtiva realizada pelo Estado, por intermédio das empresas públicas ou de economia mista, que operam em setores de serviços públicos ou em setores considerados estratégicos. Pode ser citado como exemplo: Banco do Brasil e Petrobras.

O documento prevê que sua implementação deverá contar com a articulação de diferentes estruturas institucionais, cada qual com suas macro atribuições (BRASIL, 1995).

Conforme Bresser-Pereira (2006), a reforma da administração pública será executada em três dimensões: a) a institucional-legal, por meio da qual se modificam as leis e se criam ou modificam instituições; b) a cultural, centrada na transição de cultura burocrática para uma cultura gerencial; e c) a de cogestão, trata-se de por em prática as novas ideias gerenciais e oferecer à sociedade um serviço público mais barato, mais bem controlado e de melhor qualidade.

Na dimensão institucional-legal será preciso modificar a constituição, as leis e os regulamentos.

Na dimensão cultural a reforma significa sepultar de vez o patrimonialismo, e, por outro, transitar da cultura burocrática para a gerencial.

Na dimensão de cogestão considerada a mais difícil, aborda a gestão pública a partir do aperfeiçoamento da administração burocrática vigente e da introdução da administração gerencial, incluindo os aspectos de modernização da estrutura organizacional e dos métodos de gestão (BRESSER-PEREIRA, 2006).

A proposta é que estas dimensões operem de forma complementar, apesar de guardarem certa independência (BRASIL, 2015).

Segundo Bresser-Pereira (2006), um ano depois de iniciada as reformas as perspectivas são muito favoráveis. Segundo ele, quando o problema foi colocado no início a reação da sociedade em geral foi de descrença.

Segundo Przeworski, o êxito da reforma do Estado depende da capacidade de cobrança dos cidadãos. Ora, a cultura política no Brasil sempre foi mais autoritária do que democrática. Historicamente, o Estado não é visto como um órgão ao lado da sociedade, oriundo de um contrato social, mas como uma entidade acima da sociedade. Dessa forma, conforme observa Luciano Martins, “a responsabilidade política pela administração dos recursos públicos raramente foi exigida como um direito de cidadania. Na verdade, o princípio de que *não há tributação sem representação* é completamente estranho à cultura política brasileira”. Não constitui surpresa, portanto, que a reação inicial às propostas, quando elas estavam sendo formuladas, tenha sido tão negativa (BRESSER-PEREIRA, 2006. P. 266 – 267).

Conforme Bresser-Pereira (2006), depois de um tempo estava consolidada a convicção de que a reforma constitucional tinha ampla condição de ser aprovada no congresso e que era de importância para o ajuste fiscal, também para promover a transição de administração burocrática para administração gerencial, descentralizada e eficiente voltada para o atendimento aos cidadãos.

A reforma foi promulgada pela ementa nº 19, de quatro de junho de 1998. E no mesmo ano foi aprovado a Lei nº 9.637/98 que define normas para qualificação de entidades civis sem fins lucrativos como organizações sociais (Os), e estabelece orientações de como será realizada a parceria com administração pública através de contrato de gestão (PEREIRA, 2010). E mais tarde foram criadas outras leis para as organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips) e as parcerias público-privadas (Ppp). Com isso, modificou-se a estrutura da administração pública brasileira e a forma de gestão.

O Ministério da Administração da Reforma do Estado (MARE) foi extinto em 1999 e a política de reforma foi transferida para o Ministério do Planejamento e Gestão. Com isso, a reforma perdeu fôlego, ficando estancada ou avançando em passos lentos (GOMES, 2010).

Em suma, a reforma gerencial segundo Leite (2013), apesar dos muitos reveses, deixou um legado institucional importante, na medida em que inseriu na agenda política um tema novo e necessário que nunca havia sido discutido amplo e abertamente (BRESSER-PEREIRA, 2006).

Fadul e Silva (2008), concluíram nas suas pesquisas de que a implantação da reforma ocorreu muito mais no sentido da obtenção de recursos para pagamento das dívidas do que necessariamente prover o Estado de recursos ou melhorar sua capacidade gerencial. Conforme eles, a reforma conseguiu alguns êxitos no campo instrumental, objetivo, mas no campo substantivo, social não conseguiu dar conta de muitas questões. Portanto, consideram que é preciso superar barreiras políticas, ideológicas e corporativas existentes no âmbito do funcionamento público e nos atuais desenhos organizacionais e institucionais para gerencialismo se estabelecer na administração pública brasileira.

2.3 Sistema Único de Saúde (SUS)

O sistema único de saúde (SUS), foi institucionalizado pela Constituição Federal Brasileira 1988. No seu art. nº 196, definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Conforme a constituição (1988), a saúde é serviço público que o Estado tem obrigação de prestar, regido pelo princípio da universalidade de acesso, mas sem exclusividade, uma vez que pode haver atividade da iniciativa privada.

Segundo a constituição no seu Art. nº 198, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- ✓ descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- ✓ atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- ✓ participação da comunidade.

Conforme a constituição, o sistema único de saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Apesar de sistema único de saúde ter sido definido pela constituição de 1988, só em 1990, por meio da Lei nº 8.080 chamada lei orgânica de saúde, é que foi instituído. E é definido no art. 4º da referida Lei como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.” Estão incluídos nesta definição:

- 1) atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças;
- 2) serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (quer seja pelo governo federal, quer seja governos estaduais ou municipais), bem como em outros espaços especialmente no domiciliar;
- 3) ações de distintas complexidades e custos, que variam desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes;
- 4) intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e se trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental;
- 5) instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde (NORONHA et al. 2012. p. 366-367).

Para autor, quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial a população de uma determinada região, poderá recorrer aos serviços prestados pela iniciativa privada.

