

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS

THAIANE DE LORETO TREICHEL

**UMA ANÁLISE DA EFETIVIDADE DA POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO NA
GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NA ÚLTIMA DÉCADA NO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE: Linha de Cuidado Traumatologia e Ortopedia**

PORTO ALEGRE
2022

THAIANE DE LORETO TREICHEL

**UMA ANÁLISE DA EFETIVIDADE DA POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO NA
GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NA ÚLTIMA DÉCADA NO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE: Linha de Cuidado Traumatologia e Ortopedia**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração Pública e Social.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Jaqueline Marcela Villafuerte Bittencourt

PORTO ALEGRE

2022

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tornou-se tema constante nas mídias e nas conversas cotidianas devido ao surgimento da pandemia de Covid-19 que assola a população brasileira desde março de 2020. Muitos movimentos surgiram nas mídias sociais ressaltando a importância do SUS para toda a população do Brasil, mas principalmente para os mais vulneráveis e enfatizando a necessidade de mantermos a assistência e promoção à saúde como um direito social (Constituição Federal de 1988). Neste contexto, o Poder Público e a iniciativa privada viram-se obrigados a, além de manter serviços e atividades de saúde já prestados, a necessidade, em tempo mínimo, de expandir o atendimento nas unidades hospitalares, sobrecarregando assim o sistema, tanto público quanto privado. Contudo, por mais que as instituições privadas tenham sofrido com taxas de ocupação de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) elevadas e com a falta de insumos e recursos humanos, o dever de garantir a saúde do cidadão pelo Estado colocou em evidência a grandiosidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, o presente trabalho visa analisar, no Município de Porto Alegre, a forma de organização da gestão da saúde, referente às unidades hospitalares, e verificar a efetividade da política de descentralização que está sendo implementada pelos governos, ao longo da última década. Nesse sentido, é necessário lembrar o estipulado em lei, no art. nº 199 da CF/88, que diz: “§ 1º Às instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Assim sendo, busca-se através da análise realizada neste estudo, demonstrar como a utilização do modelo atual, que prioriza, terceirizando para as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) a gestão e gerenciamento de serviços das unidades hospitalares, possibilita o município de Porto Alegre efetivamente cumprir com seu dever de, conforme art. nº 196 da CF de 1988, “reduzir o risco de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”, aumentando a rede do Sistema Único de Saúde.

Palavras chave: Sistema Único de Saúde, Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Organizações Filantrópicas, Parceria Público-Privada, Serviços Públicos, Efetividade das políticas públicas, Serviços Públicos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Efetividade a partir do número de internações HI	74
Gráfico 2 - Efetividade a partir do número de internações HCR	74
Gráfico 3 - Efetividade a partir do número de internações HPS	74
Gráfico 4 - Indicador de efetividade pelo número de internações	75
Gráfico 5 - Valores de remuneração SUS/HI	80
Gráfico 6 - Valores de remuneração SUS/HCR	80
Gráfico 7 - Valores de remuneração SUS/HPS	80
Gráfico 8 - Valores de remuneração por contratualização HI	82

QUADROS

Quadro 1 - Indicadores de Efetividade	28
Quadro 2 - Hospitais e Principais Linhas de Cuidado	51
Quadro 3 - Número de Leitos	54
Quadro 4 - Número de Residentes e Estagiários HI/2022	59
Quadro 5 - Descrição dos Objetivos Específicos	61
Quadro 6 - Área de cuidado Traumatologia e Ortopedia	68

TABELAS

Tabela 1 - Efetividade a partir do número de internações HI	71
Tabela 2 - Efetividade a partir do número de internações HCR	72
Tabela 3 - Efetividade a partir do número de internações HPS	73
Tabela 4 - Indicador de efetividade pelo número de internações	75
Tabela 5 - Valores de remuneração SUS/HI	77
Tabela 6 - Valores de remuneração SUS/HCR	78
Tabela 7 - Valores de remuneração SUS/HPS	79
Tabela 8 - Valores de remuneração por contratualização HI	81

LISTA DE SIGLAS

CF - Constituição Federal

DS - Distritos Sanitários

GD - Gerências Distritais

GHC - Grupo Hospitalar Conceição

HCR - Hospital Cristo Redentor

HI - Hospital Independência

HPS - Hospital Pronto Socorro de Porto Alegre

NPM - New Public Management

OS - Organizações Sociais

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PACS - Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USF - Unidades de Saúde da Família

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	11
2.1.1. Federalismo	16
2.1.2. Descentralização e Desconcentração	17
2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS	19
2.2.1. Análise e Formulação de Políticas Públicas	22
2.2.2. Avaliação de Políticas Públicas	26
2.3. SERVIÇOS PÚBLICOS E AS ORGANIZAÇÕES	28
2.3.1. Organizações Sociais (OS) e Organizações Da Sociedade Civil De Interesse Público (Oscip)	31
2.3.2. Entidades Filantrópicas	32
2.3.3. Parceria Público-Privadas (PPP)	33
3. A SAÚDE NO BRASIL	34
3.1. SAÚDE COMO DIREITO	37
3.2. SAÚDE EM PORTO ALEGRE	38
3.3. SISTEMA HOSPITALAR DE PORTO ALEGRE: UMA DESCRIÇÃO A PARTIR DO SUS	40
3.3.1. Descrição Analítica do Sistema de Hospitais de Porto Alegre	41
3.3.2. Descrição da rede hospitalar de Porto Alegre: rede pública	41
3.3.3. Descrição da rede hospitalar de Porto Alegre: rede contratualizada	45
3.3.4. Descrição da rede hospitalar de Porto Alegre: rede privada	49
3.4. DESCRIÇÃO DA GESTÃO E GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS E ATIVIDADES EDUCACIONAIS DO HOSPITAL INDEPENDÊNCIA	57
4. METODOLOGIA	60
4.1. PESQUISA	60
4.2. CAMINHO PERCORRIDO	65
5. ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA	67
5.1. DESCRIÇÃO ANALÍTICA DO SERVIÇO	67
5.2. A EFETIVIDADE PELO PRISMA DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES	69
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da promulgação da Lei nº 8.080 de setembro de 1990, foi o divisor de águas nas políticas do estado brasileiro para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Todavia, isso só foi possível, a partir da promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, em seu artigo nº 196.

Entretanto, para que o SUS fosse criado, houve uma longa trajetória a ser percorrida. A construção dessa nova visão da saúde como um direito humano (posteriormente definido no texto constitucional como um direito fundamental, de natureza social) ganhou força através dos movimentos sociais, principalmente o da Reforma Sanitarista, em meados dos anos 1970.

Compostos por trabalhadores da área da saúde, tais como, médicos, enfermeiros, biomédicos e auxiliares e também de partidos políticos, o movimento sanitarista entendia a saúde não apenas como a ausência de doença no corpo, mas sim como um conjunto de fatores que consideram o bem-estar físico, mental e social do sujeito.

Neste período, de forma regionalizada, foram implementados projetos como saúde comunitária e clínica da família, que possibilitou aos integrantes do movimento desenvolver estudos acadêmicos e práticos que apoiaram e serviram de modelo para a criação do Sistema Único de Saúde. O auge dessa mobilização da sociedade civil organizada foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), momento em que formalmente a demanda pelo Sistema Único de Saúde é consolidada nas Resoluções da referida Conferência (MATHIAS, 2018).

Hoje, o SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública existentes, abrange todo o território nacional e cobrindo toda a população residente no país. Os serviços oferecidos englobam desde a atenção primária, média e alta complexidades, assim como os serviços urgência e emergência, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

O Sistema Único de Saúde é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios e a administração é hierarquizada, regionalizada e descentralizada.

Portanto, na divisão estabelecida pelo texto constitucional e pela legislação reguladora, compete: à **União**, através do Ministério da Saúde, formular, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde, em nível federal; aos **Estados**, representados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, compete participar da formulação das políticas e ações de saúde, prestar apoio aos municípios em articulação com o Conselhos Estaduais e implementar os Planos Estaduais de Saúde; e aos **Municípios**, por intermédio das Secretarias Municipais de Saúde, o planejamento, a organização, o controle, a avaliação e a execução das ações e serviços de saúde, em articulação com os Conselhos Municipais e a esfera estadual, para aprovar e implantar os Planos Municipais de Saúde (MATHIAS, 2018).

No caso de Porto Alegre, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é o órgão responsável pela gestão da saúde pública e pela administração direta e indireta de unidades hospitalares do município. Atualmente, o município de Porto Alegre conta com vinte e duas (22) unidades hospitalares. Deste total, grande parte é administrado indiretamente pela Secretaria Municipal de Saúde, através de contratos e convênios com organizações privadas, sem fins lucrativos.

O art. nº 199, parágrafo 1º da Constituição Federal de 1988 estabelece: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Assim sendo, apesar da saúde ser um direito social e dever do Estado garantir, não há definição de exclusividade. Portanto, para suprir a demanda decorrente da universalização dos serviços, foi necessário buscar alternativas, e neste contexto, a descentralização como forma de aliviar o sistema SUS, através da parceria com a iniciativa privada, surgiu juntamente com a Reforma Administrativa implementada no Governo de Fernando Henrique Cardoso, comandada pelo Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, a partir de 1995.

Em 1999, foi publicada a Lei nº 9.970 que “dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências”, dando início a utilização de tais organizações na prestação de serviços na área da saúde.

Neste contexto, o presente trabalho tem como problema de pesquisa descrever as características que determinam as instituições hospitalares que compõem o sistema de saúde em Porto Alegre, alicerçado no direito à saúde e, ao mesmo tempo, sendo gerido como serviço público, que pode ser implementado por concessão ou permissão, como meio de atender a demanda da Sociedade, demonstrando assim na prática a implementação da política de descentralização.

Além do problema de pesquisa proposto o presente estudo apresenta três objetivos específicos, que são: a) descrever a natureza jurídica das unidades hospitalares que compõem o sistema de saúde no Município de Porto Alegre; b) analisar três hospitais de natureza jurídica distinta que atuam na linha de cuidado de traumato/ortopedia e ofertam atendimento pelo SUS; e por fim, c) medir a efetividade da política de descentralização na gestão da saúde pública no Município de Porto Alegre.

Para a realização deste trabalho, optou-se pelo tipo de pesquisa exploratória, qualitativa e quantitativa. A coleta de dados quali-quantitativo foi realizada através de levantamento de dados em sites de transparência da União e do município de Porto Alegre, e também, por meio de levantamento documental, sendo os contratos firmados entre o município e as organizações privadas sem fins lucrativos o principal documento utilizado.

A primeira parte do estudo, na seção três, é direcionada a descrever a rede de unidades hospitalares do Município de Porto Alegre e mapear e dividir as instituições pela sua natureza jurídica. Foram mapeadas, descritas e classificadas vinte e duas instituições, sendo segmentado da seguinte forma: sete instituições públicas; dez instituições contratualizadas (administradas por organizações privadas sem fins lucrativos e/ou filantrópicas) e, por último, cinco instituições privadas. Das vinte e duas instituições, dezessete ofertam atendimento pelo SUS, parcialmente ou exclusivamente. Neste mesmo capítulo, há a descrição referente às atividades educacionais realizadas para a fomentação de recursos humanos para a área da saúde, tais como: educação permanente, residência médica e estágio obrigatório e não obrigatório para medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, nutrição, técnico em enfermagem, técnico em radiologia e técnico em nutrição.

Por fim, a análise dos dados obtidos através dos sites de transparência do governo estão disponibilizados na seção quatro do presente estudo, que está

dedicada a analisar a efetividade da política de descentralização na gestão da saúde, referente às unidades hospitalares do município, utilizando dados de comparação de três unidades que ofertam atendimento na mesma linha de cuidado - traumatologia e ortopedia, e possuem natureza jurídica distinta. Os dados utilizados foram o número de internações para realização de cirurgias do grupo e subgrupo 04.08 (cirurgias do sistema osteomuscular), com recorte de tempo entre os anos de 2012 a 2019.

O trabalho está dividido da seguinte forma: primeiramente o referencial teórico utilizado para embasar a análise dos dados obtidos nessa pesquisa e a descrição da rede hospitalares e da gestão e gerenciamento dos serviços e atividades educacionais no Hospital Independência; na sequência é apresentada a metodologia, seção que contém a descrição do problema de pesquisa, os objetivos específicos, o tipo de pesquisa e o caminho percorrido pela autora; após é apresentada a análise dos dados obtidos nos sites de transparência; e por fim, as considerações finais contendo as conclusões da autora.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico pretende apresentar os conceitos e temas relevantes na construção desta pesquisa. Assim sendo, se faz necessário trazer conceitos que alicerçam o desenvolvimento da análise, visando responder ao problema proposto, e objetivo geral e objetivos específicos.

Essa seção está dividida da seguinte forma: primeiramente a conceituação de Estado, Governo e Administração Pública e Administração Pública Contemporânea, federalismo, desconcentração e descentralização; a segunda parte da seção dedica-se a conceituar Políticas Públicas e como se constrói a análise e formulação, além das formas de avaliar as Políticas Públicas; no que se refere aos Serviços Públicos, além do conceito, foi importante explorar a literatura e legislação referente às organizações que compõem o “terceiro setor”, tais como: Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e Instituições Filantrópicas e diferenciar as permitidas formas de parceria entre o Poder Público e o Setor Privado no que diz respeito à concessão ou permissão de serviços públicos; na sequência há um breve histórico evolutivo da saúde pública no Brasil e as legislações pertinentes, que regulam e estruturam o Sistema Único de Saúde a partir da transformação da saúde em um direito social; e, por fim, a última seção é dedicada a explicar a estrutura da saúde pública no município de Porto Alegre.

2.1. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

“A vida em sociedade traz benefícios ao homem mas, por outro lado, cria uma série de limitações que, em certos momentos e em determinados lugares, são de tal modo numerosas e frequentes que chegam a afetar seriamente a própria liberdade humana. E, apesar disso, o homem continua vivendo em sociedade” (Dallari, 1998, p. 8). Por quê?

Para alguns autores, segundo Dallari, o ser humano é um ser naturalmente sociável, assim sendo, necessita viver conjuntamente e se associa em sociedade de forma natural. Para Dallari “só na convivência e com a cooperação dos semelhantes o homem pode beneficiar-se das energias, dos conhecimentos, da produção e da experiência dos outros, acumuladas através de gerações, obtendo assim os meios necessários para que se possa atingir os fins de sua existência...” (Dallari, 1998, p. 8).

Outros autores defendem a ideia de que a construção das sociedades se dá através de escolhas, ou seja, racionalmente o homem une-se e cria regras para viver em sociedade, esses autores são classificados como contratualistas (DALLARI, 1998).

Por último, Dallari elabora três elementos que caracteriza toda e qualquer sociedade, que são: a) uma finalidade ou valor social; b) manifestações de conjunto ordenadas; c) o poder social (Dallari, 1998, p. 12).

Acentuando o componente jurídico do Estado, mas não negando os fatores não-jurídicos, Dallari conceitua o Estado como “a ordem jurídica soberana que tem por fim o bem comum de um povo situado em determinado território” (Dallari, 1998, p. 44).

A diferença entre Estado e Nação, está em reconhecer no primeiro uma sociedade. Enquanto Nação é vista como uma comunidade, pois para muitos autores Nação é um conceito utilizado para criar unidade a fim de envolver o povo em conflitos de interesse alheio (DALLARI, 1998).

“Qual o fator determinante dessa multiplicação de sociedades? A primeira resposta é que os homens que buscam os mesmos fins tendem a agrupar-se para consegui-los mais facilmente” (Dallari, 1998, p. 20). Nesse sentido, é possível averiguar que dentro de uma sociedade há vários grupos, que são diferentes entre si e necessitam um do outro para sobrevivência. Para tanto, surge “a necessidade de um poder social superior, que não sufoque os grupos sociais, mas, pelo contrário, promova sua conciliação em função de um fim geral comum” (Dallari, 1998, p. 20).

Portanto, é possível distinguir dois tipos de sociedade: as sociedades de fins particulares, como por exemplo, igrejas, associações de bairro; e as sociedades de fins gerais ou sociedades políticas, que objetivam manter a harmonia das sociedades particulares em busca de seus fins (DALLARI, 1998).

Dessa forma, é possível determinar que Estado é a organização burocrática que possui poder de legislar e tributar sobre a população de um determinado território (Paludo, 2013, p. 27) ou, ainda, é a única estrutura organizacional que possui o poder de constituir unilateralmente obrigações para terceiros (Paludo, 2013, p. 27).

A estrutura do Estado brasileiro pode ser compreendida da seguinte maneira conforme Paludo (2013):

- Estrutura política: os três níveis (União, Estados-membros, Municípios e Distrito Federal); os três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário).
- Estrutura geográfica: Estados, Municípios e Distrito Federal.
- Estrutura Administrativa: Governo e Administração.
- Estrutura jurídica: sistema constitucional-legal.

Assim sendo, o Brasil é classificado como um Estado composto, da espécie Federal, com poder político repartido entre as esferas; federalismo cooperativo, visto que há divisão de competências e, por fim, um Estado Democrático de Direito (Paludo, 2013, p. 28). Outras características da constituição do Estado brasileiro que Paludo cita são importantes de destacar, tais como: as Constituições Estaduais e Leis Orgânicas dos Municípios que não podem contrariar a CF; sistema de governo presidencialismo; o regime político adotado é a democracia semidireta (Paludo, 2013, p. 30).

Segundo Paludo (2013) o governo traduz-se no modo pelo qual o Estado é administrado: como são definidos os objetivos e as diretrizes gerais de atuação, fixadas as políticas públicas e tomadas as decisões político-administrativas. No Brasil a forma adotada de governo é a república presidencialista. São características da república: eletividade dos governantes; temporalidade do mandato; representatividade popular; e dever da prestação de contas (Paludo, 2013, p. 42).

O presidencialismo se caracteriza pelos seguintes pontos: presidente escolhido pelo voto, por tempo determinado; o presidente assume a chefia do governo e do Estado; o presidente possui poder de veto para interferir nas atividades legislativas (Paludo, 2013, apud Lima, 2005; Dallari, 2007).

Enquanto o Governo é um instrumento do Estado, a Administração é um instrumento do Governo (Paludo, 2013, p. 44), assim sendo, a Administração compreende estrutura e recursos; órgãos e agentes; serviços e atividades, à

disposição dos governos para a realização dos seus objetivos políticos (Paludo, 2013, p. 45).

Paludo (2013) define administração como termo utilizado para designar funções de planejamento e direção, assim como atividades de execução, ou, ainda, ação humana cooperativa com alto grau de racionalidade, neste contexto, o administrador é quem atua nas organizações e exerce as funções de planejar, organizar, dirigir, coordenar e controlar (Paludo, 2013, p. 45).

Administração Pública pode ser definida no sentido amplo: o governo (que toma as decisões políticas), a estrutura administrativa e a administração (que executa) ou, ainda, no sentido estrito, que compreende apenas as funções administrativas de execução dos programas de governo, prestação de serviços e demais atividades. Portanto, conforme art. 37 da CF de 88, a Administração Pública compreende a Administração Direta (três poderes) e a Administração Indireta (entidades de personalidade jurídica própria) (PALUDO, 2013).

“Dentro de uma perspectiva histórica-evolutiva, é possível distinguir três modelos diferentes de Administração Pública: a administração patrimonialista, a administração burocrática e a administração gerencial” (Paludo, 2013, p. 58), esses modelos idealizados por diferentes autores podem ser reconhecidos dentro da administração pública brasileira com algumas ou todas as características de cada modelo.

