

UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL



Universidade Federal
de São João del-Rei

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI – UFSJ



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

**GOVERNANÇA E SAÚDE: SOB A ÓPTICA DO CENTRO DE TESTAGEM E
ACONSELHAMENTO E SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, HEPATITES VIRAIS E
HIV/AIDS (CTA-SAE)**

CÍNTIA PEREIRA RAMOS

BELO HORIZONTE

2018

RESUMO

A saúde é fator fundamental para o desenvolvimento social em que os sujeitos são atores de sua própria vida e saúde. O presente trabalho traz uma avaliação do nível de eficácia e efetividade e da governança no serviço prestado no Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Atendimento Especializado em Infecções sexualmente Transmissíveis (Hepatites Virais, HIV/Aids) que atuam sob a tutela do governo. Governança é a gestão do gasto público feito com eficiência, transparência e expansão dos investimentos direcionados à saúde, educação e proteção social. O congelamento dos repasses de recursos para a saúde exige do gestor mais conhecimentos e habilidades para lidar com as adversidades daí advindas. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado no Brasil com o intuito de oferecer acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Apesar da garantia constitucional de atendimento às principais reivindicações do movimento sanitário, a situação da indústria farmacêutica não é afetada. O Programa Nacional de DST/AIDS estimulou a criação e estruturação de Centros de Orientação e Apoio Sorológico a fim de oferecer testagem à população em geral. A partir de 1989, já com o nome de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), passa a oferecer também ações de educação e aconselhamento, visando a redução de risco e vulnerabilidade e o tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis, fornecendo a medicação antirretroviral e assumindo posição estratégica no tocante ao diagnóstico precoce e tratamento pós-diagnóstico do HIV. A governança no Brasil veio à tona a partir das exigências de mudanças feitas pela população, mas ainda são poucos os municípios que apresentam tais atitudes em se tratando de saúde pública. Assim, os CTAs, além de subsidiarem a universalidade do diagnóstico do HIV, também garantem a equidade no acesso aos serviços das populações mais vulneráveis. A PEC 55 traz em seu bojo dois importantes temas de impacto, sendo o primeiro, o problema macroeconômico, que pressupõe uma situação de austeridade fiscal para os próximos vinte anos e o segundo, a redução nos gastos com saúde e educação. Será necessário, para a resolução desses problemas, o envolvimento de gestores municipais, estaduais e reorganização dos CTAs para a realização de um plano de aprimoramento dos serviços e de formação de seus trabalhadores.

Palavras Chaves: SUS, Governança, DST/AIDS, gestão.

ABSTRACT

Health is a fundamental factor for social development in which subjects are actors of their own life and health. The present work presents an evaluation of the level of efficiency and effectiveness and of the governance in the service provided in the Center for Testing and Counseling / Specialized Attention Service in Sexually Transmitted Infections (Viral Hepatitis, HIV / Aids) that work under government supervision. Governance is the management of public spending done with efficiency, transparency and expansion of investments directed to health, education and social protection. The freezing of transfers of resources for health requires the manager more knowledge and skills to deal with the adversities arising from it. The Unified Health System (SUS) was implemented in Brazil with the aim of providing universal access to health services at all levels of care. Despite the constitutional guarantee of meeting the main demands of the health movement, the situation of the pharmaceutical industry is not affected. The National STD / AIDS Program stimulated the creation and structuring of Serological Guidance and Support Centers to offer testing to the general population. Since 1989, already known as the Center for Testing and Counseling (CTA), it also offers education and counseling activities aimed at reducing risk and vulnerability and treating STIs, providing antiretroviral medication and taking a strategic position in the early diagnosis and post-diagnosis treatment of HIV. Governance in Brazil came to light on the demands of changes made by the population, but there are still few municipalities that present such attitudes when it comes to public health. Thus, CTAs, besides subsidizing the universality of HIV diagnosis, also guarantee equity in access to the services of the most vulnerable populations. PEC 55 has two important issues of impact: the first, the macroeconomic problem, which presupposes a fiscal austerity situation for the next twenty years and the second, the reduction in spending on health and education. It will be necessary, in order to solve these problems, the involvement of municipal and state managers and reorganization of the CTAs to carry out a plan to improve the services and training of its workers.

Key Words: SUS, Governance, STD / AIDS, management.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem natureza teórica e como objetivo discutir Governança na saúde; Destaca-se a importância da aplicabilidade da governança na Gestão Pública Municipal, mais precisamente no âmbito da saúde.

Inicialmente, os cuidados com a saúde no Brasil, passavam pela filantropia, ou seja, a saúde era tratada através da filantropia de cunho religioso. Paralelamente o Estado intervia fazendo algumas investidas na saúde em face das epidemias, como vacinação e saneamento básico.

Segundo Mota (2009, p. 40) “as políticas de proteção social, nas quais se incluem a saúde, a previdência e assistência social, são consideradas produto histórico das lutas, do trabalho, e das organizações sociais”. E na saúde, foi o movimento sanitário que teve mais visibilidade, pois pressionava por reformas no sistema de saúde, ressaltando que no Brasil esses direitos foram reconhecidos tardiamente.