A iniciativa privada poderá participar do sistema único de saúde em caráter complementar mediante o estabelecimento de contratos e convênios, e serão controlados, fiscalizados pelo poder público (NORONHA et al. 2012).

O sistema único de saúde (SUS) tem como base os princípios doutrinários e diretrizes organizacionais que norteiam o seu funcionamento. Estes princípios e diretrizes se articulam e se complementam em conformidade com a lógica de organização do sistema e estão em sintonia com os preceitos do bem-estar social e da racionalidade organizativa (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Os princípios doutrinários são: Universalidade; Equidade e Integralidade. E as diretrizes organizacionais são: Descentralização; Regionalização e a Hierarquização e Participação social (BRASIL, 2000).

Universalidade: conforme esse princípio a saúde é um direito de todos e é um dever do Estado a provisão de serviços e de ações que lhe garanta. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso ou atendimento sem qualquer distinção social, econômica ou de raça a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público.

Equidade: assegura igualdade no atendimento de todos os cidadãos perante o SUS. Não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde, ou seja, não é aceitável que somente alguns grupos, por motivos relacionados a renda, gênero ou outros motivos, tenham acesso a determinados serviços e outros não. Para isso, o

serviço de saúde deve ser atenta para as desigualdades existentes, com o objetivo de ajudar as suas ações às necessidades de cada parcela da população a ser coberta.

Integralidade: diz respeito à combinação das ações de saúde voltadas no mesmo tempo para a prevenção e a cura. O serviço de saúde deve funcionar atendendo ao indivíduo de maneira integral, garantindo acesso a todos os níveis de atenção à saúde no sistema, atenção primária; secundária e terciária.

Descentralização: é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre vários níveis de governo (Federal; Estadual e Municipal), partindo da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto.

Regionalização e hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isso permite o reconhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações e serviços de saúde compatíveis com a realidade local, e os casos mais graves ou de níveis maiores de complexidade que a área não pode atender transfere para outra área que tem condições de atender.

Participação social: é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis desde o federal até o local. E essa participação deve se dar nos conselhos de saúde, com representação dos usuários, profissionais, prestadores de serviço e outros.

O processo de implantação do SUS se iniciou depois da regulamentação das Leis Orgânicas de Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90), e esse processo é orientado pelas Normas Operacionais do SUS, instituídos por meio de portarias ministeriais (BRASIL, 2003). As normas operacionais definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios possam assumir as responsabilidades dentro do sistema. Também definem critérios para estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do fundo nacional de saúde. Às condições de gestão definidas nas normas operacionais é condicionada ao cumprimento de um serie de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2003).

Conforme Sousa (2014), a implantação do SUS encontrou muitas dificuldades: o atendimento precário e as imensas filas aos quais eram submetidas os usuários, baixa qualidade dos serviços, problema de gestão, falta de descentralização e outros problemas. Segundo autor, uma das razões desses problemas era a crise fiscal que o Estado enfrentava na altura e outra razão é administrativa.

Para Bresser-Pereira (1995), o sistema era centralizado no governo federal e a descentralização não havia sido efetiva. Também não havia clara distinção dentro do governo, entre a demanda dos serviços realizada por uma autoridade de saúde que paga pelos seus serviços em nome da população, e a oferta dos hospitais, de responsabilidade das entidades estatais, públicas não-estatais e privadas.

2.4 Impacto de modelo gerencial no SUS

A implantação dos ideais da reforma gerencial no SUS foi através da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), que foi pensada a partir de reforma de gestão nos sistemas de saúde da Inglaterra e da Catalunha “Espanha” (BESSER-PEREIRA, 1995; SOUSA, 2014 et al).

Segundo esses autores, antes da NOB/96 o sistema funcionava de seguinte forma:

As transferências federais por serviços prestados, remuneração paga aos hospitais, ambulatorios, clínicas e serviços profissionais prestados ao SUS como, [...] as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), eram repassadas diretamente aos prestadores de serviços, que por sua vez, atendiam a população local. Oferta e demanda eram assim confundidas. Os municípios que possuíam muitos hospitais recebiam muitas AIHs, enquanto os municípios que não tinham nenhum hospital não recebiam. Não havia uma distribuição racional de verbas orçamentárias, e o sistema de consultas médicas e triagem se confundia com o de prestação de serviços hospitalares (BRESSER-PEREIRA, 1995, p. 2008; SOUSA, 2014, p. 96-97).

Conforme Bresser-Pereira (1995), a partir da NOB/96, as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) passaram basicamente a ser enviadas às prefeituras, e não aos hospitais, de acordo com número da população do município. Com isso, a procura ou atendimento inicial passou a ser realizado geograficamente por centros de saúde das prefeituras de acordo com o local de residência da pessoa, e a oferta passou a ser feita por hospitais que não precisam estar no mesmo município (BRESSER-PEREIRA, 1995; SOUSA, 2014). Desta feita, o SUS passou a operar por meio do sistema de demanda e do sistema de oferta, para melhor descentralização

dos serviços e a competição entre os prestadores dos serviços para oferecer o melhor serviço.

Sistema de demanda:

Nesse sistema o prefeito, seu secretário de saúde, e o respectivo conselho de municipal de saúde exercem papel fundamental na administração de todo sistema. O município tem a autoridade direta à demanda e indiretamente exercem poder sobre os hospitais autorizados a prestar os serviços ao SUS, que podem ser estatais, organizações sociais, beneficentes ou privados (BRESSER-PEREIRA, 1995). Também escolhem os hospitais prestadores e a escolha pode ser não apenas de acordo com a localização, mas também de acordo com a qualidade dos serviços prestados. E esse sistema de demanda visa a descentralização dos serviços do SUS.

Sistema de oferta:

O sistema de oferta é o setor onde se encontram os maiores desafios para implementação da reforma gerencial (BRESSER-PEREIRA, 1995; SOUSA, 2014).

