



Universidade Federal da Bahia - UFBA
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde

ALESSANDRA BORGES ARAUJO

AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL
DE SAÚDE SOBRE O FINANCIAMENTO DO HOSPITAL GERAL DE COARACI-
BAHIA.

Salvador

2014

ALESSANDRA BORGES ARAUJO

AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL
DE SAÚDE SOBRE O FINANCIAMENTO DO HOSPITAL GERAL DE COARACI
BAHIA.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde.

Professor orientador: Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza

Salvador

2014

A663 Araújo, Alessandra Borges.
Avaliação dos efeitos da descentralização do sistema municipal de saúde sobre o financiamento do Hospital Geral de Coaraci - Bahia / Alessandra Borges Araújo. – Salvador, BA: UFBA, 2014.
44 f.: il.

Orientador: Luis Eugênio Portela F. de Souza.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva.

Referências: f. 40-44.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde pública. 3. Serviços de saúde – Descentralização. 4. Política de saúde. 5. Descentralização administrativa. I. Título.

CDD 362.10981



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva


Alessandra Borges Araújo

“Avaliação dos efeitos de descentralização sobre a Gestão do Sistema Municipal de Saúde e o Financiamento do Hospital Geral de Coaraci.”

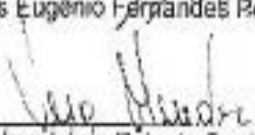
A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 21 de agosto de 2014

Banca Examinadora:



Prof. Luis Eugênio Fernandes Bortela de Souza /ISC/UFBA



Profa. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes / ADM/UFBA



Profa. Ana Luiza Queiroz Vijasbóas /ISC/UFBA

Salvador
2014

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela Sua misericórdia e amor infinito, pelo equilíbrio e sustentação imprescindíveis à superação dos meus desafios.

Ao professor e orientador Dr^o Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza. Por me indicar caminhos para o conhecimento que, mesmo sendo detentor de tantos conhecimentos, manteve a simplicidade, daqueles que verdadeiramente sabem. Grata pela atenção e dedicação, sua objetividade e suas orientações tão preciosas, nessa caminhada.

Ao Instituto de Saúde Coletiva que, através da direção e do corpo docente do curso de Mestrado Profissional, oportunizou-me o conhecimento e a qualificação.

A todos os colegas do Mestrado, em especial a Marina e a Cláudia pelo companheirismo. E a Sandra Brasil, essa grande pessoa, colega sempre atenciosa e preocupada em ajudar e a compartilhar seus conhecimentos.

À Prefeitura Municipal de Coaraci, através da equipe da Secretaria Municipal de Saúde, por disponibilizar informações necessárias à construção da minha pesquisa.

À grande amiga/irmã Sioney Salmeiro, sempre presente e disposta a ajudar.

Às grandes amigas Milena e Adriana, pela torcida, pelas vibrações e oração.

A Waldir e a Yasmin, pelo abstract.

A Rodrigo, sempre solícito na construção dos gráficos e tabelas.

À amiga Verônica, pelo acolhimento e hospedagem.

À colega Enf^a Suzana, pela preciosa orientação e ajuda.

À minha valiosa família, base da minha sustentação: meu esposo Jonatan, pela paciência; ao meu filho Dante, pelo carinho e alto astral; às minhas enteadas Talita e Brisa, pelo carinho e a torcida. E agradeço, especialmente, à minha filha Lis, pela cumplicidade, amizade, apoio e precioso auxílio na elaboração deste trabalho.

Aos meus pais Salvador Borges (in memória) e Ivanice Borges, responsáveis eternos por tudo que sou e por estar hoje vencendo mais uma etapa do meu caminhar. Obrigada pelo acesso à vida e ao conhecimento.

Aos benfeitores amigos, que os nossos olhos carnis não vêem; não obstante, estão sempre ao meu lado a intuir-me e a orientar-me; partícipes, portanto, de múltiplas aprendizagens.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde tem como uma das suas diretrizes a descentralização da sua gestão. Desde 1993, com a edição, pelo Ministério da Saúde, da Norma Operacional Básica nº 1, avançou bastante a descentralização do SUS, especialmente sob a forma da municipalização. Este processo representou uma significativa mudança nas práticas de gestão pública do setor saúde. Os efeitos desta mudança sobre o desempenho do sistema são, hoje, objetos de discussões e estudos. Nesta perspectiva, este estudo aborda o processo de descentralização e seus efeitos sobre o financiamento do Hospital Geral de Coaraci-Ba. Tem como objetivo descrever as mudanças ocorridas no financiamento das ações de saúde do Hospital Geral de Coaraci (HGC), após a habilitação, do município, em 2010, na condição de gestão plena do sistema de saúde. Trata-se de um estudo de caso, baseado em análise documental. A caracterização da descentralização da gestão da saúde em Coaraci, no ano de 2010, e a avaliação da gestão financeira – referentes ao período de 2007 a 2012 – tiveram como fonte de produção de dados os extratos de transferência de recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde, o Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal da Saúde de Coaraci de 2009, o Plano Municipal de Saúde de 2010 a 2013, bem como as atas do Conselho Municipal de Saúde de Coaraci do ano de 2009. A pesquisa destaca que o processo da descentralização em Coaraci, apesar de ter se efetivado de maneira não planejada, teve efeitos positivos, tais como o fortalecimento do controle social e o desenvolvimento da capacidade municipal de gestão dos recursos financeiros. Em relação ao financiamento do HGC, passou a haver a participação da União e do município, por um lado; mas, por outro, evidenciou-se a retração da participação do estado, ocasionando um decréscimo no montante total dos recursos financeiros alocados para o hospital, a partir da adesão à gestão plena do sistema de saúde. A União passa a ser o maior provedor do financiamento do HGC e o município, além de participar do financiamento torna-se o responsável pela gestão do hospital.

Palavras-chave: Descentralização. Financiamento. Hospital de pequeno porte (HPP).

ABSTRACT

The Unified Health System has as one of its guidelines the decentralization of its management. Since 1993, the decentralization of SUS (the Unified Health System) has advanced greatly, especially in the form of municipal administration. This process represented a significant change in the management practices of the health sector. The effects of this change on the performance of the system are today objects of discussions and studies. In this perspective, this study approaches the process of decentralization and its effects on financial management in the municipality of Coaraci, in Bahia. More specifically, it aims to describe the changes in the funding of the health actions of Coaraci's General Hospital (HGC), after the municipal license, in 2010, in the condition of full management of the health system. It is a case study based on document analysis. The characterization of the decentralization of the health management in the municipality of Coaraci, in 2010, and the assessment of the state financial transfers for the period of 2007 to 2012 had as source of data production the extracts of the transfers of financial resources from the Municipal Health Fund, the Annual Management Report of Coaraci's Municipal Health Department, the Municipal Health Plan from 2010 to 2013 and the minutes of Coaraci's Municipal Board of Health in the year of 2009. The research shows that the process of decentralization in Coaraci, despite have been given in such unplanned way, had positive effects such as the strengthening of social control and the development of municipal capacity to manage financial resources. Regarding the funding of the HGC, it started to have the participation of the Union and of the municipality, on one hand, however, on the other, revealed a retraction of the participation of the state, causing a decrease in the total amount of financial resources allocated for the hospital starting from the adhesion of the full management. The Union has become the largest funding provider to HGC, and the municipality the main responsible for the hospital management.

Keywords: Descentralization. Funding. Small hospital (HPP)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDL	Clube dos Diretores Lojistas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMSAB	Centro Municipal de Saúde Ângelo Brito
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
COOAFBA	Cooperativa de Agricultura Familiar e Economia Solidária da Bacia do Almada e Adjacências
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CPD	Centro de Processamento de Dados
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EC	Emenda Constitucional
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FESBA	Fundo Estadual de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HGC	Hospital Geral de Coaraci
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MAC	Média e Alta Complexidade
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMS	Plano Municipal de Saúde
PMC	Prefeitura Municipal de Coaraci
PNAHOSP	Política Nacional de Hospitais
RAG	Relatório Anual de Gestão
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SESP	Serviço de Saúde Pública
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da família

SUMÁRIO

1	Introdução.....	9
2	Elementos Conceituais	12
2.1	Descentralização.....	12
2.1.1	Descentralização da gestão do SUS.....	14
2.2	Financiamento dos hospitais do Sus.....	15
2.2.1	Hospitais de pequeno porte.....	17
3	Estratégia Metodológica	17
3.1	Contextualização	17
3.2	Delineamento do Estudo	19
3.3	Produção de dados.....	19
4.	Caracterização do processo de descentralização da gestão da saúde do município de Coaraci.	21
4.1	As atribuições e as responsabilidades da SMS, antes da Descentralização com a gestão plena do sistema de saúde, em 2010.....	22
4.1.1	Os recursos financeiros da atenção básica.....	22
4.1.2	Os recursos humanos	23
4.1.3	A estrutura organizacional o da SMS-Coaraci, incluindo o controle social.....	25
4.2	O processo político da adesão à gestão plena .do sistema de saúde em 2010.....	25
4.3	As atribuições e as responsabilidades da SMS depois do comando único.....	27
4.4	Evolução dos recursos financeiros alocados ao HGC, entre 2007 e 2012.....	30
4.4.1	Total de recursos financeiros para o HGC no período de 2007 a 2012 segundo natureza de despesa.....	31
4.4.2	As mudanças nas fontes de recursos do HGC	32
5	Considerações finais	37
	Referências.....	40

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde apresenta como diretrizes estratégicas para a sua organização a descentralização, a regionalização e a hierarquização.

Desde seu início, com a Norma Operacional Básica 01, editada pelo Ministério da Saúde em 1993, a descentralização enfrenta diversos percalços na sua implantação, dentre eles: cultura autoritária, desigualdades regionais e despreparo dos gestores locais (Arretche,1996). Em princípio, para ser bem sucedida, a descentralização exige uma cultura democrática, a redução das desigualdades e a capacidade de gestão do nível local para assumir e conduzir as políticas sociais.