Na administração patrimonialista não há distinção entre a administração de bens públicos e bens privados, e os cargos são de livre nomeação do soberano (Paludo, 2013), o que favorece a corrupção e o nepotismo. Outra característica marcante do patrimonialismo é a total ausência de pensar na coletividade, ou em prestar serviços públicos à população, os benefícios eram destinados a um pequeno grupo ligado ao soberano (Paludo, 2013).

Na Administração Burocrática, que foi objeto de estudo de Weber (1973), aparecem vários fatores que descrevem esse modelo, principalmente as relações de poder. É caracterizada pela rigidez, pois para cada atividade é definido a forma de execução, não permitindo assim a criatividade, a agilidade, flexibilidade, ou escolher meios mais adequados para o alcance dos objetivos (Paludo, 2013). Nesse sentido, é importante destacar a desconsideração para com o servidor e com o cidadão, pois busca-se somente cumprir o protocolo e exercer o controle. Contudo,

há aspectos positivos na burocracia que devem ser destacados, tais como (Paludo, 2013, p. 91):

- O caráter racional - decisões racionais visando o uso adequado dos recursos para alcance dos objetivos;
- A meritocracia - sistema de seleção de funcionários baseado na competência e sistemas de avaliação de desempenho;
- A impessoalidade das relações - sem favorecimento ou perseguição;
- O profissionalismo e capacitação dos funcionários ou servidores;
- Separação entre público e privado, entre político e administrativo.

A nova gestão pública ou New Public Management (NPM) iniciou-se nos países anglo-saxões em meados dos anos 1970 e buscava a substituição do modelo burocrático clássico através de reformas de cunho neoliberal, ou seja, reconfigurar o papel do Estado (CAVALCANTE, 2017).

A primeira geração NPM “tinha como perspectiva central a necessidade das organizações do setor público se adaptarem e funcionarem aos moldes da iniciativa privada” (Cavalcante, 2017, p. 14). Este período foi marcado pelas privatizações, desregulamentação, contratação de serviços privados, parcerias público-privadas, descentralização, foco no desempenho, diminuição do aparelho do Estado.

A segunda geração NPM “se caracteriza pelo fato de que o enfoque das iniciativas reformistas pela busca por eficiência e redução de gasto também é complementado pela priorização da qualidade dos serviços prestados; empoderamento do cidadão no processo de escolha de serviços via competição entre os órgãos; accountability e transparência” (Cavalcante, 2017, p. 16).

Portanto, “Essa característica de maior envolvimento societal na gestão e no policymaking reflete também na diversificação da participação não apenas da sociedade civil, mas também do setor privado, o que resultou em estratégias inovadoras de condução de serviços públicos para além da própria execução, privatização e contratualização com terceiro setor” (Cavalcante, 2017, p. 17). Nesse contexto, é possível notar a tendência “de enxugamento das responsabilidades e funções estatais, seja na transferência para os governos regionais ou locais como para novas formas de terceirização dos serviços públicos, instituições com fins lucrativos ou não” (Cavalcante, 2017, p. 18, apud Goldfinch e Wallis, 2009; Pollitt e Bouckaert, 2011b).

A Administração Gerencialista no Brasil foi introduzida de fato através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, criado em 1995, pelo ministro da Administração Federal e Reforma do Estado Luiz Carlos Bresser Pereira, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, cuja implementação foi denominada Reforma do Estado, e tinha como objetivo primordial superar o estilo de administração pública burocrático por meio do modelo gerencial.

As principais características do modelo gerencial são, conforme Bravo (2006): a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade; pois parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em xeque o modelo econômico vigente (BRAVO, 2006, p. 13).

Assim sendo, o Plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo às leis do mercado (Bravo, 2006 apud Pereira, 1995).

Deste modo, se situa a redefinição do papel do Estado para além das funções definidas na Constituição. Existem fatores que consideramos importantes de serem analisados quando nos aproximamos do objeto: Estado, quais sejam, federalismo e descentralização.

2.1.1. Federalismo

Nas relações federativas, conforme Silva (2010, p. 550): “ há uma repartição e um compartilhamento de poderes e competências entre diversos níveis territoriais; há, portanto, uma descentralização de poder”. Neste sentido, a legislação estipula quais matérias devem ser disciplinadas pelo poder central e quais deverão ser objeto de legislação estadual ou municipal, ou ainda, que políticas públicas serão implementadas de forma centralizada e quais serão implementadas com base nas decisões subnacionais (SILVA, 2010).

A repartição de competências no arranjo federativo brasileiro se dá entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em três âmbitos: legislativo, político e fiscal. A repartição de competências pode seguir o binômio competências enumeradas e competências remanescentes ou competências comuns e

competências concorrentes. No Brasil há uma mistura no uso dos binômios de repartição, ora utilizando competências enumeradas para todos os entes, como nas competências tributárias, ora estipulando as competências concorrentes da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, conforme art. nº 24 da CF/88.

Apesar das competências legislativas, fiscais e políticas da Federação brasileira estarem dispostas na CF de 1988, é comum encontrar dificuldades interpretativas, e nesse sentido é importante mencionar o papel decisório atribuído ao Supremo Tribunal Federal (STF), visto que as divergências de interpretação são resolvidas através de litígios para definir as competências legislativas gerando diversas ações de inconstitucionalidade neste tribunal (SILVA, 2010, p. 557).

O Brasil adotou o princípio da predominância de interesses, assim sendo, a Constituição define o que compete à União no art. nº 21 da CF/88 e o que compete privativamente à União no art. nº 22 da CF/1988, que são as competências de interesse geral. As competências regionais e eventualmente as locais são atribuídas aos Estados-membros, e aos Municípios, competências de caráter local; entretanto, embora haja divisão, as competências permanecem centralizadas na União (Paludo, 2013, p. 26).

No entanto, existem claras dificuldades decorrentes do arranjo federativo como os apontados por Silva (2010): “a execução de políticas públicas costuma ser prejudicada por problemas de coordenação”, assim como, dispersão de poder, dispersão de responsabilidade e sobreposição de competências. “Por sua vez, poderia causar vácuo em algumas políticas e mesmo disputas entre entes federados na realização da mesma política” (SILVA, 2010, p. 564).

A Constituição Federal de 1988 queria incluir a participação dos Entes Federados que trabalhassem no regime de colaboração, incluindo no espírito da lei a ideia de descentralização, de modo que o Estado estivesse perpassado pela democracia e a participação.

2.1.2. Descentralização e Desconcentração

A Administração Pública pode organizar-se de forma centralizada ou descentralizada na sua forma de atuação. A forma centralizada ocorre via

Administração Direta, ou seja, quando as atribuições são executadas diretamente pelos órgãos do Estado de maneira concentrada ou desconcentrada (PALUDO, 2013).

A desconcentração administrativa se dá através da simples divisão/repartição de funções públicas, entre órgãos ou entre órgãos e órgãos inferiores, mantendo-se a hierarquia, ou seja, uma simples distribuição de competências entre instituições da mesma pessoa jurídica (Paludo, 2013, p. 68).

A descentralização é a transferência decisória e de recursos, ela pode ser política e/ou administrativa. Descentralização Política compreende a transferência de atribuições diretamente entre os entes federados, que exercem competências próprias sem depender do poder central. O art. nº 23 da CF/88 dispõe das competências comuns entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e o art. nº 24 dispõe sobre as competências concorrentes entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A descentralização administrativa acontece quando, de forma resumida, há transferência ou distribuição de competências para pessoa jurídica diferente ou eventualmente pessoa física, na execução de atividades ou serviços públicos (PALUDO, 2013).

Conforme Lobo (1990, p. 6) a descentralização é vista por muitos, tais como acadêmicos, administradores públicos, políticos e até lideranças de organizações sociais, como uma saída para o impasse político-institucional no Brasil.

Essa visão surge devido à incapacidade do Estado Brasileiro em responder às demandas sociais básicas da população. Para Lobo (1990, p. 6) “apesar das dificuldades de ordem econômico-financeira, o que realmente culmina na incapacidade do Estado de executar as ações governamentais necessárias para prover as necessidades sociais básicas são os arranjos político-institucionais, que centraliza na União recursos e poderes”.

A descentralização pode ser um instrumento eficaz de ação governamental e na prática pode apresentar-se de três formas diferentes, que são: da administração direta para a administração indireta, entre níveis de governo e, do Estado para a sociedade civil (Lobo, 1990, p. 7).

A primeira vertente da descentralização é bastante conhecida e se dá através da proliferação de empresas públicas, sociedades de economia mista, autarquias e etc, visando a agilização das ações do governo (Lobo, 1990, p. 7), entretanto, a

realidade, para a autora Thereza Lobo, se mostra muito distante da teoria, visto que “a administração direta perdeu o controle sobre a administração indireta, além de carregar o estigma de incapacidade e da administração indireta ter se tornado ao longo do tempo um cabide de emprego usado muito no jogo político ainda nos dias de hoje” (Lobo, 1990, p.7).

A descentralização intergovernamental, segunda vertente, diz respeito, num país federativo como o Brasil, à descentralização nos níveis de governo, tanto do ponto de vista financeiro quanto técnico administrativo (Lobo, 1990, p. 7).

A terceira vertente refere-se à transferência de funções hoje executadas pelo poder público para serem executadas exclusivamente ou em regime de cooperação com setor privado (Lobo, 1990, p.7). Essa corrente é dividida entre dois grupos: os defensores da privatização de empresas públicas e os defensores da articulação entre Estado e sociedade civil, através da cooperação mútua na prestação de determinados serviços públicos ligados à área social (Lobo, 1990, p. 7).

Em algumas políticas públicas a descentralização se tornou muito próxima da privatização. Este fenômeno não foi direto, passou por processos em que a implementação de políticas só poderia ser realizada com a participação ativa de organizações e entes externos ao Estado. Deste modo, políticas como as de saúde, contam com o setor privado como “parceiro” na execução de tarefas que foram idealizadas como exclusivas do Estado.

2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS

O estudo das políticas públicas analisa o Estado e o uso do poder; analisa o Estado em ação, analisa o que o governo faz ou deixa de fazer e seus impactos na sociedade e no desenvolvimento econômico. Para Rua (1997, p.1) “política consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos” e políticas públicas “compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores”. Política pública envolve mais que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões

tomadas (Ruas, 1997, p. 1). Diferentemente de uma decisão política, que corresponde a uma escolha dentre várias disponíveis, conforme preferências dos atores envolvidos, visando adequação entre o objetivo e os recursos disponíveis (RUA, 1997).

Inicialmente as políticas públicas eram centralizadas e realizadas pelos governos, no atual contexto por atores privados em parcerias com o Poder Público também. No Brasil, referente às políticas públicas, dois pontos merecem destaque: a Carta Magna de 1988, quanto à distribuição de competências pelas políticas públicas, repartição tributária e judicialização; e a Reforma do Estado de 1995, quanto à flexibilização, descentralização administrativa e parcerias com atores privados (PALUDO, 2013).

Neste contexto, políticas públicas são entendidas como um conjunto de meios, decisões e ações, que congregam diferentes atores e concentram esforços, utilizados pelos governos com vistas a mudar uma realidade, efetivar direitos e atender necessidades públicas-sociais.

As políticas públicas possuem diversas características, como por exemplo:

Estão presentes em todas as áreas de atuação governamental; têm como propósito o interesse público ou social; possuem normas regulamentadoras; congregam atores públicos e privados; há uma ou mais instituições públicas responsáveis; sofrem influência das instituições públicas; implicam tomada de decisão em diversos níveis; são compostas por várias etapas; demandam ações específicas/concretas para implementação/execução; têm público-alvo (amplo ou restrito); têm objetivos definidos; impactam a realidade social, política e econômica; refletem a capacidade dos governos e gestores públicos; e seus resultados influenciam o processo eleitoral (se forem bons há maior chance de os governantes se reeleger) (Paludo, 2013, p. 431).

Resumidamente, conforme Rua (1997, p. 3), “podemos considerar que grande parte da atividade política dos governos se destina à tentativa de satisfazer as demandas que são dirigidas pelos atores sociais ou formuladas pelos próprios agentes do sistema político”.

Para Rua (1997) existem três tipos de demandas: demandas novas, demandas recorrentes e demandas reprimidas. As demandas novas surgem de novos atores políticos ou novos problemas; novos atores já existiam e não eram organizados; novos problemas não existiam antes de fato - exemplo da AIDS e da COVID19 - ou existiam, entretanto, não chegavam a causar problemas políticos

(Rua, 1997, p. 3). Demandas recorrentes são problemas mal resolvidos ou não resolvidos e sempre voltam à agenda política (Ruas, 1997, p. 3). E, por fim, demandas reprimidas são constituídas por “estados de coisas” ou por não-decisões, como, por exemplo, a discriminação do aborto no Brasil (Ruas, 1997, p. 4).

Para que um “estado de coisas” se torne um problema político que impulse em uma ação, é necessário possuir pelo menos uma das três características citadas a seguir (Ruas, 1997):

- (a) mobilize ação política: seja ação coletiva de grandes grupos, seja ação coletiva de pequenos grupos dotados de fortes recursos de poder, seja ação de atores individuais estrategicamente situados;
- (b) constitua uma situação de crise, calamidade ou catástrofe, de maneira que o ônus de não resolver o problema seja maior que o ônus de resolvê-lo;
- (c) constitui uma situação de oportunidade, ou seja, haja vantagens, antevistas por algum ator relevante, a serem obtidas com o tratamento daquele problema. (Rua, 1997, p. 7)

Para a resolução de conflitos através da política, e para a implementação das políticas públicas, é necessário que entrem em cena os atores políticos, e resumidamente, podemos diferenciar os atores políticos entre atores públicos e atores privados. Os atores públicos são os políticos (eleitos para exercer um mandato) e os burocratas (servidores de carreira). Já os atores privados são: empresários - com forte influência - e trabalhadores, que detêm poder conforme setor que atuam. E, por fim, há os atores que são agentes internacionais, como o FMI, Banco Mundial, ou governos de outros países; e a mídia, que tem a capacidade de mobilizar a ação dos demais atores (RUA, 1997).

As políticas públicas formais podem, segundo Paludo (2013, p. 435), ser classificadas quanto: a) quanto à sua natureza (material ou simbólica); b) quanto à sua finalidade (constitutiva, distributiva, redistributiva ou regulatória); c) quanto à setorialidade; d) quanto à dimensão territorial; e) quanto à características da gestão (verticais ou horizontais); f) quanto à abrangência.

O Processo/Ciclo de Políticas Públicas é utilizado para explicar como são concebidas, escolhidas, executadas e avaliadas. Uma política pública ganha identidade a partir da definição de normas e regras que irão pautar o

comportamento e ações dos atores envolvidos. O Processo/Ciclo de Políticas Públicas, conforme Paludo (2013, p. 441 apud ENAP) segue a ordem: momento zero é a definição do problema; primeiro momento é a agenda; o segundo momento é o de elaboração; terceiro momento é denominado de formulação; seguido do quarto momento que é o da implementação; quinto momento é o da execução da política; sexto momento é determinado de acompanhamento pós execução; e por fim, o sétimo momento definido como avaliação.

2.2.1. Análise e Formulação de Políticas Públicas

A análise de políticas públicas é um campo de prática profissional, de natureza multidisciplinar, que envolve análise racional de conteúdos e de consequências de políticas, em especial relacionadas à sua constituição, à gestão, e ao planejamento público (Paludo, 2013, p. 435).

Ham e Hill classificam a análise de políticas públicas em duas categorias. A análise de Políticas Públicas, de orientação prescritiva e visa produzir conhecimento sobre o processo de formulação, implementação e avaliação. A segunda categoria é a análise para Políticas Públicas, de caráter propositivo ou prescritivo e tem como objetivo auxiliar os formuladores, por meio de conhecimento, o processo de elaboração de políticas públicas (Paludo, 2013, apud Ham e Hill, 1984).

Há diferentes formas de “pensar” a solução para uma demanda, denominados métodos. Nesse sentido, podemos citar o modelo incremental, modelo racional-compreensivo e também modelo mixed-scanning, modalidade esta que é uma mistura das duas primeiras citadas (RUA, 1997).

O modelo incremental busca solucionar problemas de maneira gradual, sem introduzir grandes modificações nas situações já existentes, e sem provocar rupturas de qualquer natureza, assim sendo, o objetivo é encontrar a solução que seja melhor para todos os atores envolvidos (Rua, 1997). Embora a decisão seja rápida, o método é conservador e mais aplicado em situações de conflito (Paludo, 2013, p. 436).

Já o modelo racional-compreensivo, para Paludo (2013, p. 436) é um método ousado, a decisão é demorada, o governo é o principal ator, e é mais utilizado para

mudanças e decisões de grande impacto. Conforme Rua, no modelo racional compreensivo, os decisores estabelecem quais os valores a serem maximizados e quais as alternativas que melhor poderão minimizá-los e, a partir dessa avaliação, é feita uma análise abrangente e detalhada de cada alternativa e suas consequências (RUA, 1997, p.10).

O modelo mixed-scanning busca eliminar o viés conservador do modelo incremental e a ingenuidade presente no modelo racional-compreensivo, que parte do pressuposto que a informação é perfeita e retira o peso das relações de poder (Rua, 1997). Resumidamente o mixed-scanning requer que os tomadores de decisão se engajem em uma ampla revisão do campo de decisão, sem se dedicar à análise detalhada de cada alternativa e esta revisão permite que alternativas de longo prazo sejam examinadas e levem a decisões estruturantes e, por sua vez, as decisões incrementais decorrem das decisões estruturantes e envolvem análise mais detalhadas de alternativas específicas (Rua, 1997, p. 11).

As políticas públicas podem ser divididas em três modalidades, ou como define Rua (1997), em arenas políticas, que são: distributivas, regulatórias e redistributivas. E nessa dinâmica surgem padrões de disputa, denominados por Ruas (1997) como: lutas, jogos e debates.

As lutas geralmente acontecem nas arenas de políticas públicas redistributivas, que Rua (1997) chama de “jogo de soma-zero”, pois para que um ator ganhe, outro deverá perder. Entretanto, mesmo nessas lutas existe espaço para negociações. Os jogos visam vencer o adversário em determinada situação, sem eliminá-lo completamente do processo. Exemplo: negociações, barganhas, conluios, coalizões de interesses. E, por fim, os debates são situações onde cada um dos atores buscam convencer o outro da adequação das suas propostas, visando a criação de alianças (RUA, 1997).

Quando se tem políticas regulatórias, o padrão pode ser pluralista, mas tende ao elitismo, dependendo do problema a ser regulamentado. Já em políticas redistributivas, o padrão costuma ser o do jogo de soma-zero e com políticas distributivas, o padrão costuma ser pluralista (RUA, 1997, p. 11).

Esses padrões significam:

(1) a forma assumida pelas relações de poder (quem tem poder, quem não tem, quem tem mais poder, quem tem menos poder), e são, por isso, modelos de decisão;

(2) no caso do padrão pluralista, significa, também, o formato assumido pelos mecanismos de representação de interesses, tanto do ponto de vista formal, quanto informal (Rua, 1997, p. 11).

No pluralismo, a princípio e como regra, todos os atores são equivalentes, ou seja, todos têm chances de obter a decisão que lhes seja mais favorável (Rua, 1997, p. 12). Já no elitismo e no modelo de classes os resultados são previamente definidos pelos interesses das elites, que controlam os recursos organizacionais da sociedade, ou da classe dominante, que controla os recursos produtivos (Rua, 1997, p.12).