Os hospitais que oferecem serviços ao SUS podem ser entidades estatais, públicas não estatais, privadas e privadas sem fim lucrativo. A reforma gerencial no lado da oferta visa aumentar a eficiência na oferta dos serviços (SOUSA, 2014).

Outro impacto da reforma gerencial no sistema único de saúde é a provação do projeto de lei que permite a publicização dos serviços não-exclusivos do Estado, ou seja, sua transferência do setor estatal para o público não-estatal, onde assumirão a forma de organizações sociais (BRASIL, 1995).

As organizações sociais são as entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária (BRASIL, 1995).

Conforme o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, as organizações sociais tem como objetivo:

Permitir a descentralização de atividades no setor de prestação de serviços não-exclusivos, nos quais não existe o exercício do poder de Estado, a partir do pressuposto que esses serviços serão mais eficientemente realizados se, mantendo o financiamento do Estado, forem realizados pelo setor público não-estatal (BRASIL, 1995, p. 80).

Essa transferência da responsabilidade estatal ao terceiro setor através dessas organizações sociais teve impacto significativa no SUS, permitindo otimização dos recursos com ênfase nos resultados, mais flexibilidade na gestão e prestação de serviços orientados para cliente / cidadão e controle social (SOUSA, 2014).

A reforma colocou em cheque os direitos da população e o real funcionamento do SUS, baseado na participação dos cidadãos e comunidade com objetivo efetivo de prestar o serviço de saúde, sem visar o ganho financeiro em detrimento da qualidade dos serviços (BASLER, 2013).

Para Bresser-Pereira (2010), o maior sucesso da reforma aconteceu no SUS através das três dimensões (institucional, cultural e de cogestão) da execução da reforma. Também os funcionários tiveram papel importante na introdução das ideias gerencias na gestão do SUS, pois são atores estratégicos para modificar e implementar os projetos governamentais.

Podemos afirmar que o SUS está consolidado, mas, enfrenta grandes desafios como: a qualificação da gestão e do controle social, fortalecimento e a qualificação da atenção básica assim como as dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde, fragmentação das políticas e programas de saúde e outros (SOUZA; COSTA, 2010).

2.5 Sistema único de saúde de município de Redenção – CE

O município de Redenção – CE localiza-se na mesorregião do norte cearense, inserindo-se na microrregião de Baturité, e faz parte da 8ª região administrativa do estado do Ceara, e fica a 60 km da capital Fortaleza. Tem uma população de 26. 415 habitantes segundo censo de 2010, dados de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O município figura na história como sendo primeiro município brasileiro a libertar os escravos “escravizados” por questões de caráter político e econômico. Político-administrativamente está dividida em cinco distritos: Sede; Antônio Diogo; Guassi, Barra Nova e Faísca.

Quanto a regionalização da saúde está inserido na terceira coordenadoria regional de saúde (CRES) do estado do Ceara, em conjunto com os municípios de: Acarape; Barreira; Guaiúba; Maracanaú; Maranguape; Pacatuba e Palmácia.

Em termos de gestão, segundo as normas operacionais básica (NOB), os municípios poderão adotar uma das duas condições de gestão que são:

- ✓ Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e
- ✓ Gestão Plena do Sistema Municipal.

Ao adotar uma das duas modelos de gestão, o município tem que assumir as responsabilidades definidas pelas normas operacionais.

O município de Redenção – CE funciona com o modelo de gestão plena da atenção básica ampliada.

Segundo as normas operacionais básica as responsabilidades do modelo são:

- ✓ Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.
- ✓ Integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação pactuada integrada (PPI) do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.
- ✓ Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- ✓ Gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo estado ou pela União.
- ✓ Organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, quando excepcionalmente houver prestadores privados nesse nível e atenção.
- ✓ Cumprimento das responsabilidades definidas como áreas de atuação estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal.
- ✓ Disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população, de serviços capazes de oferecer atendimento de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada.
- ✓ Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde (CNS), com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
- ✓ Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB Ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela secretaria estadual de saúde (SES).
- ✓ Desenvolver as atividades de: realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no

piso de atenção básica ampliada (PAB-A), localizados em seu território e vinculados ao SUS.

- ✓ Operação do sistema de informação ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e do sistema de informação de atenção básica (SIAB), quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais.
- ✓ Autorização, desde que não haja definição contrária por parte da comissão intergestores bipartite (CIB,) das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- ✓ Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do ministério de saúde.
- ✓ Realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica.
- ✓ Execução das ações básicas de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- ✓ Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, de acordo com normatização vigente.
- ✓ Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.
- ✓ Firmar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o estado.

Também o documento estabelece os requisitos assim com as prerrogativas para o funcionamento do SUS no município.

Conforme dados de cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), o município de Redenção – CE atualmente possui trinta (30) estabelecimentos que prestam os serviços do sistema único de saúde (SUS). Confere quadro 03.

Quadro 03 - Estabelecimentos que prestam os serviços do SUS

Número	Descrição	Nomes
1	Central de gestão em saúde	Secretaria municipal de saúde de Redenção – CE
1	Central de regulação do acesso	Central de Regulação do SUS no município
1	Centro de apoio a saúde da família	Núcleo de apoio a saúde da família
1	Centro de atenção psicossocial	Centro de atendimento Psicossocial (CAPS) Maria Celsa Teixeira de Araújo
8	Centro de saúde / unidade básica	Posto de saúde de Currais
		Unidade básica de apoio a saúde da família (UBASF) Francisco Edmilson de Lima
		Centro de saúde de Redenção
		Posto de saúde de Guassi
		Posto de saúde de Barra Nova
		Posto de saúde de Boa Fé
		Posto de saúde de Antônio Diogo
		Posto de saúde de Manoel Dias
3	Clínica / Centro de especialidade	Hospital Dermat Sanitária Antônio Diogo
		Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Adriana Bezerra Florêncio
		Centro integrado de reabilitação
1	Hospital geral	Hospital maternidade Paulo Sarasate
1	Polo academia da saúde	Academia da saúde de Redenção
		Posto de saúde de Piroas

