

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA  
MODALIDADE EAD

Romário Heitor Malheiros

**PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO PLENA DO SISTEMA  
MUNICIPAL DE SAÚDE EM PANAMBI/RS**

Panambi, RS  
2024

Romário Heitor Malheiros

**PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO PLENA DO SISTEMA  
MUNICIPAL DE SAÚDE EM PANAMBI/RS**

Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão Pública na modalidade EAD, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Orientador: Prof. Dr. Luis Carlos Zucatto

Panambi, RS  
2024

Romário Heitor Malheiros

**PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO PLENA DO SISTEMA  
MUNICIPAL DE SAÚDE EM PANAMBI/RS**

Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão Pública na modalidade EAD, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Aprovado em 31 de julho de 2024:

---

**Luis Carlos Zucatto, Dr. (UFSM)  
(Presidente/Orientador)**

---

**Jordana Marques Kneipp, Dra. (UFSM)**

---

**Bianca Jupiara Fortes Schardong, Dra. (UFSM)**

Panamby, RS  
2024

## **AGRADECIMENTOS**

A minha esposa Karine, filhas Vitória e Maria Eduarda pela compreensão e incentivo durante todo o curso.

## RESUMO

### PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE EM PANAMBI/RS

AUTOR: Romário Heitor Malheiros

ORIENTADOR: Prof. Dr. Luis Carlos Zucatto

A NOB 01/96 do Sistema Único de Saúde (SUS), foi resultado de um intenso debate e negociações que duraram cerca de 2 anos, com a participação das três esferas de governo. Sendo através da NOB 96 que ficou determinadas as condições de gestão para os municípios, ou seja, Gestão da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. O objetivo deste estudo foi analisar como ocorreu o processo de implementação da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em Panambi/RS. O presente estudo trata-se de um estudo de caso por se caracterizar como um sistema de saúde e permitir aprofundar o conhecimento através da análise documental, com abordagem qualitativa. Fica evidenciado através do estudo que a implementação da Gestão Plena trouxe muitas conquistas para a gestão e usuários, pois a vasta gama de serviços ofertados, especialmente no que tange a média e alta complexidade, trata-se de um diferencial significativo. Confirma-se que a Gestão Plena está muito bem estruturada em Panambi, pois trata-se de um modelo arrojado, abrangente e muito resolutivo, uma vez que obriga o gestor local a implementar serviços e atribuições dos demais entes federados, porém, oportunizando ao usuário do SUS que tenha acesso aos serviços de saúde de nível primário e secundário, a participação em pactuações intermunicipais, um melhor desempenho da gestão através de controle, avaliação e auditoria, bem como autonomia para contratar os prestadores de serviços tanto públicos como privados e propiciando acesso as especialidades médicas e exames de alta complexidade num espaço menor de tempo.

**Palavras-chave:** Saúde. Gestão Plena. Sistema Único de Saúde.

## **ABSTRACT**

### **IMPLEMENTATION PROCESS OF FULL MANAGEMENT OF THE MUNICIPAL HEALTH SYSTEM IN PANAMBI/RS**

AUTHOR: Romário Heitor Malheiros  
ADVISOR: Prof. Dr. Luis Carlos Zucatto

The NOB 01/96 of the Unified Health System (SUS) was the result of an intense debate and negotiations that lasted about 2 years, with the participation of the three spheres of government. It was through NOB 96 that the management conditions for the municipalities were determined, that is, Management of Primary Care and Full Management of the Municipal System. The objective of this study was to analyze how the process of implementing Full Management of the Municipal Health System in Panambi/RS occurred. This study is a case study because it is characterized as a health system and allows for deeper knowledge through documentary analysis, with a qualitative approach. It is evident through the study that the implementation of Full Management brought many achievements for management and users, since the wide range of services offered, especially with regard to medium and high complexity, is a significant differential. It is confirmed that Full Management is very well structured in Panambi, as it is a bold, comprehensive and very resolute model, since it requires the local manager to implement services and attributions of other federated entities, however, providing the SUS user with access to primary and secondary level health services, participation in intermunicipal agreements, better management performance through control, evaluation and auditing, as well as autonomy to hire both public and private service providers and providing access to medical specialties and highly complex exams in a shorter space of time.

**Keywords:** Health. Full Management. Health Unic System.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do Tempo.....	24
Figura 2 - Fluxograma saúde.....	29
Figura 3 - Fluxograma saúde.....	30

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Investimentos em saúde .....	25
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Legislações que introduzem alterações na Lei nº 8.080/90.....	15
Quadro 2 - Vantagens e desvantagens da GPSMS .....	18
Quadro 3 - Investimento em saúde .....	24
Quadro 4 - Percentuais aplicados na saúde .....	25
Quadro 5 – Contabilidade.....	31

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE .....	13
LEGISLAÇÕES PERTINENTES À GESTÃO DA SAÚDE .....	15
<b>Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde conforme a Portaria nº 384/2003.....</b>	<b>17</b>
CONTROLE SOCIAL DA GESTÃO DA SAÚDE NO AMBITO MUNICIPAL.....	19
<b>MÉTODO DO ESTUDO .....</b>	<b>20</b>
<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>22</b>
A IMPLEMENTAÇÃO.....	22
ESTRUTURA E CARACTERIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE .....	26
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	30
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>32</b>

## INTRODUÇÃO

O município de Panambi há muitos anos tem tido um expressivo reconhecimento pelos demais entes federados pelo seu pioneirismo na consolidação da municipalização da saúde. Pois municipalização é neste caso sinônimo de descentralização, ou seja, é através do governo municipal juntamente com os municípios, quer seja, com a participação do Conselho Municipal de Saúde, da realização de audiências públicas e conferências municipais de saúde que as prioridades, estratégias e funcionamento se definem para o devido funcionamento local da atenção à saúde. Sendo através da municipalização que ocorre a transferência legal, material e política dos serviços de saúde executados pelos demais entes para a esfera local, ou seja, confirmando o deslocamento do fluxo de poder político, técnico e de gestão ao município.

No entanto, no decorrer do estudo, se faz necessária uma rápida abordagem histórica de como ocorreu o processo de implementação da Gestão Plena no município, com o objetivo de despertar e ratificar o interesse na pesquisa em tela. Inicialmente, apresentando um panorama a nível nacional, contextualizando os precedentes e fatores determinantes para a tomada de decisão pela modalidade de Gestão Plena.

Conforme Bravo (2001) durante a Ditadura Militar, mais precisamente no final da década de 70 a política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. Mesmo as reformas efetuadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, ou seja, marcada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas lideradas pelo setor privado.

Ainda, segundo Bravo (2001) nos anos 80 e início dos anos 90 a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da sociedade brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil, fazendo com que a saúde deixasse de ser interesse apenas dos técnicos da área para assumir uma dimensão política estando estreitamente vinculada à democracia. Foram importantes no cenário da época os seguintes atores sociais: os profissionais de saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos articulados com entidades da sociedade civil.

Segundo Falcão e Guibu (1996) o Brasil de uma maneira geral apresentava-se com uma forte crise durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, na área da Saúde, dívidas com fornecedores, hospitais e órgãos públicos, a Saúde Pública estava passando por uma fase terrível de falta de financiamento o que afetava fortemente o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta conjuntura totalmente desfavorável acerca dos investimentos e do financiamento do SUS fez com que os gestores municipais na época se mobilizassem por todo o país visando unir esforços com o objetivo de encontrar soluções no próprio município para fazer frente às demandas crescentes na área de Saúde, haja visto, que o Governo Central não estava dando conta de atender as necessidades dos cidadãos usuários do SUS.

Com a formulação da NOB 01/93 editada num contexto caracterizado principalmente pelos seguintes aspectos e eventos associados à política de saúde no início da década de 1990: o avanço da municipalização propiciada pela NOB 01/91 e expressivo envolvimento dos secretários municipais de saúde no direcionamento da política de saúde, as críticas e dificuldades do processo de descentralização da política de saúde e finalmente, o desenvolvimento da IX Conferência Nacional de Saúde em 1992, a qual teve como tema central **“Sistema Único de Saúde: a Municipalização é o Caminho”**. Sendo que esta conferência veio reforçar a proposta de descentralização e tomar posição em relação ao cumprimento da Constituição e das Leis Orgânicas (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Ainda na década de 90, mais precisamente a partir de 1994, vários municípios brasileiros habilitaram-se à modalidade de gestão Semiplena, sendo incipientes na grande maioria no processo de habilitação na condição de Gestão Plena.

Foi com a consolidação em novembro de 1996, através da instituição da NOB 01/96, por intermédio da Portaria nº 2.203 que se propôs dois modelos de gestão: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 2001).

Com base neste contexto, definiu-se a questão central deste estudo: como ocorreu o processo de implementação da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em Panambi/RS? Para se responder a esta questão, definiu-se como objetivo geral identificar de que forma ocorreu o processo de implementação da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em Panambi/RS. Já os objetivos específicos são: resgatar historicamente quais as principais etapas do processo de implementação da Gestão Plena no Município, apresentar como está composta a estrutura da Rede Municipal de Saúde na modalidade de Gestão Plena e identificar os principais aspectos da implementação da Gestão Plena no município.

Entende-se ser relevante o estudo do tema, pois atualmente ainda é uma pequena parcela de municípios que decidiram por adotar a modalidade de Gestão Plena, isto decorrente dos altos investimentos necessários, bem como da necessidade de uma robusta estrutura de saúde que contemple não somente a Atenção Básica, mas principalmente a Média Complexidade. Contudo, sabe-se que alguns municípios estão estudando a viabilidade financeira de um eventual enquadramento na modalidade de Gestão Plena e acredita-se que este estudo poderá contribuir de forma significativa para a tomada de decisão dos gestores municipais. É importante ratificar que a Gestão Plena oportuniza mais autonomia ao gestor municipal, mais agilidade na transferência de recursos já que é de fundo a fundo, a contratação dos prestadores de serviços tanto públicos como privados por parte da municipalidade, acesso as especialidades médicas num espaço menor de tempo, pois estas são reguladas pela gestão municipal e não estadual, um fortalecimento da Atenção Primária e por fim, a facilidade para o usuário acessar os serviços de saúde.