Esse movimento foi tão importante desde o seu tema – “saúde como direito de todos e dever do Estado” – teve como resultado uma série de documentos que basicamente esboçaram o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A 8ª conferência ampliou os conceitos de saúde pública no Brasil, propôs mudanças baseadas no direito universal à saúde com melhores condições de vida, além de fazer menção à saúde preventiva, à descentralização dos serviços e à participação da população nas decisões.

O relatório da conferência teve suas principais resoluções incorporadas à Constituição Federal de 1988. O Sistema Único de Saúde foi regulado posteriormente pela lei 8.080 de 1990, em que estão distribuídas todas as suas atribuições e funções como um sistema público.

Mais comumente, dizemos que promover a saúde é trabalhar nas causas do adoecer, com participação efetiva das pessoas como sujeitos e atores de sua própria vida e saúde, incluindo neste processo transparência das ações com participação da sociedade civil e gestores nas suas respectivas unidades de saúde.

Considerando a complexidade das organizações de saúde e a relevância dos serviços prestados à sociedade cabe avaliar o nível de eficácia e efetividade desses serviços no âmbito municipal. Com enfoque no Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Atendimento Especializado em Infecções sexualmente Transmissíveis (Hepatites Virais, HIV/Aids). Os serviços de saúde dependem majoritariamente do governo e frequentemente incluem outras dimensões.

Após regulamentação da Lei Orgânica da Saúde 8080 de 19 de setembro de 1990 o termo governança passou a ser conhecido e definido a partir de diferentes áreas de conhecimento, como, por exemplo, nas relações internacionais, quando se refere a grupos e comunidades transnacionais auto-organizadas que transitam entre o mercado e o Estado; Ou nos estudos sobre desenvolvimento, principalmente em trabalhos realizados pelo Banco Mundial, em que se usa o termo “boa governança”, que significa eficiência do gasto público combinado à implementação de reformas que regulam o setor privado, o aumento da transparência e o *accountability*, além da expansão nos investimentos direcionados para saúde, educação e proteção social.

Para Almeida 2013, na economia, a governança compreende as variadas instituições criadas pela sociedade para governar as transações econômicas, reduzir seus custos e aumentar suas possibilidades de ocorrência.

A procura de melhoria do nível de saúde e da utilização eficiente dos recursos disponíveis para produzir serviços de qualidade a partir das reformas que congelaram os repasses da saúde por vinte anos, será um desafio para os todos as esferas (União, Estados e Municípios) garantir os direitos previstos na Constituição Federal de 1988. Diante do exposto o desafio, em qualquer município será a coerência entre os recursos, os serviços e as necessidades da comunidade. Como a governança contribuirá para eliminar os desequilíbrios causados por este congelamento? Em face de uma epidemia que desde o seu surgimento na década de 1980, só progrediu.

O congelamento dos repasses para saúde, atrelados as transformações e consequências que a sociedade enfrentará, indicam algumas das exigências do papel do gestor de saúde, em termos de conhecimento, habilidades e também de atitudes, bem como capacidade intelectual para atuar em meio as adversidades para deste modo identificar e analisar as prováveis fragilidades que surgirão.

O estudo da referida temática é de extrema relevância em decorrência da atual conjuntura política. E justifica-se Principalmente por se tratar da saúde (do único sistema universal), da governança na área da saúde (possíveis contribuições) e da intervenção do gestor público em meio às adversidades. A prática de governança no SUS precisa ser fortalecida, pois a tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução dos serviços que inicia e se completa na integralidade da assistência, e contribuirá para serviços com custo e qualidade aceitáveis.

Diante do exposto o objetivo deste estudo tem como intuito analisar o conceito de governança bem como sua aplicabilidade na saúde, na esfera municipal focando no Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Atendimento Especializado (CTA-SAE).

O tema governança é novo e seus princípios básicos como Transparência, equidade, participação, Estado de direito. Responsabilidade, igualdade e inclusividade, efetividade e eficiência, prestação de contas vão de encontro aos princípios do SUS.

Durante os últimos anos, o processo de implantação e consolidação do Sistema único de Saúde-SUS, desde sua concepção na Constituição Federal, em 1988, vem sendo objeto de inúmeros instrumentos normativos, como forma de regulamentar esse sistema e colocar em prática seus objetivos, diretrizes e princípios.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Na seção, abaixo apresentada, entendeu-se ser relevante que inicialmente fosse desenvolvida uma sistematização sobre a história do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo que sucinta, para contextualizar com a instituição de saúde CTA-SAE BH.

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE SUCINTA

Inicialmente, os cuidados com a saúde no Brasil, passavam pela filantropia, ou seja, a saúde era tratada através da filantropia de cunho religioso. Paralelamente o

Estado intervia fazendo algumas investidas na saúde em face das epidemias, como vacinação e saneamento básico.

Segundo Mota (2009, p. 40) “as políticas de proteção social, nas quais se incluem a saúde, a previdência e assistência social, são consideradas produto histórico das lutas, do trabalho, e das organizações sociais”. E na saúde, foi o movimento sanitário que teve mais visibilidade, pois pressionava por reformas no sistema de saúde, ressaltando que no Brasil esses direitos foram reconhecidos tardiamente.