12	Posto de saúde	Posto de saúde de Canada
		Posto de saúde de Faisca
		Posto de saúde de Olho D'agua Constantino
		Posto de saúde de Susto
		Posto de saúde de Brenha
		Posto de saúde de Lagoa Dantas
		Posto de saúde de Serrinha Bela
		Posto de saúde de Itapai
		Posto de saúde de Gurguri
		Posto de saúde de Riacho da Pedras
		Unidade básica de apoio a saúde da família (UBASF) Frei Agostinho Fernandes
1	Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Ceara USB Redenção 19

Fonte: Elaboração do próprio autor

Esses estabelecimentos são descentralizados nos cinco distritos que compõem o município. E são gerenciados pela secretaria municipal de saúde (SMS) com exceção de SAMU que é estadual, mas o município conta com um base do serviço móvel que fica no distrito de Antônio Diogo.

As áreas ou coordenadorias de secretaria de saúde do município que prestam os serviços diretamente aos usuários são: coordenação de atenção básica; coordenação de vigilância sanitária; coordenação de assistência farmacêutica; e ouvidoria. Também a secretaria conta com outras coordenadorias como de administrativo e financeiro; coordenação de gestão e planejamento; conselho municipal e o próprio gabinete da secretaria e outras áreas.

A coordenação de atenção básica é a principal área de atuação do município. A atenção básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a porta de entrada dos usuários nos sistemas de saúde. Ou seja, é o atendimento inicial. Ele garante o

acesso e os princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção. Tem o objetivo de prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. Ele funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BRASIL, 2012). E tem outros programas vinculados a ele como: equipe de saúde da família (ESF); Brasil sorridente ou Ação de saúde bucal (ASB); Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e outros.

Segundo dados da nota técnica, a equipe de saúde da família do município está com onze (11) equipes credenciados e onze (11) implantados; ação de saúde bucal está com total de dez (10) credenciados e seis (6) implantados; agentes comunitários de saúde está com sessenta e seis (66) credenciados e sessenta e cinco (65) implantados e núcleo de apoio a saúde da família está com dois (2) credenciado e (1) implantado. Essas equipas trabalham no município todo para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A coordenação de vigilância sanitária desenvolve ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Também abrange o controle de bens de consumo assim com prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde.

Coordenação de assistência farmacêutica é responsável pela recepção, armazenamento e distribuição de medicamentos para as unidades de saúde assim como para os usuários.

A ouvidoria municipal de SUS é responsável por acolher, tratar e encaminhar manifestações dos usuários e funcionários aos gestores. Tem como objetivo viabilizar possíveis soluções para as demandas de saúde pública, bem como trabalhar a eficiência e eficácia do serviço ofertado.

Também tem o centro de regulação onde as pessoas vão para marcar as consultas especializadas e exames.

O modelo de gestão adotado para o funcionamento da secretaria é o modelo participativo. O modelo gerencial que incentiva a participação de todos no processo de gestão, visando através dessa participação, comprometimento com os resultados.

3 METODOLOGIA

3.1 Método e técnica da coleta de dados

Tomando-se por base a classificação da pesquisa apresentada por Prodanov; Freitas (2013), esta pesquisa quanto a objetivo é de cunho descritiva. Segundo eles, a pesquisa descritiva objetiva descrever fatos e/ou fenômenos de determinada realidade. E os fatos são observados, registrados, analisados e interpretados sem que o pesquisador interfira neles (PRODANOV; FREITAS 2013).

Quanto ao procedimento para a construção do trabalho, utilizamos a pesquisa bibliográfica e documental.

A pesquisa bibliográfica segundo (GIL, 2010) é aquela que se realiza a partir do registro disponível ou material já elaborado, constituído principalmente de livros, artigos científicos, teses e outros. Esta pesquisa foi realizada através da identificação e utilização de livros, dissertações, teses, monografias, artigos científicos, revistas, bases de dados assim como sítios na internet com fontes de estudos relacionado a tema do nosso trabalho.

A pesquisa documental é aquela que tem como fonte documentos no sentido amplo, ou seja, não só de documentos impressos, mas, sobretudo de outros tipos de documentos, tais como: jornais, fotos, filmes, gravações, documentos legais e outros (SEVERINO, 2010. p. 122-123). Nesta pesquisa o material utilizado foi constituído de documentos oficiais tais como: relatórios, notas, publicações ministeriais e outros, disponibilizados da forma impressa ou em meio eletrônico.

E quanto abordagem para a realização desta pesquisa, adotou-se uma abordagem qualitativa e quantitativa, com predominância qualitativa.

A pesquisa qualitativa se fundamenta principalmente em análise qualitativas ou seja, os dados e evidências obtidas não são passíveis de mensuração. Pedem descrições, compreensões, interpretações, e análise de informações, naturalmente não são expressas por dados e números (MARTINS; THEÓPHILO, 2009; ZANELLA, 2012).

A pesquisa quantitativa são aquelas em que os dados e as evidências coletados podem ser quantificados, mensurados (MARTINS; THEÓPHILO, 2009).

Para coleta de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada. Segundo (GERHARDT; SILVEIRA, 2009), a entrevista semi-estruturada o pesquisador organiza

um conjunto de questões (roteiro) sobre o tema que está sendo estudado, mas permite, e às vezes até incentiva, que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal. As entrevistas foram feitas durante meses de setembro e outubro, com dois (2) ex-gestores e cinco (5) atuais gestores da secretaria de saúde do município de Redenção – CE, as entrevistas foram gravadas com a permissão dos entrevistados e, posteriormente transcritos para melhor análise.