Diante de um cenário de incertezas e dificuldades no âmbito da saúde, em 1987 a Administração Municipal de Panambi assinou um convênio com o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, para efetuar a municipalização do SUS, juntamente com a cidade de Pelotas, sendo os dois municípios pioneiros no processo de municipalização da saúde, conforme levantamento efetuado junto ao Museu e Arquivo Histórico de Panambi (A Notícia Ilustrada, 1993).

No ano de 1993 o Prefeito à época, Miguel Schmitt-Prym participou de um grupo de trabalho em Brasília, representando a Comissão Bipartite do Rio Grande do Sul, visando na época elaborar a normatização dos procedimentos para a municipalização da saúde (A Notícia Ilustrada, 1993).

No entanto, no ano de 1994 o Município de Panambi, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) inicia o processo de implementação da modalidade de Gestão Plena, sendo no estado juntamente com o município de Santa Rosa os pioneiros nas tratativas de consolidar a municipalização da saúde (A Notícia Ilustrada, 1994).

Segundo os dados do Diário Oficial nº 211 de 8 de novembro de 1994 os municípios que estavam habilitados para receber o teto financeiro mensal do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência À Saúde eram: Iracema, Itapiúna, Quixadá e Fortim, todos do Ceará, já de Minas Gerais: Alfenas, Belo Horizonte, Betim e Sete Lagoas, do Rio Grande do Sul: Panambi e Santa Rosa, de Santa Catarina: Blumenau e Joinville e de São Paulo: Assis, Diadema, Mauá, Santos, São Vicente, Sertãozinho e Votorantim. (DOU, 1994).

O município de Panambi conforme o preconizado na Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS 01/2002 – NOAS SUS/01/02 e seguindo a decisão da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do estado do RS, bem como a decisão da Comissão Intergestores

Tripartite (CIT), em reunião ordinária de 24 de julho de 2003, habilitou-se em Gestão Plena do Sistema Municipal através da Portaria nº 1680/GM de 28 de agosto de 2003, ficando assim a municipalidade responsável pelo gerenciamento de todo o sistema municipal, incluindo os prestadores de serviços vinculados ao SUS, independentemente de sua natureza jurídica ou nível de complexidade, ou seja, exercendo o comando único.

Diante deste pioneirismo e da iniciativa desafiadora o município de Panambi/RS sempre foi reconhecido regionalmente pelos grandes investimentos na área de saúde, prova disso, que no ano de 2023 aplicou 36,06%, ou seja, percentual da receita de impostos e transferências constitucionais e legais aplicados em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS), conforme os dados pesquisados no Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS (BRASIL, 2024). Porém, para a união essa aplicação é o valor empenhado do ano anterior em ações e serviços da saúde acrescida a variação do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior, caso variação negativa não poderá ser reduzida, para os Estados essa aplicação se dá com o mínimo de 12% da arrecadação de impostos que se refere ao Art. 155 e recursos do Art. 157, referente aos municípios se aplicarão anualmente o percentual de 15% da arrecadação de impostos a que se refere o Art. 156 e dos recursos que tratam o Art. 158 e Art. 159 (BRASIL, 1988). Percebe-se assim, que o município de Panambi vem aplicando mais que o dobro preconizado nas legislações pertinentes.

Conforme o estudo feito pela Confederação Nacional dos Municípios (CNM) no ano de 2022 concluiu-se que em 457 das 5.570 cidades do Brasil o investimento em saúde é o dobro do que preconiza a legislação (SITE, BRASIL 61), caso de Panambi que historicamente vem investindo bem mais ano após ano.

Percebe-se no caso de Panambi as diversas vantagens para a comunidade no que tange a Gestão Plena, pois o Poder Público Municipal assumiu diversas atribuições e serviços de responsabilidade do Governo do Estado do RS, tais como: especialidades médicas (Traumatologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermatologia, Ginecologia, Psiquiatria, Pediatria, Neurologia, Urologia, Cirurgia Vascular, entre outras), exames de Alta Complexidade como Tomografia e Ressonância Magnética. Além disso, também oferta tratamento de ortodontia e endodontia, através do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), cirurgias de alta complexidade como: catarata, de média complexidade: quadril, fêmur, joelho, ombro, mão, pé e tornozelo. Para se ter uma ideia uma cirurgia de catarata pela regulação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) o paciente deve aguardar de 6 a 7 anos, enquanto que pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) leva em média de 120 dias. O mesmo exemplo serve para os exames de alta complexidade que pela Estado podem levar até 2 anos, já no município de Panambi é em torno de 60 dias no máximo. Outro ponto importante de destacar é o serviço de Fisioterapia ofertado pelo município através de duas modalidades, uma o paciente indo até o Centro de Fisioterapia e os que não dispõem de transporte ou condições físicas de locomoção e acamados, os profissionais Fisioterapeutas vão até as residências dos pacientes, sempre seguindo orientações e prescrições dos médicos.

Diante disso, sempre houve por parte das lideranças da comunidade, principalmente no campo político uma discussão exacerbada acerca das verdadeiras atribuições e serviços que devem ser ofertados na modalidade de Gestão Plena da Saúde no município. Além do mais, muitos debates e questionamentos políticos sobre os serviços de saúde serem confundidos com assistencialismo com objetivo puramente eleitoral. Isto fez com que a principal problemática desta pesquisa seja como de fato ocorreu o processo de implementação da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em Panambi/RS.

Vislumbra-se assim, que a partir da elaboração do trabalho em tela espera-se contribuir para o entendimento das principais variáveis que foram determinantes pelo gestor municipal da época para a tomada de decisão, bem com elucidar acerca das principais atribuições e prerrogativas da modalidade de Gestão Plena no município de Panambi/RS. Além do mais, será

uma oportunidade importante para apresentar como está estruturada toda a Rede Municipal de Saúde, através dos serviços ofertados para a comunidade Panambiense.

Acredita-se também que o resultado da pesquisa irá contribuir significativamente para explicar como se dá na prática a Gestão Plena no município de Panambi, bem como servir de base para futuras decisões da Equipe Gestora da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

Nesta seção serão apresentados alguns tópicos importantes e pertinentes ao estudo, tais como: as políticas públicas em saúde, as legislações pertinentes à gestão da saúde, a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e o controle social da gestão da saúde no âmbito municipal.

### **POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE**

O Brasil encontrava-se nos anos 80 ainda sob a égide conservadora de reformas no plano político, social e econômico, norteadas pelo fortalecimento das ideias neoliberais, vinculadas às crises dos Estados nacionais (MACHADO; LEVCOVITZ; LIMA, 1999). Já, nos anos 90 começa timidamente uma abertura da economia e de ajuste estrutural através da estabilização da moeda, privatização de empresas estatais, adoção de reformas institucionais orientadas para a redução do Estado, inclusive do quadro de funcionários públicos, mudanças na relação de trabalho e fragilização do movimento sindical, tudo isso contribuiu para o agravamento e dificuldades na implementação de políticas sociais, dentre elas a reforma sanitária. Diante disso, a construção do SUS se dá em meio a um cenário tenso e divergente, mesmo tendo alguns avanços e diversas dificuldades no que tange ao âmbito estratégico de implantação do SUS.

Foi durante o Governo de Fernando Collor, mais precisamente no dia 19 de setembro de 1990 que foi sancionada uma das mais importantes legislações de cunho assistencial, inclusivo e social em nosso país a Lei Federal nº 8.080 a qual dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Também conhecida como a Lei Orgânica do SUS, resultado do movimento da Reforma Sanitária com a inserção na Constituição Federal de 1988 do capítulo da saúde como um direito assegurado.

A Lei nº 8.080/90 tem a função de definir e organizar o que é o SUS, ou seja, apresentar todos os serviços e ações em saúde quer sejam prestados por instituições públicas ou entidades privadas nas três esferas governamentais ou aquelas mantidas pelo Poder Público. Portanto, a gestão do sistema é desenvolvida pela União, os Estados, Distrito Federal e os Municípios de forma colaborativa, descentralizada e com direção única em cada esfera de governo. Ratifica-se a descentralização do sistema as 438 Regiões de Saúde distribuídas no território nacional, além do mais, confirmando a regionalização da saúde como um dos princípios básicos do SUS.

No entanto, nos anos de 1990, tem-se a mudança de um sistema rígido e centralizado do ponto de vista, político, administrativo e financeiro para uma fase importante de que os gestores dos demais entes federados, ou seja, Estados e Municípios passam a ter grande relevância na construção das políticas públicas na área da saúde. É importante salientar, que o princípio da descentralização do SUS, é uma das poucas diretrizes que não entra em choque com as ideias neoliberais (MACHADO; LEVCOVITZ; LIMA, 1999).

Deve-se levar em consideração que no Brasil as avaliações de impacto de políticas e programas que tenham efeito sobre a saúde são relativamente recentes. Atribuir causalidade de intervenções a mudanças registradas na saúde da população não se constitui em uma tarefa simples, uma vez que, a saúde é um fenômeno complexo, com diferentes expressões e que

possui múltiplos determinantes, tais como as condições socioeconômicas, culturais, ambientais, dentre outras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Para Baltrusis, D'Ottaviano (2009) *apud* Miranda et al. (2021) deve ser levado em consideração que a saúde é fruto de determinações sociais, grande parte das avaliações de impacto no Brasil se concentra em compreender como intervenções de infraestrutura, econômicas e sociais, por exemplo, impactam as condições de saúde da população brasileira. Sendo o país fruto da interação entre o reflexo histórico da desigualdade estrutural, social e econômica, do grande contingente de trabalhadores desempregados e informais, potencializadas pelas precárias condições de vida, a exemplo da baixa cobertura de saneamento básico, habitações superlotadas, bem como do sistema de produção e tributação concentrador de renda. Portanto, na área da saúde, as avaliações de impacto de políticas nesses campos se entrelaçam com as avaliações de políticas em saúde.

Desde os anos 2000 a abordagem avaliativa utilizada para os programas sociais vem sendo ampliada para políticas e programas de saúde, neste sentido estudos com dados agregados têm consistentemente mostrado efeitos do Programa Saúde da Família (PSF) sobre a saúde, sejam na saúde infantil (AQUINO et al., 2009; RASELLA et al., 2010) e nas doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (RASELLA et al., 2014). Alguns estudos mais recentes, explorando as mesmas questões, porém, realizados com dados da Coorte de 100 milhões de Brasileiros, mostram que em municípios com alta cobertura do PSF apresentaram reduções significativas na incidência e na mortalidade por tuberculose, 22% e 28% respectivamente (JESUS et al., 2022).

Já no âmbito do Programa Economia, Tecnologia e Inovação em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva (PECS/ISC/UFBA), vários estudos para avaliação dos impactos de políticas de saúde têm sido conduzidos, com o objetivo de se entender melhor como as intervenções públicas na saúde impactam os indicadores de bem-estar da população alvo. A avaliação do Programa Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP) teve como objetivo principal entender como a segunda fase do programa, a gratuidade e sua forte expansão a partir de 2011, com o Saúde Não Tem Preço, possibilitou reduções em internações e mortalidade relativas às doenças hipertensivas e diabetes. O estudo utilizou microdados de mortalidade (SIM), internações (SIH) e acesso a medicamentos do Farmácia Popular para agrupar a população de 5570 municípios em grupos etários (coortes sintéticas) e acompanha-los de 2008-2016. Tendo como a estratégia quase-experimental utilizar a variação no número de farmácias cadastradas (variação na oferta de medicamentos) e como cada coorte respondeu tal variação. O programa ATFP em média reduziu internações por diabetes em 5,46%, tendo índices maiores para mulheres, para internações urgentes e para internações que resultaram em óbito e reduziu internações por hipertensão em 5,2% no período de análise. O programa reduziu mortalidade por diabetes em 8,3% e mortalidade por hipertensão em 12,2%, além disso, o uso dos microdados possibilitou testar efeitos heterogêneos, como impacto para homens e mulheres para diferentes grupos etários ou em localidades com piores indicadores socioeconômicos (ARAGÃO et al., 2019).

Com a regulamentação da Lei Complementar nº 141/2012 os Conselhos de Saúde foram fortalecidos, ou seja, passaram a ter um papel fundamental, pois além de fiscalizarem a cada quadrimestre o relatório do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde, conquistaram a prerrogativa de indicar diretamente aos chefes do Executivo nos três níveis de poder, medidas e ações que o colegiado entender pertinente sem a necessidade de passar pelo crivo do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como efetuar avaliações e propor melhorias nas políticas públicas de saúde.

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS (2017), iniciou a partir da Resolução da Comissão Intergestores Tripartite nº 37 de 22 de março de 2018 o Planejamento Regional Integrado (PRI), um passo importante para debater regionalmente a organização, governança, avaliar as políticas públicas na área de saúde e tratar da organização de

Macrorregiões de saúde, processo que visa agrupar as 438 Regiões de Saúde em 118 Macrorregiões, também chamado de Regionalização.

## LEGISLAÇÕES PERTINENTES À GESTÃO DA SAÚDE

A Lei Orgânica de Saúde ou Lei nº 8.080/90 dispõe sobre as conjecturas de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e do funcionamento dos serviços correspondentes. No entanto, sofreu diversas alterações ao longo do tempo, uma parte em razão do período da pandemia onde se fez necessário a criação de novos dispositivos legais, como por exemplo a alteração na Lei 14.2021 de 7 de julho de 2020 que tem como objetivo assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública. Foram adicionados parágrafos aos Art.19-E e 19-G, onde dispõe sobre o financiamento das ações em situações emergenciais e de calamidade pública, da introdução do subsistema de atenção à saúde indígena e o atendimento especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral (COSTA, 2022).

Conforme Costa, (2022) a lei em tela trata das ações e serviços de saúde executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas físicas ou jurídicas de direito Público ou Privado. Além do atendimento à população, também estão incluídos no regulamento da Lei nº 8.080/90 a execução de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, da saúde do trabalhador e de assistência terapêutica. Contudo, a Lei nº 8.080 conta com um total de 55 Artigos, 5 Títulos, 26 Vetos, 13 Capítulos, 2 Seções e 69 Parágrafos. Os primeiros artigos dissertam sobre disposições gerais, objetivos e atribuições do SUS, a partir do artigo 19 se trata dos Subsistemas de Saúde, recursos, Assistência e gestão financeira.

No decorrer dos anos a Lei nº 8.080/90 foi sendo aprimorada, conforme as principais mudanças elencadas no quadro a seguir:

Quadro 1 - Legislações que introduzem alterações na Lei nº 8.080/90

<b>NORMA QUE INTRODUZ A MUDANÇA</b>	<b>DATA</b>	<b>CONTEÚDO</b>
Lei nº 1.651	28/09/1995	Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
Lei nº 9.836	23/09/1999	Institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
Lei nº 10.424	15/04/2002	Regulamenta a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.
Lei nº 11.108	07/04/2005	Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no SUS.
Lei nº 12.401	28/04/2011	Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde.
Lei nº 12.466	24/08/2011	Dispõe sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS).
Lei nº 12.864	24/09/2013	Inclui a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde.
Lei nº 12.895	18/12/2013	Obriga os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante.
Lei nº 13.097	19/01/2015	Permite a participação de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde
Lei nº 13.427	30/03/2017	Dispõe sobre o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral.
Lei nº 14.021	07/07/2020	Tem como objetivo assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública.
Lei nº 14.141	19/04/2021	Trata sobre a disposição de remessa de patrimônio genético ao exterior em situações epidemiológicas que caracterizem emergência em saúde pública.
Lei nº 14.313	21/03/2022	Dispõe sobre os processos de incorporação de tecnologias ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a utilização, pelo SUS, de medicamentos cuja

		indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
Lei nº 14.654	23/08/2023	Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para tornar obrigatória a divulgação dos estoques dos medicamentos das farmácias que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS)
Lei nº 14.655	23/08/2023	Altera a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para assegurar a participação de especialista indicado pela Associação Médica Brasileira na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde.
Lei nº 14.715	30/10/2023	Altera a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para incluir no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a formulação e a execução da política de informação e assistência toxicológica e de logística de antídotos e medicamentos utilizados em intoxicações.
Lei nº 14.820	16/01/2024	Altera a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a revisão periódica dos valores de remuneração dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS), com garantia da qualidade e do equilíbrio econômico-financeiro.
Lei nº 14.847	25/04/2024	Altera a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre o atendimento de mulheres vítimas de violência em ambiente privativo e individualizado nos serviços de saúde prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Lei nº 14.912	03/07/2024	Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para determinar a realização de campanhas permanentes sobre os riscos da automedicação.

Fonte: elaborado pelo autor (2024)

Percebe-se através do quadro 1 que a Lei nº 8.080/90 não é estática, ou seja, pode a qualquer momento por um novo ordenamento jurídico sofrer uma alteração, bem como complementação, demonstrando assim, que a sociedade representada pelos legisladores federais, pode de forma articulada apresentar modificações resultantes de novas conjunturas sociais, como por exemplo a pandemia da Covid-19.

No entanto, a Constituição como documento basilar dos SUS é complementada pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, trazendo em seu bojo o processo de descentralização, das competências dos entes federados, bem como da organização do sistema como um todo. Também reforçada pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, versando sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, estabelecendo a previsão de remessas regulares e automáticas por parte do Governo Federal (NEGRI, 2002).

Somente a consolidação destas legislações não fora suficiente, foi necessária a complementação através das Normas Operacionais Básicas (NOB's), imprescindíveis para a pactuação de serviços e ações de saúde, além de tentar preencher as lacunas e inconsistências geradas pelas próprias normas, também tendo papel fundamental na inclusão de novos atores sociais importantes nos processos decisórios.

A Lei nº 8.080/90, traz em seu arcabouço, mais precisamente na Seção II da Competência, iniciando no artigo 16 e findando o artigo 19, os papéis definitivos de cada ente federado, que não se excluem, muito pelo contrário são complementares e vitais para o funcionamento do sistema, pode-se citar rapidamente algumas das atribuições, iniciando pelo Governo Federal: formar e gerir o Ministério da Saúde (MS), planejar as políticas de saúde (campanhas de vacinação, criar e propor programas de saúde, organizar o sistema nacional de transplantes, entre outros.), financiar e efetuar as transferências legais para os demais entes, aprovar novos medicamentos e elaborar normas e regulamentos para a saúde. Aos Estados

cabem: destinar 12% do seu orçamento a saúde, repassar recursos de origem Federal, formar e gerir a Secretaria Estadual da Saúde (SES), focar nos atendimentos de média e alta complexidade, definir hospitais de referência, administrar a central de leitos, providenciar e encaminhar para os municípios os medicamentos especiais, de referência, extraordinários e de alta complexidade, organizar e pactuar especialidades por regiões de saúde, entre outros.

Ao município por sua vez compete: aplicar no mínimo 15% de sua receita na área da saúde, efetuar o repasse de verbas do Estado e da União, responsabilizar-se pela Atenção Primária em Saúde (APS) através das Estratégias de Saúde da Família (ESF's) e Unidades Básicas de Saúde (UBS's), coordenação de Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24H), desenvolver campanhas de vacinação, participar de consórcios intermunicipais de saúde, gerir as vigilâncias epidemiológica, ambiental, do trabalhador e sanitária, administrar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), organizar o transporte de pacientes para consultas especializadas em outras localidades, entre outros.

### **Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde conforme a Portaria nº 384/2003**

Na década de 1990 houve um movimento muito forte e intenso no que concerne a municipalização da saúde, ou seja, a transferência da gestão de serviços de saúde para os municípios, com uma maior descentralização das competências da gestão, juntamente com a transferência de recursos da União para os municípios.

O movimento procurou também envolver a sociedade local na definição e no controle dos gastos públicos em saúde (Brasil, 2010). Este movimento tomou corpo em virtude do próprio Ministério da Saúde (MS) compreender e incentivar que os municípios com condições e capacitados operacionalmente a atuarem como responsáveis imediatos pelos atendimentos das necessidades e demandas de saúde de sua comunidade, desde que evidentemente cumprissem com o disposto na Norma Operacional Básica 96 (BRASIL, 1996), na esteira da modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal.