O processo de decisão pode ser tratado através da abordagem organizacional, que, ao contrário da abordagem racional, admite que o Estado e o governo são conglomerados de organizações dotadas de vida mais ou menos autônoma (Rua, 1997, p.12) e utiliza informações captadas das organizações, entretanto essa abordagem ignora as ações políticas subjetivas, tais como as negociações, barganhas, o jogo político em si. A abordagem racional parte do princípio que o governo é um ator unitário, monolítico, capaz de escolher estrategicamente a alternativa mais vantajosa, ou seja, baseia-se numa ideia semelhante ao conceito de “mercado de concorrência perfeita” da teoria econômica (RUA, 1997).

Para amenizar as distorções das abordagens anteriores existe uma terceira abordagem denominada “Modelo da Política Burocrática”. Basicamente, este modelo rejeita a ideia da racionalidade linear, pois considera os interesses dos diversos atores e suas capacidades de jogo político e poder e, além disso, considera que há todo tipo de ator, não somente unidades institucionais e coletivas (RUA, 1997).

Contudo, uma decisão em política pública representa apenas um amontoado de intenções sobre a solução de um problema, expressas na forma de determinações legais: decretos, resoluções, etc.. Assim sendo, não representa que a política pública será de fato implementada, para isso é necessário que, de fato, “todos os atores envolvidos acreditem que saíram ganhando alguma coisa e nenhum ator envolvido acredite que saiu completamente prejudicado” (Rua, 1997, p. 14). Portanto, busca-se que os atores dotados de efetivos recursos de poder e que possam inviabilizar determinada política pública acreditem que, ou saíram ganhando, ou não foram prejudicados com tais decisões (RUA, 1997).

A implementação pode ser compreendida como o conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriores quanto a políticas (RUA, 1997, p. 15).

Assim, há estudos que indicam dez pré-condições necessárias para que haja uma implementação perfeita:

1. As circunstâncias externas à agência implementadora não devem impor restrições que a desvirtuem;
2. O programa deve dispor de tempo e recursos suficientes;
3. Não apenas não deve haver restrições em termos de recursos globais, mas também, em cada estágio da implementação, a combinação necessária de recursos deve estar efetivamente disponível;
4. A política a ser implementada deve ser baseada numa teoria adequada sobre a relação entre a causa (de um problema) e o efeito (de uma solução que está sendo proposta);
5. Esta relação entre causa e efeito deve ser direta e, se houver fatores intervenientes, estes devem ser mínimos;
6. Deve haver uma só agência implementadora, que não depende de outras agências para ter sucesso; se outras agências estiverem envolvidas, a relação de dependência deverá ser mínima em número e em importância;
7. Deve haver completa compreensão e consenso quanto aos objetivos a serem atingidos e esta condição deve permanecer durante todo o processo de implementação;
8. Ao avançar em direção aos objetivos acordados, deve ser possível especificar, com detalhes completos e em seqüência perfeita, as tarefas a serem realizadas por cada participante;
9. É necessário que haja perfeita comunicação e coordenação entre os vários elementos envolvidos no programa;
10. Os atores que exercem posições de comando devem ser capazes de obter efetiva obediência dos seus comandados. (RUA, 1997, p. 15 e 16).

Destaca-se também, a importância de no acompanhamento e controle das políticas públicas, observar o tipo de política e de arena política; o contexto inter e intra-organizacional dentro do qual ocorre a implementação; e o mundo externo sobre o qual a política deverá exercer o seu impacto. Qualquer sistema político no qual a formulação e a implementação são separados, oferece oportunidades para a adoção simbólica de políticas, ou seja, uma instância pode facilmente assumir que tomou a decisão demandada pelo público, sabendo antecipadamente que os custos de sua implementação irão recair sobre outra instância, sem que sejam providenciados os recursos necessários para tornar a ação possível (RUA, 1997).

Neste contexto, o acompanhamento e controle das políticas públicas requer que se tenha em mente que:

- a) muitas políticas representam compromissos entre valores e objetivos conflitantes;
- b) muitas políticas envolvem compromissos com interesses poderosos dentro da estrutura de implementação;
- c) muitas políticas envolvem compromissos com interesses poderosos sobre quem será afetado pela implementação;
- d) muitas políticas são formuladas sem que tenha sido dada a atenção necessária ao modo pelo qual forças poderosas (particularmente as forças econômicas) poderão impossibilitar a sua implementação (RUA, 1997, p. 17).

Assim, por este contexto, o processo de implementação pode ser visto como uma continuação da formulação, com idas e vindas, de maneira que, compreende um contínuo processo de interação e negociação ao longo do tempo, entre aqueles que querem pôr uma política para funcionar e aqueles de quem este funcionamento depende (Rua, 1997, p. 18).

Neste sentido, uma política pública pode não ser implementada devido a primeiramente os envolvidos no processo decisório supor que a decisão automaticamente leva a ação. Segundo, a implementação deve ser ignorada ou vista como responsabilidade de outro grupo, pelo grupo decisório e, por fim, supor que a implementação seja somente cumprir as decisões tomadas pelo grupo decisor. Portanto, a implementação deve ser vista sob uma perspectiva interativa, na qual as ações individuais em pontos estratégicos influenciam consideravelmente os resultados obtidos (RUA, 1997).

As políticas públicas vistas como ações dos governos são implementadas dentro de organizações que assumem as responsabilidades mediante arranjos normativos expressos. Desse modo, são especificados os limites e possibilidades das atribuições de cada instituição.

2.2.2. Avaliação de Políticas Públicas

Um conjunto de decisões são tomadas pelo avaliador ao avaliar uma política, assim esse conjunto definirá “os objetivos, a natureza e o tipo de avaliação” (Draibe, 2001, p. 16). Pode-se dividir as avaliações em dois tipos: ex ante e ex post. A

avaliação ex ante acontece nas fases de preparação e formulação, já a ex post são avaliações realizadas após o programa (DRAIBE, 2001).

As avaliações ex post tem por objetivo verificar a eficiência e eficácia, para verificar se o programa está atendendo os objetivos e verificar a efetividade, com foco em averiguar os resultados, impactos e efeitos (DRAIBE, 2001).

Os resultados são produtos dos programas, previstos em suas metas, e também podem ser denominados desempenho. O impacto está diretamente ligado à mudança na realidade sobre a qual o programa se propôs. E, por fim, efeitos referem-se a impactos que modificam o meio social e institucional (DRAIBE, 2001).

Para Sônia Maria Draibe, eficácia é atingir resultados em menor tempo, com menor custo e com alta qualidade. Já eficiência é definida pela autora supracitada como medidas de custo e benefício, não importando o resultado (DRAIBE, 2001).

Castro traz em seu texto sobre eficácia, eficiência e efetividade na administração pública, a definição de eficácia e eficiência conceituado por Idalberto Chiavenato:

eficácia é uma medida normativa do alcance dos resultados, enquanto eficiência é uma medida normativa da utilização dos recursos nesse processo. (...) A eficiência é uma relação entre custos e benefícios. Assim, a eficiência está voltada para a melhor maneira pela qual as coisas devem ser feitas ou executadas (métodos), a fim de que os recursos sejam aplicados da forma mais racional possível (...) (Castro, 2006, p. 3, apud Chiavenato, 1994, p. 70).

Portanto, nesse sentido, pode-se dizer que a eficiência não se preocupa com os resultados, apenas com os meios; já a eficácia prioriza os resultados, ou seja, visa ter êxito no objetivo, nos fins, utilizando da melhor forma os meios.

A efetividade afere em que medida os resultados de uma ação trazem benefício à população, neste contexto, mostra se aquele objetivo inicialmente proposto trouxe melhorias de fato a população visada (CASTRO, 2006).

Para Draibe, efetividade refere-se à relação entre objetivos e metas, de um lado, e impactos e efeitos, de outro. Ou seja, significa as quantidades e/ou os níveis de qualidade com que o programa atinge os impactos esperados e promove os efeitos, previsíveis ou não (Draibe, 2001, p. 36).

QUADRO 1 - Indicadores de Efetividade

Indicadores de Efetividade		
Impactos	Variações/mudanças na realidade de intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Taxas de crescimento do fenômeno/intensidade da mudança
Efeitos	Efetividade Social (Capital social: opinião e satisfação dos atores)	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento de organizações da sociedade civil • Avaliação dos atores sobre o programa • Graus de satisfação dos beneficiários; graus de adesão/ satisfação dos agentes e beneficiários • Indução/reforço a associações/redes/ parcerias
	Efetividade Institucional (Capacidades institucionais; sustentabilidade e reprodutividade)	<ul style="list-style-type: none"> • Graus de indução a mudanças/ inovações/ autonomia • Níveis de aprendizado institucional • Rotinização/ institucionalização de processos • Capacidade de transferência de metodologia

Fonte: (DRAIBE, 2001) - LIVRO TENDÊNCIA

Os efeitos podem ser divididos em duas categorias: social e institucional, assim sendo, a efetividade também. “A efetividade social entende-se como a capacidade do programa em afetar o capital social do meio em que se realiza”, e também, “aos níveis de adesão e satisfação dos implementadores e do público-alvo” (Draibe, 2001, p. 37).

Efetividade institucional “remete às afetações provocadas pelo programa sobre as organizações e instituições responsáveis ou envolvidas na implementação” (Draibe, 2001, p. 37).

2.3. SERVIÇOS PÚBLICOS E AS ORGANIZAÇÕES

Para que a promoção e assistência à saúde, através do SUS, se concretize de forma efetiva é essencial que tenhamos um Serviço Público em Saúde efetivo. Somente assim a saúde como um direito constitucional será uma conquista materializada. Nesse sentido, faz-se necessário conceituar Serviço Público. Conforme Medauar (2018, p. 315), serviço público no sentido amplo, abrange toda e

qualquer atividade realizada no âmbito das atribuições da Administração, inseridas no Executivo, pois refere-se a uma atividade prestacional, onde o Poder Público propicia algo essencial à coletividade. Exclui-se as atividades-meio (como arrecadação de impostos, limpeza de repartições, por exemplo) do entendimento técnico de serviço público. Ou seja, serviço público é um entre várias das atividades desempenhadas pela Administração. Para Medauar (2018, p. 316) “caracteriza-se como serviço público as atividades que propiciam diretamente benefícios e bens aos administrados”.

Segundo Gasparini (2003, p. 338) deve-se levar em consideração pelo menos três sentidos para serviço público, sendo eles:

[...] orgânico, também chamado de subjetivo, o serviço público é um complexo de órgãos, agentes e recursos da Administração Pública, destinados à satisfação das necessidades dos administrados. Em sentido material, também designado objetivo, o serviço público é uma função, uma tarefa, uma atividade da Administração Pública, destinada a satisfazer necessidades de interesse geral dos administrados. Em sentido formal, serviço público é a atividade desempenhada por alguém (Poder Público ou seus delegados) sob regras exorbitantes do direito comum para a satisfação dos interesses dos administrados. E a submissão de certa atividade a um regime de Direito Público (GASPARINI, 2003, p. 338).

Nesse contexto, Gasparini (2003, p. 339) conceitua serviço público calcado na obra de Celso Antônio Bandeira de Mello, como sendo toda atividade de oferecimento de utilidade ou comodidade fruível preponderantemente pelos administrados, prestada pela Administração Pública ou por quem lhe faça às vezes sob um regime de Direito Público.

Conforme Aguillar (2011, p. 20), serviços públicos são atividades econômicas de competência do Estado em geral estruturadas em redes, desempenhadas em regime de privilégio, previstas no texto Constitucional ou lei ordinária e regida pelo art. nº 175 da CF/88. De acordo com este artigo, incumbe ao poder público, na forma de lei, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação, a prestação de serviços públicos, assim sendo, para o autor, pode-se classificar uma atividade como serviço público se esta pode ser delegável à iniciativa privada mediante licitação.

Portanto, para Aguillar (2011, p. 28), atividades que não são serviços públicos são atividades que não podem ser concedidas a particulares e as atividades estatais estão divididas em três categorias: a) funções públicas; b) serviços públicos em

sentido estrito e c) atividades econômicas desempenhadas pelo Estado. Como referido anteriormente, serviços públicos são atividades que competem ao Estado, mas podem ser delegados a particulares através de licitação. Atividades econômicas desempenhadas pelo Estado são atividades de produção industrial de bens e estão prevista no art. nº 177 da CF/88 em regime de monopólio, tais como a exploração de petróleo, e no art. nº 173 da CF/88 em regime de competição com a iniciativa privada, exemplo atividades bancárias estatais (Aguillar, 2011).

Funções Públicas são atribuições irrenunciáveis, ou seja, o Estado não pode simplesmente desvencilhar-se delas (Aguillar, 2011); tais funções estão previstas nos art. nº 5 da CF/88 (que garante o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade) e nos art. nº 6 (São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados) e art. nº 7 (são direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social).

A partir da Reforma Gerencial do Estado de 1995, as Organizações Sociais ganharam espaço para ocupar atividades consideradas não estatais, denominadas atividades sociais (cultura, educação e saúde) e científicas (pesquisa científica). A reforma objetivava repassar às organizações sociais a “execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado” (Bresser-Pereira, 1998), ou seja, o Estado financia e controla e as organizações sociais prestam o serviço.

Assim, seguindo com a reforma, em 1998 é aprovada a Lei nº 9.637 que dispõe “sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais”. (Lei nº 9.637 de 1998), ou seja, regula a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos em organizações sociais que, através do processo nomeado publicização, irão absorver serviços considerados não exclusivos do Estado (ensino, à pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde).

Para que uma instituição privada, sem fins lucrativos seja capacitada como Organização Social (OS) é necessário o cumprimento de diversos requisitos, tais como: finalidade não lucrativa e a obrigatoriedade de investir excedentes no

desenvolvimento das próprias atividades; conselho administrativo e diretoria definidos em estatuto, publicação anual no Diário Oficial da União - DOU dos relatórios financeiros e de execução do contrato; etc.

O instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades (art. 5º da Lei nº 9.637 de 1998) denomina-se contrato de gestão. O contrato é elaborado entre as partes e deve conter as atribuições e responsabilidade da Organização Social e do órgão supervisor da área de atuação. Há também, contido na lei, a obrigatoriedade da OS de encaminhar “relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro” (art. 8º da Lei nº 9.637 de 1998) por período determinado pelo Poder Público.

2.3.1. Organizações Sociais (OS) e Organizações Da Sociedade Civil De Interesse Público (Oscip)

Em março de 1999, por meio da Lei nº 9.790, que direcionou os requisitos que as organizações sem fins lucrativos devem cumprir para qualificar-se em Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), recebendo assim o direito de firmar termo de parceria com o Poder Público a fim de formar “vínculo de cooperação entre as partes, para o fomento e a execução das atividades de interesse público (art. 9ª da Lei 9.970 de 1999). Assim, como as Organizações Sociais (OS), as OSCIP precisam ser “sem fins lucrativos” e pessoa jurídica de direito privado que não distribui, entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplica integralmente na consecução do respectivo objeto social” (art. 1º, parágrafo 1º da Lei 9.970 de 1999).

Conforme o art. 3º da citada lei, a qualificação da organização em uma OSCIP se dá mediante o acesso universal ao serviço prestado e cujo os objetivos sociais tenham no mínimo uma das seguintes finalidades: promoção da assistência

social, assistência à saúde gratuita, da cultura, da educação, segurança alimentar, desenvolvimento econômico e sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito, além do voluntariado e etc.

O Termo de Parceria, documento que formaliza o vínculo entre as partes, exige o cumprimento de cláusulas essenciais que são descritas no art. nº 10 da referida lei: o objeto, que conterá a especificação do programa de trabalho proposto pela OSCIP; estipulação de metas, resultados, prazos de execução e cronograma; previsão de receitas e despesas, além da detalhamento contábil e dos salários e benefícios pagos ao funcionários, diretores, consultores, oriundos ou não do Termo.

Conforme Paludo (2013), após receber tal qualificação, a entidade é declarada de interesse social e utilidade pública, permitindo assim a assinatura de contrato de gestão juntamente a Administração Pública sem necessidade de licitação.

Para Maria Sylvia Z. Di Pietro (Paludo, 2013 apud Maria Sylvia Z. Di Pietro, 2010) a diferença entre OS e OSCIP é que a OS recebe delegação de prestação de serviço, enquanto a OSCIP exerce atividade privada com ajuda do Estado.

2.3.2. Entidades Filantrópicas

Filantropia é definida como uma ação de generosidade, ou caridade. Conforme Oliveira (2007) a filantropia pode ser dividida em dois âmbitos: a missão de contribuir com o Estado sem assumir sua figura e realizar o bem prestando assistência social. Muitas entidades filantrópicas são reconhecidas como entidades beneficentes e por este motivo tem direito a imunidade tributária. Para obter e manter esta certificação é necessário cumprir uma série de requisitos que estão dispostos na Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009.

A certificação e isenção de contribuição para a seguridade social se dará “ às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação” conforme art. nº 01º da citada lei. Para entidades da área da saúde, conforme art. nº 04 da Lei 12.101, é

preciso ter contrato ou convênio com gestor SUS; mínimo de 60% dos atendimentos ofertados pelo SUS; e comprovar anualmente a prestação de serviço.

2.3.3. Parceria Público-Privadas (PPP)

A Parceria Público-Privada (PPP) consiste na maneira de organizações privadas com fins lucrativos adentrarem na prestação de serviços considerados públicos. Assim, pode-se caracterizar PPP como, segundo Medauar (2018, p. 329), parceria de longos anos entre o Poder Público e organizações privadas, que prestam serviços e atividades que demanda alto investimento do Poder Público, havendo repartição de encargos financeiros e riscos entre parceiro público e parceiro privado. A PPP pode ser dividida em duas modalidades, a concessão patrocinada e a concessão administrativa.

A concessão patrocinada é a concessão de serviços públicos ou de obra pública que está definida na Lei nº 8.981/95, quando envolver adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários, contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado (Medauar, 2018, p. 329)

A concessão administrativa é o contrato de prestação de serviços de que a Administração seja usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens (Medauar, 2018. p. 329). A concessão administrativa é a PPP utilizada entre o Poder Público e as organizações privadas para formar vínculos na gestão das unidades hospitalares visto que o acesso à assistência e promoção da saúde deve ser gratuito e universal. A Lei nº 11.079 de dezembro de 2004 institui as normas gerais para licitação e contratação de parcerias público privadas.

3. A SAÚDE NO BRASIL

Até meados da década de 1920 a saúde das pessoas sem condições financeiras era promovida pelas entidades religiosas, como as Santas Casas e por médicos autônomos, e indivíduos de posses tinham acesso a médicos particulares. Com a chegada da família real ao Brasil, em 1808, o Estado responsabilizou-se por algumas intervenções regionalizadas.

A partir da instituição da Lei Eloy Chaves, de 1923, que estipulava a criação de uma caixa de aposentadorias e pensões (CAP), além de outros benefícios, entre eles a assistência à saúde, para os funcionários de ferrovias em todo o território nacional, que a classe operária do Brasil passou a ter algum auxílio na manutenção da saúde, porém era uma realidade que alcançava a poucos, devido o financiamento se dar de forma dividida entre as empresas e os empregados.

Como consequência, na década de 1930 iniciou-se diversas mudanças promovidas por Getúlio Vargas, tais como: criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que prestavam serviço de saúde aos associados; criação, em 1953, do Ministério da Saúde, órgão governamental que passou a ser responsável pela saúde pública no Brasil.