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão da saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, Distrito Federal. O temário central versou sobre: I -- - A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II --- Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III --- Financiamento setorial. (BRAVO, 2009, p.96).

O conceito de saúde em seu sentido mais abrangente, proposto pela 8ª conferência versava o seguinte: a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (BRAVO, 2009).

Neste contexto a saúde passa a ser problematizada entrando na agenda do governo e tendo um caráter político. Era discutida a saúde como direito universal, em um processo descentralizado e democrático. A 8ª conferência se torna um marco.

A conferência realizada em 1986 aprova a bandeira de viabilizar uma “Reforma Sanitária”, com objetivo de operacionalizar mudança na configuração do sistema de saúde. Os reformadores tinham como princípio a crítica ao modelo de saúde curativa, restrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços e práticas médicas. (VASCONCELOS, 2002).

Os ideais propostos pela reforma Sanitária serviram de base para negociação na reformulação da política de saúde contida na constituição de 1988 e o processo de mudança da política de saúde pública termina com a reorganização dos serviços de saúde favorecida pelo processo de democratização do país, As mudanças aparecem contempladas na Constituição Federal de 1988.

A Constituição Federal de 1988 assumiu o caráter de Constituição Cidadã, em virtude de seu compromisso com a criação de uma nova ordem social. Essa nova ordem tem a seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistencial social” (BRASIL, 1988, art. 194).

Reafirmando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), constantes da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, tais como: a universalidade do acesso, compreendido como o “acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”; a integralidade da atenção, “entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, a igualdade da atenção à saúde; e descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo. (BRASIL, 1990).

A esses vêm juntar-se os da participação popular e do controle social, instrumentos fundamentais para a formulação, execução, avaliação e eventuais redirecionamentos das políticas públicas de saúde. A Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que instituiu as conferências e conselhos de saúde como órgãos colegiados de gestão do SUS, com garantia de participação da comunidade. (BRASIL, 1990).

Conforme Bravo (2009). O texto constitucional, com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, desfavorece os interesses empresariais do setor hospitalar, mas não altera a situação da indústria farmacêutica. As políticas sociais são frutos das lutas de classes, jogo de interesses, legitimação do poder e a acumulação capitalista. Então não podemos dizer que tem um único motivo para as políticas públicas.

2.2 Programa de Infecções Sexualmente Transmissíveis

Segundo Marques (2003), o programa nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis DST/Aids, foi consolidado de fato em 1988, ressaltando a portaria 236 do ministério da Saúde, de maio de 1985, que deu unidade às ações referentes à AIDS nos serviços de saúde. O dia primeiro de dezembro se transforma em Dia Mundial de Luta contra AIDS, foi uma decisão da Assembleia Mundial de Saúde, em outubro de 1987, com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU). A data serve para reforçar a solidariedade, tolerância e a compreensão com as pessoas infectadas pelo HIV/AIDS. No Brasil a data passou a ser adotada em 1988. (BRASIL, 2011).

Em concordância com a cartilha do Ministério da Saúde, sabe-se que o SUS tem por base os princípios de universalização, garantindo o atendimento à saúde a todos; a hierarquização, entendida como uma rede de cuidados básicos, integrada a uma rede de serviços de maior e crescente complexidade e integralidade, pressupondo a articulação entre as ações de âmbito federal, estadual e municipal; e, ainda, o cumprimento do princípio básico de saúde como direito de todo cidadão e responsabilidade do Estado.

Embora a implantação do SUS em sua íntegra esteja ainda em consolidação, constituindo-se em desafio constante para saúde brasileira, foi na efervescência política de discussão do ideário que o Programa Nacional da Aids se consolidou no Brasil, e certamente sua implantação foi influenciada por tais preceitos.

O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, (IST's), HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, estimulou, a partir de 1987, a criação e a estruturação, em

tudo o território nacional, de Centros de Orientação e Apoio Sorológico, com o objetivo de oferecer testagem à população como um todo.

A partir de 1989, a testagem e o aconselhamento (ações voltadas à redução do risco e promoção de práticas mais seguras) passam a ocupar lugar de destaque nos programas de prevenção do HIV; por sua vez, os COAS são rebatizados para Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e passam a ter foco, além da oferta de testagem, em ações de educação em saúde e de aconselhamento como abordagens de redução de risco e vulnerabilidade bem como tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's). BRASIL (2017).

O município de Belo Horizonte atualmente conta com dois Centros de Testagens e Aconselhamento-Serviço de Atendimento Especializado. (CTA-SAE).

Hoje rebatizados, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) constituem uma experiência ímpar na implantação de ações de prevenção entre a população geral e segmentos populacionais específicos. Desde a sua criação em 1988, eles servem como “porta de entrada” das questões psicossociais da epidemia do HIV/aids para grande parte dos cidadãos brasileiros, que buscam estes serviços para dirimir suas dúvidas com relação ao diagnóstico da infecção pelo HIV. É a partir dessa demanda que os profissionais de saúde que atuam nesses centros podem realizar um trabalho de sensibilização e esclarecimento, por meio das ações de aconselhamento. (BRASIL, 1999).

Consoante a cartilha do Ministério da Saúde, os avanços observados na área de tratamento das IST/HIV/Aids, mais marcadamente a introdução dos medicamentos anti-retrovirais, os CTA's passam a ter uma posição estratégica de fundamental importância no que diz respeito ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, referenciando, de maneira ágil, os indivíduos portadores de HIV aos serviços assistenciais.

Embora o cotidiano apresente uma realidade diferenciada, pois após as vagas para início de tratamento pós-diagnóstico não são disponibilizadas imediatamente. Os pacientes são inseridos em programa de marcação de consulta. Sistema de Centrais de Regulação (Sisreg). O qual permite o controle e regulação dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados no nível Municipal, Estadual ou Regionais, ou seja, os sujeitos vão para uma fila de espera.

3. GOVERNANÇA E SAÚDE

3.1 Conceitos de Governança

Segundo o Banco Mundial, em seu documento *Governance and Development*, de 1992, a definição geral de governança é “o exercício da autoridade, controle, administração, poder de governo”. Precisando melhor, “é a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país visando o desenvolvimento”, implicando ainda “a capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e cumprir funções”.

De acordo com Borges et al (2005), O termo governança corporativa existe há muito tempo, mas somente foi notado após os escândalos contábeis ocorridos nos Estados Unidos, dando-se mais ênfase à necessidade de as organizações desenvolverem uma administração mais transparente com relação aos processos de tomada de decisão e dos atos praticados pelos seus administradores.

Ainda como os autores, em meados da década de 1980 o movimento pela governança corporativa ganhou força nos Estados Unidos (EUA), chegando à Inglaterra, inicialmente, e depois se estendendo pelo restante da Europa, chegando ao Brasil na década de 1990 (BORGES; SERRÃO, 2005)

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Governança surgiu em 1995, com outro nome Instituto Brasileiro de Conselheiros de administração, somente alguns anos depois o nome foi mudado para atual.

Para o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa:

...é o sistema pelo qual as sociedades são dirigidas e monitoradas, envolvendo os relacionamentos entre Acionistas/Cotistas, Conselho de Administração, Diretoria, Auditoria Independente e Conselho Fiscal. As boas práticas de governança corporativa têm a finalidade de aumentar o valor da sociedade, facilitar seu acesso ao capital e contribuir para a sua perenidade... A empresa que opta pelas boas práticas de governança corporativa adota como linhas mestras transparência, prestação de contas (accountability) e equidade”. IBGC, 2009, P.18.

Benedicto et al. (2010), inferem que as mudanças e reformas do Estado contribuíram para o surgimento da governança nas administrações públicas em diversos países. De modo peculiar, no Brasil, a governança na gestão pública veio à tona a partir de um contexto de mudanças e reformas no Estado, acompanhado por um conjunto de cobranças e “exigências de mudanças” por parte da população, que ansiava por melhores condições nos serviços de saúde, ética, transparência e eficiência.

3.2 Aplicabilidade da governança na área da saúde

Para Fleury et al (2010), sejam quais forem as estratégias a serem adotadas, a atual configuração institucional do SUS, se mantida, torna a esfera local um lócus privilegiado de resolução desses desafios e dilemas. Torna-se, pois, fundamental para o sucesso dessas estratégias a construção de bases sólidas de governança local, capazes de fornecer suporte técnico, gerencial e político às políticas de saúde.

Porém, na prática são poucos os municípios brasileiros que apresentam atitudes de governança em saúde pública. Consoante ao relatório nº 36601- BR, muitos dos desafios enfrentados pelo setor saúde estão ligados a falhas de governança – a ausência de incentivos e responsabilização que garantem que os serviços prestados sejam de custo e qualidade aceitáveis, ambos essenciais para melhorar o estado de saúde da população. O gasto público constitui um instrumento poderoso para influenciar o desempenho em unidades de saúde financiadas com recursos públicos.

Destaca-se que na área da saúde há uma preocupação crescente em desenvolver governança, embora os resultados ainda sejam tênues, haja vista que a participação social ainda é pequena e a preocupação com a transparência das ações municipais entre os municípios é praticamente insignificante. Aspecto este que para governança é importante.

Para Pereira (1996, 2008), a participação popular é limitada à execução e avaliação das ações públicas, enquanto a formulação das estratégias é exclusiva dos executivos da administração pública. Uma reflexão mais profunda sobre a influência das decisões do estado no cotidiano dos usuários da saúde pública poderia levantar questionamentos sobre a apatia dos cidadãos em participar do controle social.

Corroborando com o decreto 7.508/2011, a governança na saúde teria a finalidade de integrar a organização, o planejamento a execução de ações e serviços de saúde; Deste modo as redes de atenção a à saúde em que se inicia e se completa a integralidade da assistência, seria a região de saúde, ou seja, neste processo de organização do atendimento ao usuário, seria contemplado o atendimento em redes, o usuário passaria por todos os saberes.

De acordo com Dussault (1992), os serviços de saúde têm especificidades que geram exigências particulares em termos de organização e gestão. Inicialmente atendem a necessidades complexas e variáveis que abrangem dimensões biofísicas e psicossociais, cuja definição varia em gravidade da doença, classe social, do sujeito a ser atendido (criança, adolescente, idoso, mulher, homem).