Sendo que a NOB 01/96, transfere aos municípios na condição de Gestão Plena a competência por todos os serviços de saúde, logicamente no âmbito do seu território. Aqui tem-se um dilema, pois muitos dos municípios não estavam preparados para assumir os problemas de média e alta complexidade. Além disso, os gestores da época na iminência de assumir o controle da política de saúde, não se flagraram de um fator decisivo para atender todas as demandas da população, ou seja, o financiamento e as transferências constitucionais, que ano após ano não foram corrigidas e atualizadas, acarretando drasticamente nos orçamentos públicos municipais, os quais tiveram que colocar mais recursos livres para ter as mínimas condições de atender a estrutura montada, muitas vezes deixando de atender outras áreas importantes, da Administração Pública, tais como: infraestrutura, habitação, assistência social, educação, lazer, desenvolvimento econômico e ambiental.

A Portaria nº 384 de 4 de abril de 2003 fixou que a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), compreende o gerenciamento de todo o sistema municipal, incluindo os prestadores de serviços vinculados ao SUS, independentemente de sua natureza jurídica ou nível de complexidade, ou seja, exercendo o comando único (BRASIL, 2003).

Uma das vantagens da Gestão Plena foi que a partir de 1995, iniciaram as transferências de recursos financeiros “fundo a fundo”, ou seja, automáticas, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, para que a Municipalidade pudesse cumprir com as competências estabelecidas na modalidade, inclusive é importante ressaltar, que tanto as Emendas Federais, Estaduais ou Municipais passam pelo Fundo Municipal de Saúde, independente da instituição contemplada, o que denota a importância da organização financeira do município e o acompanhamento do gestor local de saúde.

Diante da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, os municípios têm de se responsabilizar por todos os serviços de saúde em seu território, o que significa todos àqueles que compõem o seu sistema de saúde. As competências dessa modalidade de gestão referem-se a: elaboração da programação municipal relativa a todos os serviços de saúde existentes, gerenciamento de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, cadastramento nacional dos usuários do SUS, prestação de serviços, inclusive os de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município (ex.: teste da orelhinha e olhinho), execução de ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária e epidemiológica, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, tais como: acidentes, violências e outras.

Faz-se oportuno comentar que os municípios habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, apesar de formalmente iguais perante a NOB 01/96, do ponto de vista de suas responsabilidades e atribuições são muito desiguais, isto em virtude, das condições socioeconômicas e demográficas, na capacidade fiscal, na trajetória de implementação do modelo e principalmente no que tange a disponibilidade de recursos financeiros e capacidade instalada.

Referindo-se as atribuições e competências dos municípios é plausível afirmar que a modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal, estruturado através da NOB 01/96, tem muita similaridade em aspectos gerais ao da Gestão Semiplena da NOB 93 (BRASIL, 1993), pois as duas modalidades de gestão se outorgam as municipalidades a responsabilidade quase que integral pela promoção dos serviços em saúde presentes e estruturados em seu território. Outro ponto importante de trazer na esteira das informações, é que na modalidade de Gestão Plena no âmbito municipal o Secretário Municipal de Saúde juntamente com sua equipe deve constantemente buscar conhecimentos e atualizações em relação as portarias, convênios, programas e participar ativamente da elaboração das Leis Orçamentárias (Plano Plurianual, Diretrizes Orçamentárias e Orçamento Anual), Planejamento Regional Integrado (PRI), reuniões das Comissões: Intergestores Regional (CIR), Intergestores Bipartite (CIB), Intergestores Tripartites (CIT). Além de tudo isso, apresentar para o Conselho Municipal de Saúde (CMS) os relatórios de gestão (Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA e o Relatório Anual de Gestão – RAG, bem como em Audiência Pública no Poder Legislativo Municipal prestar contas a cada quatro meses dos relatórios supracitados. No quadro 2, com embasamento nas informações da Confederação Nacional dos Municípios (CNM), a seguir pode-se verificar as vantagens e desvantagens da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSMS):

Quadro 2 - Vantagens e desvantagens da GPSMS

<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
Mais autonomia do gestor municipal	Mais investimento financeiro pelo município
Transferência de recursos fundo a fundo	Pouco investimento pelos demais entes (Estado e União)
Contratação dos prestadores de serviços tanto públicos como privados	Necessidade de mais recursos humanos para a regulação, controle, avaliação e pagamento dos prestadores de serviços
Acesso as especialidades médicas num espaço menor de tempo	Responsabilidade pela logística do usuário
Exames de Alta Complexidade (ex.: Tomografia e Ressonância)	Custeados pela municipalidade, sem ressarcimento pelo Estado
Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde	Pouco cofinanciamento dos demais entes (Estado e União)
Iniciativa de programas, campanhas e ações na saúde preventiva	Praticamente sem a participação dos demais entes (Estado e União)

Vasta gama de serviços ofertados aos usuários	Assistencialismo e clientelismo
Regulação e agendamentos de exames e procedimentos médicos mais céleres para os usuários	Necessidade uma estrutura mais robusta para a devida organização dos processos de trabalho
Facilidade para o usuário utilizar os serviços	Mais estrutura de pessoal e equipamentos

Fonte: elaborado pelo autor (2024)

Cabe destacar ainda, que para o financiamento e repasses financeiros da União é imprescindível que o gestor municipal de saúde organize rotinas, procedimentos de trabalho e viabilize as ferramentas de trabalho (computador, internet, sistema, etc.) para que todos os profissionais vinculados a pasta de saúde, inclusive os prestadores de serviços tanto públicos como privados, efetuem o registro de sua produção, seja nas plataformas digitais do Ministério da Saúde (MS), quer seja em software de gestão municipal. É através da produção e dos procedimentos efetuados que o Município consegue aumentar o seu teto financeiro, tanto na Média e Alta Complexidade (MAC), como no Piso de Atenção Primária em Saúde (PAP).

Cumprir esclarecer que a Média Complexidade é composta por ações e serviços que atendem a problemas cuja complexidade da assistência necessita da disponibilidade de profissionais especializados e da utilização de recursos tecnológicos para o apoio do diagnóstico e o tratamento. Já a Alta Complexidade, conforme Brasil, (2007) é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar a população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde.

## CONTROLE SOCIAL DA GESTÃO DA SAÚDE NO AMBITO MUNICIPAL

Antes de discorrer sobre o controle social da gestão da saúde a nível municipal, é importante apresentar os preceitos legais que instituem e respaldam as ações deste mecanismo de monitoramento e fiscalização, sendo de suma importância não somente para a sociedade como um todo, mas principalmente para a consolidação do SUS.

A Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, conforme Brasil, (2006) foi sem dúvida alguma, resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, representou e representa uma vitória significativa, pois a partir deste marco legal, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social do SUS.

O parágrafo 2º do inciso II do artigo 1º do instituto legal supracitado, ainda conforme Brasil, (2006) define de forma tácita que Conselho de Saúde em caráter permanente e deliberativo é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Como mecanismo de controle social nada mais justo que o colegiado assegure a representatividade paritária aos usuários do SUS em 50%, isto em relação ao conjunto dos demais segmentos, isto valendo também para as Conferências. Portanto, o Conselho é uma instância colegiada e deliberativa e permanente do SUS, integrante da estrutura organizacional em cada esfera de gestão do SUS, sendo composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. (CES/PR, 2012)

De acordo com (CES/PR, 2012) os Conselhos atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na sua instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas deliberações serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo, tendo como as principais atribuições:

- Realizar conferências e fóruns de participação social, além de aprovar o orçamento da saúde e acompanhar a sua execução, avaliando a cada quatro anos o Plano Municipal de Saúde (PMS);
- Reunir-se ordinariamente para deliberar sobre: Emendas Parlamentares, transferência de recursos para prestadores de serviço, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), Relatório Geral Anual (RAG), a execução orçamentária da área de saúde, os serviços prestados pelos profissionais de saúde, como clínicas, ambulatórios, laboratórios, hospitais, Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24H), Unidades Básicas de Saúde (UBS's) e Estratégias de Saúde da Família (ESF's);
- Eleger um Presidente dentre os seus membros em reunião plenária;
- Definir o número de conselheiros constituídos através de Lei própria.

O Ministério da Saúde (MS) de acordo com Brasil, (2006) recomenda que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

A representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos usuários ou de trabalhadores. A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro deve ser avaliada como possível impedimento da representação de usuário e trabalhador, e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do Conselheiro (CES/PR, 2012).

O conselheiro, no exercício de sua função, segundo Brasil, (2012) responde pelos seus atos conforme legislação vigente. A participação, como conselheiros, dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, não é permitida nos Conselhos de Saúde.

As funções, como membro do Conselho de Saúde, não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício de relevância pública e, portanto, garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Para fins de justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o Conselho de Saúde emitirá declaração de participação de seus membros durante o período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas. Sendo que, baseado em Brasil (2012) os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do SUS.

Cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal, deve contar com uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão, decidir sobre o seu orçamento, o Plenário se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno. (CES/PR, 2012).

Portanto, os conselhos de saúde são mecanismos fundamentais para a construção da cidadania e democracia, bem como para o aprimoramento e consolidação das políticas públicas do SUS, diante disso, as reuniões plenárias são abertas ao público e devem acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade.

## **MÉTODO DO ESTUDO**

O presente estudo trata-se de um estudo de caso por se caracterizar como um sistema de saúde e permitir aprofundar o conhecimento através da análise documental, com abordagem qualitativa. (CORDONI JUNIOR, 2005). Segundo Gil (2019), o tipo de pesquisa qualitativa se

caracteriza pela utilização de dados qualitativos, com o propósito de estudar a experiência vivida das pessoas e ambientes sociais complexos. No entanto, conforme Creswell (2021) em contraste com outros projetos, a abordagem qualitativa inclui comentários feitos pelo pesquisador sobre seu papel e sua autorreflexão.

A pesquisa em tela, caracteriza-se como uma pesquisa documental, a qual tem como característica que a fonte da coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias, segundo Vergara (2016). No caso da pesquisa em pauta a fonte documental que foi consultada foram os Relatórios Anuais de Gestão (RAG's), pois é o instrumento de planejamento do SUS no âmbito municipal, sendo por meio deste documento que são demonstrados os resultados alcançados na atenção integral à saúde, além disso, subsidia as atividades de controle e auditoria, se constitui também como uma importante referência para o exercício do controle social na gestão do SUS. Outro documento utilizado e muito importante é a Programação Anual de Saúde (PAS), uma vez que é o instrumento de gestão preconizado por lei, e que tem como objetivo servir de base norteadora para a programação das ações de saúde a serem implantadas, implementadas e desenvolvidas ao longo de um ano, ou seja, é importante porque operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde Municipal e tem por objetivo anualizar as metas e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

As informações desta pesquisa não serão confidenciais e poderão ser divulgadas em eventos ou publicações, uma vez que os dados foram coletados junto aos documentos organizados e armazenados no Museu e Arquivo Histórico Professor Hermann Wegermann, mantido e administrado pelo Poder Executivo Municipal, localizado no município de Panambi/RS, bem como nos sistemas digitais (software de gestão) da Administração Municipal, mais precisamente nos arquivos digitais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Cumprir informar, que infelizmente na coleta dos dados, pouquíssimas informações foram obtidas tanto no Museu e Arquivo Histórico do município, como nos arquivos digitais da Pasta de Saúde, no que tange ao processo de implementação da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Apesar do empenho para conseguir levantar os dados, tem-se o resultado de poucas informações devidamente registradas, principalmente durante os anos 90, período em que houveram as tratativas mais contundentes para a viabilização da consolidação da Gestão Plena no município, bem como a dificuldade em conseguir elucidar as iniciativas tomadas pelo gestor municipal da época, o qual infelizmente já faleceu e deixou poucos registros documentais acerca das tratativas e participação como grande precursor no processo de municipalização da saúde.

Foram buscadas e identificadas informações no que tange ao período da decisão da implementação da Gestão Plena, o cenário da saúde municipal, estadual e federal na época da implementação, quais os fatores condicionantes para a tomada de decisão, se houve aporte de recursos pelos demais entes federados, foi somente Panambi ou mais municípios aderiram a esta modalidade de gestão na área de saúde, na época quais as principais etapas e consequências do processo de implantação da gestão plena no município de Panambi.

Tem-se primeiramente a pré-análise, fase de organização dos dados com o objetivo de constituir o corpus da pesquisa. “O corpus é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”. (BARDIN, 1977, p. 96).

Já na fase de exploração o corpus estabelecido deverá ser estudado mais profundamente, com o objetivo de estabelecer as unidades de registro e unidades de contexto. “Os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos”. (BARDIN, 1977, p. 101).

Ainda conforme Bardin (1977, p. 117) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação emergem por meio de uma “operação de classificação de elementos constitutivos

de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”.

Foi nesse viés que se desenvolveu a pesquisa, ou seja, levando em conta a pré-análise através da organização dos dados, em seguida a exploração lapidando os resultados para que sejam significativos e válidos e por fim, efetuando a devida inferência e interpretação de forma a atender os critérios inicialmente estabelecidos.

## **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **A IMPLEMENTAÇÃO**

As Normas Operacionais Básicas (NOB's) foram imprescindíveis a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, pois são elas as responsáveis pela definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade desse complexo Sistema.

O SUS tem como um de seus princípios a descentralização, ou seja, oportunizando aos municípios uma maior autonomia para que as gestões possam planejar, organizar, contratar e fiscalizar as ações e serviços de saúde, sendo próprios ou terceirizados.

Pode-se dizer que a NOB-SUS/96 teve um relevante papel para que os municípios iniciassem a consolidação e o pleno exercício da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios.

Em Panambi não foi diferente, e entende-se que se faz necessário primeiramente tentar contextualizar historicamente esta caminhada rumo a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Como já citado anteriormente o Administrador Municipal Miguel Schmitt-Prym, conforme evidências do estudo, foi o precursor e liderou a municipalização da saúde no município estudado. Evidente que um fator importante a ser considerado que nas quatro oportunidades que governou o município de Panambi (1993 a 1996, 2001 a 2004, 2009 a 2012 e 2013 a 2016) acumulou o cargo de Secretário Municipal de Saúde, tendo assim todas as condições e prerrogativas do cargo para dar continuidade ao processo de implementação da Gestão Plena.

Os estudos apontam que o Ex. Prefeito Miguel já falecido, dedicou-se muito para compreender e assimilar o que representava na época a municipalizada da saúde, uma vez que, poucos municípios no Brasil e principalmente no estado do Rio Grande do Sul estavam dispostos a assumirem tal responsabilidade. Também é oportuno considerar que por intermédio de sua profissão de Jornalista se deparava rotineiramente com pessoas acometidas de doenças graves e muitas vezes irreversíveis pela falta de oportunidade ao tratamento adequado.

Na gestão municipal de 1993 – 1996, buscou compreender e assimilar como se dava a operacionalização do SUS, prova disso, que o Prefeito Miguel fez parte de um Grupo de Trabalho em Brasília para discutir sobre a municipalização da Saúde, isto em 1º de setembro de 1993, conforme informação apurada junto ao Museu e Arquivo Histórico Professor Hermann Wegermann (MAHP) (A Notícia Ilustrada, 1993).

Isso evidencia que, a gestão municipal estava na vanguarda, pois o Prefeito á época assina um convênio com o Ministério da Saúde através do qual o Município passa a gerenciar a Unidade Sanitária e o Posto de Atendimento Médico do INAMPS, com a cedência dos funcionários para a Municipalidade. Ainda, o primeiro mandatário participou no dia 3 de setembro de 1993, do Seminário das trabalhadoras rurais, que discutiu a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No dia 5 de novembro de 1993, após dar continuidade às tratativas e formalização de convênios com o Governo do Estado do RS, a Administração Municipal recebe a visita do então Secretário Estadual da Saúde e do Meio Ambiente, Sr. Júlio Roberto Hocsman, o qual veio chancelar o convênio já assinado e reiterar que o município a partir de então está se

comprometendo em municipalizar a saúde e se tornando apto a receber verbas mensais para auxiliar no custeio da estrutura já instalada, bem como da Unidade Sanitária e do Posto de Atendimento Médico do INAMPS.

No ano de 1994 diante das dificuldades enfrentadas pela Saúde no âmbito Federal, com a falta de investimentos, atrasos nos pagamentos de prestadores de serviços e pelas incertezas do cenário político e econômico do estado do RS, o Prefeito Miguel decide enquadrar a saúde municipal na Gestão Semiplena, sendo um dos primeiros municípios do Estado e do país a adotar este estágio avançado da implantação do SUS. Na oportunidade não conseguiu a habilitação em Gestão Plena, em virtude de que o município de Panambi não dispunha de todos os serviços especializados, e o único hospital não possuía todos os equipamentos necessários, bem como os profissionais médicos especialistas para atender todas as demandas da população, muitas vezes tendo que recorrer aos sistemas da União e do Estado, ou seja, encaminhando os pacientes para outras localidades que tinham as especialidades faltantes em Panambi. Sendo que a confirmação da habilitação a gestão Semiplena se deu através da Portaria nº 200 de 7 de novembro de 1994, da Secretaria de Assistência à Saúde, publicada no Diário Oficial da União nº 211 do dia 8 de novembro de 1994.

Já na Administração Municipal do Prefeito Orlando I. Schneider (1997 a 2000) deu-se continuidade a meta de habilitar o município de Panambi na modalidade de Gestão Plena, sendo que o ex. Prefeito Miguel assumiu como Secretário Municipal de Saúde no dia 1º de janeiro de 1997, porém, por divergências com o Chefe do Poder Executivo Municipal solicitou sua exoneração do cargo, o que ocorreu no dia 26 de março de 1998, através do Decreto Municipal nº 009/98. Contudo, antes de sua saída da pasta de saúde o Secretário Miguel conseguiu no dia 13 de fevereiro de 1998 iniciar o processo de habilitação do município na modalidade de Gestão Plena nos termos da NOB-SUS/96 e da Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996.

Na Administração Municipal (2001 a 2004) retorna ao comando do Passo Municipal o senhor Miguel Schmitt-Prym, o qual logrou todos os esforços para consolidar a habilitação do município de Panambi na modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), isto ocorrendo no dia 28 de agosto de 2003, através da Portaria nº 1680/GM, nos termos do que fora instituído pela Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde 01/2002 – NOAS SUS 01/02, acatando a deliberação pela Comissão Intergestores Bipartite/RS, por intermédio da Resolução nº 70/2003 – CIB/RS, datada em 9 de julho de 2003, bem como pela decisão da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), pautada na reunião ordinária do dia 24 de julho de 2003. A partir da implementação da GPSM teve o município a necessidade premente de melhor estruturar os serviços, conforme veremos mais adiante, isto pois, devido que a partir de então o repasse dos recursos Federais fixados pela Portaria de habilitação ocorreriam de Fundo a Fundo, além de que as Leis Orçamentárias tiveram que adequar-se a nova modalidade de gestão, fixando dotações anteriormente não previstas.

A Portaria de habilitação deixou estabelecido que os recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde seriam destinados para suportar as despesas da Atenção Básica Ampliada e Assistência de Média e Alta Complexidade. Evidentemente, cabendo ao município dar sua contrapartida para fazer frente aos serviços ofertados, programas e ações realizadas pela Secretária Municipal de Saúde (SMS), além dos programas estratégicos conveniados e pactuados com o Governo Federal, através do Ministério da Saúde (MS). Fazendo parte do rol de despesas os serviços efetuados pelos hospitais, bem como os profissionais necessários para garantir a prestação dos serviços ofertados pela Rede Municipal de Saúde, além dos insumos necessários para abastecer as Unidades de Saúde.

A partir do que foi caracterizado nesta seção entende-se ser oportuno, ilustrar através da Linha do Tempo (Figura 1), os principais fatos transcorridos para a devida implementação da Gestão Plena da Saúde no município de Panambi/RS.

Figura 1 - Linha do Tempo



Fonte: elaborado pelo autor (2024)

Verifica-se que os resultados alcançados com o estudo comprovam que o município de Panambi teve a necessidade de criar uma estrutura robusta no que concerne na oferta de uma vasta gama de serviços na área de saúde, os quais serão apresentados na próxima seção. Serviços estes que contribuem para que a municipalidade desde a implementação da Gestão Plena tivesse que dispender mais recursos financeiros para fazer frente aos investimentos e despesas em saúde, e com isso se tornando dentre os municípios do estado do Rio Grande do Sul com a saúde municipalizada, conforme o quadro 3, com o maior percentual investido nos últimos três anos em relação ao que preconiza a legislação em vigor.

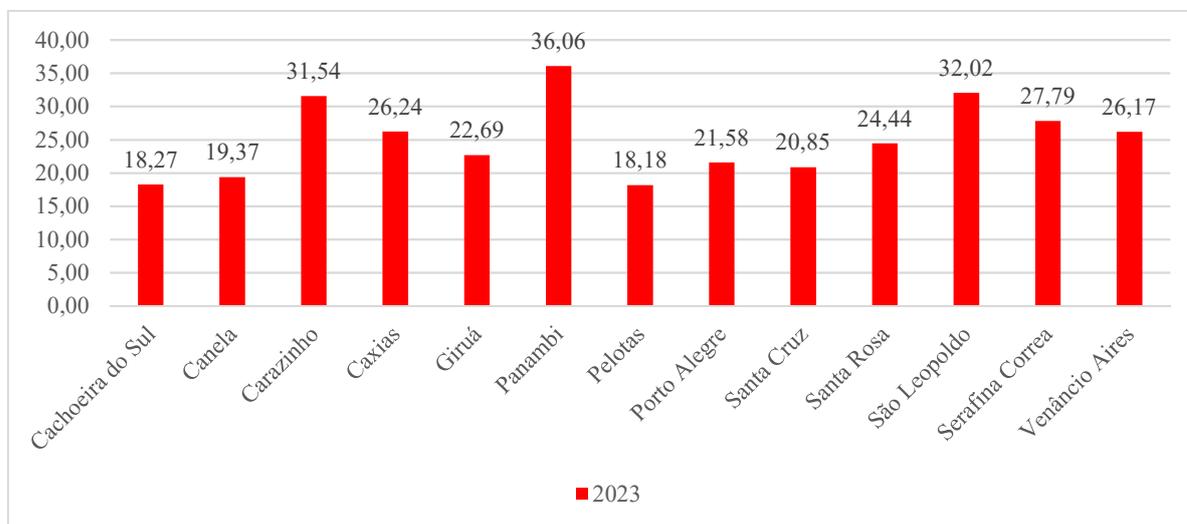
Quadro 3 - Investimento em saúde

Município	2021	2022	2023
Cachoeira do Sul	15,88%	18,29%	18,27%
Canela	23,20%	21,72%	19,37%
Carazinho	25,68%	24,74%	31,54%
Caxias	26,95%	25,63%	26,24%
Giruá	16,55%	18,34%	22,69%
<b>Panambi</b>	<b>31,98%</b>	<b>32,92%</b>	<b>36,06%</b>
Pelotas	22,47%	18,13%	18,18%
Porto Alegre	18,33%	17,06%	21,58%
Santa Cruz	24,45%	23,40%	20,85%
Santa Rosa	18,57%	24,44%	24,44%
São Leopoldo	28,16%	32,04%	32,02%
Serafina Correa	23,17%	23,39%	27,79%
Venâncio Aires	19,34%	22,16%	26,17%

Fonte: SIOPS (2024)

O gráfico 1 contempla os municípios com Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSMS) e o respectivo investimento no ano de 2023.

Gráfico 1 - Investimentos em saúde



Fonte: SIOPS (2024)

Para reforçar e confirmar que o município de Panambi ao longo dos anos vem investindo significativamente na saúde, tem-se o quadro 4, para apresentar os percentuais aplicados, denota-se que praticamente de 2013 até 2023 praticamente aplicou-se o dobro ou mais do percentual de 15% obrigatório previsto na legislação, com a exceção do ano de 2020.

Quadro 4 - Percentuais aplicados na saúde

ANO	% MÍNIMO
2013	34,62
2014	32,69
2015	37,50
2016	35,91
2017	35,96
2018	34,88
2019	31,76
2020	29,39
2021	31,98
2022	32,92
2023	36,06

Fonte: SIOPS (2024)

Nota-se a partir do quadro 4, que a média do percentual investido em saúde pelas Gestões, se caracteriza por pouca diferença, pois durante a Administração Municipal de 2013 a 2016 o investimento médio foi de 35,18%, já a de 2017 a 2020 investiu uma média de 32,99% e atual gestão considerando os anos de 2021, 2022 e 2023, chega-se a 33,65%, pois o ano de 2024 ainda está em curso, no entanto, conforme o relatório do primeiro quadrimestre da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) o percentual investido foi de 37,32 demonstrando assim que os investimentos em saúde se mantém na média sempre mais que o dobro do percentual de 15% previsto no ordenamento jurídico e mantém uma regularidade.

## ESTRUTURA E CARACTERIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Lei Orgânica Municipal, promulgada em 7 de setembro de 1990, apresenta na Seção I – Da Saúde, integrante do Capítulo II - Da Saúde e Assistência Social, como se darão no âmbito municipal as ações e serviços de saúde, inclusive assegurando a participação popular nas deliberações referentes à saúde por intermédio do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Abaixo apresenta-se como está estruturada e os serviços ofertados aos 43.515 habitantes (conforme o censo de 2022) pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS):

- **Academias de Saúde:** Tem-se dois polos (Centro e Esperança) que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Tendo como objetivo promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população;
- **Agendamento/regulação:** é o setor responsável por efetuar os encaminhamentos de exames e consultas para as especialidades, atendendo as demandas das Estratégias Saúde da Família (ESF's) e Unidade Básica de Saúde (UBS), porém, sob o crivo de um médico Auditor concursado;
- **Ambulatório de Saúde Mental:** trata-se de um serviço de atenção especializada, oferecendo tratamento psiquiátrico e psicológico, individual ou em grupo, para pacientes com transtornos mentais leves e moderados e dependentes químicos, de todas as faixas etárias, desempenhando uma função complementar à atenção básica;
- **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) João de Barro:** é um serviço de saúde mental disponibilizado para tratar pacientes acometidos de transtornos mentais severos e persistentes, psicoses, neuroses graves, que são acompanhados por uma equipe multidisciplinar, através de atendimentos individuais, grupos e oficinas terapêuticas;
- **Centro de Especialidades Médicas (CE) Lavi de Mello Santos:** é basicamente um local que integra diversos serviços médicos em uma mesma estrutura. Somado a isso, o órgão também abrange diversas especialidades da medicina, e oferecendo ao paciente consultas, exames e procedimentos, entrega material e faz o acompanhamento de pacientes ostomizados, faz testes rápidos e recebe material para biópsias;
- **Centro de Especialidades Odontológicas (CEO):** é o estabelecimento de saúde que presta serviços aos usuários do SUS que necessitam de atendimentos odontológicos especializados, por encaminhamento das Estratégias Saúde da Família (ESF's) e pela Unidade Básica de Saúde (UBS);
- **Centro de Fisioterapia:** responsável pelos acompanhamentos neurológicos, pediátricos, ortopédicos, traumatológicos, pós-operatórios, ginecológicos e oncológicos. Todos os pacientes são encaminhados ao Centro por profissionais médicos da Rede Municipal de Saúde e atendidos por fisioterapeutas profissionais;
- **Estratégias Saúde da Família (ESF's):** A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo assistencial da Atenção Básica, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. São compostas por: profissional médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família; pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem, pelo agente comunitário de saúde (ACS), agente de combate às endemias (ACE), odontólogo

e um auxiliar de consultório dentário, psicóloga e nutricionista. O município de Panambi conta com 12 ESF's: Alto Paraíso, Alves Klasener, Arco-Íris, Centro, Esperança, Fensterseifer, Interior, Italiana, Piratini, São Jorge, Zona Norte e Doze de Outubro.

- **Farmácia Municipal:** é um centro de dispensação de medicamentos pertencente ao SUS, que tem como objetivo contribuir com a recuperação e preservação da saúde dos moradores da cidade. Além da Farmácia Central, a Secretaria Municipal de Saúde, conta com mais duas unidades descentralizadas localizadas junto as ESF's Zona Norte e Interior;
- **Farmácia do Estado (RS):** está localizada junto a Farmácia Central Municipal, sendo a responsável em fornecer remédios de uso contínuo para tratar diversas comorbidades, tais como: hepatites, esclerose múltipla, neoplasia maligna, alienação mental, mal de Parkinson, diabetes, hipertensão, disfunções renais e paralisia irreversível são alguns exemplos das doenças cujos medicamentos devem ser fornecidos pelo Estado;
- **Fornecimento de Oxigênio:** A oxigenoterapia domiciliar é um tratamento que oferece uma quantidade extra de oxigênio ao paciente, pré-determinada por um médico, para o paciente com problemas pulmonares ou doenças respiratórias como fibrose pulmonar (FP) ou displasia broncopulmonar (DBP);
- **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192):** composta por duas ambulâncias de suporte básico de vida. O SAMU 192 tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. Ou seja, a SAMU 192 tem a função precípua de prestar socorro à população nas residências, locais de trabalho e vias públicas e encaminhar as vítimas de acordo com um protocolo estabelecido para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24H) ou para a Associação Hospital Panambi (SHP);
- **Setor do Bem Estar Animal:** é responsável pelas ações de esterilização e controle populacional de cães e gatos, tendo em sua estrutura de trabalho uma unidade móvel denominada de Castramóvel;
- **Transporte da Saúde (Setor de Gestão de Frotas/Remoção):** é responsável pelo deslocamento dos pacientes do SUS que necessitam tratamento especializado em outras cidades da região e na capital do Estado. Além de oportunizar o transporte das equipes de saúde da família, bem como os pacientes que necessitam de fisioterapia;
- **Unidade Básica de Saúde (UBS) Armindo João Stahlhofer:** é a porta de entrada preferencial do SUS, tendo como principais serviços oferecidos: consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades, entre outros. A Rede Municipal de Saúde tem a UBS Armindo João Stahlhofer;
- **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24H) Adir Luiz Bottega:** é a unidade que faz parte da Rede de Atenção às Urgências, tendo como objetivo concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada com a atenção básica e a atenção hospitalar;
- **Vigilância Ambiental:** é responsável por um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde;

- **Vigilância Epidemiológica:** tem por finalidade promover a detecção e prevenção de doenças e agravos transmissíveis à saúde e seus fatores de risco, gerir e apoiar a operacionalização do Programa de Imunizações do Estado, bem como elaborar e divulgar informes epidemiológicos e notas técnicas relacionadas às doenças transmissíveis, infecções sexualmente transmissíveis, HIV/Aids, Hepatites Virais e ações de imunização promovidas pelo Estado;
- **Vigilância Sanitária:** entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde;
- **Vigilância de Saúde do Trabalhador:** a Vigilância de Saúde do Trabalhador é o conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

No que tange aos atendimentos hospitalares, o município conta somente com um hospital filantrópico, o qual está estruturado com 64 leitos, destes 41 são destinados aos pacientes do SUS. A Administração Municipal mantém um contrato de prestação de serviços com a casa de saúde, no qual estão estipuladas metas qualitativas e quantitativas. Além do mesmo estar pactuado com valores e incentivos pré-fixados, além obviamente da produção realizada e prestada ao SUS.

O Município de Panambi integra o Consórcio Intermunicipal do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (CISA), com sede na cidade de Ijuí/RS, atualmente o CISA é formado por 47 municípios e formalizou seu credenciamento junto ao SUS em maio de 1999, com isso avançando na consolidação e princípios do SUS. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) utiliza o consórcio para contratar temporariamente profissionais médicos para atuarem na Atenção Primária em Saúde (APS).

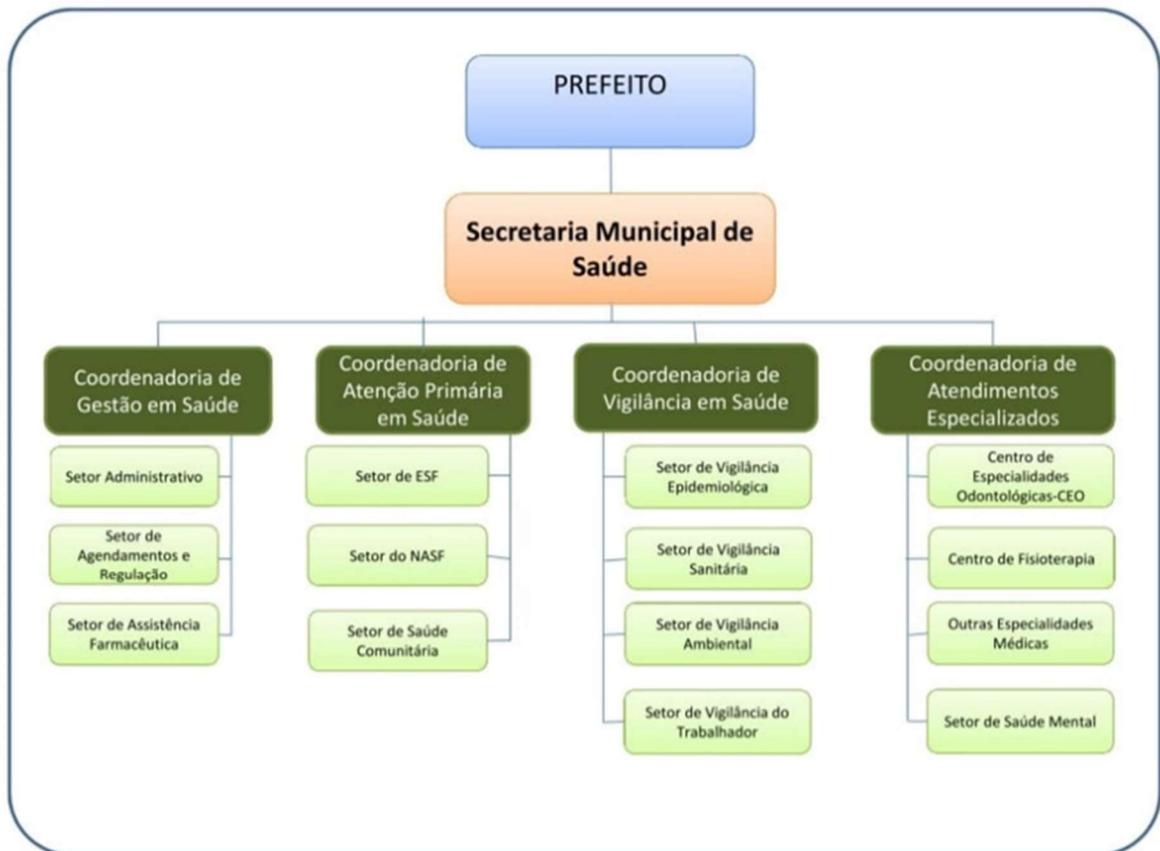
Por fim, no que tange a sua estrutura administrativa interna, conforme a Lei Municipal nº 4.731 de 6 de setembro de 2018 a Secretária Municipal de Saúde (SMS) está organizada através de Coordenadorias e Setores, conforme abaixo:

- I. Coordenadoria de Gestão em Saúde:**
  - a) Setor Administrativo;
  - b) Setor de Agendamentos e Regulação;
  - c) Setor de Assistência Farmacêutica.
- II. Coordenadoria de Atenção Primária em Saúde:**
  - a) Setor de Estratégia de Saúde da Família - ESF;
  - b) Setor do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF;
  - c) Setor de Saúde Comunitária.
- III. Coordenadoria de Vigilância em Saúde:**
  - a) Setor de Vigilância Epidemiológica;
  - b) Setor de Vigilância Sanitária;
  - c) Setor de Vigilância Ambiental;
  - d) Setor de Vigilância do Trabalhador.
- IV. Coordenadoria de Atendimentos Especializados:**
  - a) Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;
  - b) Centro de Fisioterapia;
  - c) Outras Especialidades Médicas;
  - d) Setor de Saúde Mental.

- V. **Coordenadoria de Urgência e Emergência:**
  - a) Unidade de Pronto-Atendimento 24H;
  - b) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.
- VI. **Coordenadoria de Infraestrutura e Logística:**
  - a) Setor de Remoção.
- VII. **Setor de Auditoria.**

Entende-se, por meio da figura 2, como está constituída a estrutura administrativa da Secretária Municipal de Saúde (SMS).

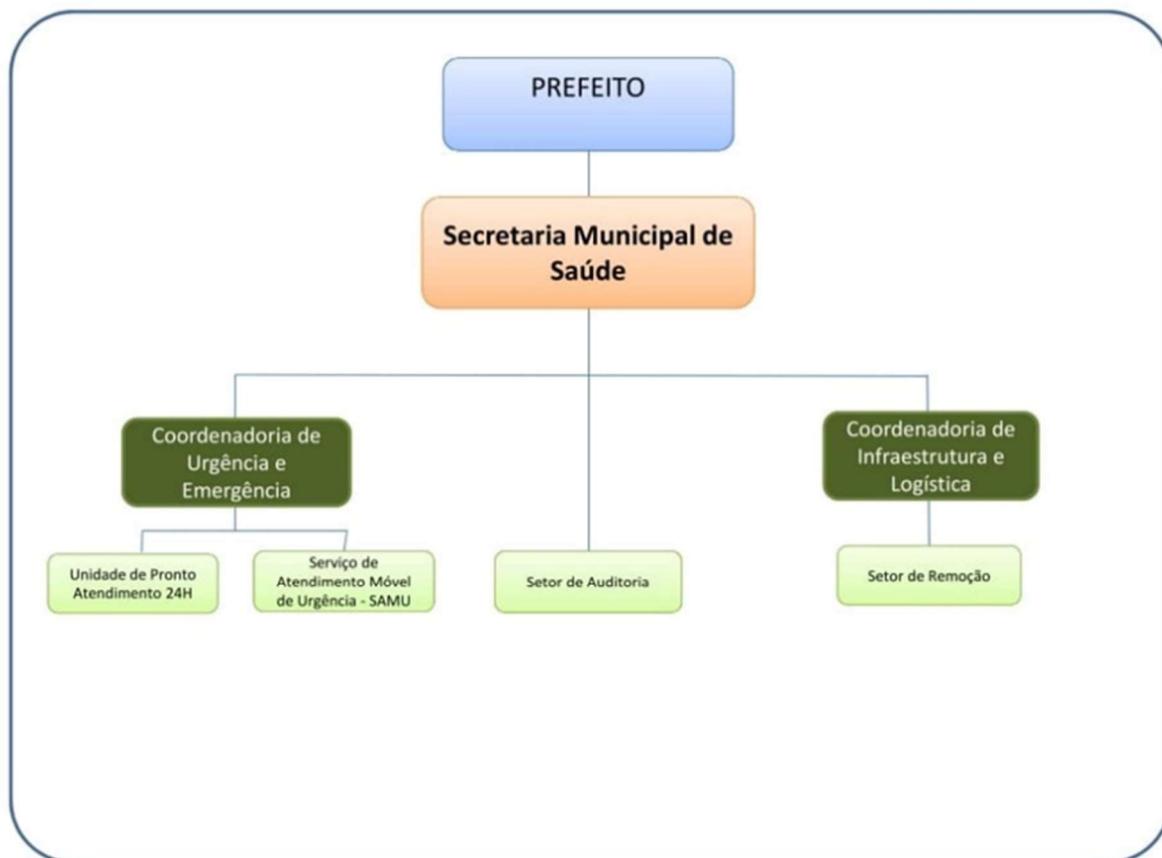
Figura 2 - Fluxograma saúde



Fonte: elaborado pelo autor (2024)

Nota-se através das figuras 2 e 3 que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) organizou os seus serviços através de 6 Coordenadorias e 18 Setores, todos hierarquicamente subordinados ao Secretário Municipal de Saúde, de forma a atender a estrutura necessária para a modalidade de Gestão Plena, bem como para administrativamente organizar os fluxos e processos de trabalho, com o objetivo de melhor atender o usuário da Rede Municipal de Saúde.

Figura 3 - Fluxograma saúde



Fonte: elaborado pelo autor (2024)

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção procurar-se-á discorrer sobre os resultados, analisando e discutindo os pontos positivos e negativos dos achados pesquisados.

É inegável que no caso de Panambi o resultado da implementação da Gestão Plena trouxe muitas conquistas, principalmente para os usuários da Rede Municipal de Saúde, pois a vasta gama de serviços ofertados, especialmente no que tange a média e alta complexidade, evitando que o paciente tenha que aguardar por muitos anos para conseguir uma consulta ou exame caso dependesse dos serviços de saúde do estado do Rio Grande do Sul. Sendo que a municipalidade oportuniza o acesso aos serviços e exames de média e alta complexidade numa média de 4 meses.

Evidente que com a implementação da Gestão Plena o município vem ano após ano investindo mais recursos financeiros, confirma-se isso, uma vez que se analisar o percentual médio investido nos últimos 11 anos, ou seja, de 2013 a 2023, chega-se a 33,97%, mais que o dobro dos 15% preconizado na legislação. Ainda, conforme o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) da Secretaria Municipal de Saúde, que contempla os meses de janeiro, fevereiro, março e abril deste ano de 2024, o valor investido foi de R\$ 23.865.289,60, sendo que a participação tão falada tripartite ficou conforme o quadro 5:

Quadro 5 – Contabilidade

<b>ENTE FEDERADO</b>	<b>VALOR</b>	<b>PERCENTUAL</b>
GOVERNO MUNICIPAL (PMP)	R\$ 17.336.545,98	72,65%
GOVERNO PEDERAL (UNIÃO)	R\$ 5.183.960,89	21,72%
GOVERNO DO ESTADO DO RS	R\$ 1.344.782,73	5,63%

Fonte: Prefeitura de Panambi (2024)

Constata-se através do quadro 5 que o valor per capita investido foi de R\$ 548,43 pois a população do município de Panambi, conforme o censo de 2022 é de 43.515 habitantes.

Através da Portaria nº 384 de 4 de abril de 2003 a qual fixou que a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), compreende o gerenciamento de todo o sistema municipal, incluindo os prestadores de serviços vinculados ao SUS, independentemente de sua natureza jurídica ou nível de complexidade, ou seja, exercendo o comando único (BRASIL, 2003). Porém, esta normativa pode ter causado um impacto negativo na reflexão dos gestores municipais, pois demonstra a complexidade e maturidade do sistema municipal de saúde que deve ter para assumir tamanha responsabilidade.

Como citado na seção 2.2.1, na modalidade da Gestão Plena o gestor municipal tem uma maior autonomia para deliberar acerca das políticas, estratégias e ações na área da saúde, porém, faz-se necessário um maior planejamento no impacto e comprometimento do orçamento público. Isso ficou bastante evidenciado no quadro 5, pois a municipalidade no caso de Panambi bancou quase 73% dos investimentos em saúde no primeiro quadrimestre de 2024.

Outro ponto muito relevante a destacar são os convênios elaborados pela União e o Estado do RS, os quais num primeiro momento são atrativos na teoria, porém, na prática quem deve arcar com a maior parte das despesas sempre são os municípios. No caso de Panambi, os gestores muitas vezes iludidos pela visibilidade política assinavam os convênios sem a devida análise de quanto iria impactar na despesa orçamentária.

De modo geral a Gestão Plena tem uma grande relevância para o SUS, pois trata-se de um modelo arrojado, abrangente e muito resolutivo, uma vez que força o gestor local a implementar serviços da alçada dos demais entes federados, oportunizando ao usuário do SUS que tenha acesso há vários serviços no seu próprio território.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi possível constatar que o processo de implementação da Gestão Plena passou por várias etapas para viabilizar sua consolidação, isto muito pela sua complexidade, mas principalmente pelo amadurecimento necessário da gestão municipal, a qual procurou criar as condições necessárias para o fortalecimento da rede municipal de saúde.

Porém, na análise da implementação constatou-se que o motivo basilar para o município aderir ao modelo de Gestão Plena se deu pela decisão administrativa do Prefeito à época, que procurou lograr todos os esforços principalmente nas suas primeiras gestões (1993-1996 e 2001-2004) dando continuidade e celeridade no processo de implementação, pois além de Prefeito acumulou o cargo de Secretário Municipal de Saúde, sendo assim, envolvendo-se pessoalmente nas deliberações voltadas a municipalização da saúde.

Percebe-se através dos dados apresentados que o aumento do gasto em saúde está estreitamente relacionado com a normatização da Gestão Plena, a qual prevê a contratação, o controle, a auditoria e o pagamento dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, bem como a responsabilidade por todos os serviços de saúde ofertados pela Rede Municipal de Saúde, resultado de um processo descentralizado e autônomo. Sendo assim, confirma-se que os

usuários da saúde do município foram beneficiados pela facilidade em acessar a vasta gama de serviços ofertados tanto na Atenção Primária, como na Média e Alta Complexidades.

Apesar das limitações na coleta de dados pela escassa fonte de documentos e informações é passível de recomendação que as administrações municipais que estejam estudando a viabilidade de transição para a Gestão Plena, considerem a robusta estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Panambi, a necessidade de mais investimento financeiro através do aporte de recursos próprios da municipalidade, uma maior facilidade do usuário em acessar os serviços de saúde, bem como um atendimento mais célere no que tange as especialidades e exames e o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde. Além de tudo isso, ficou evidenciado que o gestor municipal tem mais autonomia para deliberar acerca do planejamento e execução das políticas públicas e investimentos na área da saúde.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo Lisboa: Edições 70**. 1977.

BRASIL. (2003). **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf)>. Acesso em: 15 mai. 2024.

BRASIL. (2003). **Portaria nº 384, de 4 de abril de 2003**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0384\\_04\\_04\\_2003.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0384_04_04_2003.html)>. Acesso em 13 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso (Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS**. SUS 01/01. Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS01/2002**. Portaria nº373GM, de 27 de fevereiro de 2002. Diário Oficial, Brasília, n. 40, Seção 1, fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites / Ministério da Saúde**. Elaborado por Barjas Negri. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da gestão plena do sistema municipal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.564 de 04 de maio de 1998: Habilitação dos Municípios na condição da Gestão Plena do Sistema Municipal**. Diário Oficial, Brasília, n. 83, Seção 1, 5 maio. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. – Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de fazer cumprir a lei**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 12 ago. 2023.

BRASIL. (1990). **Lei nº 8080, 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. Seção 1. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 12 ago. 2023.

BRASIL. (1991). **Lei nº 8142, de 19 de dezembro de 1991**. 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. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 12 ago. 2023.

BRASIL. (2024). **Investimento em saúde**. 2024. Disponível em: <<https://brasil61.com/n/investimento-em-saude-97-das-cidades-aplicam-acima-do-minimo-constitucional-de-15-bras239764>>. Acesso em: 06 jul. 2024.

BRASIL. (2012). **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 que regula o financiamento mínimo da Saúde**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 01 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops/Ministério da Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Avaliação de impacto das políticas de saúde: um guia para o SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BLEICHER, L.; BLEICHER, T. **Esse tal de SUS**. In: Saúde para todos, já! 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 15-40. ISBN 978-85-232-2005-1. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788523220051.0003>>. Acesso em: 12 ago. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde- textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CONVÊNIO PARA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM PANAMBI. **A Notícia Ilustrada**. Panambi, 02 de novembro de 1993. 1993.

COSTA, Jaciara Maria da Silva; ANTÃO, Vitória de Santo. **A Lei 8080/90 - O que mudou desde sua proposição?** 2022.

CORDONI JUNIOR, L. **Elaboração e avaliação de Projetos em Saúde Coletiva**. Londrina: Eduel, 2005.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

DANIELA, F.; FÁBIO, G. **Saúde vive pior crise no governo FHC**. 2024. disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1996/11/28/cotidiano/4.html>>. Acesso em 14 mai. 2024.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Brasília: Líber Livro, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. 2. Ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

LEVCOVITZ, E. 1999. **Financiamento e relações entre esferas de governo na implementação do SUS: as Normas Operacionais Básicas de 91/92, 93 e 96**. Notas de aula elaboradas em maio de 1999 para a disciplina Análise do Sistema e das Políticas de Saúde (mimeo).

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90: Relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas**. Ciência & Saúde Coletiva, 2001.

LIMA, L. D. **O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB/RJ**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 1999.

LUCCHESI, P. **Políticas públicas em saúde**. Espaço de Gestão. São Paulo: BIREME, 2004. Disponível em: <[http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese\\_Políticas\\_publicas.pdf](http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf)>. Acesso em: 13 mai. 2024.

LUCCHESI, P.T.R. **Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995**. Planejamento e Políticas Públicas/IPEA, 14: 75-156. 1996.

MELO, C.; TANAKA, O. Y. O desafio da inovação na gestão em saúde no Brasil - uma nova abordagem teórico-empírica. **Revista de Administração Pública**, 36 (2), 195 a 211. Disponível em: <<https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6436>>. Acesso em: 10 ago. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 23 (6), 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. Acesso em: 12 ago. 2023.

SCALCO, André da Cunha. **Descentralização no Setor da Saúde: Um Estudo Sobre a Adesão à Gestão Plena do Sistema Municipal**. Dissertação (MPFE) - Escola de Economia de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <[https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/13362/Dissertacao\\_Mestrado\\_Andre\\_Scalco.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/13362/Dissertacao_Mestrado_Andre_Scalco.pdf?sequence=3&isAllowed=y)>. Acesso em: 12 ago. 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório Anual de Gestão**, 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Programa Anual de Saúde**, 2023.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. In: Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, São Paulo: Ministério da Saúde, 2002.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**, 16. ed. São Paulo: Atlas, 2016.