Na prática, observa-se grande avanço da descentralização da gestão da saúde, com o repasse de recursos e poder de decisão da União para estados e municípios. Este avanço, de acordo com Arretche (1996), pode ser explicado pela convergência de duas agendas: de um lado, a da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), apoiada por correntes políticas municipalistas, que entendiam a descentralização como meio de avançar a democracia, visando a favorecer a participação e o controle social e a adequação dos serviços às realidades sanitárias locais e, de outro, as diretrizes políticas do neoliberalismo, adotadas pelos governos federais nos anos 90. Diferentemente da RSB, a segunda agenda defendia a descentralização como forma de redução de gastos da esfera federal e de melhoria da eficiência da gestão, já que os gestores locais estão mais próximos da execução das ações.

Em tese, a autoridade municipal por conhecer as preferências e as necessidades da população local, devido à proximidade que tem com o cidadão, tem melhores condições de gerir a saúde. Nesta visão, a descentralização deveria melhorar a qualidade da atenção à saúde, por meio de uma gestão mais efetiva e eficiente.

Contudo, a descentralização, que surge como uma possibilidade de alterar a gestão da política setorial da saúde, não garante a sua eficácia, uma vez que não é apenas a descentralização o fator responsável pela melhoria da organização do sistema. Fatores outros, como a organização da atenção, o modelo de gestão e o financiamento, também determinam a eficácia da gestão (SILVA, et al., 2007).

De fato, a experiência tem demonstrado que, nem sempre, a descentralização produz os efeitos esperados, nem os da RSB, nem os do neoliberalismo. Isso é bem visível no caso da gestão dos hospitais. Ugá e Lópes (2007), por exemplo, afirmam que, no caso dos hospitais, a maioria dos hospitais municipais ou municipalizados (descentralizados) não apresenta uma alta efetividade, motivando mesmo a formulação de uma política de transformação em unidades de apoio ao Programa Saúde da Família, no caso dos hospitais de pequeno porte.

Também Marques e Arretche (2007), destacam que, apesar de terem sido duplicados os números de hospitais municipais na década de 90, a maior parte dos serviços hospitalares continua sendo executada pela iniciativa privada. Os estados e a União não só não ampliaram o número de hospitais nesse período, como descentralizaram vários hospitais, passando sua gestão para a esfera municipal.

Neste contexto, vários municípios assumiram muitos serviços hospitalares ou mesmo construíram hospitais. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a proporção de hospitais públicos sob gestão municipal, em 2005, era de 25% e, em setembro de 2013, atingiu 63%, representando 175.287 leitos de internação hospitalar do SUS administrados pelos municípios, em todas as regiões do Brasil.

Se por um lado, a descentralização da gestão da saúde estimulou o controle público dos serviços de saúde, mediante a criação e o desenvolvimento dos Conselhos de Saúde, proporcionando assim maior transparência, responsabilidade e legitimidade local; por outro, favoreceu a fragmentação dos serviços e o desfinanciamento das ações de saúde por parte do governo federal.

Quanto ao financiamento, especificamente, há insuficiência de recursos e baixo grau de eficiência e eficácia na aplicação dos recursos, o que tem inviabilizado a garantia de uma atenção à saúde universal e integral. De fato, a descentralização e a distribuição de competências requerem significativas transferências financeiras.

A partir da Norma Operacional Básica 01/93 (NOB/93), criam-se mecanismos de regulação do processo de descentralização, prevendo-se um escalonamento para as formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena, vinculando o repasse financeiro a essas formas de gestão. Com a NOB-01, (BRASIL,1996), há um ajustamento nos mecanismos técnico-operacionais e financeiros, criando-se dois modelos de gestão : Gestão da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema de Saúde; neste último, os municípios devem gerir toda a rede própria ou contratada

dos serviços de saúde, remunerando-os com recursos próprios do município e com os repassados pela União ao Fundo Municipal de Saúde.

Em 2006, os mecanismos de descentralização de recursos financeiros se modificam com o Pacto pela Saúde, organizado em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão; o que muda a forma de pactuação do SUS. A partir dele, o financiamento das ações e serviços de saúde passa a ser realizado por cinco blocos de financiamento: atenção básica, média e alta complexidade, vigilância da saúde, assistência farmacêutica e gestão.

Mais recentemente, em 2011, o Decreto Presidencial no. 7.508, que regulamenta a Lei nº. 8080/90 institui o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), como instrumento para demarcar responsabilidades e atribuições dos entes federados com o sistema público de saúde.

Apesar de todas estas mudanças, a União mantém a maior parte do poder regulatório e de definição de gastos, incluindo o monitoramento dos governos subnacionais, enquanto que, os municípios tendem a apresentar-se como principais provedores de serviços públicos. Os estados, por sua vez, retraem-se em suas atribuições e responsabilidades. (CAVALCANTE, 2011).

Já se sabe que a descentralização estimulou a construção de hospitais municipais e a municipalização de hospitais estaduais de pequeno porte, que apresentam uma baixa efetividade. Os mecanismos de financiamento destes hospitais, contudo, ainda precisam ser melhor elucidados, em especial, os efeitos da descentralização no financiamento dos hospitais municipalizados

O Sistema de Saúde do Município de Coaraci foi municipalizado tardiamente: em 1997, na Gestão Plena da Atenção Básica e, em 2010, a gestão plena do sistema de saúde, com o comando único municipal, quando a gestão do Hospital Geral de Coaraci (HGC) é municipalizada.

O Hospital Geral de Coaraci é um hospital de pequeno porte. É fundado, em 1958, como Santa Casa de Misericórdia de Coaraci, mantida com doações da comunidade. Posteriormente, em 1988, o estado assume a responsabilidade pela sua gestão, através de termo de comodato. Com o advento do comando único municipal, em 2010, o estado repassa a gestão do hospital à prefeitura de Coaraci.

Neste sentido, Coaraci é um caso a ser estudado, pois representa uma experiência concreta de descentralização com assunção da gestão municipal de um hospital de pequeno porte que pode ajudar a produzir informações e evidências

sobre os efeitos reais da descentralização sobre seus mecanismos de financiamento. Isso pode ajudar tanto a gestão, quanto contribuir para o debate científico.

Nesta perspectiva, pretende-se analisar os efeitos da descentralização sobre o financiamento do Hospital Geral de Coaraci (HGC). A questão norteadora da pesquisa é: quais os efeitos da descentralização sobre o financiamento do HGC?

Para responder a essa questão, é preciso responder a outras questões: como se caracterizou o processo de descentralização da gestão da saúde em Coaraci? Que mudanças ocorreram na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), depois da habilitação do município na gestão plena do sistema de saúde? Como evoluiu a alocação financeira ao hospital? Como se comportaram as fontes de recursos?

Objetivo geral:

Avaliar as mudanças ocorridas no financiamento do HGC, após Coaraci ter assumido a gestão plena do Sistema de saúde.

Objetivos específicos:

- 1- Caracterizar a descentralização da gestão da saúde no município de Coaraci;
- 2- Identificar a evolução dos montantes de recursos financeiros alocados ao HGC, antes e depois da gestão plena;
- 3- Identificar possíveis mudanças nas fontes de recursos do HGC.

2 ELEMENTOS CONCEITUAIS

2.1 DESCENTRALIZAÇÃO

A descentralização possui uma diversidade de conceituações (ARRETCHE, 1996). Em geral, descentralizar significa deslocar recursos do centro e colocá-los em outras entidades específicas (os entes descentralizados). Entretanto, se por um lado, o deslocamento desses recursos pode evitar a dominação pelo centro; por outro, pode também permitir o domínio por um ente descentralizado. No caso da

saúde pública, a referência da descentralização são as esferas de governo e a disputa pelo poder quanto ao controle dos recursos que se dá entre elas.

Para Noronha et al. (2008), o conceito de descentralização é bastante ambíguo, utilizado para descrever as transferências de capacidades fiscais e poder decisório do governo nacional para as outras esferas estadual e municipal, como também as transferências de responsabilidades e o deslocamento de atribuições do governo federal para setores privados e não governamentais.

Para Cavalcante (2011), a descentralização não é um fenômeno monolítico, pois envolve uma multiplicidade de desenhos, formas e estágios de implementação e, principalmente, é modificada de acordo com as transformações políticas, econômicas e sociais, ocorridas em situações concretas.

Baptista (2010) apresenta a descentralização como uma estratégia de democratização, visto que proporcionaria à população um maior controle e acompanhamento das ações públicas, sendo também uma estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais.

No que se refere aos seus resultados, Cavalcanti (2011) afirma que não são uniformes, visto que os processos de descentralização podem ser responsáveis por melhorias na eficiência alocativa e na equidade, ao mesmo tempo que tendem a ampliar a participação comunitária e a transparência, mas podem também produzir melhorias na gestão pública, considerando que outros fatores – como a autonomia da gestão e o financiamento – interferem diretamente nos resultados. O autor identifica possíveis conseqüências negativas da descentralização, tais como: disparidade regional e baixa qualidade na prestação dos serviços, corrupção, perda de economia de escala, danos à responsabilidade fiscal, subfinanciamento, dentre outras.

Nesse trabalho, adota-se a seguinte definição de descentralização: transferências de capacidades fiscais e poder decisório sobre as políticas de saúde, através da pactuação política entre entes federados com base na regionalização dos serviços (BRASIL, 2007)

2.1.1 Descentralização da gestão do SUS

Para Mendes (2001), a descentralização, por um lado, tem estimulado o controle público dos serviços de saúde, mediante criação e desenvolvimento dos

Conselhos de Saúde, proporcionando assim maior transparência, responsabilidade e legitimidade local, inovação e adaptação às condições locais e à construção da cidadania, principalmente naqueles municípios onde a descentralização se deu por meio da Gestão Plena, consolidando o mando único municipal, reforçando a capacidade de regulação das secretarias municipais de saúde e a reorientação dos investimentos de acordo com as necessidades locais. Por outro lado, percebe-se também um enfraquecimento das estruturas locais, a fragmentação dos serviços, desfinanciamento da saúde sem o aumento dos repasses federais

De acordo Marques e Arretche (2003), o modelo de descentralização do SUS caracteriza-se por concentrar autoridade no governo federal e financiar a política de saúde através de um sistema de transferências intergovernamentais, ficando o governo federal responsável pela formulação da política nacional de saúde e pela coordenação das ações. Ainda segundo esses autores, a descentralização dos serviços de saúde deve ser analisada sob duas dimensões: a atenção básica e os serviços hospitalares.