Conforme Bravo (2006) a saúde foi dividida em dois subsetores: a saúde pública e a medicina previdenciária. Até os anos 60 a saúde pública foi predominante, assim sendo, neste período buscou-se melhorar as condições sanitárias das populações urbanas, para tanto algumas medidas foram tomadas, como lista Bravo (2006 apud Braga e Paula, 1986: 53-55):

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana);

- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Em 1966, já em plena ditadura militar, os Institutos de Aposentadorias e Pensões foram unificados e passou a incluir todos os trabalhadores de carteira assinada no regime CLT, assim em 1967 nasce o Instituto Nacional de Seguridade Social (INPS). Após este período há uma crescente demanda por atendimento devido ao aumento dos trabalhadores urbanos de carteira assinada, para suprir essa demanda, em 1977 criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sistema que vigorou até 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O INAMPS dava direito ao trabalhador de carteira assinada ao atendimento médico em unidades próprias e em redes conveniadas do setor privado, neste período a iniciativa estatal era complementar à iniciativa privada. Observou-se nesse período, conforme Bravo (2006 apud Oliveira e Teixeira, 1986, p. 207) o modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características:

- Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 73, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.

Em meados da década de 1970 cresce movimentos em busca de uma saúde pública para todos, que garantisse a integralidade e universalidade e que fosse responsabilidade do Estado, assim, mesmo vivendo um período autoritário, nasce o movimento pela Reforma Sanitária, que visava a criação de um sistema universal de saúde aos moldes dos sistemas criados nos países europeus pós guerra.

Este movimento teve diversos protagonistas, destacam-se, conforme Carvalho (2013): os movimentos populares, as Universidades, os partidos políticos progressistas e as prefeituras com bandeiras progressistas.

Em 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que culminou na construção das diretrizes do que hoje conhecemos como SUS e foi a primeira conferência com a participação popular. Assim, ficou definido, a importância de um sistema de saúde separado da previdência, a regionalização e hierarquização das prestadoras de serviço, a participação popular, e fortalecimento do município, etc. A 8ª Conferência deu ao movimento da Reforma Sanitária ainda mais força, objetividade e apoio popular, tornando possível a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 através da Constituição Federal (CF).

Após a conferência, segundo Bravo (2006, p. 9) a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária também. Assim na Assembléia Constituinte a temática saúde como um direito apresentou-se com força para buscar transformar as necessidades da população em direitos através do texto constitucional.

Como consequência, após vários acordos políticos e pressão popular, foi possível atender grande parte das reivindicações do movimento sanitário, prejudicando os interesses empresariais do setor hospitalar e não alterando a situação da indústria farmacêutica (Bravo, 2006, p. 10). Nesse sentido, os principais aspectos aprovados na Constituição em relação à saúde são (Bravo 2006 apud Teixeira 1989 p. 50-51):

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

3.1. SAÚDE COMO DIREITO

Em 1988, através da Constituição Federal, a saúde torna-se um direito social, assim como a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (art. 6 da CF 1988) e responsabilidade do Estado.

Os art. nº 196 até o art. nº 200 da CF/88 são dedicados ao tema Saúde. Fica estabelecido que a saúde é um direito de qualquer cidadão e dever do Estado promover, assim como o acesso ser universal e igualitário (art. nº 196). Já o art. nº 197 institui que cabe ao Poder Público a “regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”. A forma de organização do SUS em redes regionalizadas e hierarquizadas, além das formas de financiamento, fiscalização e controle de despesas são algumas das determinações estipuladas no art. nº 198 da CF de 1988.

Há também o regimento definido para a participação da iniciativa privada a assistência à saúde no art. nº 199, que fixa: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, porém de forma complementar e “segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Outro ponto a destacar referente ao art. nº 199 é a definição da proibição da destinação de recursos públicos para instituições com fins lucrativos e a participação de capital estrangeiro na assistência à saúde de forma direta ou indireta; além da proibição da comercialização de hemocomponentes.

Por fim, o art. nº 200 determina as seguintes atribuições ao SUS:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A Lei nº 8.080 de 1990 dispõe “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, ou seja, “regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado” (art. nº 1 da Lei nº 8.080 de 1990).

Além de reforçar as diretrizes estipuladas no texto constitucional, a Lei nº 8.080 estabelece os objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde; os princípios e diretrizes; a forma de organização, direção e a gestão; das competências; do subsistema de atenção à saúde indígena, do subsistema de atendimento e internação domiciliar; do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato; da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologias em saúde; dos serviços privados de assistência à saúde (funcionamento e participação complementar); dos recursos humanos; do financiamento (recursos, gestão financeira, planejamento e orçamento).

Seguindo a organização normativa foram criados sistemas estaduais e sistemas municipais. Deste modo, iremos descrever o Sistema Municipal de Porto Alegre que é nosso objeto de estudo.

3.2. SAÚDE EM PORTO ALEGRE

A Secretaria de Saúde do Município (SMS) de Porto Alegre gerencia um sistema de saúde pública para uma população de aproximadamente 1.409.351 (IBGE, 2010) que vivem na cidade de Porto Alegre, além de ser referência para mais de 3 milhões de pessoas moradoras da região metropolitana, também oferta tratamento de alta complexidade - procedimentos de alto custo e alta tecnologia - para toda a população do estado do Rio Grande do Sul (PORTO ALEGRE, 2022).

Para qualificar os serviços e garantir o cuidado integral aos cidadãos que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS), a SMS de Porto Alegre trabalha com uma rede baseada em quatro eixos: 1) Ampliação do acesso à assistência para todas as pessoas, de acordo com as necessidades de cada um; 2) Articulação entre os diferentes componentes da rede assistencial (atenção primária, especialidades ambulatoriais, urgência e hospitalar); 3) Estabelecimento de regras no atendimento em saúde para proporcionar assistência integral, contínua e organizada; e 4) Estabelecimento de ações de promoção, prevenção e vigilância à saúde dos grupos populacionais (PORTO ALEGRE, 2022).

Além de coordenar um conjunto de políticas públicas que abrangem os seguintes segmentos: Criança e Adolescente, Idosos, Saúde do Trabalhador, Medicamentos, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde da Mulher, População Negra e Indígena, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/Aids), Pneumologia e Saúde Nutricional (PORTO ALEGRE, 2022).

A estrutura do serviço de saúde oferecido pela Prefeitura de Porto Alegre é distribuído da seguinte forma: 17 Distritos Sanitários (DS), que formam as Gerências Distritais (GD). Os DS são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Partenon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul (PORTO ALEGRE, 2022).

A Atenção Primária é composta por 55 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 88 Unidades de Saúde da Família (USF). As unidades oferecem agendamento de consultas com clínico geral, ginecologista ou pediatra, atendimentos de enfermagem, nutrição e vacinação, entre outros serviços (PORTO ALEGRE, 2022) e, caso seja necessário consulta com especialistas, essas demandas serão repassadas e as consultas agendadas através da Central de Marcação e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

Em casos de emergência e urgência o usuário deve procurar locais de pronto-atendimento. A rede municipal de atenção de urgência e emergência está distribuída em pontos regionalizados da cidade para atendimento de urgências clínicas, ginecológicas, obstétricas, traumatológicas, odontológicas, oftalmológicas, pediátricas, psiquiátricas e de casos de drogadição, alcoolismo e queimaduras (PORTO ALEGRE, 2022).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) atende 24 horas a chamados para situações de risco de vida iminente, como acidentes com ferimentos

graves, afogamentos, urgências clínicas agudas (parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória severa, convulsões etc) e urgências traumáticas (atropelamentos, acidentes de trânsito, quedas, queimaduras graves, agressão por armas, choques elétricos etc), entre outros casos. A solicitação de atendimento é feita pelo telefone 192 (PORTO ALEGRE, 2022).

A SMS também possui o serviço de farmácia, contando com 10 Farmácias Distritais, que mantêm estoque de medicamentos em acordo com as normas do Ministério da Saúde (PORTO ALEGRE, 2022). E por fim, a SMS possui a Coordenadoria-Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) atuando de forma articulada em atividades de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental. O órgão fiscaliza e avalia permanentemente a situação de saúde da população e desenvolve ações de controle de fatores de exposição que possam gerar danos à saúde de pessoas conforme a região onde vivem (PORTO ALEGRE, 2022).

Deste modo, fica explicitada a complexidade que envolve estudar as políticas de saúde. Fica evidente que para poder analisar os fenômenos administrativos é necessário fazer escolhas por áreas de atendimento ou por órgãos responsáveis. Este percurso investigativo será descrito na seção a seguir.

3.3. SISTEMA HOSPITALAR DE PORTO ALEGRE: UMA DESCRIÇÃO A PARTIR DO SUS

O presente trabalho, referente a análise deste estudo, relaciona-se a utilização, como ponto de partida, de dois elementos que norteiam os contratos do poder público de Porto Alegre com os entes privados que prestam serviços ao município, ao que se refere a contratualização da gestão da saúde pública, que são: a gestão e o gerenciamento de atividades e serviços educacionais e de saúde através das organizações contratadas.

Neste contexto, foi necessário, primeiramente, descrever e mapear toda a rede de unidades hospitalares do município, classificando as instituições por sua natureza jurídica, além de também descrever o gerenciamento das atividades e serviços educacionais de uma das unidades hospitalares nas seções a seguir.

A análise da efetividade da política de descentralização da gestão pública, realizada através da comparação do número de internações em três unidades hospitalares que ofertam a linha de cuidado traumatologia e ortopedia, e ter natureza jurídica distinta é apresentada na seção 4 deste trabalho.

3.3.1. Descrição Analítica do Sistema de Hospitais de Porto Alegre

Atualmente o município de Porto Alegre conta com vinte e duas (22) unidades hospitalares. Deste total, sete (7) unidades são hospitais de natureza jurídica pública, outros dez (10) hospitais são organizações de natureza jurídica privada, sem fins lucrativos ou serviços públicos concedidos ou contratualizados (onde a estrutura e custeio são da Administração Municipal, a exemplo do Hospital Independência) e administrados por associações privadas sem fins lucrativos e/ou filantrópicas; e há também cinco (5) unidades hospitalares privadas que atendem exclusivamente usuário de planos de saúde e particular.

3.3.2. Descrição da rede hospitalar de Porto Alegre: rede pública

Identificam-se os hospitais públicos que mantém termos de cooperação com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - com exceção do Hospital Geral Porto Alegre (HBMPA) - e a suas natureza jurídica (7 unidades)

Neste sentido, pode-se constatar que grande parte das instituições hospitalares que atendem exclusivamente ou parcialmente usuários do SUS são administradas indiretamente pela Secretaria Municipal de Saúde do Município (SMS) de Porto Alegre, através de contratos e convênios com organizações sociais, ou diretamente administradas pelo poder público, podendo ser este municipal ou da União, sempre gerida pelo município.

- 1. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - (CNES 2237601) - O HCPA é uma instituição pública** pertencente a rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC) e vinculada academicamente a Universidade

Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - O HCPA teve início, seu projeto, em meados das primeiras décadas do século 20, período que a então Faculdade de Medicina já havia sido inaugurada (1898).

Assim foram necessários 74 anos para que o sonho virasse realidade e em 1972 foi realizado o 1º atendimento pelo HCPA. Desde então o HCPA mantém uma trajetória de sucesso na assistência, ensino, pesquisa e gestão em saúde. **Atende convênios, particular e SUS** e sua natureza jurídica é empresa pública de direito privado (Lei nº 5.604 de 1970).

2. **Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS) - (CNES 2778718)** - Unidade Hospitalar **administrada pela Prefeitura** Municipal de Porto Alegre. Suas atividades iniciaram em 1898, quando inaugurou-se a Assistência Pública Municipal. Os serviços prestados eram apenas de primeiros atendimentos, logo o paciente fosse estabilizado era encaminhado a outras instituições que ofereciam tratamento de longo prazo.

Em 1939 o diretor da Assistência Pública Municipal propôs a criação de um hospital que juntasse atendimento, ensino e produção científica e então, dessa iniciativa, nasce o HPS, inaugurado em abril de 1944. **Atende exclusivamente o SUS** e sua natureza jurídica é pública municipal administração direta.

3. **Hospital Cristo Redentor (GHC) - (CNES 2265060)** - Unidade Hospitalar pertencente ao complexo Nossa Senhora da Conceição SA (GHC) que atualmente constitui-se **uma empresa pública de direito privado** sob controle acionário da União. É uma entidade da Administração Pública Federal Indireta, vinculada ao Ministério da Saúde. Inicialmente o grupo constitui uma sociedade anônima, registrada em novembro de 1960 na Junta Comercial do estado do Rio Grande do Sul sob o número 122.434. Em 1975 a União por intermédio do Decreto nº 75.403 3 posteriormente Decreto nº 75.457, declarou de utilidade pública, para fins de desapropriação a totalidade das ações constitutivas do capital social, transformando o grupo em uma empresa pública de direito privado.

O Hospital Cristo Redentor foi incorporado ao grupo em novembro de 2012. A unidade Cristo Redentor atende às especialidades de traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, cirurgia plástica reparadora, cirurgia vascular e bucomaxilofacial e equipe multidisciplinar com perfil voltado ao atendimento do paciente traumatizado. **Atende exclusivamente SUS** - natureza jurídica: empresa pública pertencente à Administração Pública Federal Indireta.

4. **Hospital Nossa Senhora da Conceição (GHC) - (CNES 2601079)** - Unidade Hospitalar pertencente ao complexo Nossa Senhora da Conceição SA (GHC) que atualmente constitui-se **uma empresa pública de direito privado** sob controle acionário da União. É uma entidade da Administração Pública Federal Indireta, vinculada ao Ministério da Saúde. Inicialmente o grupo constitui uma sociedade anônima, registrada em novembro de 1960 na Junta Comercial do estado do Rio Grande do Sul sob o número 122.434. Em 1975 a União por intermédio do Decreto nº 75.403 3 posteriormente Decreto nº 75.457, declarou de utilidade pública, para fins de desapropriação a totalidade das ações constitutivas do capital social, transformando o grupo em uma empresa pública de direito privado.

Maior unidade do GHC, o Hospital Conceição oferece todas as especialidades de um hospital geral em seu ambulatório, na emergência e na internação. Mantém a emergência médica com as portas abertas 24 horas. **Atende exclusivamente SUS** - natureza jurídica: empresa pública pertencente à Administração Pública Federal Indireta.

5. **Hospital Fêmeina (GHC) - (CNES 2265052)** - Unidade Hospitalar pertencente ao complexo Nossa Senhora da Conceição SA (GHC) que atualmente constitui-se **uma empresa pública de direito privado** sob controle acionário da União. É uma entidade da Administração Pública Federal Indireta, vinculada ao Ministério da Saúde. Inicialmente o grupo constitui uma sociedade anônima, registrada em novembro de 1960 na Junta Comercial do estado do Rio Grande do Sul sob o número 122.434. Em 1975 a União por intermédio do Decreto nº 75.403 3 posteriormente Decreto nº 75.457, declarou de utilidade pública, para fins de desapropriação a totalidade das

ações constitutivas do capital social, transformando o grupo em uma empresa pública de direito privado.

Presta cuidados pré-natal à gestante, faz o parto, trata do bebê e da mãe com alguma complicação, como hipertensão ou dependência química e atua no manejo de doenças femininas graves, como câncer de mama, a partir de sua prevenção, e de problemas ginecológicos em geral. **Atende exclusivamente SUS** - natureza jurídica: empresa pública pertencente à Administração Pública Federal Indireta.

6. **Hospital Criança Conceição (GHC) - (CNES 2601079)** - Unidade Hospitalar pertencente ao complexo Nossa Senhora da da Conceição SA (GHC) que atualmente constitui-se **uma empresa pública de direito privado** sob controle acionário da União. É uma entidade da Administração Pública Federal Indireta, vinculada ao Ministério da Saúde. Inicialmente o grupo constitui uma sociedade anônima, registrada em novembro de 1960 na Junta Comercial do estado do Rio Grande do Sul sob o número 122.434. Em 1975 a União por intermédio do Decreto nº 75.403 3 posteriormente Decreto nº 75.457, declarou de utilidade pública, para fins de desapropriação a totalidade das ações constitutivas do capital social, transformando o grupo em uma empresa pública de direito privado.

O Hospital Criança Conceição (HCC) é o único hospital geral pediátrico do Rio Grande do Sul, e é responsável pela maioria das internações hospitalares do Estado na faixa de 0 a 13 anos. **Atende exclusivamente SUS** - natureza jurídica: empresa pública pertencente à Administração Pública Federal Indireta.

7. **Hospital Geral Porto Alegre (HBMPA) - (CNES 2237156)** - Unidade Hospitalar administrada pela Brigada Militar do Estado do Rio Grande do Sul. O HBM/PA foi fundado em setembro de 1897, com a criação de duas enfermarias para os policiais militares.

Em 1971 inaugurou-se o prédio atual na zona sul de Porto Alegre. Estão sob o comando e administração do HBM/PA seu prédio principal, o Centro Clínico e o Centro de Reabilitação Física. **Atende membros da**

Brigada e seus dependentes e segurados do IPE Saúde - natureza jurídica: Órgão Público do Poder Executivo Estadual.

3.3.3. Descrição da rede hospitalar de Porto Alegre: rede contratualizada

Descrição da rede hospitalar de Porto Alegre, identificando os hospitais privados sem fins lucrativos ou públicos (a estrutura e custeio) e são administrados por associações privadas sem fins lucrativos e sua natureza jurídica (10 unidades):

8. **Hospital da Restinga Extremo Sul (HRES) - (CNES 7513151)** - Unidade Hospitalar da prefeitura construída com os recursos do PROADI-SUS e administrada desde 2018 pela **entidade privada, sem fins lucrativos** Associação Hospitalar Vila Nova. Anteriormente, o Hospital Moinhos de Vento administrava o hospital através do PROADI-SUS, cujo objetivo é desenvolver o SUS por meio de projetos em parceria com seis grandes hospitais brasileiros.

Atende exclusivamente SUS - natureza jurídica: associação privada, sem fins lucrativos.

9. **Hospital Vila Nova (CNES 2693801)** - Unidade Hospital administrada pela **entidade privada, sem fins lucrativos**, Associação Hospitalar Vila Nova. O Hospital Vila Nova foi fundado em 1965, decorrente da notória necessidade de oferta de atendimentos à população da Zona Sul de Porto Alegre. Por uma estratégia de sustentabilidade, em 2002, mudou sua razão social para Associação Hospitalar Vila Nova, uma entidade privada, sem fins lucrativos, cujo objetivo principal seria a execução de obras na assistência médica, social, cultural e científica.

Atende exclusivamente SUS - natureza jurídica: associação privada, sem fins lucrativos.

10. **Hospital Santa Ana (CNES 6295320)** - Unidade Hospitalar administrada pela **entidade privada, sem fins lucrativos e uma organização filantrópica** Associação Educadora São Carlos (AESC CNPJ 88.625.686/0024-43). A

AESC oferece serviços hospitalares e ambulatoriais de alta e média complexidade, para os segmentos de saúde privada (particular e convênios) e de saúde pública (SUS) – em articulação com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre e o Governo do Estado do Rio Grande do Sul – nos municípios gaúchos de Porto Alegre, Torres e Capão da Canoa. O Hospital Santa Ana é classificado como um hospital de média complexidade, é voltado para uma assistência referenciada, focado na recuperação e no tratamento de pacientes clínicos encaminhados por outros hospitais, motivo pelo qual não possui urgência nem emergência. A instituição conta ainda com uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e um bloco cirúrgico .

Atende exclusivamente SUS - natureza jurídica: associação privada, sem fins lucrativos.