Também utilizamos questionário que é um instrumento de coleta de dados. Segundo (RODRIGUES, 2006) o questionário é constituído por uma lista de questões relacionadas com o problema de pesquisa, e deve ser aplicado a um número determinado de informantes.

O tipo de questionário aplicado é fechado e conta com uma pergunta semi-aberta ou seja, dos oito questões sete são fechadas e um semi-aberta.

Segundo Gil (2010), nas questões fechadas, pede-se aos respondentes para que escolham uma alternativa dentre as que são apresentadas numa lista ou escala. A semi-aberta é a junção da pergunta fechada com a aberta, sendo que, num primeiro momento o entrevistado responde a uma das opções de alternativa e depois justifica ou explica sua resposta (BARROS; LEHFELD, 2007).

Os questionários foram aplicados aos usuários do SUS e principalmente os que vão para secretaria de saúde do município de Redenção – CE para marcar consulta especializada, receber exames, pegar remédios e fazer outros serviços. Ao todo foram aplicados cem (100) questionários durante meses de agosto e setembro.

Após a aplicação dos questionários, os dados foram contabilizados e sistematizados com auxílio do Microsoft Excel (2013), para melhor análise e interpretação dos resultados.

3.2 Análises de dados

A análise de dados tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação (GIL, 2010). E a interpretação visa à reflexão e à explicação; busca apresentar os resultados em um contexto mais abrangente, interligá-los, compará-los e avaliá-los para solucionar o problema (RODRIGUES, 2006).

Posto isso, para análise dos dados, utilizamos a análise de conteúdo e a estatística descritiva.

Com análise de conteúdo buscamos compreender e analisar as falas dos entrevistados e dos documentos selecionados para o estudo. Segundo Bardin (2011, p. 47), a análise de conteúdo:

é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para Martins; Theóphilo (2009, p. 98) análise de conteúdo é uma técnica para se estudar e analisar a comunicação de maneira objetiva e sistemática. Buscam-se inferências confiáveis de dados e informações com respeito a determinado contexto, a partir dos discursos escritos ou orais dos seus atores e/ou autores.

Utilizamos a estatística descritiva para descrever e apresentar graficamente os dados dos questionários.

A estatística descritiva representa um conjunto de técnicas que tem por finalidade descrever, resumir, totalizar e apresentar graficamente dados de pesquisa (MARTINS; THEÓPHILO, 2009; IATROS, 2007 apud ZANELLA, 2012. p. 126).

Conforme nossas análises, podemos afirmar que a reforma ou modelo gerencial teve impacto no SUS, porque depois desse período o SUS passou a funcionar melhor e ultrapassando os problemas como a centralização, acesso, qualidade dos serviços ofertados assim como outros problemas (BRESSER-PEREIRA, 2010; BASLER, 2013). Segundo um dos entrevistados:

“Muitas coisas avançou, o acesso ao serviço, a comunicação, a divulgação dos serviços o apoio das equipes da família que tem o programa de saúde da família, a equipe [...] vai junto até o paciente, então muitas coisas já melhorou”

Essas melhorias aconteceram depois da criação da NOB/96 que veio definir as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e Municípios possam assumir as responsabilidades dentro do sistema único de saúde – SUS. Com isso, permitiu - se a autonomia para os entes federais, e o sistema passou a ser mais descentralizado sobretudo depois da criação da lei que permite as organizações sociais ofertarem os serviços do SUS mediante assinatura de contrato de gestão, isso tudo veio melhorar o acesso que estava limitado e

incentivando a concorrência entre os ofertantes do serviço e fazendo com que a qualidade dos serviços melhorassem mais (BRASIL, 1995; SOUSA, 2014).

No município de Redenção – CE depois desse impacto ou criação da NOB/96, houve avanços significante, hoje o município conta com mais estabelecimentos de saúde que estão distribuídos nos cinco distritos que compõem o município, assim melhorando um pouco questão da descentralização porque dantes os estabelecimentos eram poucos e não estavam em todos distritos, também o município conta com mais números da equipe da saúde da família, agentes da saúde assim melhorando também o atendimento a população que era reduzido.

Apesar desses e outros avanços, o município conta ainda com series de problemas e grandes desafios para melhorar um pouco mais os serviços.

Segundo os nossos entrevistados ainda boa parte da população não tem acesso aos serviços do SUS, em algumas áreas não a condição básica para os profissionais trabalhassem, nas outras áreas o acesso é difícil e ainda tem áreas que não tem agua potável, e isso faz com que essas áreas fiquem sem a cobertura dos serviços.

Também outra coisa que é muito relevante ressaltar é sobre o número da população do município que vem crescendo ano após ano, mas a verba recebido por parte do governo continua sendo o mesmo, e isso de uma certa forma acaba impossibilitando os gestores a fazerem os seus trabalhos de uma forma mais melhor. Segundo a fala de um dos entrevistados:

“A questão das verbas, os recursos que vem continua sendo o mesmo desde o inicio, você não vê aumentar a porcentagem a gasto com saúde, por exemplo: Redenção, a gente em uma universidade federal de nível internacional a maioria das pessoas que vem são estrangeiros e você não tem o apoio da saúde, o recurso que entra na saúde é o mesmo, aumentou quase cinco mil (5.000) habitantes extra e o recurso que vem é o mesmo”.