O expressivo aumento do número de novos casos de aids e a existência de um forte preconceito associado à doença fez com que as estratégias de testagem e aconselhamento passassem a ocupar lugar de destaque nas ações de prevenção ao final dos anos 80, com a criação, em 1988, no Rio Grande do Sul, do primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) do País, seguido, em 1989, da implantação, no município de São Paulo, do atual CTA Henfil. (BRASIL, 2009, p.21).

Posteriormente e gradativamente esses serviços foram implantados em todas as regiões do país sob os princípios de voluntariedade, confidencialidade, anonimato, agilidade e resolubilidade do diagnóstico do HIV. Recomendava-se que os CTA fossem implantados em locais de fácil acesso para a população, em unidades fisicamente autônomas em relação a outras estruturas de saúde e compostas por equipes próprias e multiprofissionais. As populações prioritárias eram aquelas identificadas com o maior risco de infecção. (Brasil, 2009).

Está explícito na Constituição Federal 1988, art. 196-200, que os serviços de saúde têm a finalidade de elevar o nível de saúde da população, que é um objetivo tanto político quanto técnico.

Buscando ampliar o número de pessoas testadas, as diretrizes nacionais se alteraram e o Ministério da Saúde passou a preconizar explicitamente a universalização da oferta do teste anti-HIV na rede pública de saúde, especialmente no âmbito da atenção básica, da saúde reprodutiva e dos serviços de atenção à saúde de populações com maior prevalência do HIV, como aqueles direcionados a pacientes com tuberculose e usuários de drogas injetáveis (Brasil, 1998).

Nesse cenário, o papel dos CTA passou a incorporar duas novas dimensões: subsidiar a universalização do diagnóstico do HIV e garantir a equidade no acesso aos serviços das populações mais vulneráveis. Para contribuir com a universalidade na oferta do teste anti-HIV, o Ministério da Saúde recomendava que os CTA adotassem procedimentos para flexibilizar a exigência de anonimato dos usuários, atuar na capacitação de profissionais de saúde visando a ampliar a oferta de testes anti-HIV na rede pública de saúde, realizar atividades de prevenção intra e extramuros e apoiar as ações de profilaxia da transmissão vertical. Em relação à equidade, foi reforçada a diretriz de priorização de ações voltadas às populações mais vulneráveis e com dificuldades de acesso aos serviços (Brasil, 1999).

Que vai ao encontro da assertiva de Nardes (2014), promover a equidade é garantir as condições para que todos tenham acesso ao exercício de seus direitos civis, liberdade de expressão, de acesso à informação, de associação, de voto, igualdade entre gêneros, políticos e sociais, incluindo a saúde, educação, moradia e segurança.

Em síntese, o novo regime fiscal conhecido como PEC 55, apresenta uma proposta: o primeiro deles é seu impacto macroeconômico, considerando que o novo regime fiscal pressupõe uma situação de austeridade fiscal para os próximos 20 anos; e o segundo é o impacto da medida nos gastos com educação e saúde do Governo Federal. Mostra-se que a proposta não vai trazer crescimento econômico e vai reduzir substancialmente os gastos com saúde e educação. O que comprometerá a saúde em todos os níveis, ocasionando o sucateamento dos serviços prestados aos cidadãos.

Para Rossi et al (2016), o novo regime não tem válvula de escape pois não permite a flexibilização nem em causas extraordinárias, do ponto de vista macroeconômico, a reforma fiscal é desastrosa ao impor à demanda pública um caráter contracionista por um longo período e por retirar do Estado os instrumentos fiscais capazes de enfrentar crises econômicas. No entanto, os efeitos sociais do novo regime fiscal são ainda mais críticos.

A PEC 55 prevê que em 2017 o gasto com educação será 18% da RLI, o gasto com saúde será 15% da RCL e, a partir de então, ambos terão como piso o gasto em 2017 reajustado pela inflação. Ou seja, o gasto federal real mínimo com saúde e educação será congelado no patamar de 2017. Comparando as regras atuais com o mínimo estipulado pela PEC, percebe-se que o piso previsto por ela é, na verdade, um piso deslizante. Isto é, ao longo do tempo o valor mínimo destinado à educação e saúde cai em proporção das receitas e do PIB. com a PEC, o mínimo para educação seria de 14,4% da RLI em 2026 e 11,3% em 2036, e no caso da saúde o mínimo seria de 12% da RCL em 2026 e 9,4% em 2036. Vale notar que, apesar da PEC oferecer um mínimo maior em saúde para 2017 e 2018, desde 2014 o governo já vem destinando mais de 15% da receita líquida para a saúde. (ROSSI et al, 2016, p.39)

Diante do exposto nota-se que ocorrerá a fragmentação na atenção à saúde, o baixo financiamento do SUS, será a principal fragilidade dos gestores para atender as necessidades assistenciais.

4. DESAFIOS DO GESTOR PARA APLICABILIDADE DA GOVERNANÇA NA SAÚDE

Segundo Fleury et al (2010), ao analisar a lógica dos sistemas de saúde como um pilar central do Estado, nos deparamos no centro de uma luta ideológica. O Estado cumpre um duplo papel, no primeiro é um ator de destaque devido a sua estrutura, mas também é visto como uma arena em que se enfrentam interesses organizacionais; Deste modo a política de saúde em sua centralidade na vida econômica e social, será sempre produto das disputas dos projetos desenvolvidos a luz de padrões ideológicos que estabelecem posições desde a

distribuição do poder entre os mesmos, como na formação de preferências que definem as alianças e orientam ações.

O setor de saúde é uma área disputada por atores que tem interesses divergentes: os usuários que querem serviços de qualidade, os profissionais que querem desenvolver suas habilidades, querem uma boa renda, as empresas de materiais e serviços que querem vender seus produtos, os seguros, o setor privado que quer fazer um bom negócio e o governo que quer benefícios políticos. Dussault (1992). É em meio esta turbulência que gestor atua.

O que corrobora com Almeida (2013), quando afirma que a governança em saúde pode ser definida como um conjunto de instrumentos que permitem a coordenação dos atores envolvidos em redes. É também resultado de um processo de barganha entre as organizações participantes e seus respectivos gestores, cada um considerando os benefícios da cooperação para alcançar objetivos coletivos tanto quanto aos individuais.

A autora salienta, que as ações estão incluídas no conjunto do processo da tomada de decisões, tem a ver com o exercício de poder e autoridade, mas principalmente com o exercício da influência e da negociação. Ou seja, define as regras, as normas, os processos, as rotinas e os demais procedimentos que delimitam a divisão de responsabilidades e compartilhamento de recursos e de resultados. Segundo Pereira,

...constata-se a existência de um padrão híbrido com uma trajetória de construção burocrática e outra de construção democráticas, sendo ambas disfuncionais, ainda com traços de um Estado patrimonialista que se manifesta no clientelismo, no corporativismo, no fisiologismo e na corrupção—características essas contrárias aos princípios da governança. (PEREIRA, P.11, 2008)

Para este mesmo autor, a capacidade de realizar e obter resultados em benefícios da população depende do modo como se encontra a máquina, pois a mesma se encontra ainda enraizada na burocracia, corrupção e permeável as práticas patrimonialistas.

Contudo, pode-se dizer que a gestão nada mais é que uma sucessão de pontos e escolhas de caminhos, em diferentes situações o gestor é solicitado a uma tomada de decisão sobre qual direção tomar. Faz-se necessário o planejamento das ações, mas sabendo de antemão que a realidade é dinâmica e trará surpresas e imprevistos.

A promoção do acesso universal ao diagnóstico e à prevenção do HIV e das demais DST e a integralidade no cuidado permanecem como desafios a serem superados. Os CTA,

articulados aos demais serviços do Sistema Único de Saúde, representam uma estratégia importante nesse processo.

Em sua maioria, os CTA brasileiros possuem gestão municipal (87,2%) e encontram-se inseridos na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (81,9%), especialmente em serviços de assistência especializada em HIV/aids (40,9%), unidades básicas de saúde (21,6%) e serviços de atenção secundária, como centros diagnósticos, hospitais e policlínicas (19,4%) (tabela 4). A inserção dos CTA nas unidades de saúde está refletindo as diretrizes do Ministério da Saúde de ampliar a oferta do teste anti- HIV na rede pública de saúde, fato que, em tese, facilita a articulação dos CTA com os demais níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS. Os demais CTA, 18,1%, estão vinculados diretamente aos Programas Estaduais e Municipais de DST e Aids ou à Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2008, p.35).

Envolver gestores estaduais e municipais e sociedade civil na resolução de problemas. Com estratégias para envolver os gestores estaduais e municipais e a sociedade civil na sua reorganização, os CTA poderão aprimorar o seu papel e intensificar a sua contribuição para o acesso ao diagnóstico e à prevenção das DST e aids. Para tanto, deve ser incluída na Política de Incentivo de DST e Aids de estados e municípios a realização de um plano de aprimoramento dos serviços e de formação de seus trabalhadores. (BRASIL, 2008).

O que corrobora com o novo modelo de gestão implementado no Estado brasileiro, pois trata de uma cultura de administração pública de caráter gerencial (BRASIL, 1995). Isso significa o estabelecimento de um modelo de governança colaborativa orientada para resultados, no qual o gestor público define precisamente os objetivos que pretende alcançar, sendo-lhe conferida autonomia na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros para alcançar esses objetivos e para o controle de resultados, não mais de processos (BRASIL, 1995).

Para Cordeiro (2011) Os cenários de mudanças devem considerar a emergência de condições epidêmicas como as mortes por violências (homicídios, principalmente), doenças crônico-degenerativas (neoplasias malignas e doenças cardiovasculares) e HIV/AIDS. Tais condições estão se agravando nas condições de vida deterioradas das populações pobres e social e etnicamente discriminadas, como resultado das políticas de ajuste, do desmantelamento do Estado e do predomínio dos mercados sobre a cidadania.

Consoante a afirmação de Sposati (2018), Com apoio de forças econômicas conservadoras, a proteção social brasileira foi, durante os últimos 30 anos, desconectada da orientação universalista e civilizatória e subjugada ao código moral capitalista, condicionando o acesso à proteção social à ação ativa do indivíduo em poupar para enfrentar suas fragilidades.

E neste cenário de desmonte o gestor precisará encontrar estratégias para garantir a eficiência. É fazer o que é preciso ser feito com qualidade adequada ao menor custo possível. Não se trata de redução de custo de qualquer maneira, mas de buscar a melhor relação entre qualidade do serviço e qualidade do gasto (BRASIL, 2010).

Ou cairá no trato reducionista reiterando a fábula da cigarra e da formiga em que proteção é resultante da força de trabalho individual, e exclui o processo coletivo de preservação da dignidade humana de todos os cidadãos de uma sociedade. A proteção social foi reduzida à poupança individual, ativada pelo princípio cristão em ganhar o pão com o suor do próprio rosto. Garanti-la com o orçamento público geraria déficit orçamentário, que indicaria uma natureza populista, tuteladora e assistencialista a ser eliminada. (Sposati, 2018). Ainda como a autora, a proteção social naturalizada e extraída de seu valor de direito humano e civilizatório é transformada em mercadoria, cujo valor agregado e estratégico é direcionado a interesses que comprometem sua finalidade protetiva, e ampliam as desigualdades sociais.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para desenvolver este estudo utilizou-se da abordagem teórico-qualitativa por se tratar da governança na saúde, denota a necessidade de ampla discussão. Pois viabiliza o acesso à compreensão e interpretação através do estudo da história.

No que diz respeito ao método de investigação será predominantemente o da pesquisa bibliográfica buscando sistematizar as informações colhidas em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, e outras fontes confiáveis de pesquisa que abordem estudos relacionados com o tema selecionado.

Consoante à Minayo, a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa bibliográfica constitui um recurso que coloca os autores em contato com que já se produziu e registrou a respeito do tema, validando seus esforços.

O fomento pela pesquisa surgiu a partir da minha vivência no setor de saúde, atrelados ao conteúdo absorvido durante a especialização. Governança na saúde pública, tema caro a sociedade principalmente no que tange aos princípios e diretrizes de ambos. O procedimento metodológico escolhido foi a revisão bibliográfica.

O estudo estará dividido em três partes. A primeira seção traz um breve relato sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

A segunda seção apresentará a relação entre a Saúde e a governança.

Finalizando, a terceira seção apresentará ponderações acerca da atuação do gestor.

6. ANALISE DOS RESULTADOS

Após regulamentação da Lei Orgânica da Saúde 8080 de 19 de setembro de 1990 o termo governança passou a ser conhecido e definido a partir de diferentes áreas de conhecimento, como, por exemplo, nas relações internacionais, quando se refere a grupos e comunidades transnacionais auto-organizadas que transitam entre o mercado e o Estado; Ou nos estudos sobre desenvolvimento, principalmente em trabalhos realizados pelo Banco Mundial, em que se usa o termo “boa governança”, que significa eficiência do gasto público combinado à implementação de reformas que regulam o setor privado, o aumento da transparência e o *accountability*, além da expansão nos investimentos direcionados para saúde, educação e proteção social.

Como podemos observar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, que são constituídos pela conjugação das ações e dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos (união, Estados e Municípios), vão ao encontro dos princípios e diretrizes da governança; principalmente quando falamos em gasto eficiente do dinheiro e transparência nas ações.

A relação entre estado e sociedade modificou-se em direção a um padrão mais democrático de governança local, embora tenham sido mantidas práticas governamentais concentradoras de poder na tomada de decisão. O processo de descentralização ainda encontra obstáculos importantes para a concretização de um modelo de maior participação, controle social, responsabilização e interação entre Estado e sociedade. (Fleury, 2010).

Consoante as afirmações acima faz-se necessário uma reestruturação quanto as organizações de saúde. Embora desde a década de 1990 fala-se em governança na pratica pouco se vê. As secretarias municipais primeiramente precisam se organizar internamente, para rever rotinas de trabalho bem como aumentar a integração entre as áreas técnicas e descentralizar tarefas. E no processo de organização implantar a governança nas instituições de saúde.

Cabe aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), coordenar esse ambiente de governança para que não fique apenas no papel. Para tanto se faz necessário à participação de vários atores, além de haver o exercício do controle social sobre os agentes públicos para averiguar a responsabilidade e eficácia da ação pública.

A prática de governança no SUS precisa ser fortalecida, considerando a complexidade de alguns serviços, como Centro de Testagem e Aconselhamento / Serviço de Atendimento Especializado. O Acesso aos CTA's é universal, tanto para diagnóstico como para o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, o que caracteriza a resposta brasileira ao combate ao HIV/Aids,

Direito este que segue ameaçado pela reforma fiscal PEC 55, que congela os repasses para saúde por 20 anos, a austeridade fiscal, que comprometerá a saúde em todos os níveis, ocasionando o sucateamento dos serviços prestados a sociedade, ou seja, esta reforma fiscal ameaça inclusive a aplicabilidade da governança na saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), que é o único sistema de saúde universal no mundo, que ainda nem foi implantado na sua íntegra segue ameaçado pela atual conjuntura política. Aos poucos sendo sucateado pelo desgoverno que assola o país.

Na prática são poucos os municípios brasileiros que apresentam atitudes de governança, e muitos dos desafios enfrentados pelos setores de saúde estão ligados a falta de governança, bem como incentivos e responsabilização que garantam que os serviços prestados sejam de custo e qualidades aceitáveis.

7. CONCLUSÃO

A reforma fiscal proposta pelo governo não é um plano de estabilização fiscal, mas um projeto de redução drástica do tamanho do Estado. No plano macroeconômico, a reforma será um entrave ao crescimento econômico ao institucionalizar e automatizar um ajuste fiscal permanente. Além disso, a reforma tem profundos impactos sociais.

Atualmente o acesso aos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), bem como nos Serviços de Atendimento Especializados (SAE) é universal. Este acesso universal ao tratamento caracteriza a resposta brasileira à epidemia, como exemplo dessa garantia pode ser citado a Lei número 9.313 de 13 de novembro de 1996, que assegura aos portadores do HIV/AIDS gratuitamente, toda a medicação necessária a seu tratamento.

Direito este que segue ameaçado, pela falta de insumos, como preservativos, teste rápido para diagnóstico de sífilis, HIV e Hepatites Virais, luvas de procedimentos e até mesmo medicamentos como Benzilpenicilina (medicamento para tratamento da sífilis) etc.

Faz-se necessário uma reforma tributária, que combine eficiência e equidade deste modo poderia atuar incentivando o crescimento econômico de longo prazo ao reduzir a tributação do lucro e da produção das empresas, ao mesmo tempo em que concentra o ajuste fiscal de curto prazo sobre uma pequena parcela da poupança dos mais ricos, não diretamente relacionada ao investimento, e, por conseguinte, vinculada a um maior nível de emprego e produto. Assim, ganha-se tempo para aprimorar outras propostas de reformas estruturais das despesas, debatê-las com a sociedade e pactuá-las, em uma relação de soma positiva, superando as atuais dicotomias, nas quais a soma é zero. Apenas dessa maneira teremos a institucionalização e, por conseguinte, a consolidação geracional, dos avanços realizados no âmbito da gestão pública.

O gestor público, nesse sentido, ou seja, na atual conjuntura política precisará adquirir habilidades ímparares, bem como tomar consciência de sua responsabilidade para com a sociedade, guiado pela honestidade e transparência nas ações para saber contornar os problemas cotidianos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Lourdes Lemos. **A Governança na Região da Saúde**. rev. Consensus. Ed.21. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/governanca-na-regiao-de-saude/>
- BORGES, Luiz Ferreira Xavier. SERRÃO, Carlos Fernando de Barros. **Aspectos de Governança Corporativa Moderna no Brasil**. Revista do BNDES, Rio De Janeiro, v. 12, n. 24, p. 111-148, Dez. 2005.
- BRASIL. constituição (1988) **Constituição da república do Brasil**; Leis 8.080 e 8.142; LC 141. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>> ‘
- BRASIL. **Ministério da Reforma do Aparelho do Estado**. Plano Diretor da Reforma do Estado. Brasília, 1995.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Quali aids: Avaliação e Monitoramento da Qualidade dos Serviços Ambulatoriais que assistem adultos vivendo com HIV/AIDS do SUS, Brasília, 2011.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil. Desafios para equidade do Acesso. Brasília.2008.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. (org). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 5, p. 88-110.
- CARVALHO, Gilson. **A Saúde Pública no Brasil: Estudos Avançados**: n.27, v. 78, São Paulo: 2013.
- CORDEIRO, Hésio. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. v. 6, n.2, P. 319/328, 2001.
- DUSSAULT, Gilles. **A Gestão Dos Serviços de Saúde: características e exigências**. Rev. Administração Publica. Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.8-19,1992.
- FLEURY, Sonia, Ouverney, Assis Luiz Mafort, Kronemberger Thais Soares, Zani Felipe Barbosa. **Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil**. Rev Panam Salud Publica. 2010 p.446–55
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa**. 4.ed. / Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. São Paulo, SP : IBGC, 2009. 73 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOTA, Ana Elizabete et al. (org.). **Serviço Social e Saúde. Formação e Trabalho Profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NARDES, João Augusto Ribeiro. **Governança Pública: Desafio do Brasil.** Ed. Fórum. IBGC.2010.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Administração Pública Gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado.** Brasília: MARE/ENAP, 1996. 28 f. (Texto para discussão, 9). Disponível em <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/817>

ROSSI, Pedro. DWECK, Esther. **Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e Educação.** Cadernos de Saúde Pública. N.32, Dezembro, 2016.

SÃO PAULO: Fórum, 21; Fundação Friedrich Ebert Stiftung (FES); GT de Macro da Sociedade Brasileira de Economia Política (SEP); e Plataforma Política Social. **Austeridade e retrocesso: Finanças Públicas e Política Fiscal.** São Paulo, 2016. Disponível em: <http://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/Austeridade-e-Retrocesso.pdf>

SPOSATI, Adaiza. **Descaminhos da seguridade social e desproteção social no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva v.23 n.7. Rio de Janeiro Julho, 2018.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A Prática do Serviço Social: Cotidiano e Formação, Alternativas na área da Saúde.** São Paulo: Cortez, 2002.