11. **Hospital Independência (CNES 7092571)** - Unidade Hospitalar administrada pela entidade privada, sem fins lucrativos e organização filantrópica Sociedade Sulina Divina Providência (CNPJ 87.317.764/0001-93). O Hospital Independência é 100% SUS, regulado pela Secretaria Municipal de Saúde e faz parte da Rede de Saúde Divina Providência. É um hospital especializado, oferecendo atendimento clínico, cirúrgico e ambulatorial nas áreas de Ortopedia e Traumatologia. Também oferece serviços auxiliares de diagnóstico (Radiologia Geral, Tomografia e Ecografia) e Reabilitação, com os serviços de Fisioterapia e Terapia da Mão. Foi reinaugurado em setembro de 2012 após termo de parceria assinado entre a SSDP e a prefeitura de Porto Alegre. A SSDP é uma pessoa jurídica de direito privado, subespécie associação, de assistência à saúde, educacional, cultural, beneficente de assistência social, com atividade preponderante na área da saúde, sem fins econômicos e lucrativos, constituída sob a inspiração dos ensinamentos e do carisma da Congregação das Irmãs da Divina Providência. É certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social pelo Ministério da Saúde (CEBAS-SAÚDE).

Atende exclusivamente SUS - natureza jurídica: associação privada, sem fins lucrativos.

12. **Hospital Banco de Olhos (HBO) - (CNES 2237881)** - Unidade Hospital administrada pela **entidade privada, sem fins lucrativos e organização filantrópica** Associação de Literatura e Beneficência (CNPJ 92.962.869/0001-35). O Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre é o maior estabelecimento de saúde dedicado exclusivamente à Oftalmologia do sul do país e, atualmente, o maior prestador de serviços para o sistema Único de Saúde nesse segmento.

Atende convênios, particular e SUS - natureza jurídica: associação privada, sem fins lucrativos.

13. **Hospital São Lucas da PUCRS - (CNES 2262568)** - Unidade Hospitalar administrada pela **entidade privada, sem fins lucrativos e organização filantrópica** União Brasileira de Educação e Assistência (CNPJ 88.630.413/0001-09). A União Brasileira de Educação e Assistência (UBEA), entidade civil da Rede Marista, é uma instituição beneficente de assistência social, educacional, comunitária, filantrópica e sem fins lucrativos. As obras de construção do primeiro Hospital Marista tiveram início no ano de 1970. Em 1973 foram concluídos os ambulatórios, imediatamente disponibilizados para o Ensino Médico, com os estudantes de Medicina assistindo aos pacientes sob orientação dos professores da Faculdade de Medicina. No dia 29 de outubro de 1976, com a presença do então Presidente da República, Gen. Ernesto Geisel, foi oficialmente inaugurado o Hospital Universitário da PUCRS.

Atende convênios, particular e SUS - natureza jurídica: associação privada, sem fins lucrativos.

14. **Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) - (CNES 2237822)** - Unidade Hospitalar administrada desde 2020 pela **entidade privada, sem fins lucrativos e organização filantrópica** União Brasileira de Educação e Assistência (CNPJ 88.630.413/0001-09). O Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) tem como diferencial o incentivo ao aleitamento materno exclusivo (AME) e a qualidade da assistência que oferece, promovendo o vínculo entre a díade mãe/bebê, incentivando as relações familiares, com objetivo da diminuição das probabilidades de abandono ou

agressão doméstica. A União Brasileira de Educação e Assistência (UBEA), entidade civil da Rede Marista, é uma instituição beneficente de assistência social, educacional, comunitária, filantrópica e sem fins lucrativos. O HMIPV é um hospital municipal, inaugurado em 1953 inicialmente como um hospital geral, transformando-se em 1978 em um unidade hospitalar materno infantil. Apenas no ano 2000 o HMIPV tornou-se municipalizado.

Atende exclusivamente SUS - natureza jurídica: associação privada, sem fins lucrativos.

15. **Instituto de Cardiologia (CNES 2237849)** - Unidade Hospitalar administrada pela Associação Fundação Universitária de Cardiologia. O Instituto de Cardiologia - Fundação Universitária de Cardiologia (IC-FUC) foi criado em 1966 com o objetivo de desenvolver o ensino, aprimorar a assistência médica, incentivar estudos e pesquisas e promover o avanço do conhecimento e da assistência médica em cardiologia. A FUC administra outras unidades hospitalares em diversas cidades, tais como: Hospital Viamão, Hospital Alvorada, Hospital Padre Jeremias em Cachoeirinha, Instituto de Cardiologia do Distrito Federal e Hospital Regional de Santa Maria.

Atende convênios, particulares e SUS - natureza jurídica: associação privada, sem fins lucrativos.

16. **Hospital Espírita de Porto Alegre (HEPA) - (CNES 2237180)** - Unidade Hospital idealizada em 1912 por um grupo de espíritas que seguiam os ensinamentos de Allan Kardec e preocupavam-se especialmente das pessoas com distúrbios mentais que não tinham condições de pagar por tratamento. Em 1926 foi inaugurada as bases do HEPA no bairro Petrópolis. Como o local inicialmente escolhido não tinha espaço suficiente para promover a expansão buscaram novo local para a construção do hospital e em 1941 foi inaugurada a 1º ala do HEPA no bairro Teresópolis, administrada por associação privada sem fins lucrativos.

Atende convênios, particulares e SUS - natureza jurídica: associação privada, sem fins lucrativos.

- 17. Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - (CNES 2237253) -** Complexo hospitalares formado por nove hospitais (oito unidades no município de Porto Alegre e uma unidade no município de Gravataí) administrada pela organização privada sem fins lucrativos, filantrópica, denominada Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. **Atende convênios, particular e SUS.** O complexo, fundado em no ano de 1803 e 1926 iniciou as primeiras enfermarias para atender escravos, pobres e presos (Leal, 1999), possui dois hospitais gerais, adulto e pediátrico, e outras cinco unidades especializadas dentro do complexo localizado no centro de Porto Alegre e administra outras duas unidades hospitalares que são: Hospital dom João Becker localizado na cidade de Gravataí e o Hospital de Santo Antônio da Patrulha. A Santa Casa desenvolve intensa atividade de ensino e pesquisa e desde 1961 é o hospital escola da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

3.3.4. Descrição da rede hospitalar de Porto Alegre: rede privada

Descrição da rede hospitalar de Porto Alegre, identificando os hospitais privados que atendem somente convênios e particular (5 unidades):

- 18. Hospital Divina Providência (HDP) - (CNES 2237598) -** Unidade Hospitalar administrada pela **organização filantrópica** Sociedade Sulina Divina Providência (CNPJ 87.317.764/0001-93). A SSDP é uma pessoa jurídica de direito privado, subespécie associação, de assistência à saúde, educacional, cultural, beneficente de assistência social, com atividade preponderante na área da saúde, sem fins econômicos e lucrativos, constituída sob a inspiração dos ensinamentos e do carisma da Congregação das Irmãs da Divina Providência. É certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social pelo Ministério da Saúde (CEBAS-SAÚDE).

Atende convênios e particulares - natureza jurídica: associação privada, sem fins lucrativos.

19. **Hospital Beneficência Portuguesa (HBP) - (CNES 2237261)** - Unidade Hospitalar administrada pela **organização filantrópica** Associação Beneficente São Miguel (CNPJ 10.485.331/0001-12). Tudo começou com a criação da Sociedade Portuguesa de Beneficência em Porto Alegre, seguindo o mesmo caminho de outras cidades brasileiras, foi iniciativa do vice-cônsul de Portugal, António Maria do Amaral Ribeiro, em atendimento às necessidades de cuidados da comunidade imigrante portuguesa e seus descendentes. As obras do edifício, um dos marcos arquitetônicos da capital, na Avenida Independência, começaram em 29 de junho de 1867 e em 1870 o prédio foi inaugurado.

Atende convênios e particulares - natureza jurídica: associação privada, sem fins lucrativos.

20. **Hospital Ernesto Dornelles (HED) - (CNES 3567664)** - Unidade Hospitalar administrada pela **organização privada** Associação de Funcionários Públicos do Estado do Rio Grande do Sul (Afpergs).

Atende convênios e particulares - natureza jurídica: associação privada

21. **Hospital Mãe de Deus (HMD) - (CNES 3007847)** - Unidade Hospitalar administrada pela **entidade privada, sem fins lucrativos e uma organização filantrópica** Associação Educadora São Carlos (AESC CNPJ 88.625.686/0024-43). A AESC oferece serviços hospitalares e ambulatoriais de alta e média complexidade, para os segmentos de saúde privada (particular e convênios) e de saúde pública (SUS) – em articulação com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre e o Governo do Estado do Rio Grande do Sul – nos municípios gaúchos de Porto Alegre, Torres e Capão da Canoas.

Atende convênios e particulares - natureza jurídica: associação privada, sem fins lucrativos.

22. **Hospital Moinhos de Vento (HMV) - (CNES 3006522)** - Unidade Hospitalar administrada pela **organização privada** Associação Hospitalar Moinhos de

Vento. O Hospital Moinhos de Vento teve iniciada as obras em 1914, então denominado Hospital Alemão, foi fruto da idealização da comunidade alemã de Porto Alegre juntamente com religiosas. Foi inaugurado em 1927 e desde então se expandiu em áreas e especialidades.

Atende convênios e particulares - natureza jurídica: associação privada.

QUADRO 2 - HOSPITAIS E PRINCIPAIS LINHAS DE CUIDADO

Instituição	Linhas de cuidado
Hospitais Públicos	
Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> ● Cardiologia ● Cirurgia Bucomaxilofacial ● Cirurgia do trauma ● Cirurgia Geral ● Cirurgia Plástica ● Cirurgia Vascular ● Emergência Clínica ● Medicina Intensiva ● Neurocirurgia ● Oftalmologia ● Otorrinolaringologia ● Traumatologia ● Queimados ● Ensino (Residência e estágios)
Hospital Cristo Redentor	<ul style="list-style-type: none"> ● Traumatologia/Ortopedia ● Neurocirurgia ● Cirurgia Plástica Reparadora ● Cirurgia Vascular ● Cirurgia Bucomaxilofacial ● Emergência e Urgência ● Medicina Intensiva ● Tratamento Grandes Queimados ● Ensino (Residência e estágios)
Hospital Nossa Senhora da Conceição	<ul style="list-style-type: none"> ● Hospital Geral ● Emergência e Urgência ● Ambulatório ● Ensino (Residência e estágios) ● Oncologia
Hospital Fêmeina	<ul style="list-style-type: none"> ● Ginecologia ● Obstetrícia ● Maternidade ● Emergência e Urgência ● Ambulatório ● Ensino (Residência e estágios)

Hospital da Criança Conceição	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Geral Pediátrico • Emergência e urgência • Medicina Intensiva • UTI Neonatal • Ambulatório • Centro de Diagnóstico • Ensino (Residência e estágios)
Hospital Geral de Porto Alegre (HBM-PA)	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Geral • Ambulatório • Clínica Médica • Psiquiatria • Psicologia • Oncologia • Neurocirurgia • Traumatologia • Pediatria
Hospitais Privados ou Públicos administrados por organizações privadas sem fins lucrativos	
Hospital Restinga Extremo Sul	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Pronto Atendimento • Centro de especialidades (Infectologia, medicina interna, urologia, cirurgia e traumatologia) • Unidade de Diagnóstico • Hospital e escola de Gestão em Saúde • Ensino (Residência e estágios)
Hospital Vila Nova	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatório (cirurgia geral, cirurgia vascular, vasectomia, neurologia e oftalmologia) • Medicina Intensiva • Emergência e Urgência • Hospital geral • Internação Psiquiátrica • Ensino (Residência e estágios)
Hospital Santa Ana	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de Longa Permanência • Ensino (Residência) • Ambulatório • Ensino (Residência e estágios)
Hospital Independência	<ul style="list-style-type: none"> • Traumato e Ortopedia • Tratamento Intensivo • Ensino (Residência e estágios)
Hospital Banco de Olhos	<ul style="list-style-type: none"> • Oftalmologia • Emergência e Urgência • Centro de Diagnóstico em Oftalmologia • Ensino (Residência e estágios)
Hospital São Lucas	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Geral • Ambulatório • Medicina Intensiva • Maternidade • Centro de Diagnóstico

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	<ul style="list-style-type: none"> ● Pediatria ● Maternidade ● Ensino (Residência e estágios)
Instituto de Cardiologia	<ul style="list-style-type: none"> ● Cardiologia ● Emergência e Urgência ● Tratamento Intensivo ● Hemodinâmica ● Ensino (Residência e estágios)
Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	<ul style="list-style-type: none"> ● Hospital Geral (adulto e pediátrico) ● Emergência e Urgência ● Cardiologia ● Neurocirurgia ● Pneumologia ● Oncologia ● Transplantes ● Medicina Intensiva ● Ambulatório ● Centro de Diagnóstico ● Ensino (Residência e estágios)
Hospitais Privados	
Hospital Beneficência Portuguesa	<ul style="list-style-type: none"> ● Hospital Geral ● Ambulatório ● Emergência e urgência ● Medicina Intensiva
Hospital Ernesto Dornelles	<ul style="list-style-type: none"> ● Hospital Geral ● Ambulatório ● Medicina Intensiva ● Centro de Diagnóstico ● Emergência e Urgência ● Ensino (Residência e estágios)
Hospital Mãe de Deus	<ul style="list-style-type: none"> ● Hospital Geral ● Ambulatório ● Medicina Intensiva ● Centro de Diagnóstico ● Emergência e Urgência ● Ensino (Residência e estágios)
Hospital Moinhos de Vento	<ul style="list-style-type: none"> ● Hospital Geral ● Ambulatório ● Medicina Intensiva ● Centro de Diagnóstico ● Emergência e Urgência ● Ensino (Residência e estágios)
Hospital Divina Providência	<ul style="list-style-type: none"> ● Hospital Geral ● Emergência e Urgência ● Ambulatório ● Centro de Diagnóstico ● Ensino (Residência e estágios)

FONTE: Esta pesquisa

No quadro acima, foi realizado um resumo das linhas de cuidado dos Hospitais de Porto Alegre, sendo assim, podemos afirmar que a cidade conta com todas as especialidades de média e alta complexidade e relativamente bem distribuídas. Por este motivo, o município é muito procurado por pacientes oriundos de todo o Estado, do país e de outros países. Esta é uma evidência da efetividade dos Sistema Municipal de Saúde de Porto Alegre.

QUADRO 3 - NÚMERO DE LEITOS

Hospital	Nº de Leitos/totais	Nº de leitos assistenciais	Nº de leitos UTI
Hospitais Públicos (7 unidades)			
Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre	117 Fonte	85	32
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	919 Fonte	642	277
Hospital Cristo Redentor (GHC)	266 Fonte	237	29
Hospital Nossa Senhora da Conceição (GHC)	875 Fonte	816	59
Hospital Fêmeina (GHC)	166 Fonte	130	36
Hospital Criança Conceição (GHC)	203 Fonte	132	71
Hospital Geral de POA	77 Fonte	5	72
Hospitais Privados ou Públicos administrados por organizações privadas sem fins lucrativos			
Hospital Restinga Extremo Sul	111 Fonte	101	10
Hospital Vila Nova	350 Fonte		
Hospital Santa Ana	203 Fonte	193	10
Hospital Independência	134 Fonte	124	10

Hospital Banco de Olhos	20 Fonte	20	0
Hospital São Lucas da PUCRS	404 Fonte	345	59
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	166 Fonte	104	62
Instituto de Cardiologia	367 Fonte	278	89
Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	1053 Fonte	848	205
Hospitais privados			
Hospital Beneficência Portuguesa	248 Fonte	238	10
Hospital Ernesto Dornelles	313 Fonte	263	50
Hospital Mãe de Deus	312 Fonte	242	70
Hospital Moinhos de Vento	445 Fonte	342	103
Hospital Divina Providência	196 Fonte	148	48

FONTE: Esta pesquisa e site CNES

O quadro número 3, disposto acima, traz o perfil das instituições hospitalares que compõem o Sistema de Saúde de Porto Alegre, demonstrando a prevalência de instituições que não são públicas, mas que mantêm um vínculo contratual importante com o gestor municipal.

Este fenômeno é particular deste município, no entanto, diz sobre o esforço em tornar a saúde um direito social a partir da homologação do Texto Constitucional de 1988, assim sendo, conforme a Carta Magna, a saúde passou a ser um direito social (Art. 6º da CF/88), juntamente com a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados.

Por outro lado, fica evidente que o setor público não conseguiu se tornar universal sem a participação do setor privado/filantrópico, pois, o esforço para garantir, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços

para a promoção, proteção e recuperação da saúde, são iniciativas que requerem alto investimento tanto de infraestrutura, quanto em recursos humanos, sendo assim é mais prudente investir na rede já existente, pois antes do advento do SUS, já existiam instituições privadas e filantrópicas que atuam neste setor, ou seja, utilizar a infraestrutura existente requer menos investimento e aumenta a capacidade de oferta de atendimento.

O setor privado possui um espaço consolidado para a sociedade no que refere-se ao atendimento de baixa e média complexidade, contudo, procedimentos de alta complexidade e alto custo, são direcionados para a rede pública, como por exemplo os transplantes de órgãos.

As instituições privadas sem fins lucrativos, que possuem certificação de filantropia, atuam para alavancar os atendimentos dos usuários do SUS, e como recompensa, acessão benefícios fiscais que são ganhos indiretos, tais como as reduções de impostos e outros benefícios simbólicos, como a própria imagem de filantropia. Lembrando que a filantropia é definida como uma ação de generosidade, ou caridade. Conforme Oliveira (2007) a filantropia pode ser dividida em dois âmbitos: a missão de contribuir com o Estado sem assumir sua figura e realizar o bem prestando assistência social. Muitas entidades filantrópicas são reconhecidas como entidades beneficentes e por este motivo tem direito a imunidade tributária. Para obter e manter esta certificação é necessário cumprir uma série de requisitos que estão dispostos na Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009.

Porém o sistema segue a lógica do Art. nº 198 da CF/88, que determina que as ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização; atendimento integral; e participação da comunidade; além de outras diretrizes referentes ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Na prática não é possível analisar todas as diretrizes, num sistema cuja complexidade não permite que se faça esta constatação. O sistema é pulverizado e diverso.

3.4. DESCRIÇÃO DA GESTÃO E GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS E ATIVIDADES EDUCACIONAIS DO HOSPITAL INDEPENDÊNCIA

Desde o primeiro contrato assinado, em 2012, entre a Sociedade Sulina Divina Providência (SSDP) e a Prefeitura de Porto Alegre, representada pela Secretaria Municipal de Saúde, os serviços educacionais estão previstos como parte a ser desenvolvida pela instituição Hospital Independência.

Assim sendo, fica estipulado, nas atribuições do contratante que: termo de contrato (processo administrativo nº. 001.033766.11.8) - 3.2.34: Elaborar e implementar mecanismos de Educação Permanente para os profissionais da Rede de Serviços, oferecendo a eles oportunidades de acompanhamento de casos e reconhecimento de serviços, de modo a ampliar a resolubilidade de suas ações.

O setor Centro de Ensino e Pesquisa (CEP) do Hospital Independência é o setor responsável pela área de ensino e pesquisa, além do desenvolvimento de melhores práticas e na qualificação técnica dos colaboradores (REDE DE SAÚDE DIVINA PROVIDÊNCIA, 2022). Os Programas de Residência Médica (PRM) da Rede de Saúde Divina Providência foram criados em 2013, a partir da decisão da instituição em se tornar um complexo hospitalar nas especialidades médicas em que possui grande expertise (REDE DE SAÚDE DIVINA PROVIDÊNCIA, 2022). O processo seletivo é anual, obedecendo a legislação vigente através das resoluções da Comissão Nacional de Médicos Residentes (CNRM). As atividades iniciam entre 1º e 3 de março de cada ano e os programas de Psiquiatria e Ortopedia e Traumatologia têm três anos de duração. Já os programas de Clínica Médica e Medicina Intensiva duram dois anos (REDE DE SAÚDE DIVINA PROVIDÊNCIA, 2022).

A Rede de Saúde Divina Providência tem disponibilidade para realização de estágios e atividades de formação optativas nas dependências dos seus hospitais. Para a realização de estágios curriculares é necessário que haja parceria da sua Instituição de Ensino com a Rede de Saúde Divina Providência. Para atividade de formação optativa, o público alvo são alunos de graduação em Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Serviço Social, Psicologia e Medicina*, além de estudantes de curso técnico em Enfermagem, nutrição e farmácia (REDE DE SAÚDE DIVINA PROVIDÊNCIA, 2022).

Para a formação dos profissionais relacionados na tabela abaixo, e em outras áreas de natureza técnica, é necessário além do ensino teórico, o ensino da prática, portanto, é fundamental disponibilizar aos estudantes locais adequados em estrutura e supervisionados, para a detenção de tais conhecimentos. Para o Poder Público é de suma importância oferecer um currículo completo na formação dos profissionais da saúde, tanto em instituições públicas e privadas de ensino, visto que a demanda por atendimento médico e multiprofissional na área da saúde é ininterrupta e há pouca oferta de profissionais para suprir a demanda da população.

A contratação de médicos e demais profissionais da área da saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e técnicos em enfermagem, sem especialização e/ou experiência na clínica da Medicina Intensiva, no período pandêmico, enfrentado nos últimos dois anos no Brasil, expôs de forma clara a falta de profissionais da área.

Conforme art. nº 200, incisos III e V, da CF/88, compete, também ao SUS, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde e incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico. A temática educação e formação de recursos humanos também está explicitada na Lei nº 8.080 de 1990: Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

QUADRO 4 - NÚMERO DE RESIDENTES E ESTAGIÁRIOS HI/2022

RESIDÊNCIA MÉDICA - PROGRAMA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO	
ESPECIALIDADE	QUANTIDADE
TRAUMATOLOGIA/ORTOPEDIA	6
CLÍNICA MÉDICA	2
PSIQUIATRIA	2
MEDICINA INTENSIVA	2
ESTÁGIOS MULTIPROFISSIONAIS	
ESPECIALIDADE	QUANTIDADE
NUTRIÇÃO/TÉCNICO EM NUTRIÇÃO	4
PSICOLOGIA	2
SERVIÇO SOCIAL	2
TÉCNICO EM RADIOLOGIA	2
FISIOTERAPIA	4
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	10
ENFERMAGEM	6

Fontes: essa pesquisa

Neste contexto, a Administração Pública utiliza a política de descentralização como forma de aumentar a capacidade da rede SUS na prestação de serviços educacionais e de saúde, utilizando as organizações privadas sem fins lucrativos, através das contratualizações, para suprir duas áreas que são deveres do Estado e direito do cidadão: a saúde e a educação.

4. METODOLOGIA

Esta seção está direcionada a tratar sobre a metodologia utilizada para, por meio das pesquisas realizadas, atingir os objetivos propostos e relacionados abaixo. Para tanto, há a descrição das características da pesquisa e os métodos usados, assim como, a forma de coleta de dados e o caminho percorrido. A análise está explicitada na seção 4 do presente trabalho.

4.1.PESQUISA

Para a realização deste trabalho, optou-se pelo tipo de pesquisa exploratória, qualitativa e quantitativa. A coleta de dados quali-quantitativo foi realizada através de levantamento de dados em sites de transparência da União e do município de Porto Alegre, e também, por meio de levantamento documental, utilizando principalmente, contratos firmados entre o município e as organizações privadas sem fins lucrativos.

Gil (2002, p. 17) define “a pesquisa como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos”. Neste sentido, a presente pesquisa tem por finalidade responder a pergunta do objetivo geral e dos objetivos específicos detalhados neste trabalho.

É sabido que toda classificação segue algum critério, com às pesquisas é usual utilizar como base os objetivos gerais. Sendo assim, é possível classificar as pesquisas em três grupos: exploratória, descritiva e explicativa (Gil, 2002).

As pesquisas exploratórias têm como objetivo maior familiaridade com o problema, ou seja, torná-lo mais explícito. Buscam aprimorar ideias ou descobrir intuições (Gil, 2002). Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: a) levantamento bibliográfico; b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; c) análise de exemplos (Gil, 2002, p. 41, apud Selltiz et al, 1967, p. 63).

Pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecimento de relações entre variáveis (Gil, 2002, p. 42). Neste tipo de pesquisa prevalece a utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados, tais como questionários e a observação sistemática (Gil, 2002, p. 42).

Por fim, as pesquisas explicativas têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos (Gil, 2002, p. 42). Este tipo de pesquisa busca explicar a razão, o porquê das coisas. Assim é muito utilizado nas ciências naturais e utilizam quase que exclusivamente o método experimental (Gil, 2002).

O objetivo geral desta pesquisa visa analisar as características que determinam as instituições hospitalares que compõem o sistema de saúde em Porto Alegre, alicerçado no direito à saúde e, ao mesmo tempo, sendo gerido como serviço público, que pode ser implementado por concessão ou permissão, como meio de atender a demanda da Sociedade.

Os objetivos específicos encontram-se relacionados na tabela abaixo:

QUADRO 5 - DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivos Específicos	Instrumentos de coleta	Resultados obtidos
Descrever a natureza jurídica das unidades hospitalares que compõem o sistema de saúde no Município de Porto Alegre	Levantamento bibliográfico. Levantamento documental das normas dos SUS; Base de dados da Prefeitura e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES)	Foi realizado uma mapa das instituições que na sua grande maioria são organizações privadas sem fins lucrativos.
Analisar três hospitais de natureza jurídica distinta que atuam na linha de cuidado de traumato/ortopedia e ofertam atendimento pelo SUS	Levantamento documental e Base de dados Cadsus tabnet	Demonstrou que a contratualização modificou a gestão na linha de cuidado de traumato/ortopedia
Medir a efetividade da política de descentralização na gestão da saúde pública no Município de Porto Alegre	Base de dados cadsus/tabnet	Levantamento dos indicadores de atendimento

Fonte: Esta pesquisa

Essa pesquisa buscou, além de responder o problema de pesquisa proposto, exposto no objetivo principal, responder há três objetivos específicos que estão descritos na tabela acima.

O primeiro objetivo a ser alcançado foi descrever a rede hospitalar da cidade de Porto Alegre, com o intuito de mapear a rede e assim realizar a classificação de cada instituição quanto a sua natureza jurídica, sendo possível, desta forma, identificar as organizações pública e as organizações privadas sem fins lucrativos, visando demonstrar, em um primeiro momento do estudo, a dimensão e estrutura da rede SUS disponível. Para tanto, utilizamos dados disponíveis em sites de transparência da União e do Município de Porto Alegre.

O segundo objetivo proposto foi analisar três instituições de natureza jurídica e forma de financiamento distintas, porém que oferecem a mesma linha de cuidado traumatologia e ortopedia, intencionando apontar a política de descentralização em ação no município de Porto Alegre. Na análise apresentada na seção 4, através dos dados coletados, podemos evidenciar que a inclusão do Hospital Independência na Rede de Hospitais que oferecem tratamento em traumato e ortopedia pelo SUS dobrou a capacidade da cidade para tal especialidade.

Por fim, o terceiro objetivo buscou medir a efetividade da implementação da citada política por meio da análise da efetividade de impacto que visa aferir os resultados que uma ação traz de benefício à população visada e as instituições implementadoras de determinada política (CASTRO, 2006). No referido estudo, foi possível apontar, que tanto a população alvo, no caso os usuários do SUS, e os implementadores da política de descentralização na gestão da Unidades Hospitalares, representada pela SMS de Porto Alegre, obtiveram resultados positivos. Pois, neste contexto, a população alvo teve aumento de oferta do serviço e os implementadores diminuíram os custos ao investir em uma estrutura já existente para ofertar o serviço, visando cumprir com suas obrigações.

E por que se faz pesquisa? Para buscar respostas e/ou soluções. Para Gil (2002, p. 17), há muitas razões para a realização de uma pesquisa, mas para melhor entendimento, o autor supracitado, divide as razões em dois grandes grupos: por razões de ordem intelectual e por razões de ordem prática, ou seja, para encontrar respostas e/ou soluções. Entretanto, as motivações não são excludentes entre si, pois “uma pesquisa de problemas práticos (soluções) pode conduzir à

descoberta de princípios científicos (respostas). Da mesma forma, o contrário também pode acontecer” (Gil, 2002).

Gil (2002) descreve em seu livro um passo-a-passo do que é necessário para se fazer uma pesquisa, assim destaca a importância das qualidades pessoais do pesquisador, tais como: conhecimento do assunto a ser pesquisado, curiosidade, criatividade, sensibilidade social, perseverança e paciência, etc; e recursos humanos, materiais e financeiros, pois para se fazer ciência é essencial dispor de equipamentos, de tempo para a pesquisa e de pessoal qualificado para a sua realização (Gil, 2002).

Neste contexto, para confrontar a visão teórica com os dados da realidade, é necessário traçar um modelo conceitual e operativo da pesquisa (Gil, 2002, p. 43). O delineamento refere-se ao planejamento da pesquisa, ou seja, expressa em linhas gerais o desenvolvimento da pesquisa, com ênfase nos procedimentos técnicos de coleta de dados e análise de dados (Gil, 2002, p. 43). Assim sendo, é possível classificar as pesquisas também pelos delineamentos utilizados na coleta e análise de dados, sendo este processo denominado por Gil (2002) como: classificação de pesquisa com base nos procedimentos técnicos utilizados.

Seguindo o método de classificação por técnica utilizada proposto por Gil (2002), pode-se classificar as pesquisas das seguintes formas: pesquisa bibliográfica; pesquisa documental; pesquisa experimental; pesquisa ex-post facto; estudo de corte; levantamento; estudo de campo; estudo de caso; pesquisa-ação; pesquisa participante.

A coleta de dados do presente estudo foi realizada através de levantamento de dados em sites de transparência da União e do município de Porto Alegre, concomitantemente ao levantamento documental, utilizando documentos disponibilizados no site da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, tais como os contratos firmados entre o município e as organizações privadas sem fins lucrativos. Neste sentido, podemos classificar a presente pesquisa, devido aos métodos de coleta de dados utilizados, como uma pesquisa bibliográfica e documental de informações disponíveis para a sociedade.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituídos principalmente de livros e artigos científicos (Gil, 2002, p. 44). A principal vantagem desse tipo de pesquisa reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que

poderia pesquisar diretamente (Gil, 2002, p. 45). A desvantagem que pode ocorrer neste tipo de pesquisa refere-se a grande possibilidade das fontes secundárias apresentarem dados coletados e processados equivocadamente (Gil, 2002, p. 45), ocasionando reprodução ou mesmo ampliação dos erros (Gil, 2002).

A pesquisa documental se assemelha muito a pesquisa bibliográfica (Gil, 2002, p. 45), contudo, a diferenciação ocorre na natureza das fontes utilizadas. A pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (Gil, 2002, p. 45). As vantagens da pesquisa documental citadas por Gil (2002) são: documentos constituem fonte rica e estável de dados; baixo custo; não exigência de contato com sujeitos da pesquisa. A principal crítica a este tipo de pesquisa se dá ao fato que muitos consideram a não-representatividade e subjetividade dos documentos como uma grande limitação deste formato de técnica (Gil, 2002).

O prosseguimento da pesquisa requer que o problema seja delimitado a uma dimensão viável (Gil, 2002, p. 89), ou seja, é necessário recortes. Nesse sentido, para adequar a presente pesquisa, ao que refere-se a análise do gerenciamento do serviço, através da utilização das entidade privadas sem fins lucrativos, visando a mensuração da efetividade da política pública de descentralização da gestão da saúde no município de Porto Alegre, optou-se por delimitar a pesquisa a três unidades hospitalares - Hospital Independência, Hospital Cristo Redentor e Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, de natureza jurídica distintas e que têm como linha de cuidado a traumatologia e ortopedia.

Os dados foram coletados no site CadSUS Tabnet, site de transparência do Ministério da Saúde, onde estão disponibilizados informações referentes ao número de internações, valores pagos baseados na tabela SUS e etc, podendo filtrar tais informações por município, estabelecimento e etc. Os dados coletados foram: número de internações com procedimentos principais do grupo 04 (procedimentos cirúrgicos) e subgrupo 04.08 (Cirurgias do Sistema Osteomuscular); e valores por internação (valores de referência da tabela SIGTAP). A tabela SIGTAP, abreviação de Sistema de Gerenciamento da Tabela Procedimentos, Medicamentos e OPME (Órteses, Próteses e Medicamentos Especiais) do SUS, é uma ferramenta que permite acessar todos os procedimentos disponibilizados pelo SUS, além de fornecer valores e descrição de cada procedimento, tanto cirúrgicos, quanto

ambulatoriais. A tabela foi instituída em fevereiro de 2007, através da Portaria nº 321, e em 6 de novembro do mesmo ano, é publicada a Portaria GM/MS 2.848 que publica a Tabela SIGTAP do SUS.

As informações apuradas também sofreram corte de tempo, sendo escolhido os anos de 2012 a 2019. O ano de 2012 foi escolhido como marco inicial na coleta dos dados, devido a inauguração do Hospital Independência como colaborador do sistema, ter ocorrido em setembro de 2012, e o ano 2019, como marco final, pois os anos posteriores, 2020 e 2021, foram anos atípicos para a área da saúde, devido a pandemia de Covid19.

O tratamento de dados se faz necessário, visto que em boa parte dos casos os documentos a serem utilizados na pesquisa não receberam nenhum tratamento (Gil, 2002, p. 88). A análise de conteúdo desenvolve-se em três etapas: a primeira é a pré-análise, onde procede a escolha do material; a segunda é a exploração do material; e a terceira é constituída pelo tratamento, inferência e interpretação dos dados (Gil, 2002, p. 89 apud Bardin, s. d.).

A análise de conteúdo pode ser quantitativa ou qualitativa (Gil, 2003, p. 90). Para análises quantitativas, que utilizam análises estatísticas, pode-se usar softwares, ou outras estratégias (Gil, 2002, p. 90), como: confecção de tabelas utilizando fichas, ou, o emparelhamento, que consiste em associar os dados recolhidos a um modelo teórico com finalidade de compará-los (Gil, 2002, p. 90). Já nas pesquisas qualitativas, caso não tenha um modelo teórico a seguir, verifica-se um vai e vem entre observação, reflexão e interpretação à medida que a análise progride (Gil, 2002, p. 90).

4.2. CAMINHO PERCORRIDO

O presente trabalho foi inicialmente pensado devido a minha proximidade com o tema escolhido, pois trabalho para uma instituição privada, sem fins lucrativos, filantrópica, que presta serviço de gestão e gerenciamento dos serviços de uma unidade hospitalar para a Prefeitura de Porto Alegre desde 2012, a Sociedade Sulina Divina Providência (SSDP).

Ao buscar locais para a realização do estágio obrigatório na Secretaria Municipal de Saúde e, concomitantemente, iniciava meu projeto de TCC, entrei em contato com o setor de pagamentos das contratualizações da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e assim, tive acesso a informação referente ao fenômeno a ser analisado nesta pesquisa, que inicialmente chamei de terceirização, por parte da SMS, ao entregar para a iniciativa privada, através das organizações sociais, a gestão e gerenciamento das unidades hospitalares que oferecem atendimento pelo SUS.

Entretanto, após iniciar meus estudos para a construção do presente trabalho, modifiquei o objetivo geral e objetivos específicos visando aprofundar, através deste estudo, o entendimento sobre a política pública de descentralização, e sua implementação na gestão da saúde de Porto Alegre, através das OSCIP. Essa modificação se deu ao ler os artigos Descentralização: Conceitos, Princípios, Prática Governamental de autoria de Thereza Lobo; e também Federalismo e Articulação de Competências no Brasil de autoria de Virgílio Afonso Silva, pois mediante essas leituras visualizei outra configuração para o fenômeno observado.

A aproximação com os dados coletados explicaram os fenômenos administrativos e organizacionais que vivenciei. A leitura dos documentos me instigaram a fazer a verificação sobre a efetividade da política de saúde em que estava inserida e os efeitos que foram sendo impressos a partir de decisões governamentais, qual seja a contratação de instituições que não são de natureza pública para atender uma obrigação que é do Estado.

5. ANALISE DOS DADOS DA PESQUISA

A análise foi planejada em três eixos que se relacionavam diretamente com as atribuições contratuais entre o município e a organização prestadora de serviços. Elas estão vinculadas à implementação, gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde do Hospital Independência (HI) em conformidade com o Plano Operativo (PORTO ALEGRE, 2012).

Esses quesitos permitiram definir as dimensões analíticas do trabalho. Primeiro descrever e analisar as organizações que prestam atendimentos similares, organizando um mapa do sistema. O segundo segue a linha de cuidado que é foco relevante do HI, que é a traumatologia e ortopedia. O terceiro está ligado ao objetivo precípua dos hospitais que é ser campo de formação profissional de diferentes áreas de conhecimento.

5.1. DESCRIÇÃO ANALÍTICA DO SERVIÇO

Esta seção tem por objetivo analisar, através do referencial teórico apresentado e dos dados coletados, o efeito da descentralização na gestão da saúde pública do município de Porto Alegre, utilizando, para fins comparativos, três unidades hospitalares que atendem exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS) e que apresentam a mesma linha de cuidado (traumatologia e ortopedia), e que possuem natureza jurídica distinta, visando a mensuração da efetividade de impacto de tal política para a população usuária do sistema SUS.

As unidades hospitalares escolhidas para a coletas de dados são:

QUADRO 6 - ÁREA DE CUIDADO TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

INSTITUIÇÃO	NATUREZA JURÍDICA	FORMA DE FINANCIAMENTO
Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS)	Público Municipal	Despesa municipal orçamentária
Hospital Independência (HI)	Privado sem fins lucrativos	Recursos garantidos em contrato
Hospital Cristo Redentor (GHC)	Público de direito privado sob controle acionário da União	Contrato com a prefeitura e valores da União pela sua natureza

FONTE: Esta pesquisa

O quadro 6 apresenta o recorte dos três hospitais que selecionamos para analisar a linha de cuidado de traumatologia e ortopedia, cada um possui natureza jurídica diferenciada e forma de financiamento que não é semelhante. As instituições, no entanto, realizam atividades idênticas e algumas em caráter complementar.

O primeiro termo de contrato (processo administrativo nº. 001.033766.11.8), firmado entre a SMS de Porto Alegre e a Sociedade Sulina Divina Providência para a implementação, gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde do Hospital Independência (cláusula primeira - do objeto, processo administrativo nº. 001.033766.11.8) ocorreu no ano de 2012; ano que também iniciou as atividades da unidade hospitalar Hospital Independência.

Conforme descrito no contrato, a contratante buscou tal parceria objetivando suprir a necessidade de desenvolver a política de atenção hospitalar visando aprimorar mecanismo de gestão e gerenciamento das atividades e serviços educacionais e de saúde através do Hospital Independência, objetivando o cumprimento das suas funções públicas, dentro do permitido por lei.

No referido termo consta os direitos e deveres da contratada e da contratante, sendo assim, fica estipulado que a contratante tem como atribuições: elaborar e revisar plano operativo disposto no termo de contrato; deliberar, supervisionar, controlar, acompanhar, fiscalizar, e avaliar a operacionalização das ações e atividades pactuadas; estabelecer, implementar e manter os mecanismo de

regulação; custear; auditar; repassar mensalmente verbas e etc (cláusula terceira - das atribuições).

A contratada cabe: obedecer às normas técnicas e administrativas; reconhecer e respeitar as prerrogativas do Gestor Municipal e Ministério da Saúde para realizar fiscalização, auditoria, controle; atender apenas pacientes regulados pelo sistema de regulação (Gerint e Gercon); contemplar as Política Nacional de Humanização do SUS; garantir confidencialidade; realizar a aferição de custos e repassar trimestralmente a contratante e etc.

Desde o início da parceria entre o poder público representado pela SMS de Porto Alegre e a organização privada sem fins lucrativos SSDP a intencionalidade do projeto era utilizar o Hospital Independência como retaguarda do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS) e do Pronto Atendimento Cruzeiro do SUL (PACS), neste sentido, pode-se destacar a cláusula terceira (3.2.46) do contrato que discorre sobre as atribuições da contratada, que diz: ser porta preferencial para as cirurgias oriundas do HPS e PACS, constituindo-se como referência para estes serviços Municipais, conforme encaminhamentos da Regulação Municipal.

Realizado este recorte foi possível fazer as verificações dos dados. A interpretação dos efeitos serão apresentados na continuação.

5.2. A EFETIVIDADE PELO PRISMA DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES

Neste momento do trabalho iremos apresentar a avaliação de efetividade das decisões tomadas dentro do Sistema Municipal de Saúde, na linha de cuidado de ortopedia e traumatologia utilizando como base o número de internações do subgrupo 04.08 (osteomuscular) realizadas de 2013 a 2019.

As avaliações ex post tem por objetivo verificar a eficiência e eficácia, para verificar se o programa está atendendo os objetivos e verificar a efetividade, com foco em averiguar os resultados, impactos e efeitos (DRAIBE, 2001). Pois o impacto está diretamente ligado à mudança na realidade sobre a qual o programa se propôs. E, por fim, efeitos referem-se a impactos que modificam o meio social e institucional (DRAIBE, 2001).

Neste aspecto, conforme o histórico levantado através do número de internações realizadas para efetivar tratamento cirúrgico do subgrupo 04.08 (cirurgias do sistema osteomuscular), por mês, por ano, de janeiro de 2012 a dezembro de 2019, dos três hospitais referidos na seção anterior, demonstra que a entrada do Hospital Independência trouxe uma folga para o Hospital Pronto Socorro, atingindo o objetivo proposto desde o primeiro contrato.

Indicadores de Efetividade de impacto: n^a de internações realizadas nas três unidades nos anos de 2014 a 2019 do subgrupo 04.08 (sistema osteomuscular);

Na tabela 1, consta o número de internações realizadas no Hospital Independência (HI) para a realização do subgrupo escolhido (04.08), com recorte de tempo de março de 2013 a dezembro de 2019, visto que os dados estão disponíveis no site Tabnet DataSUS a partir desta data.

O HI, inicialmente realizou poucos atendimentos deste subgrupo, devido aos inícios das operações no hospital, sendo necessário averiguar a capacidade do número de atendimentos e também pelo processo de entrada do paciente no Hospital Independência ser através inteiramente regular, ou seja, depende totalmente da regulação da SMS para enviar o paciente, ou via eletiva, para tratamentos ortopédicos, ou via transferência hospitalar, para tratamentos de traumas.

Assim, ao longo dos anos o HI encontra estabilidade no número de internações, ficando sua capacidade média de atendimento, conforme tabela e gráfico entre disponibilizados abaixo, entre 2.500 e 3.000 internações para tratamento cirúrgico do subgrupo 04.08 (cirurgias do sistema osteomuscular)

TABELA 1 – EFETIVIDADE A PARTIR DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES DO HOSPITAL INDEPENDÊNCIA

ANO / MÊS	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
JAN	0	220	227	93	209	217	178
FEV	0	192	213	152	109	173	236
MAR	6	299	239	159	185	151	209
ABR	51	379	194	216	197	371	203
MAI	21	213	213	327	293	260	275
JUN	54	300	204	267	210	292	289
JUL	57	227	251	286	198	300	231
AGO	112	281	244	251	255	258	247
SET	189	340	298	217	291	299	240
OUT	201	352	228	194	258	247	338
NOV	207	369	310	217	394	258	256
DEZ	219	159	251	217	334	329	69
TOTAL	1117	3331	2872	2596	2933	3155	2771

FONTE: SITE TABNET (2022)

A tabela 2, traz os dados referente às internações do Hospital Cristo Redentor, para tratamento cirúrgico do subgrupo 04.08 (cirurgias do sistema osteomuscular), com diferença no recorte de tempo, pois os dados coletados iniciam no ano de 2012.

Optamos por tal medida com o intuito de demonstrar a capacidade de atendimento do referido hospital antes da entrada da unidade HI na rede SUS da linha de cuidado, buscando visualizar alguma mudança no número de atendimentos.

Como a tabela e gráfico demonstram o HCR manteve a média de internações do estudado subgrupo mesmo após a entrada da nova instituição na rede. Isso se deve ao fato de que o Hospital Independência ser direcionado a suprir as demandas da linha de cuidado analisada do HPS e do PACS, não sendo o HCR contemplado

em suas demandas, visto que o mesmo já é um Hospital de referência no atendimento desse serviço, inclusive de emergências e urgências.

TABELA 2 – EFETIVIDADE A PARTIR DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES DO HOSPITAL CRISTO REDENTOR

ANO /MÊS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
JAN	154	207	256	185	214	110	178	235
FEV	312	254	305	196	274	275	263	207
MAR	157	126	266	230	176	258	244	205
ABR	50	255	227	220	276	188	253	237
MAI	111	374	306	197	274	262	206	250
JUN	41	274	149	360	241	153	183	168
JUL	18	146	310	378	335	336	338	264
AGO	259	258	142	259	314	280	187	336
SET	267	292	284	374	253	246	301	253
OUT	297	285	183	218	213	271	288	321
NOV	181	201	146	132	225	174	217	247
DEZ	216	181	99	230	251	303	263	289
TOTAL	2063	2853	2673	2979	3046	2856	2921	3012

FONTE: SITE TABNET (2022)

Na tabela 3 estão expostos os dados coletados referente ao número de internações para tratamento cirúrgico do subgrupo 04.08 (cirurgias do sistema osteomuscular), com recorte de tempo igual ao do HCR. É possível observar que ao longo dos anos o número de atendimentos dessa linha de cuidado diminui, à medida que o HI se estabelece. O HPS fica responsável pelo primeiro cuidado do paciente, avaliando e estabilizando, e encaminhando aos hospitais de referência para o devido tratamento. Logo, com a entrada do HI na rede, o HPS passa a direcionar casos traumatológicos para a instituição que foi estruturada com o intuito de “ser

porta preferencial para as cirurgias oriundas do HPS e PACS, constituindo-se como referências para estes serviços Municipais, conforme encaminhamento da Regulação Municipal.

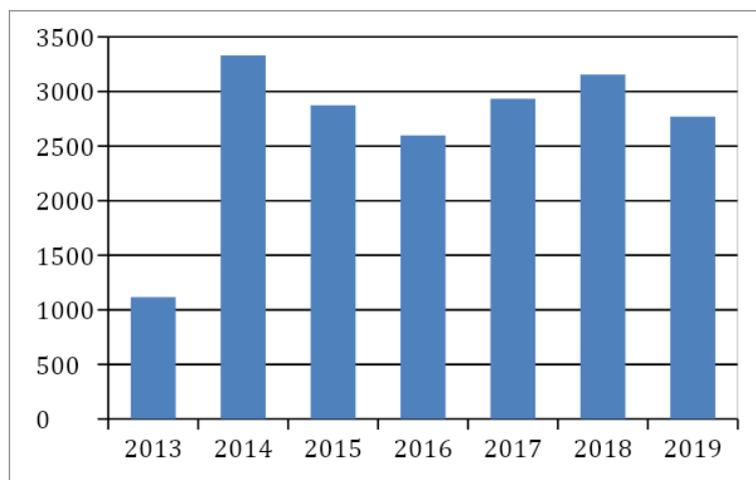
Nesse sentido, é necessário retomar os conceitos de efetividade trazidos no referencial teórico a fim de demonstrar o impacto da implementação de tal política, visto que, o impacto está diretamente ligado à mudança na realidade sobre a qual o programa se propôs, e neste sentido, a intencionalidade de modificar a realidade foi alcançada, pois a partir da entrada do HI na rede SUS foi possível diminuir a demanda do HPS por este serviço, possibilitando o mesmo a alcançar melhorias em outras linhas de cuidado e aumento o serviço para os usuários, visto que, o HI não somente atende pacientes traumatológicos, mas também pacientes ortopédicos, diminuindo assim a fila de espera por tal especialidade (DRAIBE, 2001).

TABELA 3 - EFETIVIDADE A PARTIR NÚMERO DE INTERNAÇÕES DO HOSPITAL PRONTO SOCORRO

ANO /MÊS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
JAN	53	33	56	61	45	32	33	23
FEV	54	55	35	59	47	40	36	26
MAR	47	63	43	46	49	54	23	28
ABR	71	61	52	43	53	55	28	22
MAI	73	79	58	65	56	67	29	27
JUN	47	62	49	61	28	51	30	28
JUL	69	72	44	44	38	37	28	24
AGO	57	42	41	35	38	47	26	26
SET	49	52	51	34	44	32	20	24
OUT	56	41	57	54	35	26	41	23
NOV	56	47	60	47	39	30	40	36
DEZ	47	64	61	51	42	29	18	45
TOTAL	679	671	607	600	514	500	352	332

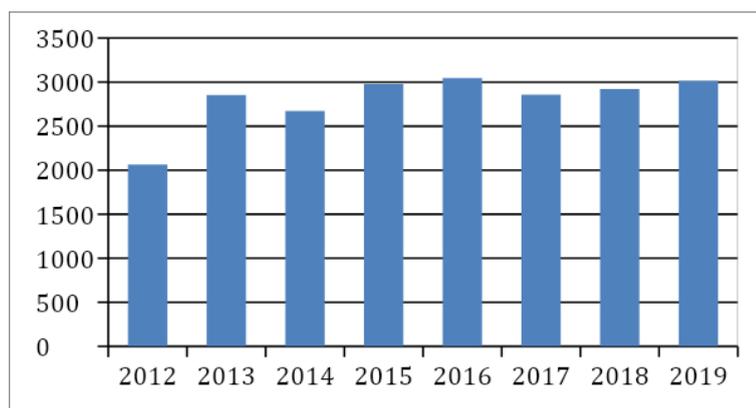
FONTE: SITE TABNET (2022)

GRÁFICO 1 - EFETIVIDADE A PARTIR NÚMERO DE INTERNAÇÕES DO HOSPITAL INDEPENDÊNCIA



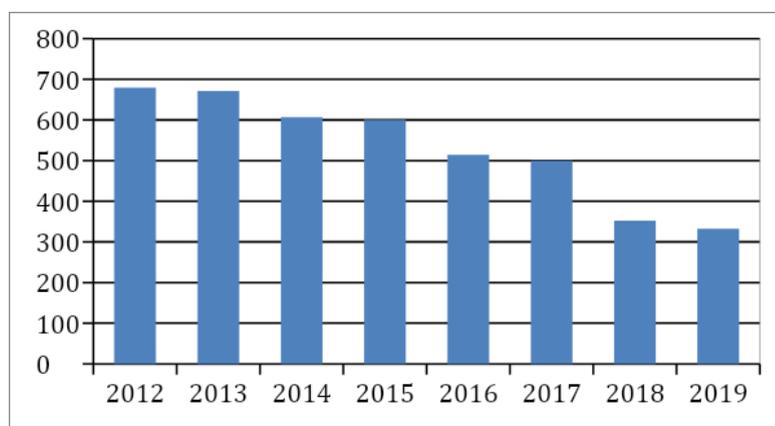
FONTE: SITE TABNET (2022)

GRÁFICO 2 - EFETIVIDADE A PARTIR NÚMERO DE INTERNAÇÕES DO HOSPITAL CRISTO REDENTOR



FONTE: SITE TABNET (2022)

GRÁFICO 3 - EFETIVIDADE A PARTIR NÚMERO DE INTERNAÇÕES DO HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO



FONTE: SITE TABNET (2022)

Nos gráficos 1, 2 e 3 apresenta-se os dados referentes aos números de internações disponibilizados nas respectivas tabelas 1, 2 e 3. Há evidência de um equilíbrio no número de internações para tratamento cirúrgico do subgrupo 04.08 no HCR, que manteve a média. O HPS apresenta redução pela metade no número de internações à medida que o HI adentra e se estrutura na rede.

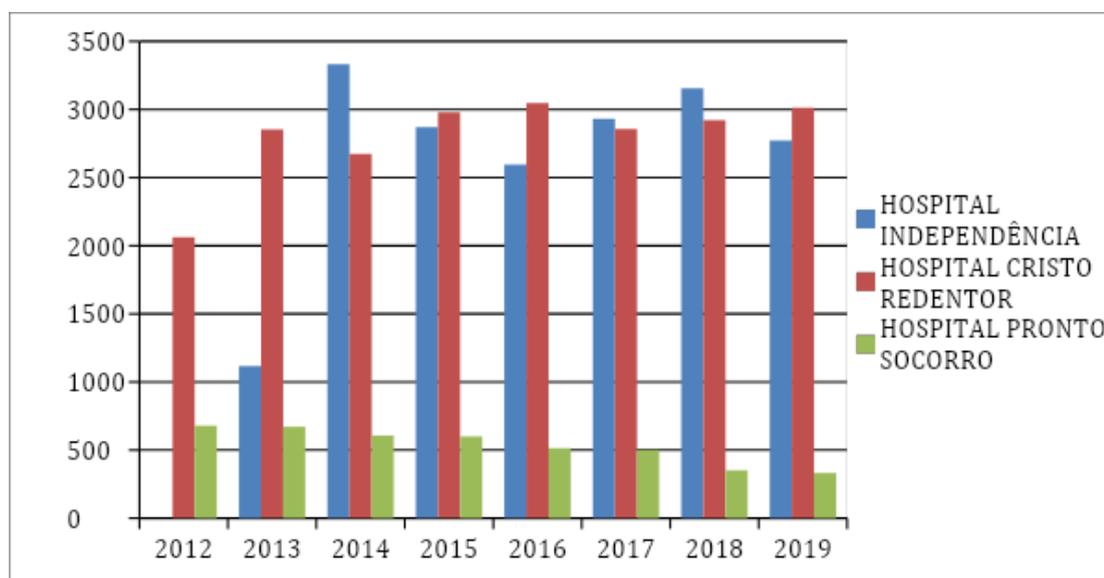
Na Tabela 4 é apresentada a relação dos três.

TABELA 4 - INDICADOR DE EFETIVIDADE PELO NÚMERO DE INTERNAÇÕES

ANO/ INSTITUIÇÃO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
HOSPITAL INDEPENDÊNCIA	0	1117	3331	2872	2596	2933	3155	2771
HOSPITAL CRISTO REDENTOR	2063	2853	2673	2979	3046	2856	2921	3012
HOSPITAL PRONTO SOCORRO	679	671	607	600	514	500	352	332

FONTE: SITE TABNET (2022)- Elaborado para esta pesquisa

GRÁFICO 4 – EFETIVIDADE MEDIDA PELO NÚMERO DE INTERNAÇÕES



FONTE: SITE TABNET (2022)- Elaborado para esta pesquisa

Portanto, é razoável concluir que tais dados, expostos acima, confirmam que as características que determinam as instituições hospitalares que compõem o sistema de saúde em Porto Alegre, alicerçado no direito à saúde e, ao mesmo tempo, sendo gerido como serviço público, e que pode ser implementado por

concessão ou permissão, como meio de atender as demandas da Sociedade, demonstrando assim na prática a implementação da política de descentralização na gestão de unidades hospitalares do Município de Porto Alegre e que tal política produz, para a linha de cuidado estudada, efetividade de efeito e de impacto, ao ofertar aos usuários o aumento de atendimentos.

Além dos dados referente ao número de internações dos três hospitais, o site TabetNet possibilita buscar informações referente a valores SUS. Valores SUS são valores estipulados na tabela SIGTAP, ou Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Os valores dispostos na tabela SIGTAP não são valores reais de custo, pois a atualização da tabela não se estabelece conforme aumentos reais nos insumos e serviços.

As tabelas 5, 6 e 7, assim como os gráficos 5, 6 e 7, trazem os dados referente aos valores SUS percebidos de cada hospital pelas internações do subgrupo 04.08 (sistema osteomuscular) realizadas nas três unidades nos anos de 2013 a 2019.

Tais dados foram buscados com finalidade de demonstrar a discrepância nos valores SUS e o custo real, que será apresentado na tabela 8, onde consta os valores de custeio recebidos pelo Hospital Independência e que estão disponibilizados nos contratos e convênios, e nos sites de transparência da Prefeitura de Porto Alegre. Não foi possível coletar dados de valores de custeio, ou valores de custo reais, referente aos Hospitais Cristo Redentor e Hospital de Pronto Socorro devido a forma de financiamento dessas instituições serem distintas do Hospital Independência. O HCR é uma unidade hospitalar pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição, pertencente à União, e o HPS tem mais linhas de cuidados, não especificando qual valor é necessário para o custeio de cada linha em específico.