3.3 Resultados da pesquisa

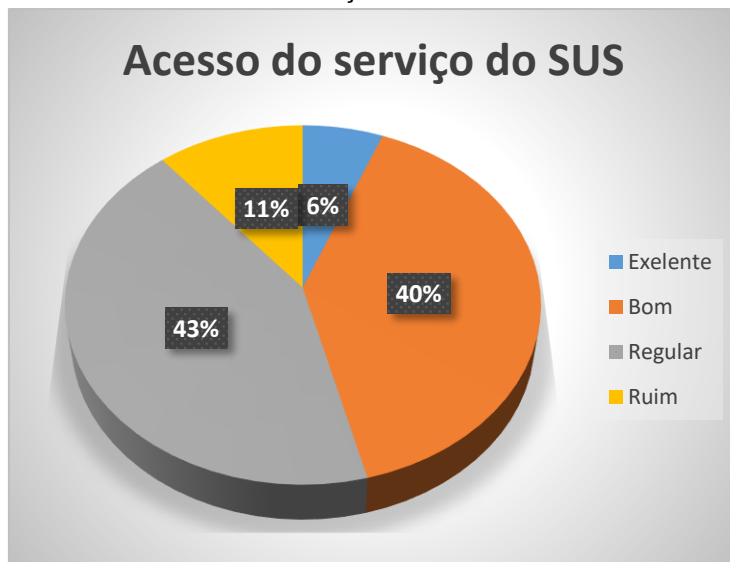
Conforme dados obtidos através da aplicação do questionário aos usuários do serviço do SUS, no que tem a ver com o acesso do serviço, 43% deles afirmam que o acesso do serviço no município é regular, em quanto que os outros 40% afirmam que o acesso é bom, e 11% afirmam que é ruim e 6% afirmam que é excelente. Esses dados veio confirmar as falas dos entrevistados sobre o acesso dos serviços do SUS

no município, apesar dos avanços alcançados ainda o município não consegue cobrir toda sua área. Fala de um dos entrevistados:

“A gente procura fazer ao máximo, [...] tem áreas pendentes sim. Mas vai existir no município porque é uma dificuldade no geral”.

Isso é resultado dos problemas referido anteriormente, e o acesso é um dos princípios fundamentais do SUS que deve ser cumprido, mas, infelizmente o município não consegue cumprir com isso na sua totalidade. Os resultados podem ser observados no gráfico 01.

Gráfico 01 - Acesso do serviço do SUS



Fonte: Elaboração do próprio autor

Quanto a oferta do serviço, segundo os entrevistados a oferta existente no município atende parcialmente as demandas já que algumas áreas não estão cobertas, também é muita gente para ser atendido e o município tem poucos profissionais também o recurso financeiro que o município recebe é pouco para fazer muita coisa. Segundo fala de um dos entrevistados:

“Nos nunca conseguimos atender as demandas, [...] não consegue atender as demandas, se eu disser que atende todas demandas, não atende, mas se esforça para isso né. Eu acho que a tendência é melhorar, já foi pior, acredito que cada ano que passa com gestores comprometidos a tendência é melhorar ano a ano”.

As falas dos entrevistados se alinham com as respostas dos usuários sobre a oferta do serviço no município. 55% dos usuários afirmam que a oferta não atende

as demandas e os outros 45% acham que atende, os resultados podem ser observados no gráfico 02.

Gráfico 02 - Oferta de serviço



Fonte: Elaboração do próprio autor

Em termos de satisfação dos serviços prestados 37% dos usuários afirmam que estão satisfeitos com os serviços prestados no município, em quanto que 30% afirmam indiferente, 27% insatisfeito e 6% afirmam que estão muito satisfeito, os resultados podem ser observados no gráfico 03.

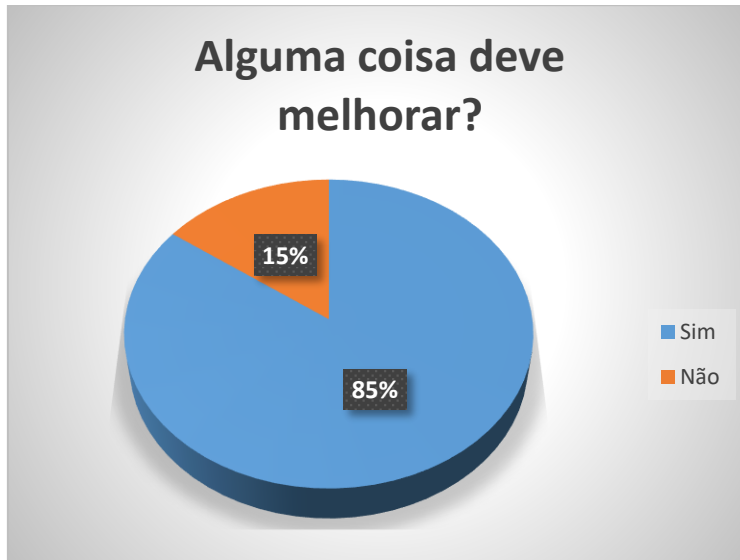
Gráfico 03 - Satisfação dos usuários



Fonte: Elaboração do próprio autor

Apesar do município ainda enfrenta problema de falta dos profissionais e algumas áreas descobertas mesmo assim os usuários estão satisfeitos com os serviços que o município presta conforme gráfico 03. E mesmo estando satisfeitos com os serviços prestados 85% deles acham que algumas coisas devem ser melhorados em quanto que 15% acharam que não. Confere gráfico 04.

Gráfico 04 - Alguma coisa deve melhorar?



Fonte: Elaboração do próprio autor

Dos 85% que acham que alguma coisa deve ser melhorado, 40% deles acham que o serviço de saúde em geral deve ser tudo melhorado, e 15% deles acham que o atendimento deve ser melhorado, pois o município conta com poucos profissionais e ainda algumas não qualificados e muita das vezes o atendimento deixa a desejar. 14% acham que o município deve ter mais médicos para melhor atender a população, pois tem locais sem médicos e outros em que o medico só vai uma ou duas vezes por semana. 12 % acham que deve melhorar a questão da agilidade, pois alguns serviços não são flexíveis como por exemplo para fazer exame ou consulta a pessoa fica muito tempo na fila esperando para depois ser atendido. Os 10% acham que o que deve melhor e questão de médicos especialistas como por exemplo dentistas, ortopedista, oftalmologista e outras especialidades pois o município carece dos especialistas, essa carência faz com que muitos acabam indo fazer o tratamento no outro município que tem convívio com o Redenção. O resultado completo pode ser observado no gráfico 05.