A atenção básica, a partir de 1998, com a implantação da NOB 01/1996, passou a ter os repasses federais realizados com base na definição de valor per capita o Piso da Atenção Básica (PAB). Além disso, desde então, houve a criação de incentivos financeiros para programas específicos da atenção básica: Programa de Agentes Comunitário de Saúde, Saúde Bucal, Programa de Saúde da Família, etc. (UGÁ; PORTO, 2008).

No caso dos hospitais, a estratégia brasileira de descentralização consistiu em transferir aos municípios em gestão plena do sistema municipal, a autoridade de pagar, contratar e auditar provedores privados de serviços hospitalares, mesmo com recursos transferidos da esfera federal.

Há estudos que têm mostrado alguns efeitos da descentralização, no setor saúde, em especial, a descentralização de unidades hospitalares. Atente-se para alguns desses estudos:

Paulus Junior et al. (2011), ao investigar os efeitos da descentralização no município de Londrina, verificaram o aumento médio mensal dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, o que viabilizou, no período compreendido entre 1994 a 1997, a ativação de novos programas e melhorias na infraestrutura do sistema de saúde local. Quanto às internações, ocorreram modificações referentes aos custos de Autorizações de Internamento Hospitalar

(AIH), com acréscimo nos valores de 2,6% a partir da descentralização, aumentando também a quantidade de internações hospitalares.

Rabelo (1996), em seu estudo no Rio Grande do Sul, em especial nos municípios de Santa Rosa e Porto Alegre, mostra que, com a descentralização, houve um incremento maior no controle dos serviços hospitalares públicos e privados, através da regulação e com a implantação do sistema de triagem de internações hospitalares. Houve uma redução do número de AIH de 17%, ocasionando uma economia para o Sistema, além do aumento significativo do financiamento da saúde.

Spedo (2009), ao estudar o SUS no município de São Paulo, aponta que, mesmo com a descentralização da gestão, os hospitais públicos mantiveram-se sob gestão estadual, o que representou, na prática, um importante fator de limitação da governabilidade para o gestor municipal, com insignificante avanço para a integração dos hospitais ao sistema de saúde.

Em outro estudo sobre descentralização da assistência hospitalar, em Santo André e Diadema no estado de São Paulo, Nascimento (1996) mostra que, apesar das dificuldades enfrentadas, principalmente no financiamento das esferas (federal e estadual), esses municípios conseguiram empreender uma política hospitalar com aumento de ofertas de leitos públicos com boa resolutividade.

2.2 FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS DO SUS

No Brasil, o sistema de saúde é financiado por toda a sociedade, de maneira direta e indireta, através de impostos e contribuições.

Coelho e Scatena (2013) afirmam que a descentralização dos recursos financeiros propicia a aproximação entre a gestão financeira e as instâncias locais de decisão, estimulando os estados e os municípios a aumentarem sua participação no financiamento da saúde. Nesta perspectiva, a descentralização das ações de saúde provoca mudanças nas relações políticas, sociais, culturais e financeiras entre os entes da Federação.

É generalizada a percepção de que a área da saúde enfrenta sérias dificuldades no seu financiamento, sabendo-se que o Ministério da Saúde ainda é o principal responsável pela condução do sistema, com a criação de normas e a

edição de portarias federais, que ainda centralizam a condução da gestão da saúde, quando, entre outras coisas, determinam os critérios de repasse financeiros aos estados e municípios.

Avaliando o financiamento da saúde na perspectiva do *funding*, isto é, do aporte de recursos financeiros ao sistema de saúde e não da alocação de recursos ao interior do sistema (financing), Souza e Bahia (2013) caracterizam o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde pela baixa participação dos gastos públicos das três esferas de governo no total de gastos em saúde, o que representa uma barreira para assegurar a saúde de forma integral e universal.

O processo de transferência de recursos da União para estados e municípios ocorre por meio de fundos que se estruturam em cada esfera de governo, conhecido como transferência fundo a fundo. Das internações, especificamente, o pagamento é realizado por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), sistema de faturamento operado pelos prestadores de serviços, que são remunerados por procedimentos realizados, concentrando maiores recursos naqueles que já dispõem de maior capacidade instalada. Há, contudo, tetos financeiros relacionados à série histórica de valores repassados (UGÁ; PORTO, 2008).

Em 2006, com o Pacto pela Saúde, foram criados blocos de financiamento para transferências de recursos, sendo o bloco de média e alta complexidade o que comporta as transferências dos recursos destinados aos serviços hospitalares.

Em consonância com Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAHOSP), formalizada pela portaria ministerial nº 3.410 de dezembro de 2013, o financiamento de hospitais públicos e privados sem fins lucrativos é definido em valores pós-fixados, correspondentes ao cumprimento de metas de produção e em valores pré-fixados, relacionados à série histórica de produção mensal e ao alcance de metas quali-quantitativas, de acordo com o perfil assistencial, a infra-estrutura, os recursos humanos e o seu papel na Rede de Atenção à Saúde.

2.2.1 Hospital de Pequeno Porte

A portaria ministerial nº 1.044, de abril de 2004, institui a Política para Hospitais de Pequeno Porte (HPP), definidos como hospitais que comportam até cinquenta leitos. Essa portaria visou a incrementar um novo modelo de organização

e financiamento para pequenos hospitais públicos e filantrópicos, redefinindo o seu papel assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS) e buscando garantir maior efetividade às suas ações. Os HPP devem, então, atuar, principalmente, nas clínicas básicas (pediatria, clínica médica e obstetrícia), servindo de retaguarda às Unidades de Saúde da Família e encaminhando as internações de média ou alta complexidade para o hospital de referência.

Em relação ao financiamento, essa mesma portaria institui um repasse financeiro fundo a fundo, no valor mensal de R\$ 1.473,00 por leito, sendo que nenhum estabelecimento hospitalar classificado nessa categoria poderá ter repasse inferior a R\$ 10 mil por mês. Nesta perspectiva, os hospitais deixam de receber recursos financeiros por procedimentos ou serviços prestados e contam com um orçamento global definido anualmente.

De acordo com o estudo realizado por Ugá e Lopez (2007), os HPP representam 62% da rede hospitalar e 18% dos leitos existentes no Brasil.

3 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO (LOCAL DO ESTUDO)

A cidade de Coaraci, localizada no sul do Estado da Bahia – limita-se ao norte, com Ilhéus e Itapitanga; ao sul, com Ibicaraí; a leste, com Itajuípe e a oeste, com Ibicuí e Almadina – está compreendida entre as coordenadas geográficas 14° 38' de Latitude Sul e 39° 33' de Longitude Oeste do Meridiano de Greenwich. O município, quando da sua emancipação e de seu o desmembramento de Almadina e Itapitanga, chegou a possuir cerca de 45 mil habitantes. No final da década de 80, eram pouco mais de 30 mil. Segundo dados do IBGE, no ano 2000, a população era de 27 mil habitantes. Em 2012, o IBGE, no ensejo da última contagem da população, registrou o número de 19.937 habitantes. Esse decréscimo populacional justifica-se pela forte emigração ocasionada pela crise da economia cacauieira.

O Sistema de Saúde de Coaraci foi municipalizado tardiamente, sendo o penúltimo município baiano a municipalizar a gestão da atenção básica, em 1997. O comando único do sistema municipal data de 2010, com o advento da descentralização da gestão do Hospital Geral de Coaraci.

Atualmente, o atendimento ao público é realizado através da rede de estabelecimentos públicos, composta por seis unidades de saúde da família, uma unidade básica de saúde e um hospital geral de gestão direta municipal, com 35 leitos, que atende às especialidades de pediatria, clínica médica, obstetrícia e às urgências e emergências de menor complexidade. Cumpre destacar que, das seis unidades de saúde da família, duas estão localizadas em Itamotinga e São Roque, dois distritos rurais. Na sede do município, funcionam a unidade básica, quatro unidades de saúde da família e o Hospital.

O Hospital Geral de Coaraci está situado no bairro Jardim Cajueiro, próximo à rodovia que dá acesso a outras cidades que fazem intermediação geográfica com Coaraci. Conta com uma equipe multiprofissional de dez médicos plantonistas, um médico radiologista, onze enfermeiros, vinte e nove técnicos de enfermagem, uma nutricionista, um assistente social e um bioquímico, além de pessoal administrativo. Seu organograma prevê uma direção geral, subordinada à Secretaria Municipal de Saúde, uma coordenação administrativa, uma coordenação de enfermagem, uma coordenação médica, a Comissão de Controle de Infecções Hospitalares, o setor de nutrição e o almoxarifado. Possui serviço de radiologia, ortopedia e laboratório. O centro cirúrgico encontra-se desativado desde 2005. Em 2013, o HGC produziu 585 internamentos, distribuídos de acordo com as especialidades atendidas, 26.206 atendimentos de emergência, 768 pequenas cirurgias, 37 partos naturais, 1.527 atendimentos ortopédicos, além de outros procedimentos. (DATASUS, 2013)

A instituição presta assistência à população de Coaraci, bem como à dos municípios circunvizinhos: Itapitanga, Almadina e Itajuípe. Os casos não resolvidos no HGC são referenciados para Itabuna, de acordo com as pactuações entre as duas secretarias municipais de saúde.

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de análise documental, voltado para a descrição sistemática e quantitativa da evolução do financiamento do Hospital, antes e depois do processo de descentralização municipal.

Foram analisados os repasses financeiros estaduais e federais e a alocação de recursos municipais, referentes ao período de 2007 a 2012. Ademais, foram descritos os gastos anuais realizados pelo estado e pelo município, referentes às despesas com pagamento de pessoal e aquisição de material de consumo, água e energia elétrica da unidade hospitalar..

O método científico que estruturou a pesquisa foi o estatístico. Segundo Gil (2002), o método estatístico é adequado quando a representação dos resultados se dá de forma numérica, facilitando a leitura e a análise, através de tabelas e gráficos.

Acrescenta-se que a autora desse trabalho, encontrava-se como gestora, assumindo a função de secretária municipal de saúde no período de 2009 a 2010, portanto parte das informações contidas nesse trabalho advém dessa vivência.

3.3. PRODUÇÃO DE DADOS

A fonte de dados desta pesquisa se classifica como primária, pois tem sua base no levantamento de dados nos registros realizados, não por trabalho anterior de coleta para pesquisa, mas por necessidade da prestação de serviços.