TABELA 5 - VALORES DE REMUNERAÇÃO SUS HOSPITAL INDEPENDÊNCIA - ((Em Reais)

ANO / MÊS	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
JAN	0,00	170.604,90	217.499,86	133.312,68	211.775,50	291.451,93	267.918,43
EV	0,00	145.524,76	190.930,33	119.389,12	171.841,78	213.375,73	295.929,60
MAR	4.253,92	227.930,35	246.966,64	165.071,15	216.900,32	179.696,53	302.555,53
ABR	28.525,78	334.245,65	212.231,18	210.055,34	219.528,97	427.160,22	261.194,15
MAI	16.060,23	194.409,84	210.286,45	359.381,28	355.349,82	337.739,12	394.856,60
JUN	44.037,58	405.471,28	198.031,59	308.874,67	250.346,19	390.905,77	383.099,53
JUL	65.256,64	213.398,45	361.118,51	361.475,47	246.599,00	368.095,02	325.811,00
AGO	106.688,19	293.913,51	299.375,03	298.410,62	267.605,12	368.223,35	380.209,18
SET	205.570,95	325.167,23	387.222,85	224.412,91	384.451,64	388.416,55	347.720,70
OUT	185.428,20	376.968,20	268.992,52	208.664,26	335.650,02	316.680,75	512.481,30
NOV	172.979,15	309.906,70	358.373,68	267.525,61	500.481,69	396.739,49	307.243,83
DEZ	190.747,37	171.880,17	339.558,53	244.955,97	453.011,59	402.678,83	121.292,14
TOTAL	1.019.548,01	3.169.421,04	3.290.587,17	2.901.529,08	3.613.541,64	4.081.163,29	3.900.311,99

FONTE: SITE TABNET (2022)- Elaborado para esta pesquisa

TABELA 6 - VALORES DE REMUNERAÇÃO SUS HOSPITAL CRISTO REDENTOR (Em Reais)

ANO/MÊS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
JAN	127.232,10	325.745,88	309.099,51	240.944,17	257.156,18	81.528,06	282.837,81	346.962,89
FEV	418.203,25	349.889,94	566.274,54	383.006,93	481.197,43	464.591,14	330.305,99	315.339,62
MAR	201.853,64	178.046,91	371.135,30	315.613,85	334.305,31	365.829,04	411.942,09	292.230,84
ABR	40.144,59	339.184,78	385.515,27	286.844,27	376.548,31	265.608,96	386.929,71	452.079,93
MAI	79.348,34	514.374,34	403.436,79	330.930,86	406.752,06	375.535,57	331.188,18	430.578,50
JUN	43.841,60	345.021,92	207.982,63	591.199,82	349.799,37	258.853,44	281.733,38	238.027,68
JUL	60.395,93	202.223,72	538.512,91	625.935,38	485.352,54	471.458,27	571.843,78	522.430,33
AGO	265.760,08	366.238,11	197.680,00	399.044,78	428.984,22	430.131,95	308.426,09	535.798,98
SET	367.108,27	350.076,06	483.546,23	629.688,76	367.165,04	334.547,36	492.263,83	315.709,38
OUT	410.390,03	485.960,17	303.735,95	323.764,90	307.895,44	393.157,83	458.014,13	563.110,89
NOV	246.871,37	300.030,97	272.872,37	122.192,25	470.172,47	193.858,68	331.914,72	430.713,32
DEZ	385.245,67	254.036,03	168.241,69	332.700,48	358.648,02	452.529,84	437.190,19	505.169,33
TOTAL	2.646.394,87	4.010.828,83	4.208.033,19	4.581.866,45	4.623.976,39	4.087.630,14	4.624.589,90	4.948.151,69

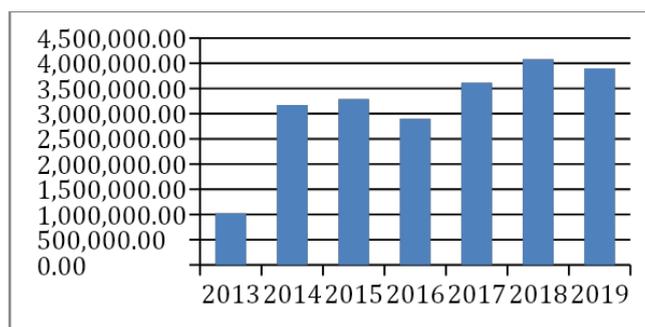
FONTE: SITE TABNET (2022)- Elaborado para esta pesquisa

TABELA 7 - VALORES DE REMUNERAÇÃO SUS HOSPITAL PRONTO SOCORRO (Em Reais)

ANO /MÊS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
JAN	44.834,99	19.755,11	49.925,35	52.428,41	59.248,25	62.977,11	33.043,68	19.706,67
FEV	30.223,92	37.852,16	48.393,75	37.085,10	42.426,11	42.642,61	42.658,84	19.242,60
MAR	56.252,65	54.775,21	22.646,40	39.984,22	39.559,27	52.683,66	23.589,25	21.608,40
ABR	31.153,53	39.249,06	42.510,97	28.516,12	47.333,81	52.810,67	32.828,21	32.841,70
MAI	41.505,97	86.853,65	54.909,57	59.695,35	49.135,71	61.763,51	23.932,08	17.627,72
JUN	33.032,13	79.479,06	37.608,74	53.097,87	28.676,44	43.144,33	24.443,20	23.087,74
JUL	70.687,85	47.304,03	29.127,04	42.728,15	65.605,97	33.866,39	35.318,14	19.246,61
AGO	35.718,73	32.848,92	46.436,84	37.713,27	42.102,23	47.725,90	24.750,93	33.577,04
SET	33.553,04	60.657,88	41.621,50	40.193,10	48.198,79	23.841,43	18.123,80	20.760,54
OUT	50.274,22	33.292,25	45.613,79	63.707,89	41.357,83	27.571,74	31.505,01	33.127,00
NOV	42.481,63	28.105,84	53.861,03	50.725,63	63.746,51	30.315,51	43.645,21	39.373,14
DEZ	39.797,68	48.005,94	62.083,10	70.785,32	42.550,92	26.301,18	30.989,82	48.230,90
TOTAL	509.516,34	568.179,11	534.738,08	576.660,43	569.941,84	505.644,04	364.828,17	328.430,06

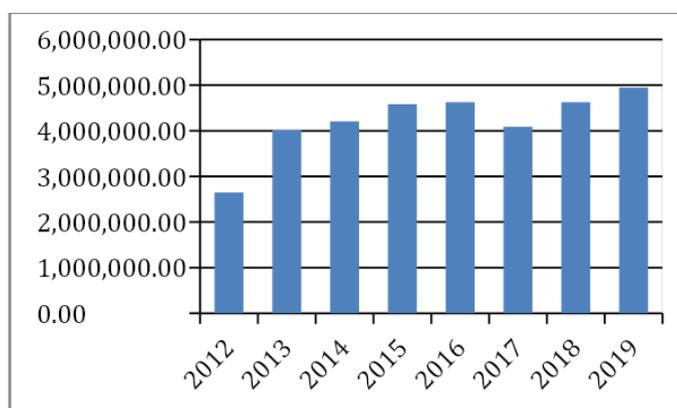
FONTE: SITE TABNET (2022)- Elaborado para esta pesquisa

GRÁFICO 5 - VALORES DE REMUNERAÇÃO SUS HOSPITAL INDEPENDÊNCIA



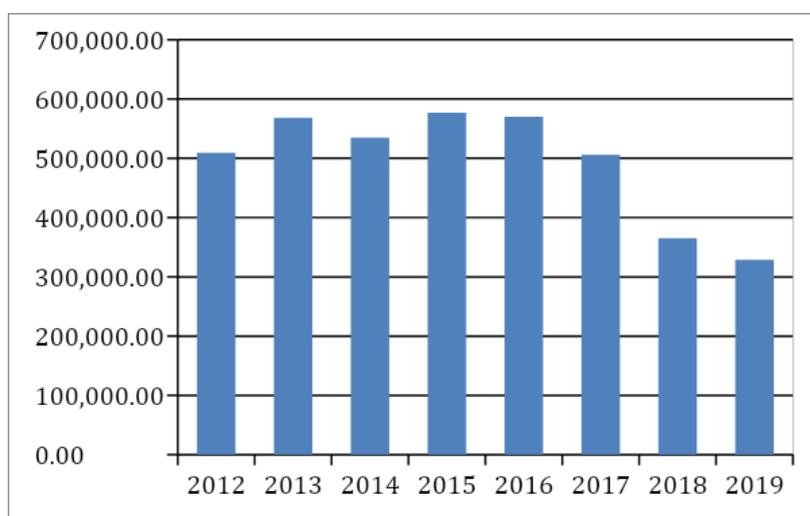
FONTE: SITE TABNET (2022)- Elaborado para esta pesquisa

GRÁFICO 6 - VALORES DE REMUNERAÇÃO SUS DO HOSPITAL CRISTO REDENTOR



FONTE: SITE TABNET (2022)- Elaborado para esta pesquisa

GRÁFICO 7 - VALORES DE REMUNERAÇÃO SUS DO HOSPITAL PRONTO SOCORRO



FONTE: SITE TABNET (2022)- Elaborado para esta pesquisa

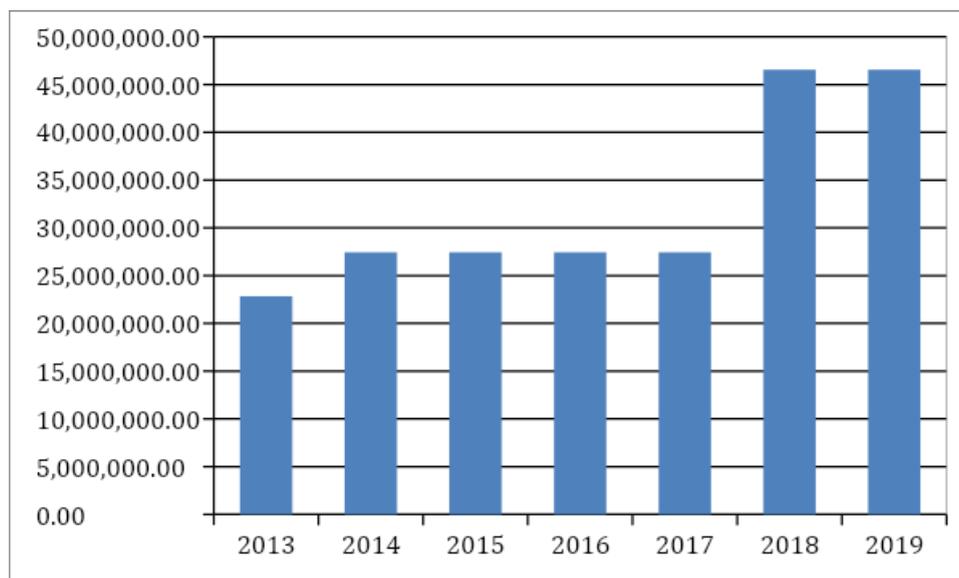
- Efetividade de impacto: valor real (transferências financeiras) realizadas para custeio das internações (inclui tempo de internação, serviços médicos e hospitalares, procedimento cirúrgico e materiais utilizados) nos anos de 2013 a 2019.

TABELA 8 - VALORES DE REMUNERAÇÃO RECEBIDA PELA CONTRATUALIZAÇÃO DO HOSPITAL INDEPENDÊNCIA (Em reais)

ANO / MÊS	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
JAN		2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	3.880.688,52	3.880.688,52
FEV		2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	3.880.688,52	3.880.688,52
MAR	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	3.880.688,52	3.880.688,52
ABR	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	3.880.688,52	3.880.688,52
MAI	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	3.880.688,52	3.880.688,52
JUN	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	3.880.688,52	3.880.688,52
JUL	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	3.880.688,52	3.880.688,52
AGO	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	3.880.688,52	3.880.688,52
SET	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	3.880.688,52	3.880.688,52
OUT	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	3.880.688,52	3.880.688,52
NOV	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	3.880.688,52	3.880.688,52
DEZ	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	2.285.395,85	3.880.688,52	3.880.688,52
TOTAL	22.853.958,50	27.424.750,20	27.424.750,20	27.424.750,20	27.424.750,20	46.568.262,24	46.568.262,24

FONTE: SITE TABNET (2022)- Elaborado para esta pesquisa

GRÁFICO 8 - VALORES DE REMUNERAÇÃO RECEBIDA PELA CONTRATUALIZAÇÃO DO HOSPITAL INDEPENDÊNCIA (Em reais)



FONTE: SITE TABNET (2022)- Elaborado para esta pesquisa

É necessário destacar a importância do acompanhamento e do controle das políticas públicas, observar o tipo de política e de arena política; o contexto inter e intra-organizacional dentro do qual ocorre a implementação; e o mundo externo sobre o qual a política deverá exercer o seu impacto. Qualquer sistema político no qual a formulação e a implementação são separados, oferece oportunidades para a adoção simbólica de políticas, ou seja, uma instância pode facilmente assumir que tomou a decisão demandada pelo público, sabendo antecipadamente que os custos de sua implementação irão recair sobre outra instância, sem que sejam providenciados os recursos necessários para tornar a ação possível (RUA, 1997).

Neste contexto, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, como contratante, tem como atribuições deliberar, supervisionar, controlar, acompanhar, fiscalizar e avaliar a operacionalização das ações e atividades pactuadas com as contratadas (cláusula terceira - 3.1.2). A contratada cabe, no que diz respeito às atribuições da contratante citadas no parágrafo acima, fornecer as avaliações mensais do nível de desempenho na execução do contrato, em conformidade com o Plano Operativo, descrito no contrato, através da base de dados de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde e as bases de dados do Ministério da Saúde (SIA/SUS e SIH/SUS) (cláusula terceira - 3.2.23).

Assim sendo, através dessas ferramentas de controle é possível averiguar se a política está sendo de fato implementada, pois há o controle, fiscalização e a avaliação das ações da contratada, pelo município e das ações do município pela União.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo analisar as características que determinam as instituições hospitalares que compõem o sistema de saúde em Porto Alegre, alicerçado no Direito à Saúde e, ao mesmo tempo, sendo gerido como serviço público, que pode ser implementado por concessão ou permissão, como meio de atender a demanda da Sociedade, demonstrando assim na prática a implementação da política de descentralização.

Como resultado identificamos indicadores de efetividade de impacto e efeito através dos dados coletados no site de transparência do governo federal chamado TabNet DataSUS e do levantamento documental realizado junto ao site da Prefeitura de Porto Alegre onde estão disponibilizados os contratos celebrados com as instituições privadas sem fins lucrativos que prestam serviços para a rede do Sistema Único de Saúde da cidade de Porto Alegre.

Além do objetivo geral a pesquisa se propôs a responder os objetivos específicos: a) Descrever a natureza jurídica das unidades hospitalares que compõem o sistema de saúde no Município de Porto Alegre; b) Analisar três hospitais de natureza distinta que atuam na linha de cuidado de traumatologia/ortopedia e ofertam atendimento pelo SUS; e c) Medir a efetividade da política de descentralização na gestão da saúde pública no Município de Porto Alegre.

Com os resultados obtidos, foi possível descrever e mapear a rede de unidades hospitalares do sistema municipal e averiguar que, em sua grande maioria, são organizações privadas sem fins lucrativos. Foi possível evidenciar, através da análise dos três hospitais que oferecem a linha de cuidado Traumatologia/Ortopedia, que a contratualização do Hospital Independência impactou tanto para os usuários, no aumento de oferta, quanto na rede, diminuindo a sobrecarga em outras unidades do sistema. E por fim, através dos dados coletados

nos sites de transparência foi possível mensurar a efetividade da política de descentralização implementada na gestão da saúde pública de Porto Alegre.

Destaca-se que para a realização deste estudo foi necessário especificar a linha de cuidado, o tempo e o território a ser estudado, sendo assim, é importante salientar a necessidade de aprofundar as pesquisas, modificando os recortes, para obter uma amostra maior, o que não foi possível de realizar neste trabalho, devido ao tempo limitado disponível para pesquisa.

A utilização dos resultados obtidos nessa pesquisa pode auxiliar na tomada de decisão dos gestores, com a finalidade de desenvolver a política de descentralização, visto que, a implementação da política de descentralização, no que tange ao recorte estudado, foi positiva, tanto para o implementador, quanto para o usuário, devido ao aumento do número de internações, que demonstra a ampliação da rede. Para tanto torna-se importante averiguar as melhorias necessárias para a obtenção de maior efetividade das ações, nas mais diversas linhas de cuidados e analisando a possibilidade de ampliar para as demais regiões este modelo de sustentar a estrutura da rede SUS, através das parcerias com o setor privado. Assim sendo, volto a destacar como essencial, mais estudos no campo e nas mais diversas linhas de cuidado, a fim de aumentar a amostra, o que possibilita fomentar o desenvolvimento deste modelo de gestão, visto que os formuladores e implementadores terão mais recursos para embasar suas decisões.

Por fim, é importante ressaltar a modernização, no que diz respeito ao uso das tecnologias da informação na gestão e gerenciamento de serviços, assim como na Administração Pública, que vem transformando a forma de gerir o sistema, possibilitando agilidade e transparência. O chamado governo eletrônico busca maior interação com o cidadão, e melhorias que agilizem processos internos e com fornecedores e contratados. A área da saúde, no que tange o município de Porto Alegre, já está integrada a muitos desses recursos, sendo um campo de estudo interessante e complementar ao campo estudado nesta pesquisa.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILLAR, Fernando Herren. *Serviços Públicos: Doutrina, Jurisprudência e Legislação*. Editora Saraiva. 2011.

BRASIL Lei nº 9.637 de 15 de Maio de 1998.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

BRASIL. Lei nº 11.079 de 30 de Dezembro de 2004.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 9.970 de 23 de Março DE 1999.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *A Reforma administrativa do sistema de saúde/ Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado*. Brasília: MARE, 1998. 33 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 13)

BRASIL. Portaria nº 1.034, de 5 de Maio de 2020.

BRASIL. Portaria nº 3.114, de 7 de Outubro de 2010

BRAVO, Maria Inês Souza. *Política de Saúde no Brasil*. 2006. Este texto é uma versão revista e ampliada dos artigos: "As Políticas de Seguridade Social Saúde". In: CFESS/ CEAD. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e "A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica". In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *A reforma gerencial do Estado de 1995*. *Revista de Administração Pública* Rio de Janeiro 34(4):7-26, Jul./Ago. 2000.

CARVALHO, Gilson. *A saúde pública no Brasil*. Estudos avançados, vol.27, nº.78 São Paulo, 2013.

CAVALCANTE, Pedro. *Gestão Pública: Do Movimento Gerencialista ao Pós-NPM*. IPEA. Texto para Discussão. 2319. Brasília, agosto de 2017.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *Elementos de Teoria Geral do Estado*. 2º edição, atualizada. 1998. Editora Saraiva

DRAIBE, Sônia Maria. *Avaliação de Implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas*. Livro *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. Organizadoras: Maria Cecília Roxo Nobre Barreira, Maria do Carmo Brant de Carvalho. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais/PUC-SP, 2001.

GASPARINI, Diógenes. *Direito Administrativo*. 8ª ed. Editora Saraiva, 2003. 1002 p. ISBN 85-02-0404008.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. ISBN 85-224-3169-8

LEAL, Noris Mara Pacheco Martins. Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre: 196 anos de amor à vida. Volume 2 - Número 2. 1999. Revista Acta Médica Misericórdia. [Revista Acta Médica Misericórdia Vol2-Nº2](#)

LOBO, Thereza. *Descentralização: conceitos, princípios, prática governamental*. (2013). *Cadernos De Pesquisa* (74 de 1990), 5–10. Recuperado de <http://publicacoes.fcc.org.br/index.php/cp/article/view/1078>

MARCONI, Maria de Andrade. LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª Edição. Editora Atlas. 2003

MATHIAS, Maíra. *Antes do SUS. Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura*. EPSJV/Fiocruz | 03/04/2018.

MEDAUAR, Odete. *Direito Administrativo Moderno*. 21. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2018. 444 p. ISBN 978-85-450-0480-6

OLIVEIRA, Núbia Thais de. Prof^a. Maria Auxiliadora Antunes C. Souza. FILANTROPIA – O DIREITO DA IMUNIDADE TRIBUTÁRIA E A OBRIGAÇÃO DA GRATUIDADE. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. 2007.

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS. Cadernos MARE da Reforma do Estado. Caderno 2, 5ª edição. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília-DF/1998.

PALUDO, Augustinho. Administração Pública - 3. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. ISBN 978.85-352-5751-9

PORTO ALEGRE. Prefeitura de Porto Alegre. Secretarias. Saúde. Disponível em: https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=807. Acesso em: 17 de abril de 2022.

PORTO ALEGRE. Rede de Saúde Divina Providência. Disponível em: <https://divinaprovidencia.org.br/ensino-e-pesquisa/>. Acesso em 23 de abril de 2022.

RUA, Maria das Graças. (1997). Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos. Textos elaborados para o Curso de Formação para a carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Brasília: ENAP/Ministério do Planejamento.

SEVERINO, Antônio Joaquim. *Metodologia do Trabalho Científico*. 23ª Edição Revista e Atualizada, 5ª reimpressão. Editora Cortez. 2010.

SILVA, Luis Virgílio Afonso da. Federalismo e articulação de competências no Brasil. In: *Administração pública : coletânea* [S.l: s.n.], 2010.

SILVA, Luís Virgílio Afonso da. Federalismo e articulação de competências no Brasil. In: *Administração pública : coletânea* [S.l: s.n.], 2010.