Gráfico 05 - O que deve ser melhorado



Fonte: Elaboração do próprio autor

Em suma, esses são resultado do nosso trabalho e podemos afirmar que em alguns pontos as falas dos entrevistados assim como as respostas dos usuários se alinham, isso demonstra real situação sobre esses aspetos analisados e o funcionamento do SUS no município. Relacionando os resultados obtidos com os princípios e diretrizes do SUS, podemos afirmar que ainda não são cumpridos na sua totalidade, sobre tudo os princípios da universalidade e equidade. Pois, ainda nem todo mundo tem o acesso dos serviços e nesse caso, as pessoas sobre tudo dos centros urbanos acabam se beneficiando mais dos serviços em relação aos outros. E em termos de funcionamento o município não utiliza o modelo gerencial, apesar dos serviços são voltados para a população. Na próxima sessão apresentaremos as considerações finais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo gerencial é um modelo orientado para o cidadão e para a obtenção de resultados. Foi introduzido na administração pública brasileira com objetivo de que o mesmo funcione melhor e consiga satisfazer as necessidades ou atender as demandas dos cidadãos.

Depois de ser introduzido na administração pública brasileira houve grandes melhorias nos serviços públicos, a administração pública passou a funcionar melhor e com mais eficiência, eficácia e efetividade. Apesar desses avanços do modelo gerencial como constatado no nosso referencial teórico, a sua adoção ainda não é efetiva. Também acreditamos que o modelo só em si não seja a solução para os problemas da gestão dos serviços públicos, mas sim adoção de um modelo que funcione melhor e que consiga melhores resultados e atende as demandas da população.

Quanto ao impacto do modelo gerencial no SUS, o SUS quando foi criado ou depois da sua criação enfrentava grandes problemas, o sistema era centralizado no governo federal e a descentralização não havia sido efetiva, a população não tinha bastante acesso aos serviços e os serviços eram de baixa qualidade e tinha outros problemas. É evidente que o modelo gerencial ou a reforma colocou em cheque os direitos da população e o real funcionamento do SUS, minimizando o problema de centralização, acesso a população, qualidade dos serviços e outros problemas.

Com a criação da norma operacional básica NOB/96 que defini as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e Municípios possam assumir as responsabilidades dentro do sistema único de saúde – SUS, assim como a criação e aprovação do projeto lei que permite as organizações sociais ofertarem os serviços do SUS mediante assinatura de contrato de gestão, tudo isso, veio ainda melhorar mais o funcionamento do SUS e avanços ou os resultados hoje alcançados.

O SUS estruturalmente esta muito bom, mas no funcionalmente pratico enfrenta grandes desafios, sobretudo de qualificação da gestão que precisa ser melhorado para se alinhar com a estrutura e alcançar os resultados melhores em termos de gestão, acesso, qualidade dos serviços e agilidade no funcionamento.

Quanto o funcionamento do SUS no município de Redenção – CE, a forma de gestão é participativo com foco no cidadão e com traços de rigidez e formalidade no

funcionamento. Não usam modelo gerencial, e como referimos anteriormente o modelo gerencial não é único modelo que deve ser utilizado ou o melhor modelo, mas sim o modelo que funcione melhor e consiga melhores resultados principalmente em termos de gestão.

Conforme nossas análises, o serviço do SUS funciona regularmente no município ou seja, o serviço não está ruim e também não chega a ser bom. Os resultados obtidos na coleta de dados através da entrevista e aplicação do questionário vieram confirmar isso, mas é claro que depois da NOB/96, houve avanços e melhorias dos serviços, durante esse período para cá.

Apesar desses avanços todo no município, ainda tem muito coisa que precisa ser melhorado, por exemplo ainda o município não está coberto todo, muitas pessoas não têm acesso aos serviços do SUS, tem zonas com problemas graves como falta de posto de saúde, ou as vezes falta de médicos, esses problemas assim como outros precisam ser melhorados, também o município enfrenta o problema de gestão, apesar desse problema seja um problema no país todo, mais o município precisa melhorar muito sobre tudo na qualificação dos seus profissionais que fazem os serviços de saúde, principalmente os gestores, o município precisa dos gestores com capacidade de implantar um modelo de gestão que consiga funcionar de uma forma eficiente, eficaz e efetivo para terem melhores resultados em termos de gestão e melhores índices em termos de proteção e prevenção das doenças.

REFERÊNCIAS:

ABRUCIO, Fernando Luiz. **Impacto do Modelo Gerencial na Administração Pública**: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Brasília: ENAP, 1997, n. 10.

_____. **Trajatória recente da gestão pública brasileira**: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. RAP, Rio de Janeiro: Edição Especial Comemorativa 67-86, 1967-2007.

ARAÚJO, Priscila Gomes de. **Análise da aplicabilidade do modelo gerencial na administração**. 2011. 151 p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Lavras, 2011. [orientador: Prof. Dr. José Roberto Pereira].

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, Aidil J. da S.; LEHFELD, Neide Aparecida de S. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BASLER, Ingrid Neumann. **O impacto da reforma gerencial da administração público no sistema único de saúde do Brasil**. 2013. 31 p. Trabalho de conclusão do curso (graduação) - universidade federal do rio grande do sul. Porto Alegre, 2013. [orientado: prof. Dr. Aragon Érico Dasso Junior].