Para a produção de dados, foram utilizados os seguintes documentos:

a) Para caracterizar a descentralização da gestão da saúde no Município de Coaraci, foram consultados: o Relatório Anual de Gestão (RAG), referente ao período de 2010, o Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2010- 2013 e as atas do Conselho Municipal de Saúde de 2009, concernente à aprovação da mudança da forma de gestão municipal, da adesão ao comando único. Nesses documentos, obteve-se informações sobre o processo político da descentralização, envolvendo a totalidade das ações e dos serviços sob responsabilização da SMS.

A descentralização da gestão da saúde e a municipalização do HGC são tratadas nos capítulos 3 e 8 do RAG 2010. O capítulo 3, intitulado Rede de Saúde e Recursos Humanos, tematiza a rede assistencial do sistema de saúde de Coaraci e a municipalização do HGC. O capítulo 8 aborda sobre o financiamento da saúde do município, através do demonstrativo orçamentário. No PMS, a descentralização é citada no item Assistência Hospitalar, sem ênfase sobre esse processo de descentralização. Quanto às atas do Conselho Municipal de Saúde de Coaraci, a

aprovação do comando único municipal, com a municipalização do HGC, foi discutida nas reuniões ordinárias dos meses de agosto e outubro de 2009.

b) Para identificar as mudanças ocorridas no financiamento das ações de saúde do HGC, após a descentralização, em termos de montantes e fontes de recursos durante o período de 2007 a 2012, as informações foram buscadas nos extratos de transferência do Fundo Estadual de Saúde para o HGC, no resumo de folha de pagamento de pessoal, a cargo da SESAB, nos extratos do Fundo Municipal de Saúde e nos relatórios de prestação de contas do SMS-Coaraci, mediante consulta de Empenhos Liquidados, incluindo a folha de pagamento de pessoal. Vale sublinhar que o levantamento de dados foi realizado entre janeiro a março de 2014.

Para o tratamento dos dados quantitativos e apresentação dos resultados, foram utilizadas figuras (gráficos, quadros, fotos) e tabelas simples, recorrendo aos programas computacionais do Microsoft Excel e Word. As porcentagens foram calculadas, tendo como referência o total anual anterior, podendo, assim, identificar se houve aumento ou diminuição percentual entre um ano e outro.

4. CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE COARACI

4.1 As atribuições e as responsabilidades da SMS, antes da descentralização com a gestão plena do sistema de saúde, ocorrida em 2010.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Coaraci assumiu a municipalização da saúde no ano de 1997, saindo da forma incipiente da gestão, habilitando-se na Gestão de Atenção Básica e se tornando responsável por gerir o conjunto das ações básicas de saúde municipal. Concretamente, a SMS passa a se responsabilizar por gerir as unidades ambulatoriais da rede própria e as transferidas pela União, a exemplo da pertencente à antiga Fundação Sesp, prestando os serviços e procedimentos cobertos pelo Piso de Atenção Básica (PAB). Passa também a gerir o Fundo Municipal de Saúde, a organizar a rede de serviços em

articulação com a direção estadual, e a elaborar o Plano Municipal de Saúde (PMS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

A gestão de recursos humanos e a de recursos materiais (provisão) ficavam sob a responsabilidade da administração municipal, especificamente com o Gabinete do Prefeito, sendo a SMS responsável apenas pela previsão dos recursos materiais e humanos necessários. Nesse momento, a SMS não possuía serviços de média ou alta complexidade, os serviços hospitalares eram ofertados pelo HGC, entidade público-estadual.

Vale notar que o HGC não atendia às necessidades da população referenciada, tão pouco à demanda espontânea, segundo descrição do RAG de 2007, no capítulo sobre a análise do desempenho político gerencial:

[...] Os serviços hospitalares são oferecidos no município de forma precária, pois este possui um hospital estadual (HGC), por não fazer parte da rede física pública municipal o mesmo deixa de oferecer diversos serviços, não contemplando as necessidades da população, sendo a maioria dos casos referenciados para outros municípios. (COARACI, 2007, p.3).

Os serviços e as ações de saúde, até então executados pela SMS, incluíam: a execução das ações básicas de Vigilância Epidemiológica, de controle de doenças e agravos à saúde; as ações de Vigilância Sanitária, pré-natal de baixo risco, planejamento familiar e controle de DST, assistência farmacêutica, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), ações de prevenção de câncer cérvicouterino, ações de saúde da criança, imunização, ações básicas de saúde bucal.

A rede de estabelecimento que a SMS, geria era composta por quatro Unidades de Saúde da Família (USF), sendo duas na zona rural e duas na sede: um Centro de Atenção à Saúde da Mulher, um Centro de Fisioterapia (mantido com recursos próprios), um Centro de Atenção Psicossocial I e uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde se localizava um laboratório de pequeno porte.

A UBS e o Centro de Atenção à Mulher serviam de retaguarda para as USF, prestando atendimento em pediatria, cardiologia, urologia, gastroenterologia, geriatria, obstetrícia, ginecologia e avaliação nutricional. Quanto ao atendimento à população residente na zona rural, em áreas descobertas, vale pontuar que ele era

feito por livre demanda ou através dos agentes comunitários de saúde (ACS), que os encaminhavam à UBS.

O sistema de referência e contrarreferência do município orientava os encaminhamentos dos pacientes entre as USF para a UBS, assim como os encaminhamentos para os municípios de Ilhéus e Itabuna, conforme pactuação 2003, revisada em 2006.

4.1.1 Os recursos financeiros antes da gestão plena.

Em 2008 os recursos financeiros destinados às ações básicas de saúde provinham das três esferas de governo. Os recursos financeiros oriundos da União, com repasses mensais fundo a fundo, regulares e automáticos, de acordo com o Pacto 2006, referente à forma de gestão municipal, eram distribuídos, por blocos de financiamento: Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

O bloco da Atenção Básica, era constituído pelo componente do Piso da Atenção Básica Fixo (PAB FIXO) e o PAB variável. Os recursos do incentivo à descentralização da unidade da FUNASA foram incorporados ao componente PAB Fixo.

Tabela 1 – REPASSES FEDERAIS AO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2008.

Bloco	Ação/Serviço/Estratégia	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido
ATENÇÃO BÁSICA	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS	325.780,00	0,00	325.780,00
ATENÇÃO BÁSICA	COMPENSAÇÃO DE ESPECIFICIDADES REGIONAIS	57.070,24	0,00	57.070,24
ATENÇÃO BÁSICA	INCENTIVO ADICIONAL AO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE	26.145,00	0,00	26.145,00
ATENÇÃO BÁSICA	INCENTIVO ADICIONAL PSF	20.000,00	0,00	20.000,00
ATENÇÃO BÁSICA	PAB FIXO	514.322,75	0,00	514.322,75
ATENÇÃO BÁSICA	SAÚDE BUCAL - SB	104.700,00	0,00	104.700,00
ATENÇÃO BÁSICA	SAÚDE DA FAMÍLIA - SF	320.400,00	0,00	320.400,00
GESTÃO DO SUS	CAPS I - INCENTIVO DEST. AO CUSTEIO DOS CENTROS DE AT. PSICOSSOCIAL	20.000,00	0,00	20.000,00
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	AÇÕES ESTRUTURANTES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	9.379,92	0,00	9.379,92
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	CAMPANHA DE VACINAÇÃO - POLIOMIELITE	2.056,50	0,00	2.056,50
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTI-RABICA	2.102,10	0,00	2.102,10
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	CAMPANHA DE VACINAÇÃO DO IDOSO (INFLUENZA)	1.309,13	0,00	1.309,13
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A RUBÉOLA	6.046,56	0,00	6.046,56
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	TETO FINANCEIRO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - TFVS (EX-TFECF)	65.880,72	0,00	65.880,72
Total Geral:		1.475.192,92	0,00	1.475.192,92

Fonte: FNS/2008

Tal como consta nos dados do RAG de 2008, Coaraci aplicou no ano de 2008 o total de R\$ 1.402.385,85 em recursos próprios, em ações e serviços de saúde, o que correspondeu a 15,69% do orçamento municipal. Cumpre assinalar que, nesse mesmo ano, o repasse estadual foi de R\$ 10.590,66, valor referente a convênios. Na atenção hospitalar, o estado aplicou R\$ 3.953.889,84 em 2008.

4.1.2 Recursos humanos .

O quadro de recursos humanos da SMS, em 2008, era composto por 123 servidores concursados, 19 prestadores de serviços, contratados pela Prefeitura Municipal de Coaraci e 3 pelo Fundação Nacional de Saúde (FSN), perfazendo o número de 145 funcionários. O quadro abaixo detalha essas informações:

Quadro 1 – DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS SEGUNDO NATUREZA DO VÍNCULO E LOTAÇÃO EM UNIDADE DE SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE COARACI.

UNIDADE DE SAÚDE	EFETIVOS	CONTRATADOS	Outros	TOTAL
USF Gima Revison	12	02	-	14
USF Ruinha	12		-	13
USF Gilberto Lyrio	14	01	-	15
Centro da Mulher	04	04	-	08
Centro de Fisioterapia	05	-	-	05
Unidade Básica de Saúde	76	12	03	91
Total	123	19	3	145

Fonte: SMS-Coaraci/2008

Quadro 2 - – DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS SEGUNDO NATUREZA DO VÍNCULO E FUNÇÃO.

CATEGORIA PROFISSIONAL	VÍNCULO				CH Semanal
	EFETIVOS	CONTRATADOS	Outros	TOTAL	
Sec. Administrativa	-	01	01	02	40h
Coordenador administrativo	-	-	01	01	40h
Agente Administrativo	01	-	-	01	40h
VIGILÂNCIA SANITÁRIA					
Coordenador da Vigilância Sanitária	01	-	-	01	40h
Inspetor sanitário	02			02	40h
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA					
Coordenador da Vigilância Epidemiológica	-	-	01	01	40h
Técnico de Enfermagem	-	01	-	01	40h

ATENÇÃO BÁSICA					
Coordenador da Atenção Básica	01			01	40h
SAÚDE BUCAL					
Coordenador	01	-	-	01	40h
REGULAÇÃO/CPD					
Coordenador		01	-	01	40h
Digitador	01	02	-	03	40h
Recepcionista	01	01	-	02	40h

Fonte: SMS-Coaraci/2008

4.1.3 A estrutura organizacional da SMS-Coaraci, incluindo o controle social

Até 2010, a SMS apresentava uma estrutura organizacional informal, considerando que os cargos ocupados não haviam sido criados oficialmente. O fluxo de autoridade era verticalizada: os funcionários respondiam aos chefes diretos. Apresentava oito gerências, vinculadas à Diretoria de Planejamento da SMS, conforme demonstra A Figura 1.

A participação social efetivava-se principalmente por meio das Conferências Municipais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde (CMS), este criado em 12/07/1994, através da Lei Municipal nº 704. Trata-se, de um órgão deliberativo, participativo, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Todos os conselheiros encontravam-se habilitados, visto que participavam de cursos de qualificação, específicos à área de atuação.

O Conselho era composto de doze representações, conforme o Quadro 3:

Quadro 3 - COMPOSIÇÃO DO CMS – 2009

REPRESENTAÇÃO	
PRESTADOR DE SERVIÇO E GOVERNO	USUÁRIO
Secretaria Municipal de Saúde SESAB/7ª DIRES Hospital Geral de Coaraci Secretaria da Assistência Social Profissionais de Saúde Municipais Associação de Agentes Comunitários de Saúde	Clube de Diretores Lojistas Legião de Combate à Tuberculose Pastoral da Criança Associação de Moradores do São Roque Sociedade Beneficente Lar Fraternal Cooperativa Agrícola - COOAFBA

Fonte: SMS Coaraci – 2008

FIGURA 1 - Organograma da SMS Coaraci



Fonte: SMS-Coaraci/2008

4.2 O PROCESSO POLÍTICO DA ADESÃO À GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE EM 2010.

O consenso técnico e político entre os atores sociais: profissionais de saúde, gestores, conselheiros de saúde e sociedade civil, envolvidos com o processo de adesão à gestão plena do sistema de saúde de Coaraci originou-se das dificuldades enfrentadas pela SMS, em função da assistência insatisfatória prestada ao usuário, no que se refere ao atendimento hospitalar, que se encontrava sob a gestão estadual. Segundo consta na descrição do RAG 2007, nos itens Rede de Saúde e Assistência Hospitalar, não havia articulação entre o hospital e os serviços da SMS, impossibilitando a construção de uma rede assistencial. Além disso, as frequentes ausências de médicos nos plantões dificultavam a assistência e o encaminhamento

dos usuários. Ademais, as questões políticas partidárias locais atuavam com barreiras ao adequado processo assistencial.

Foram consideradas, também nesse momento, as novas diretrizes do SUS, amplamente discutidas com o Pacto pela Saúde, em 2006. Assim, a adesão ao Pacto implicava na assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), cabendo ao município aderir ou não ao comando único.

Essa adesão ao comando único foi amplamente discutida no Conselho Municipal de Saúde, sendo aprovada por unanimidade, segundo consta nos registros da ata da reunião ordinária do CMS , datada de primeiro de outubro de 2009:

“...feita a apresentação e esclarecimento sobre o comando único, através da secretária municipal de saúde, várias indagações foram feitas pelos conselheiros, especialmente sobre a gestão do HGC.... o presidente do CMS coloca em votação o comando único, sendo aprovado por unanimidade.”

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) assumiu um papel articulador técnico e político, tendo uma atuação decisiva nesse processo, propondo que a SMS assumisse a gestão do HGC, com base na justificativa de uma melhor articulação assistencial.

Várias discussões antecederam a esse momento entre a Sesab e a Prefeitura Municipal de Coaraci (PMC), esta representada pela prefeita e pela secretária municipal de saúde, considerando aspectos políticos, financeiros e administrativos. O município não apresentou um projeto claro de reorganização do setor, seja nos planos de saúde, seja nos discursos dos gestores e técnicos; não havia ainda uma visão clara do processo de descentralização da saúde, bem parecido com o processo de municipalização da atenção básica, vivenciado em 1997, de maneira verticalizada, e com o mínimo de suporte técnico para a instância municipal.

Apesar da fragilidade técnica, o processo político de descentralização da gestão plena do sistema de saúde do Município de Coaraci foi amplamente discutido no CMS e com a sociedade civil, através da realização do I Fórum de Saúde sobre Municipalização do HGC, em agosto de 2009; tendo presentes representantes da Sesab, da SMS, do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde, dos partidos políticos,

da Clube dos Diretores Lojistas de Coaraci (CDL), entre outros segmentos da sociedade, segundo consta dos registros da ata do CMS, de seis de agosto de 2009.

Inexistiu unanimidade, nesse processo; muitos atores se manifestavam favoráveis à municipalização do HGC, outros contrários. Por um lado, a comunidade manifestou-se de maneira favorável a esse processo, fruto da insatisfação com a assistência prestada pelo HGC. Por outro lado, os profissionais da saúde vinculados à SESAB demonstraram grande insatisfação e se opuseram à municipalização, devido à insegurança gerada a respeito dos vencimentos salariais, considerando perdas financeiras vividas por outros funcionários que passaram por experiência similar, quando da municipalização de outros hospitais estaduais.

Alguns grupos políticos também se manifestaram contra, a exemplo do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) que, no momento, tinha na direção do HGC uma pessoa da sua confiança.

4.3 AS ATRIBUIÇÕES E AS RESPONSABILIDADES DA SMS DEPOIS DO COMANDO ÚNICO:

Tal como aduz o Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCG), firmado em março de 2010 , pela SMS de Coaraci, segundo Resolução da Comissão Intergestores da Bahia (CIB), de número 73/2010, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção ao Comando Único e as responsabilidades e atribuições inerentes à esfera municipal, a SMS passou a assumir novas responsabilidades sanitárias, além de ações e serviços de atenção primária.

Através do TCG, o município passa a assumir responsabilidades nos sete eixos de gestão: a) responsabilidades gerais na gestão geral do SUS; b) na regionalização, c) planejamento e programação em saúde; d) regulação, controle, avaliação e auditoria; e) gestão do trabalho; f) educação na saúde; por fim g) participação e controle social. Alguns desses eixos já eram desenvolvidos pela SMS, para os outros, foi pactuado um cronograma para implantação, a exemplo da regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS.

Além de gerir a rede de estabelecimentos que compõe a Atenção Básica, a SMS se responsabiliza pela gestão dos prestadores situados em seu território, independentemente de sua natureza jurídica, assumindo as responsabilidades

relativas à seleção, cadastramento, contratação, elaboração de contratos, regulação, controle e pagamento desses prestadores.

Houve fortalecimento do controle social, evidenciado através de formação de comissões de finanças e de acompanhamento dos serviços e ações de saúde compostas pelos conselheiros, realização de Conferência Municipal e do I Fórum de Saúde sobre Municipalização.

Ainda sobre as suas novas atribuições, a SMS passa a assumir a gestão do HGC. Acrescenta-se aos repasses financeiros da saúde o bloco de Média e Alta Complexidade (MAC) e, assim, cabe ao município assegurar a realização dos procedimentos de média complexidade, em seu território, de acordo a sua capacidade de oferta, bem como o encaminhamento para os municípios pactuados. A alta complexidade, todavia, continua sob a responsabilidade do estado.

O desenho da rede física de estabelecimentos de saúde, após a gestão plena, manteve-se com cinco unidades de Saúde da Família (com duas unidades satélites), uma Unidade Básica de Saúde com ações da atenção básica e especializada, um Centro Municipal de Atenção à Saúde da Mulher, um Centro de Fisioterapia e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), acrescido de um hospital.

A rede municipal continua a oferecer consultas médicas especializadas em geriatria cardiologia, urologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, ginecologia, obstetrícia, clínica geral, pediatria, ortopedia, nutrição, psicologia e fisioterapia. Consultas a outras especialidades são encaminhadas para os municípios pactuados.

Na rede particular, Coaraci conta com quatro consultórios odontológicos não conveniados ao SUS, uma clínica médica e dois laboratórios, sendo apenas um laboratório conveniado ao SUS. Assim, das unidades de saúde que compõem o sistema de saúde municipal, 92,86% são de administração da Secretaria Municipal de Saúde.

Segundo informações existentes no RAG 2010, os serviços de consulta para especialidades, procedimentos médicos, internamentos (referenciados), cartão SUS e Tratamento Fora do Domicílio (TFD) são de responsabilidade do Setor de Regulação, que não se encontra efetivamente implementado de forma a garantir o acesso do paciente a todos os níveis assistência à saúde e a utilização dos recursos públicos de forma racional.

Um efeito importante da descentralização, foi o aumento da oferta de procedimentos, acompanhado da ampliação do leque de exames. É digno de nota/destaque que grande parte desse aumento na oferta se deu no próprio território de Coaraci, facilitando o acesso do usuário e levando o município a assumir, além das ações inerentes da atenção básica, serviços de média complexidade.

A oferta de exames laboratoriais foi ampliada através da compra na rede privada. A oferta de ultrassonografia também foi ampliada,. os exames de eletrocardiograma; pequenas cirurgias; consultas com as especialidades diversas: gastroenterologia, otorrino, cardiologista, urologista, proctologista e geriatra também foi ampliada através da contratação de profissionais médicos. Registre-se que esses serviços foram disponibilizados aos municípios circunvizinhos, mediante pactuação, sendo os respectivos valores acrescidos nos recursos MAC, transferidos pelo Ministério da Saúde.

Com a redefinição do papel do HGC na rede assistencial (efeito, portanto, da descentralização), melhorias na estrutura física do hospital foram realizadas, através da reorganização do serviço laboratorial do hospital, da implementação da sala de urgência com a aquisição de novos equipamentos e das melhorias realizadas nas enfermarias.

Considera-se importante destacar que os plantões médicos, que antes apresentavam hiatos , em decorrência do pagamento irregular dos profissionais, com a descentralização foram regularizados .Hoje, o HGC oferta cobertura médica e de enfermagem diariamente, assegurando assim uma melhor assistência à saúde dos usuários, tanto de Coaraci como dos municípios circunvizinhos.

Quanto à gestão de pessoas, com a municipalização do HGC, devido ao déficit de pessoas lotadas no HGC, às novas demandas e serviços ofertados, o município realizou, no ano de 2011, concurso público, alocando diversas categorias profissionais no HGC, totalizando cento e vinte dois funcionários, passando de 146 para 295 servidores lotados na SMS. Houve também a criação de novas coordenações e direções, a exemplo a criação do cargo de diretor geral do HGC.

Em termos de financiamento, com o acréscimo do bloco de Média e Alta Complexidade, o Fundo Municipal de Saúde de Coaraci recebeu do Fundo Nacional, no ano de 2010, o montante total de R\$ 2.435.489,84. A tabela abaixo mostra os valores por bloco e por ação/serviço/estratégia.

Tabela 2– Demonstrativo de repasses financeiros federal para o FMS.

Bloco	Ação/Serviço/Estratégia	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido
ATENÇÃO BÁSICA	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS	366.975,00	0,00	366.975,00
ATENÇÃO BÁSICA	INCENTIVO ADICIONAL AO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE	22.848,00	0,00	22.848,00
ATENÇÃO BÁSICA	PAB FIXO	411.816,00	0,00	411.816,00
ATENÇÃO BÁSICA	SAÚDE BUCAL - SB	108.900,00	0,00	108.900,00
ATENÇÃO BÁSICA	SAÚDE DA FAMÍLIA - SF	422.400,00	0,00	422.400,00
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	TETO MUNICIPAL DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	1.022.938,55	0,00	1.022.938,55
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	AÇÕES ESTRUTURANTES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - (FNS)	8.085,46	0,00	8.085,46
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA PANDÊMICA (H1N1)	5.558,33	0,00	5.558,33
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	PISO FIXO DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE - PFVPS	49.791,72	0,00	49.791,72
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	TETO FINANCEIRO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - TFVS (EX-TFECDD)	16.176,78	0,00	16.176,78
Total Geral:		2.435.489,84	0,00	2.435.489,84

Fonte: FNS/2010

4.4 EVOLUÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS no HGC, ENTRE 2007 E 2012.

Entre 2007 e 2009, antes da habilitação de Coaraci na gestão plena, quando o hospital estava sob a gestão estadual, os recursos financeiros alocados no HGC pela SESAB totalizaram R\$ 11.782.946,36 (valor que foi destinado à manutenção, pagamento de folha de pagamento dos servidores e consumo de água e energia elétrica). Nesse período, não havia participação nem da União, nem do município.

A partir de 2010, ano em que ocorreu a habilitação na gestão plena, foram observadas variações significativas no valor total dos repasses financeiros anuais para o HGC, reflexo, da municipalização do HGC.

Nos anos de 2010 a 2012, após a adesão à gestão plena, foi alocado um total de R\$10.392.009,29, valores destinados ao HGC, com recursos da União, estado e município, havendo uma diferença para menos de R\$ 1.390.937,07, quando comparados aos anos que antecederam a gestão plena, de 2007 a 2009.

Essa diferença deve-se ao fato da retração financeira da Sesab, com a extinção dos cargos comissionados, término dos contratos REDAS e a retirada do recursos financeiros destinados a manutenção, diárias e pessoa jurídica, repassados mensalmente.

O total dos valores destinados para o HGC, distribuídos anualmente no período de 2007 a 2012, apresentam-se como mostrado na tabela abaixo.

Tabela 3 – TOTAL DE RECURSOS FINANCEIROS PARA O HGC, DISTRIBUÍDOS ANUALMENTE NO PERÍODO DE 2007 A 2012.

Fonte: SMS – Coaraci (2007-2012)

4.4.1 Total de recursos financeiros para o HGC, no período de 2007 a 2012,

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
União	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 1.022.938,55	R\$ 2.659.651,88	R\$ 2.279.249,04
Estado	R\$ 3.877.122,72	R\$3.953.889,84	R\$ 3.951.930,08	R\$ 2.373.971,29	R\$ 1.060.916,41	R\$ 371.448,99
Município	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 201.500,35	R\$ 119.092,52	R\$ 302.608,21
TOTAL	R\$ 3.877.122,72	R\$3.953.889,84	R\$ 3.951.930,08	R\$ 3.598.410,19	R\$ 3.839.660,80	R\$ 2.977,940,38

segundo natureza de despesa.

Em 2007, a SESAB destinou ao HGC o total de R\$ 2.282.460,72, (58.87%) ao pagamento de folha de pessoal, incluindo-se, aí, servidores efetivos, cargos comissionados, Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) e terceirizados, tanto profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionista) quanto trabalhadores de nível médio, (higienização e vigilância). Outros R\$ 1.594.662 (41,13%) foram destinados para despesas de custeio à manutenção do hospital: estrutura física e materiais de consumo.

Em 2008, foram alocados R\$3.953.889,84, dos quais R\$ 2.282.460,72 (57.87%) para a folha de pessoal, o mesmo valor de 2007. Para a manutenção do hospital, foram destinados R\$ 1.594.662 (40,33%). Sendo R\$ 76.767,12 (1.94%) utilizado no pagamento do consumo de água e energia elétrica.

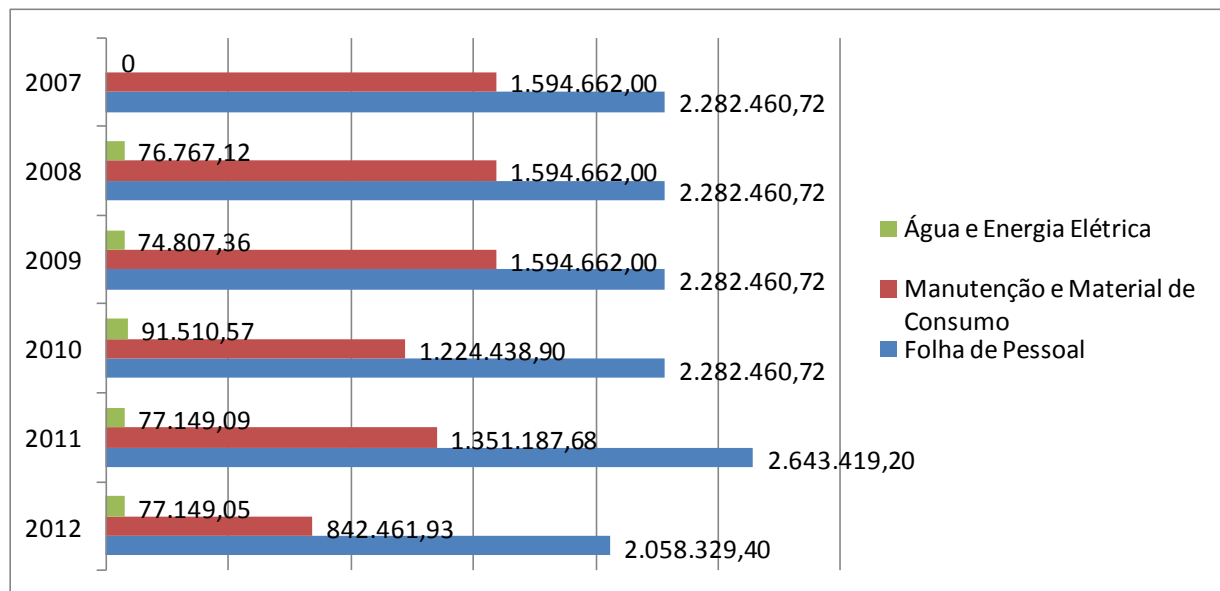
Em 2009, mantiveram-se os mesmos valores absolutos para pagamento de folha de pessoal (57,75%) e manutenção do hospital (40.35%). Em relação ao custeio do consumo de água e energia elétrica, o montante alocado foi de R\$ 74.807,36 (1,90%).

Em relação a natureza da despesa em 2010, do valor total de R\$ 3.598.410.19, foram destinados R\$ 2.282.460,72 para despesa de pessoal; R\$ 1.224.438.9 (34.02%) para a manutenção do hospital, e R\$ 91.510,57 (2.54%) ao pagamento de consumo de energia elétrica e água.

Em 2011, foram destinados R\$ 4.071.755,97, sendo R\$ 2.643.419,20 (64.92%) para o pagamento da folha de pessoal; R\$1.351.187,68 (33.18%) para a despesas de custeio com a manutenção hospitalar (estrutura física e materiais) e R\$ 77.149,09 (1.89%) para pagamento de despesas com o com energia elétrica e água.

No ano de 2012, o montante total alcançou o valor de R\$ 2.977.940,58, sendo o pagamento da folha de folha de pessoal de R\$ 2.058.329,40 (69,11%); R\$ 842.461,93 (28.29%) destinados à manutenção hospitalar e R\$ 77.149,05 (2.59%) para água e energia elétrica.

GRÁFICO 1 - MONTANTE ALOCADO NO HGC NO PERÍODO DE 2007 A 2012 SEGUNDO NATUREZA DE DESPESA .



Fonte: SMS – Coaraci (2007 – 2012)

4.4.2 As mudanças nas fontes de recursos do HGC.

A municipalização do HGC provocou mudanças no volume de recursos financeiros destinados ao seu funcionamento e na participação relativa de cada ente federado no financiamento do hospital. É preciso trazer à memória que, no período antecedente, em que o hospital encontrava-se sob gestão estadual, a fonte de recursos era exclusivamente o estado (SESAB), que fazia repasses fixos mensais, distribuídos por rubricas específicas.

Entre 2007 e 2009, o HGC recebeu da Sesab o montante de R\$ 11.782.942,64. Desse total, R\$ 4.783.986,00 (40,60%) foram destinados ao pagamento de diárias, consumo, passagem, locomoção e pessoa jurídica. O pagamento da folha de pessoal, incluindo estatutários, REDA, cargos comissionados

representou um montante de R\$ 6.847.382,16 (58.11%). O total destinados ao pagamento de água e energia elétrica foi de R\$ 151.574,48 (1.28%), conforme demonstra o Quadro abaixo:

Quadro 5 –DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS ESTADUAIS PARA O HGC POR NATUREZA DE DESPESA PERÍODO 2007-2009.

Natureza da despesa	Fonte	Valores Anuais
Consumo, diárias, locomoção e pessoa jurídica	Sesab	R\$ 4.783.986,00
Folha de pessoal	Sesab	R\$ 6.847.382,16
Água e energia elétrica	Sesab	R\$ 151.574,48
Total		RS 11.782.942,64

Fonte: FESBA 2007 a 2009

QUADRO 6- DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS ESTADUAIS PARA O HGC POR NATUREZA DE DESPESA EM TERMOS PERCENTUAIS. PERÍODO 2007-2009

Natureza da despesa	Fonte	Valores Anuais
Consumo, diárias, locomoção e pessoa jurídica	Sesab	40,60%
Folha de pessoal	Sesab	58,11%
Água e energia elétrica	Sesab	1,28%

Fonte: FESBA 2007 a 2009

A partir da municipalização do hospital (2010), as fontes dos recursos financeiros e seus valores tiveram mudanças, sendo acrescidos os recursos da União e do município e reduzidos os recursos do estado.

Os repasses da União passam a ser feitos através do Bloco de Alta e Média Complexidade (MAC), do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), com valores fixos mensais de R\$ 189.937,42, a partir de julho de 2010. O município inicia, aí, sua participação financeira com recursos próprios alocados ao HGC.

Quanto aos montantes alocados no HGC, referentes ao período de 2010-2012, o total foi de R\$ 10.392.009,29, sendo distribuídos conforme demonstra o Quadro 7.

Quadro 7 – TOTAL DE RECURSOS ALOCADOS NO HGC REFERENTES AO PERÍODO DE 2010-2012.

ANO	VALOR
2010	3.598.410,19
2011	3.839.660,81
2012	2.953.306,21

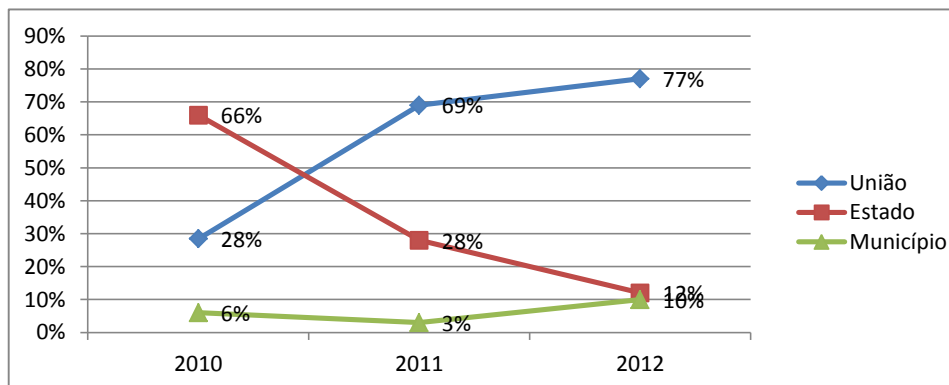
Fonte: SMS – Coaraci

Em 2010, os recursos da União para o FMS destinados para o HGC foram de R\$ 1.022.938,29 (28%); do estado, R\$ 2.373.971,29 (66%) e o município, R\$ 201.500,35 (6%). Observa-se uma alocação bem maior por parte da União e do município, enquanto que a participação do estado mostra-se retraída, quando comparados ao período de 2007 a 2009.

Em 2011, o montante oriundo da União foi de 2.659.651,41(69%); do estado, R\$ 1.060.916,41 (28%) e do município, R\$ 119.092,52 (3%).

Já em 2012, os recursos oriundos da União foram de R\$ 2.279.249,04 (77%); os do estado, R\$ 371.448,306 (12%); do município, R\$ 302.608,21 (10%). Observa-se uma alocação bem maior por parte da União e do município, enquanto que a participação do estado mostra-se retraída, quando comparados ao período de 2007 a 2009.

Gráfico 2 – EVOLUÇÃO EM TERMOS PERCENTUAIS DAS PARTICIPAÇÕES DO MUNICÍPIO, DO ESTADO E DA UNIÃO NO FINANCIAMENTO DO HGC-2010-2012.



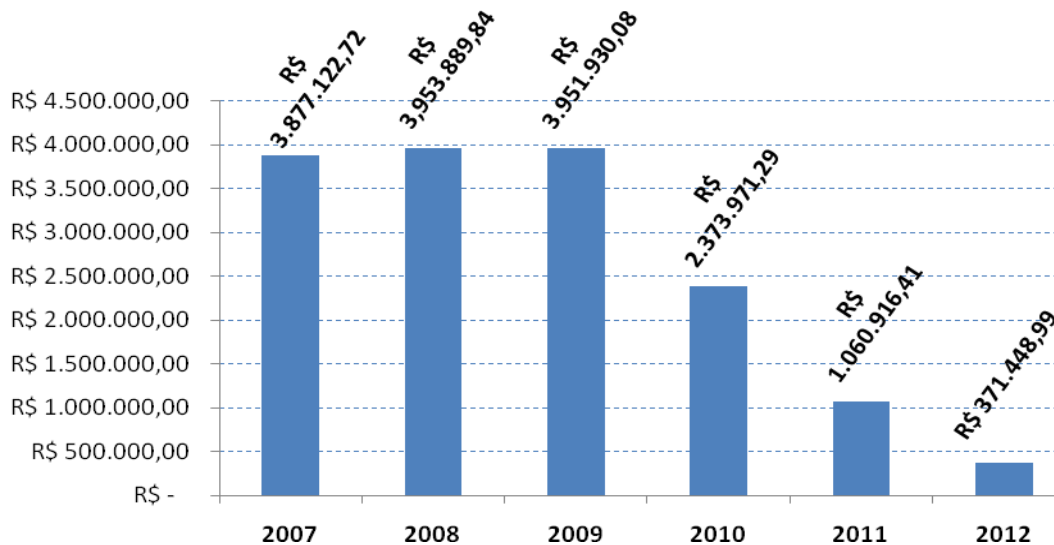
Fonte: SMS- Coaraci (2010-2012)

Como se vê, quanto aos recursos financeiros oriundos do estado, a partir da municipalização do hospital, houve uma significativa diminuição. Entre 2008, ano do maior aporte, e 2012, o de menor aporte, a redução foi de R\$ 3.524.49,85 (94%).

Essa redução significa que a partir de 2010, o estado só manteve as despesas com o pagamento de folha dos servidores da SESAB lotados no hospital e consumo de água e energia elétrica. Os repasses fixos mensais destinados a outras despesas de custeio com manutenção do hospital foram suspensos, depois da

adesão à gestão plena. Deve-se considerar também que, em relação ao pagamento da folha de pessoal, os cargos comissionados foram extintos e os contratos de funcionários REDA foram finalizados a partir de 2011, ficando somente dos servidores efetivos, em regime estatutário.

Gráfico 3: VALORES ABSOLUTOS DAS TRANSFERÊNCIAS ESTADUAIS PARA HGC DE 2007-2012.



Fonte: FESBA (2007-2012)

Quanto aos recursos municipais, passou haver alocação no HGC, em 2010, totalizando R\$ 201.500,35, dos quais R\$ 168.211,32 (83%) para despesas de pessoal e R\$ 33.289,03 (17%) para outras despesas de custeio para manutenção do HGC. Em 2011, o município alocou R\$ 119.092,52, sendo R\$ 28.269,24 (24%) para despesas de pessoal e R\$ 90.823,28 (76%) para outras despesas de custeio para manutenção do hospital. Em 2012, o total foi de R\$ 302.608,21, sendo R\$ 98.602,02 (33%) para despesas de pessoal e R\$ 204.006,19 (67%) para outras despesas de custeio para manutenção do HGC.

Percebe-se que em relação ao pagamento de pessoal realizado com recurso municipais, no ano de 2010, foi destinado R\$ 28.269,24 (24%), um valor bem menor quando comparados aos anos de 2011 e 2012. Isso decorreu que parte do pagamento de pessoal no ano de 2010, foi realizado com recursos MAC.

Quadro 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS MUNICIPAIS ALOCADOS PARA O HGC SEGUNDO NATUREZA DE DESPESA .PERÍODO 2010-2012.

ANO	Pessoal	Custeio	TOTAL
2010	R\$168.211,32	R\$33.289,03	R\$201.500,35
2011	R\$28.269,24	R\$90.823,28	R\$119.092,52
2012	R\$98.602,02	R\$204.006,19	R\$302.608,21

Fonte: SMS Coaraci (2010-2012)

Os recursos municipais alocados no HGC, com a descentralização, aumentou 50% entre 2010 e 2012 do município para o HGC, devido ao aumento no número de servidores lotados no hospital e ao aumento da produção hospitalar em consultas ou internamentos.

Em 2010, os recursos transferidos pela União para as ações da Média e Alta Complexidade (MAC) – totalizaram R\$1.022.938,55, sendo R\$ 778.36,53,(76%) destinados à folha de pessoal e R\$244.62.02 (24%) para o custeio de manutenção, materiais e procedimentos de média complexidade (exames).

Já em 2011, foi de R\$2.659.651.88 o montante total repassado pelo FNS no bloco de Média e Alta Complexidade, dos quais R\$ 770.093,45 (29%) foram alocados no custeio da folha de pessoal; R\$ 795.371,59 (30%) nos procedimentos MAC e R\$ 1.094.486,84 (41%) na manutenção do hospital.

Em 2012, a União repassou R\$ 2.279.249.04, sendo R\$ 1.123.820,00 (49%) para o pagamento de pessoal do HGC; R\$ 792.742,23 (35%) para despesas de custeio e R\$ 362.686,81 (16%) para MAC (pagamentos de serviços de terceiros, exames laboratoriais terceirizados destinados a rede de saúde municipal) conforme demonstra o Quadro 9:

Quadro 9 – DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS FEDERAIS DA UNIÃO PARA O BLOCO MAC 2010-2012.

ANO	Pessoal	Outras despesas de custeio	MAC	TOTAL
2010	R\$778.036,53	R\$209.186,76	R\$73.693,12	R\$1.022.938,55
2011	R\$770.093,45	R\$1.094.486,84	R\$795.371,59	R\$2.659.651,88
2012	R\$1.123.820,00	R\$792.742,23	362.686,81	2.279.249.04

Fonte: SMS-COARACI (2010-2012)

Os recursos federais da União referente a 2010, quando comparados aos repasses do ano 2011, aponta uma diferença para menos de R\$1.636.713,33, devido ao fato de que, segundo dados do RAG 2010, os repasses da União só iniciaram a partir de julho de 2010, quatro meses após a homologação em Diário Oficial da adesão do comando único .

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados da pesquisa evidenciam que o processo de implantação da gestão plena do sistema de saúde em Coaraci deu-se de maneira não planejada.

Constatou-se que não houve preparo técnico tanto dos profissionais quanto da equipe técnica da SMS, nem existiu um projeto técnico-político claro, com definições a respeito da organização do sistema de saúde. Tanto no Relatório de Gestão de 2009 e 2010 como nas atas do CMS de 2009 e no próprio Plano Municipal de Saúde, do período 2010-2013, não se verificou nenhuma iniciativa de planejamento para este novo momento, visto que, são poucos os registros encontrados nesses documentos referente a essa nova forma de gestão.

Apesar disso, alterações concretas foram percebidas na gestão do sistema de saúde, em especial: o fortalecimento do controle social, através da ampliação da participação da comunidade, evidenciada pela realização de Conferência Municipal de Saúde, em 2011; a organização do fórum de discussões para adesão à gestão plena e mudanças no próprio CMS, com a criação das comissões internas, de finanças e de supervisão dos serviços de saúde. Além disso, vale destacar que a descentralização dos recursos financeiros para a gestão municipal, depois da adesão à gestão plena, intensificou a participação/atuação dos conselheiros, em suas atribuições de acompanhamento e fiscalização das ações de saúde.

A rede de estabelecimentos gerida pela SMS, além das seis unidades de saúde já existentes, foi acrescida do HGC o que levou a SMS a ter um maior controle dos serviços de saúde. Passou a existir um acompanhamento direcionado às unidades de saúde, considerando que o HGC, não interagiu com a rede de assistência municipal.

Foi estabelecido um serviço de referência e contra-referência, promovendo um melhor acesso para o usuário. Certas adequações dos serviços à realidade local foram realizadas, novas medidas foram adotadas para uma melhor articulação da

rede assistencial, dentre elas: o serviço ambulatorial que era prestado no HGC, incluindo consultas de clínica médica e de algumas especialidades de ortopedia, cardiologia, pediatria e ginecologia, assim como os serviços de citologia e planejamento familiar que foram transferidos para as unidades básicas do município.

O quadro de pessoal da SMS também sofreu alteração significativa, passando de 145 funcionários para 295 servidores. Houve a realização de concurso público municipal para atender a demanda de serviços oriundos da gestão plena, ampliando assim o quadro de servidores do HGC. Com isso, houve alteração do organograma da SMS, através da criação de novas coordenações e direções.

Outro efeito produzido pela descentralização foi a implantação do sistema de regulação municipal, com a criação de protocolos de liberação de exames e a definição do fluxo de atendimento hospitalar, com base em um sistema de referência e contra-referência.

Todavia, apesar dos avanços produzidos na rede municipal de saúde, a descentralização também produziu efeitos negativos na gestão, notadamente no financiamento, sendo esse um dos pontos mais críticos enfrentados pela gestão local.

De fato, observou-se uma mudança na participação dos entes federados no financiamento da saúde. No caso do Município de Coaraci, antes da adesão à gestão plena (e, assim, antes do advento da municipalização hospitalar), verificou-se que, especificamente na gestão no HGC, só havia o financiamento estadual.

Após a municipalização do hospital, recursos próprios do município e recursos transferidos da União passaram a financiar o HGC, não tanto para ampliar a oferta, mas, sobretudo, para tentar compensar a retração dos recursos estaduais.

No caso específico de Coaraci, evidencia-se que a União passa ser o maior provedor do HGC. Vale reiterar que o município torna-se o principal responsável pela administração, gerenciamento e fiscalização dos recursos destinados às despesas fixas e variáveis, tais como: folha de pagamento de pessoal, provisão de material, medicamentos, hotelaria, dentre outras.

Além dessa mudança na participação dos entes federados no financiamento do HGC, houve modificações também nos valores repassados ao HGC. No período que antecede à municipalização do hospital, 2007 a 2009, o total do repasse financeiro foi de R\$ 11.782.946,36, enquanto que, em relação aos anos

subseqüentes à adesão da gestão plena, 2010 a 2012, foi destinado ao HGC o valor de R\$10.596.453,58, ou seja, houve uma redução de R\$ 1.186.492,78.

Isso se deve ao fato de que a retração do estado significou uma redução financeira significativa no total dos recursos do HGC. Mesmo com o acréscimo da participação financeira da União e do Município, não compensou a retração financeira do estado.

A participação financeira da União – através do bloco de financiamento destinado a Média e Alta Complexidade (MAC) e a participação financeira do município, ainda que pequena nos investimentos do HGC – oportunizou a ampliação do leque de procedimentos de média complexidade, serviços ofertados pela gestão municipal.

A descentralização do HGC, que ocorreu através do processo de habilitação do município à gestão plena do sistema de saúde, imputou novos desafios e novas responsabilidades ao município em relação às ações de saúde, provocando assim mudanças significativas na organização da rede assistencial de saúde, como também no financiamento dessas ações.

Este estudo tenciona contribuir, trazendo algumas sugestões a respeito de pontos críticos da descentralização, especificamente na participação dos entes federados:

União: buscar reavaliar o financiamento da saúde de acordo com as especificidades e necessidades de cada município, bem como as responsabilidades atribuídas a esses de acordo a forma da gestão;

Estado: ter uma maior participação financeira nas ações de saúde do município e um maior aporte técnico nas questões de planejamento, principalmente àqueles municípios que objetivam a organização de uma nova forma de gestão;

Municípios: avançar no processo de planejamento e avaliação das ações de saúde, importantes instrumentos da gestão da saúde. Buscar elaborar um orçamento mais participativo, de acordo com as prioridades elencadas na saúde local. Implementar o sistema de informação contábil, implementar os registros da ações de saúde nos RAG e PMS.

Nesta perspectiva, espera-se ter levantado questões que permitam contribuir para o debate sobre os efeitos da descentralização sobre o financiamento e a gestão de saúde e no sentido do fortalecimento das estruturas técnicas, políticas e administrativas, da produção de informações e evidências sobre os reais efeitos da

descentralização. Espera-se que possa ajudar na tomada de decisões dos gestores, chamando a atenção destes, quanto à importância da avaliação da descentralização da gestão de saúde, bem como do planejamento das ações locais, considerando a relevância do município no processo de consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Marta. **Estado Federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

_____. Mitos da Descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 31, n. 11, p. 44-66, 1996.

_____. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, jun. 1999.

_____. Financiamento federal e gestão de políticas: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 331-3415, 2003.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. **Caderno CRH**, Salvador, n. 39, p. 55-81, jul./dez. 2003.

BAPTISTA, T.W.F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M. (Orgs.). **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.29-60.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais: pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, 2007.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação

interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 29 jun. 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A Gestão Administrativa e Financeira no SUS. Brasília, 2011. Coleção para Entender a Gestão do SUS.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). O Financiamento da Saúde. Brasília, 2011. Coleção para Entender a Gestão do SUS

_____. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Diário Oficial da União: Brasília, 30 dez. 2013.

_____. Portaria 1.044/GM de 01 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte. DIÁRIO Oficial da União. Brasília. 02 de junho.

_____. DATASUS. Dados de produção hospitalar. 2013. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

CAVALCANTE, Pedro. Descentralização de políticas públicas sob a ótica neoinstitucional: uma revisão de literatura. **Revista de Administração Pública (RAP)**, v.45, Nov./Dez, 2011.

CAMARGO, Ana Tereza da Silva Pereira. **Regionalização da Saúde a realidade Metropolitana: análise das internações hospitalares na região metropolitana do Rio de Janeiro**, 2009.150f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado Rio de Janeiro, Rio Janeiro, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.com>> Acesso em 30 de jan. 2012.

CARVALHO, Déa Mara T. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, 2007.

COELHO, T. C.; SCATENA, J. H. G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Saúde Coletiva** – teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica Ltda, 2013. Cap. 20.

GERSCHMAN, S. A descentralização da Política de Saúde no Final dos Anos 90. **Revista de Administração Pública**, FGV, v.34, n.4, jul./ago 2000.

LEITE, V. R. et al. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, 2012.

LEVI, M. L; SCATENA, J. H. G. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA, A. L. d'A; LIMA, L. D; (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. São Paulo: Contra Capa Livraria Ltda, 2011, Cap. 4.

LIMA, L. D; VIANA, A L d'A. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A L d'A; LIMA, L. D; (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. São Paulo: Contra Capa Livraria Ltda, 2011, Cap. 2.

LUBISCO, N. M. L; VIEIRA S. C; SANTANA, I V. **Manual de estilo acadêmico: monografias, dissertações e teses**. 4ª ed. Salvador: EDUFBA. 2008.

MEDICI, A. Breves considerações sobre a relação entre financiamento da saúde e direito sanitário no Brasil. In: SANTOS, L. (org.) **Direito da saúde no Brasil**. São Paulo: Saberes editora, 2010.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador. Casa da Saúde editora, 2001. Tomo II.

NASCIMENTO, V.B. A municipalização das ações de saúde e a assistência hospitalar: as respostas de Santo André e Diadema)1989-1992). **Saúde e Sociedade**, v.5, n. 1. São Paulo, 1996.

NORONHA, J.C; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde- SUS. In: : GIOVANELLA, Lígia et al.(orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. p. 435-472. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2008.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PAIM J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006

PAULO JÚNIOR, A.; GUALDA, N.L.P.; CORDONI JUNIOR, L. Efeitos da Descentralização da Saúde no Município de Londrina. **Revista Espaço para a Saúde**. v.13, n.1, p. 1-14. Londrina, 2011.

RABELO, M. **Considerações acerca do processo de municipalização de saúde no RS: institucionalidade, financiamento e percalços**. In: Indicadores Econômicos. **Fundação de Economia e Estatística – FEE**. Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 156-173. 1996.

SANTOS, S. S. B. S. et al. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 17, 2012.

SILVA, L.M.V. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, fev. 2007.

SOUZA, L. E. P. F.; VIANA, A. L. d'A. Gestão do SUS: descentralização, regionalização e participação social. In: PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Saúde Coletiva – teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica Ltda, 2013. Cap.19.

SOUZA, L.E.P.F; BAHIA, L. Componentes de um Sistema de Serviços de Saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Saúde Coletiva – teoria e prática**. Cap.5. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica Ltda, 2013.

SPEDO, S. M.; TANAKA, O. Y.; PINTO, N. R. S. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, agosto 2009. Disponível em: <<http://www.bireme.com>>. Acesso em: 02 de fev. 2012.

UGÁ, M. A. D.; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, 2007.

UGÁ, M.A.D; PORTO, S.M. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al.(orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. p. 473-505. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2008.

VARQUEZ, D. A. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, jun. 2011.

VERGARA, S. C.. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2005.

VIANA, A. L. d'A. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, 2002.