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1998**. Disponível em: <<http://bit.ly/1dFiRrW>>. Acesso em: 20. Jul. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília : CONASS, 2003.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://bit.ly/1UVpr2U>> Acesso em: 20. Jul. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Dez.1990. Disponível em: <<http://bit.ly/2cdAJNK>>. Acesso em: 20. Jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 96**. Brasília: MDS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Nota técnica**. Disponível em: <<http://bit.ly/2ig6ERO>> . Acesso em: 10 de Out. De 2017.

BRASIL. Ministério de saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - DATASUS**. Disponível em: < <http://bit.ly/2yX9GET>>. Acesso em: 18 de Set. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema único de saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: 2000.

BRASIL. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília. 1995.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde**. Trabalho apresentado ao Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD. Buenos Aires, 25 de out. 1995.

_____. L. C; SPINK, P. K. **Reforma do estado e administração pública gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

_____. Pequena historia da reforma gerencial de 1995 In: COSTIN, Claudia. **Administração pública**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

_____. **A Reforma do Estado nos Anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle**. Lua Nova - Revista de Cultura Política, n°.45, 1998a.

_____. **Reforma de Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. São Paulo. Ed 34: Brasília: ENAP, 1998b.

_____. **Reforma gerencial e o Sistema Único de Saúde**, in: OLIVEIRA, Fátima Bayma de. (Org.). **Política de Gestão Pública Integrada**. Rio de Janeiro: Editora FGV, v. 1, p. 174-183, 2008a.

_____. **Os primeiros passos da reforma gerencial do Estado de 1995**. Revista brasileira de Direito Público – RBDP, Belo Horizote, ano 6, n.23, p.145-186, out/dez, 2008b.

COSTIN, Claudia. **Administração pública**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

FADUL, E.M.C.; SILVA, L. P. Retomando o debate sobre a reforma do estado e a nova administração pública. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, 32., 2008, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2008. 1 CD-ROM.

GERHARDT, Tatiana Engel; Silveira, Denise Tolfo (Org): **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. – 3. reimpr. São Paulo: Atlas, 2010. Pag.49-59.

GOMES, M. L. S. **Modelos organizacionais de administração pública: um estudo dos aspetos da realidade cearense na estrutura de referencia das reformas do estado**.

2010. 174 p. Dissertação (Mestrado em administração de empresas) – Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza, 2010. [orientador: Prof. Francisco Correira de Oliveira, PhD]

HOOD, Christopher. **A public management for all seasons?** Public Administration, v. 69, 1991. p. 2-19.

IBGE. **Censo de 2010**. Disponível em: <<http://bit.ly/2gOeZfp>> Acesso em: 18 de Set. 2017.

LEITE, Leonardo Queiroz. **A Trajetória da Reforma do Estado no Brasil: a Caminho de uma Administração Pública Gerencial?**. I Semana de Pós-Graduação em Ciência Política UFSCAR: Universidade Federal de São Carlos-SP, 21 a 23 mai. 2013.

MARCONI, M. de A. LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científica: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7ª ed. – 6. reimpr. São Paulo: Atlas, 2011.

MARTINS, G.A.; THEÓPHILO, C.R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

NORONHA, J. C.; Lima, L. D.; Machado, C. V. o Sistema único de Saúde – SuS. in: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. Ed. Rev. E amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 365-426.

PEREIRA, J. M. **Curso de administração pública: foco nas instituições e ações governamentais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. – Novo Hamburgo - Rio Grande do Sul: Feevale, 2013.

RODRIGUES, Auro de Jesus. **Metodologia científica**. São Paulo: Avercamp, 2006.

SEVERINO, A. J. **metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. E atual. São paulo: cortês, 2007. Pag. 99-124.

SILVESTRE, H. C. **gestão pública: modelos de prestação no serviço público**. Lisboa: Escolar editora, 2010.

SOUSA, Otávio Augusto Venturini de. A reforma gerencial e a sua implementação no sistema único de saúde brasileiro. **Revista Digital de Direito Administrativo**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 85-114, 2014.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças**. Saude soc., Set 2010, vol.19, no.3, p.509-517.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 531-562.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração.** 2. ed. reimp. Florianópolis: Departamento de ciências da administração / UFSC, 2012.

APÊNDICE

Apêndice I – Roteiro da entrevista

Entrevistados: Ex- gestores e atuais gestores da secretaria municipal de saúde de Redenção – CE.

Perguntar:

Como você vê os serviços do SUS no município depois da norma operacional básica de 1996 (NOB/96) ? O que melhorou (pontos positivos)? O que não melhorou (pontos negativos)?

No decorrer da entrevista iremos perguntar sobre a descentralização dos serviços do SUS no município se ele cobre toda área? E em termos de gestão se os serviços prestados conseguem atender as necessidades ou demandas dos usuários?

Apêndice II – Questionário

Alvo: usuários do serviço do sistema único de saúde – (SUS) de município de Redenção – CE.

1. Como o município está em termos de acesso aos serviços do sistema único de saúde – SUS ?

Marque com X.

Excelente	Bom	Regular	Ruim

2. O que você acha do serviço do SUS prestado no município?

Marque com X.

Excelente	Bom	Regular	Ruim

3. A oferta de serviços existentes no município atende as necessidades ou demandas?

Marque com X.

Sim	Não

4. Acha que alguma coisa deve ser melhorado?

Sim _____ o quê? _____.

Não _____.

5. O que você acha sobre o tempo de espera para realização de uma consulta?

Marque com X.

Excelente	Bom	Regular	Ruim

6. O que você acha sobre o tempo de espera para realização de um exame?

Marque com X.

Excelente	Bom	Regular	Ruim

7. O que você acha da qualidade dos serviços do SUS prestado no município?

Marque com X.

Excelente	Bom	Regular	Ruim

8. O quanto você está satisfeito com os serviços do SUS prestado no município?

Marque com X

Muito Satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito