



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS.
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL.**

NAJARA GOMES DO AMARAL

**Percorrendo os trilhos da gestão dos serviços de Saúde no município de
Cachoeira- BA.**

CACHOEIRA-BA

2014

NAJARA GOMES DO AMARAL

**Percorrendo os trilhos da gestão dos serviços de Saúde no município de
Cachoeira- BA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof.^a Dr^a Heleni Duarte Dantas de Ávila.

CACHOEIRA-BA

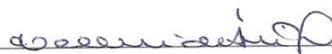
2014

NAJARA GOMES DO AMARAL

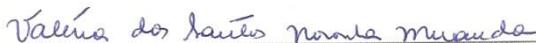
PERCORRENDO OS TRILHOS DA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CACHOEIRA- BA

Cachoeira – BA, aprovada em 21/11/2014.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Heleni Duarte Dantas de Ávila
(Orientadora – UFRB)



Prof.ª Dr.ª Valéria dos Santos Noronha Miranda
(Membro Interno – UFRB)



Esp.ª Rita de Cássia Abreu Maluf
(Membro Externo)

ANEXO A - Termo de Autorização para Publicação na Biblioteca Digital de Trabalho de Conclusão de Curso (BDTCC).

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL
BIBLIOTECA DIGITAL DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSOS - BDTCC

1 Identificação do tipo de documento
 Monografia Trabalho de Conclusão de Curso Outros

2 Identificação do autor e do documento

Nome completo:

Najara Gomes do Amaral
 CPF: 047.022.695 - 18
 Telefone: 75.3420.3343 e-mail: najarasg@gmail.com
 Curso de Graduação: Serviço Social

2.1 Título do documento:

Requerendo os trabalhos da Gestão dos Serviços de Saúde no município de Cachoeira-Ba.

Data da defesa: 01 de Novembro de 2014

3 Autorização para publicação na Biblioteca Digital da UFRB

Autorizo com base no disposto na Lei Federal nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004, a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) disponibilizar gratuitamente sem ressarcimento dos direitos autorais, o documento supracitado, de minha autoria, na Biblioteca Digital da UFRB para fins de leitura e/ou impressão pela Internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Texto completo Texto parcial

Em caso de autorização parcial, especifique a (s) parte(s) do texto que deverão ser disponibilizadas:

3. Local Data Assinatura do (a) autor (a) ou seu representante legal

Cachoeira 15 dezembro de 2014 Najara do Amaral

4 Restrições de acesso ao documento

Documento confidencial? Não

Sim Justifique: _____

4.1 Informe a data a partir da qual poderá ser disponibilizado na Biblioteca Digital da UFRB:

____/____/____ Sem previsão

Assinatura do Orientador: _____ (Opcional)

O documento está sujeito ao registro de patente? Não Sim

O documento pode vir a ser publicado como livro? Sim Não

A primeira via deste formulário deve ser encaminhada para a Biblioteca da Unidade, juntamente com o arquivo em Formato PDF, contendo o documento; a segunda via deve permanecer na Coordenadoria do Curso de Graduação para o registro de certificado de conclusão de Curso, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia Sistema de Bibliotecas da UFRB Grupo Técnico da Biblioteca Digital da UFRB.

A meu pai e minha mãe como forma de eterno agradecimento pela paciência, sabedoria, carinho, apoio, amor. Aos familiares, em especial a tia Rosa, pelo incentivo e cumplicidade. A todos que assim como eu almejam um Sistema de Saúde mais igualitário e anseia pelo futuro em que “virá o dia da felicidade e justiça para todos” (Isaías, apud Alves, 1984, p. 138).

AGRADECIMENTOS

O melhor modo de pedir é agradecer (Padre Antônio Vieira)...

O ato de agradecer expressa gratidão a algo ou alguém. A todos que fizeram parte da caminhada acadêmica. Alguns de forma intensa e constante, outros de maneira singela e variável. Cada um com sua particularidade fez parte dessa história.

Uma jornada de quatro anos, cheia de aprendizados acadêmicos, pessoais, espirituais, emocionais.

Agradecer a todos é uma tarefa difícil. Muitos fizeram parte dessa história, mesmo que de forma modesta. São tantos agradecimentos que ultrapassaria o número de páginas.

Em primeiro lugar, agradecer a Deus por oportunizar nascer, viver, e permitir o movimento que me trouxe a Cachoeira- BA, cidade cheia de cantos e encantos, ensinando a evoluir como ser humano.

Aos meus pais Adão e Hilda pela paciência, sabedoria, carinho, apoio, amor. Sem vocês nada seria possível.

Aos familiares, Dona Maria (avó), a tia Rosa pelo incentivo, acolhimento, cumplicidade; Adriano e Adilson, pelo dom de sermos irmãos e acima de tudo pelo carinho, amor; aos sobrinhos e afilhados, Gustavo, Ana Clara, Guilherme e Analícia, pelo carinho, sorriso espontâneo;

Aos primos, Leonardo, Lucas, Rafael, Claudiney, Claudiana, Lenira, Jéssica Ildete, pela confiança, apoio e pelas reuniões familiares (rs) muito importantes para revigorar a alma e o espírito.

Ao cunhado, André Xavier.

A cunhada, Alessandra.

Às irmãs (os) universitárias (os) Luciana Guedes (Luh), Jéssica Bastos (Jel), Lucimarcson Sena (Luck), Maria Augusta (Guta), Lucas Feitosa (Luquinhas), Luciana Gonçalves (Lú), Juliana Oliveira (Juh), Danilo Leite (Nilo), entre outros que passaram por nossas vidas e fazem parte dessa família acadêmica. Fase da vida em que a gente ri, a gente chora ganha pouco ou quase nada, mas se diverte muito.

Aos colegas do EVERSUS- BA, pelo conhecimento compartilhado, pelas discussões e pela amizade fortalecida com o tempo. Em especial a Evandro de Jesus.

Ao CEPRED por proporcionar um estágio tão rico e tão desafiador, colocando frente a questões até então não visibilizadas.

A orientadora, Heleni Ávila por colaborar com esse processo de formação tanto profissional como pessoal compartilhando sua experiência de vida, militante, profissional e docente engajada com a luta por um curso de Serviço Social cada vez melhor, mesmo que para isso tenha que se desdobrar para cumprir com as atividades a que se propõe em prol dessa melhoria visando um coletivo.

A profissional Valéria Noronha por sua contribuição e colaboração no construto deste projeto de conclusão de curso, por fazer parte da minha história acadêmica e pessoal, por todo o conhecimento transmitido, por estar junto até este momento de fechamento de uma etapa tão importante.

A Dr^a Rita Maluf por contribuir com suas ricas considerações acerca do seu trabalho dentro da Secretaria Municipal de Saúde, em especial na coordenação do Núcleo de Educação Permanente (NEPS).

Aos Coordenadores, conselheiros por fornecerem alguns minutos do seu tempo para colaborar na pesquisa que embasou este Projeto de Conclusão de Curso.

Aos amores, agradeço por todo o carinho.

Por fim, chegou a hora de percorrer novos trilhos, começar uma nova caminhada. Levando na bagagem muita saudade. Essa vida é uma viagem Pena eu estar Só de passagem (Paulo Leminski).

A todos muito obrigada. Vocês fazem parte dessa história.

O céu é a alma... O relâmpago
 É uma idéia de luz
 Que pelo crânio do espaço
 Perpassa, brilha, reluz
 Depois o trovão – é o verbo.
 Segue-o o raio – gládio acerbo. Que se desdobra soberbo
 Pelos paramos azuis.
 Ação e idéia – são gêmeos.
 Quem as pudera apartar?
 O facho – é a vaga agitada
 Do pensamento – que é o mar...
 Cisma o oceano curvado,
 Mas da procela vibrado,
 Solta as crinas indomado,
 Parece o espaço escalar.
 Assim sois vós!... Nem se pense
 Que o livro enfraquece a mão.
 Troca-se a pena com o sabre.
 Ontem – Numa... Hoje – Catão...
 É o mesmo... Se a pena é a espada
 Por mão de Homero vibrada,
 Com o gládio – epopeia ousada
 Traça os mundos – Napoleão...
 Que importa os raios trovejem
 Nas florestas do existir.
 Partí, pois! Homens do livro!
 Podeis ousados partir!
 Pois sereis..., vindo com glória,
 Ou morrendo na vitória...
 Homens do livro da História
 Dessa Bíblia do porvir!
 (CASTRO ALVES, 1984)

RESUMO

O Brasil e o Estado da Bahia, durante as últimas décadas, vem passando por grandes transformações na construção de um sistema de saúde que contemple as diretrizes da Reforma Sanitária. Assim, este estudo pretende pesquisar a Gestão Municipal de Saúde no município de Cachoeira Bahia. O trabalho traz como partida o cenário político as décadas de 1970 e 1980, por tratar do período que marcou os antecedentes do Sistema Único de Saúde. A década de 1970 tem como característica o período militar, marcado por imposição e medo, redução orçamentária, em especial na saúde, finalizando o período com aumento das privatizações e abertura política. Estes aspectos favoreceram na década de 1980 a organização dos movimentos sociais, bem como, as grandes manifestações em prol da transição democrática. Impetrando como consequência deste processo a promulgação da Carta Constitucional de 1988, facilitando o processo de construção do SUS, implantação e regulamentação na década de 1990. Deste modo, a conjuntura política nacional influenciou o processo de organização dos serviços de saúde no Brasil/ Bahia, sendo, assim, importante a elaboração de um estudo acerca da gestão de saúde. Para, dessa forma, caracterizar a Gestão, buscando apontar os principais desafios que se colocam a Gestão Municipal. Desta forma, o presente trabalho de Conclusão de Curso trata-se de um estudo de caso que toma como base de análise os processos decisórios, as arenas políticas e as ações dos sujeitos envolvidos, considerando os componentes de Gestão e Organização, Modelos de Atenção e Infraestrutura. Para tanto, utilizou-se como procedimentos metodológicos a revisão bibliográfica, entrevistas semiestruturadas, análise de documentos da Secretaria Municipal de Saúde, assim como, normas, resoluções, portarias emitidas pela Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde. Caracterizando a Gestão Municipal após a investigação e análise dos dados coletados.

Palavras – Chave: Política Municipal de Saúde, Gestão da Saúde, Administração Pública, Cachoeira/BA.

ABSTRACT

The Brazil and the State of Bahia, during the last decades, has undergone major transformations in building a health system that addresses the guidelines of the Health Reform. Thus, this study intends to research the Municipal Health Management in the municipality of Cachoeira Bahia. The work brings to depart the political scene of the 1970s and 1980s, by treating the period that marked the history of the National Health System. The 1970s is characterized by the military period, marked by imposition and fear budget cut in especially health, ending the period with increased privatization and opening up policy. These aspects favor in the 1980s the organization of social movements, as well as the large demonstrations in support of democratic transition. Beseeching as a result of this process the promulgation of the Constitutional Charter of 1988, easing the process of construction of the SUS, deployment and regulation in the 1990s. Thus, the domestic political context influenced the process of organization of health services in Brazil / Bahia is therefore important to prepare a study on the health management. To thus characterize the Management, seeking to identify the main challenges facing the Municipal Management. Thus, the present study Completion of course it is a case study which builds on the analysis of decision-making processes, policy arenas and the actions of the individuals involved, considering the components and Organization Management, Models of Attention infrastructure. For this, we used as instruments the literature review, semi-structured interviews, document analysis, the City Health Department, as well as regulations, resolutions, ordinances issued by the Department of Health and Ministry of Health. Featuring Municipal Management after research and analysis of data collected.

Key – Words: Municipal Health Policy, Health Management, Public Administration, Cachoeira / BA.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica
ACM – Antônio Carlos Magalhães
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS – Unidade de Atendimento Psicossocial
CDS - Conselho de Desenvolvimento Social
CEO – Centro de Especialização Odontológica
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DIREs - Diretoria Regional de Saúde
DNERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública
EC – Emenda Constitucional
ECG - Eletrocardiograma
ECO - Ecocardiograma
ESSP - Escola Estadual de Saúde Pública (Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto).
FEDP - Fundações Estatais de Direito Privado
FHC – Fernando Henrique Cardoso
HGRS – Hospital Geral Roberto Santos
IAMP – Instituto dos marítimos
IAPB – Instituto dos bancários
IAPC – Instituto dos comerciários
Iapetec – Instituto dos trabalhadores de transportes de cargas
Iapi – Instituto dos industriários
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
Ipass - Instituto dos servidores do Estado
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA - Lei Orçamentária Anual
MOC - Projeto Montes Claros
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MRSB – Movimento de Reforma Sanitária Brasileira

MS – Ministério da Saúde

PPA - Planos Plurianuais

Plus - Programa de Localização de Unidades de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PNH - Política de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS

Prev- Saúde

Pró – Saúde

PT – Partido dos Trabalhadores

RGA - Relatório Anual de Gestão

RHS – Recursos Humanos

SESAB – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

SUCAM – Superintendência de Campanhas

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCM – Tribunal de Contas do Município

USF – Unidade de Saúde da Família

USG – Ultrassonografia

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14.
INTRODUÇÃO	16.
1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL/BAHIA	21.
1.1 Percorrendo os trilhos da política de saúde;	26.
1.2 O processo da municipalização;	31.
1.3 A contrarreforma do estado brasileiro na política de saúde.	34.
2 A GESTÃO EM SAÚDE E SAÚDE PÚBLICA	40.
2.1 Componentes do sistema de saúde: financiamento, recursos humanos, serviços disponíveis no município;	44.
2.2 Planejamento e gestão em saúde;	49.
2.3 Gestão municipal da saúde.	54.
3 CACHOEIRA – LOCUS DA PESQUISA	61.
3.1 Instrumentos de gestão;	63.
3.2 Rede de Serviços de Saúde;	66.
3.3 Desatando nós na gestão da política de saúde de Cachoeira.	71.
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76.
REFERÊNCIAS	81.
ANEXOS	85.
APÊNDICES	88.

APRESENTAÇÃO

Eu quero desaprender para aprender de novo.
Raspar as tintas com que me pintaram.
Desencaixotar emoções, recuperar sentidos. (Rubem Alves)

A vontade de desaprender e aprender de novo faz parte da nossa vida cotidiana e acadêmica. Espaços capazes de nos fazer pensar/repensar, aprender/desaprender, concepções dialéticas integrantes de um movimento dinâmico e, por vezes contraditório, mas que faz parte do processo de aprendizagem. Ao aprender nós desaprendemos, e aprendemos de novo. Confuso? Sim, mas verdadeiro. Pois, ao pensarmos que para absorver uma ideia nós precisamos nos desprender de outra. Visto que o novo necessita de espaço para se manifestar e fortalecer.

Partindo da análise do aprender e desaprender optamos por desenvolver o trabalho de Conclusão de Curso a partir do estudo da Gestão Municipal de Saúde no Município de Cachoeira Bahia.

O referido objeto de estudo é fruto das inquietações advindas com o processo de formação em saúde, alimentado pelas discussões nos espaços de aprendizagem não formais (campo de experimentação as atividades integrantes do processo de formação realizadas pela Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia (EESP-BA), em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), por meio da imersão no Estágio de Vivência (EVERSUS) 5ª edição, no período de Julho a Agosto de 2012); a participação em disciplinas com ementas que ressaltam a questão da Saúde, Gestão Social, Políticas Públicas, assim como, a inserção em grupos de pesquisa e extensão ligados as discussões na área da saúde Projeto de Pesquisa ORUN AIYÊ, um Estudo Propositivo em Defesa da Saúde da População Negra no Recôncavo Sul Baiano (2010- 2014); e do Projeto de Extensão Grupo de Estudos em Cidadania e Políticas Sociais, com discussão acerca da política de saúde e política de drogas no Brasil - GECEPS (2012 – em andamento).

Trata-se de um estudo de caso que toma como base de análise os processos decisórios, as arenas políticas e as ações dos sujeitos envolvidos, considerando os componentes de Gestão e Organização, Modelos de Atenção e Infraestrutura.

Foi necessário fazer uma recomposição do SUS nos anos anteriores, décadas de (1970 – 1980 - 1990) e a presente década. A primeira parte do recorte foi escolhida por ter sido uma época importante para a consolidação de uma sociedade organizada em prol de uma coletividade. Estando unidos diversos sujeitos sociais para fortalecer a luta por direitos sociais, sendo garantidos por meio da formulação de Políticas Públicas para a população. A qual neste período ainda não se constituía como cidadãos de direitos. Conquistados mais tarde com a Constituição Cidadã de 1988. A segunda parte deste estudo refere-se aos períodos mais atuais, visto que pretende-se analisar e caracterizar a gestão municipal nos dias de hoje. No entanto, vale salientar que não deixaremos de apontar os aspectos relevantes dos primórdios da gestão para entender como este conceito se materializa na prática atualmente. Utilizando-se da investigação e análise dos dados coletados, buscamos caracterizar a gestão da saúde no município de Cachoeira, apontando os principais dilemas e desafios impostos à gestão municipal.

INTRODUÇÃO

[...] para estudar a saúde pública como política social deve-se tentar desvelar tanto a natureza do conjunto das relações sociais do período em estudo, quanto o modo próprio como, no campo das ações de saúde coletiva, constituem-se forças sociais que, nas suas lutas, delineiam as opções políticas [...] (MEHRY, 1992, p. 36).

Acerca da política de saúde no Brasil, Paim (2012) analisa que o modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social data das décadas de 1920 e 1930, período histórico marcado pela Era Vargas¹, momento em que os direitos civis e sociais foram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho. Podendo ser considerado como um sistema de proteção social fragmentado e desigual.

A conjuntura político social presente na década de 1980 favoreceram a criação de mecanismos de promoção de pressão social e política no setor de saúde. Visto que, as ações promovidas pelo Estado ainda se constituíam como incipientes, pois, anterior à década de 1980 prevalecia o Modelo de Atenção à Saúde baseado na medicina curativa, individualista e assistencial em detrimento às ações preventivas de interesse coletivo.

Corroborando com esse contexto o modelo excludente e segmentado de atenção à saúde, abrangendo uma parte da população e excluindo outra em razão da condição sócio financeira. Sendo atendidos pelo sistema previdenciário somente os trabalhadores formais, restando aos demais com labor informal o atendimento caritativo. Assim, os outros trabalhadores informais ficavam a mercê da oferta inadequada de serviços, compostos por serviços públicos filantrópicos ou serviços de saúde privados. Fato que segregava a população usuária destes serviços, deixando explícitas as características da população atendida pelos serviços públicos e os privados. Aspecto que fortalece os estigmas, a discriminação, e a desvalorização da classe trabalhadora enquanto sujeito de direito.

Afirma Paim (2009),

Somente os brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinha acesso à assistência médica da previdência social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares

¹ Era Vargas foi o período que Getúlio Vargas governou o país por 15 anos (1930 – 1945).

ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados ou municípios (PAIM, 2009, p. 33).

A existência de elementos históricos, como a industrialização, o rompimento das relações tradicionais, a mobilização da classe trabalhadora emergente, dentre outras. Culminaram na organização dos movimentos sociais no século XIX por melhores condições de sobrevivência, assim como, no desenvolvimento dos sistemas de proteção social.

Nesse sentido, vale salientar a relação entre o processo de desenvolvimento das sociedades capitalistas e industrializadas e a necessidade de criação de mecanismos capazes de fornecer respostas às demandas das camadas populares. Esses mecanismos de respostas se configuram como Política Pública², caracterizada como uma ação ou omissão por parte de uma organização a partir das condições de saúde da população, assim como, de seus determinantes (SECCHI, 2013).

Para Secchi (2013), apesar de existir diferenciações conceituais acerca do conceito de Política Pública, considerada por Bobbio (2002) como “atividade humana ligada a obtenção e manutenção dos recursos necessários para o exercício do poder sobre o homem”. Secchi defende a concepção que esta seja uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público. Possuindo, assim, dois elementos de fundamental importância, a intencionalidade e a resposta ao problema de público relevância. Nesse sentido, a política é parte integrante da ação ou não ação de alguém no desenvolvimento da atividade.

Destarte,

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Políticas de saúde abrangem questões relativas ao poder em saúde (politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (policy). (...) enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas (PAIM & TEIXEIRA, 2006, p. 74).

² Sobre Política Pública Leonardo Secchi (2013).

Nesse sentido, podemos afirmar que, assim como, nas Políticas Sociais nas Políticas de Saúde prevalecem as relações de poder. Sendo assim, há diferentes sujeitos sociais e interesses diversos. Podemos citar como atores deste processo o Estado, o mercado e os usuários (trabalhadores).

Assim, Fleury (2008) afirma, as políticas de saúde se tornaram um ponto de convergência entre os interesses dos trabalhadores e os dos empresários. Isso porque as Políticas de Saúde além de amenizar os conflitos existentes devido às péssimas condições de vida e trabalho advindos com o processo de industrialização, promoveu um aumento considerável na produtividade do trabalho. Favorecendo, assim, o mercado.

Com o fim do Regime Militar em 1985, o Movimento de Reforma Sanitário surge como forma de contestação do sistema de saúde vigente. O marco histórico que expressa essa configuração política em prol do beneficiamento da população antes excluída, é a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, com lema “movimento pela democratização da saúde em toda sua história”. Este movimento proporciona visibilidade a necessidade de reformulação profunda, com ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional (CONASS, 2011).

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa Conferência, que contou com a participação de mais de quatro mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor saúde transcendiam aos marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. Questão fundamental para os participantes foi a da natureza do novo sistema de saúde: se estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva. Recusada a ideia da estatização, manteve-se a proposta do fortalecimento e da expansão do setor público (SCOREL ET AL. 2005, p. 78).

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco da trajetória da Política de Saúde no Brasil, tem-se a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, consolidado através da Constituição Federal de 1988 que reconhece a saúde como um direito social, inerente à condição de cidadão e dever do Estado (BRASIL, 1988).

A partir do exposto, o presente trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo geral estudar a Gestão Municipal da Saúde do Município de Cachoeira Bahia, considerando os componentes de Gestão a seguir: Organização, Modelos de Atenção e Infraestrutura. Para tanto, propõe-se a: Identificar os principais atores sociais e institucionais que participam da tomada de decisões na Gestão da saúde em Cachoeira/BA; Compreender o papel das instancias colegiadas no processo decisório da Gestão Municipal de Saúde de Cachoeira; Analisar as dificuldades e facilidades na implementação da Política de Saúde em Cachoeira.

Utilizou-se como base de dados a análise documental, entrevistas (semi – estruturadas) e o diário de campo. Na parte documental, analisamos o Relatório de Gestão e Plano Municipal de Saúde mais recentes fornecidos pelo município. As entrevistas foram feitas com informantes chave da Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeira- BA, que são: Gestor da Saúde, ocupantes de cargos na Secretaria Municipal de Saúde e Conselheiros Municipais de saúde.

A pesquisa, suporte para a construção deste trabalho, é de cunho qualitativo apoiando – se na base de análise o conteúdo dos documentos e das entrevistas, categorizando as respostas de acordo com questões identificadas nas falas dos sujeitos ou nos documentos.

Com o intuito de fortalecer a discussão optamos por elencar nos capítulos deste construto pontos relacionados à questão da saúde, partindo da análise do processo de formulação da Política de Saúde no Brasil, situado no 1º capítulo. Tecendo neste capítulo uma discussão acerca do processo de formulação e implementação da política de saúde brasileira, perpassando por toda a trajetória, que envolve aspectos políticos, econômicos e sociais, assim como, a presença de diversos sujeitos sociais e interesses.

Trabalhamos também neste capítulo com o processo de municipalização, por considerar como marco importante para a consolidação da autonomia dos municípios, assim como, para o fortalecimento o poder local. Salientando acerca das divergências conceituais apontadas por autores como Stein (1997), Gerschman (2005), Bobbio (2002) entre descentralização versus centralização e desconcentração versus concentração.

Finalizando com o tópico 1.3 abordando a contrarreforma do estado brasileiro na política de saúde, considerando como necessário refletir a respeito do papel do Estado na conjuntura política, econômica e social para se compreender as políticas sociais.

No capítulo 2º, buscamos enfatizar o processo de Gestão nos Serviços de Saúde, trazendo os conceitos de gestão e gerência, apontando os pontos divergentes destes conceitos. Subdividindo este capítulo em tópicos que abordam inicialmente os componentes do sistema de saúde, podendo ser citados o financiamento, os recursos humanos e os serviços disponíveis no município.

Posteriormente, tecemos reflexões acerca do Planejamento em Saúde respaldados na concepção de Jesus & Assis (2011), considerando este como sendo um instrumento de Gestão. Finalizando este capítulo com considerações referentes à Gestão Municipal da Saúde. Relacionando os estudos ligados a gestão municipal com as falas dos entrevistados, consentidas mediante aplicação do questionário destinado a Secretaria Municipal de Saúde.

No último capítulo 3º, discorreremos sobre o lócus da pesquisa. Para tanto, buscamos fontes virtuais e impressas para redigir o tópico a partir do processo histórico do município. Em seguida, analisamos os instrumentos de gestão, com o escopo de identificar as situação de saúde do município e as principais demandas. A partir dessa análise buscamos nos ater a discussão do processo de construção de Rede de Serviços, caracterizando a rede do município. Sem deixar de relatar algumas considerações acerca do cuidado que devemos ter quando se aborda a questão da rede de serviços, visto que não podemos nos ater a este processo como sendo somente a implementação da hierarquização.

Por fim, com este estudo e após todo o trabalho de pesquisa e tabulação dos dados coletados, buscamos analisar a Gestão Municipal de Saúde de Cachoeira – BA. Para tanto, apontamos nas considerações finais os principais desafios impostos à Gestão Municipal de acordo com o conteúdo fornecido pelos ocupantes de cargos na Secretaria Municipal de saúde através das entrevistas semi- estruturadas.

Os desafios apontados possuem diversas origens, e todas afetam o desenvolvimento das ações e serviços de saúde no município, de forma direta ou indireta como esclarecido ao final deste trabalho.

1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL/BAHIA

A política, assim aprendemos, é algo como uma necessidade imperiosa para a vida humana e, na verdade, tanto para a vida do indivíduo como da sociedade. Como o homem não é autárquico, porém depende de outros para a sua existência, precisa haver um provimento da vida relativo a todos, sem o qual não seria possível justamente o convívio. Tarefa e objetivo da política é a garantia da vida no sentido mais amplo (ARENDR, 2006, p. 45/46, apud, ÁVILA, 2013, p.23).

A partir das análises podemos adentrar a discussão dos primeiros passos da Saúde Pública no Brasil. Esse movimento implica em analisar o histórico da organização sanitária brasileira para, dessa forma, entender o processo de formulação do SUS. Para tanto, utilizaremos como ponto de partida o período que compreende a década de 1970 e 1980, meados da Ditadura Militar³, momento de desenvolvimento no ideário populacional em prol da construção de Políticas de Saúde com caráter universal.

O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar (1964- 1984) caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde (CONASS, 2011, p. 16).

Partindo dessa premissa, podemos afirmar que anterior à criação do SUS, a Política de saúde brasileira percorreu um caminho com obstáculos até consolidar como universal. A partir da análise bibliográfica acerca desta época percebemos que um dos fatores influentes na formulação de estratégias de

³ O referido período de análise a que nos propomos estudar se caracteriza pelo autoritarismo do governo, repressão, censura dos meios de comunicação, a existência de mecanismos de coerção legal, extinção de partidos políticos, instituindo o bipartidarismo (Arena e MDB). Aspectos do governo do marechal Castelo Branco (1964). O governante seguinte tomou posse em 1967, o general Costa e Silva, governo denominado de “linha dura militar”. Neste período se instaurou o Ato Institucional nº 5 - AI 5. Em 1969 assume o poder o general Emílio G Médici (1970 – 1974), governo marcado pelo controle do processo inflacionário, em paralelo com o crescimento econômico marcado pelo “milagre econômico brasileiro”³. Corroborando com esse cenário havia a má distribuição dos benefícios gerados com o *boom* no crescimento, estando metade da população economicamente ativa fora do mercado formal de trabalho, o que significa estar sem acesso ao sistema previdenciário (SCOREL, 2005).

atendimento a Saúde Pública foram as grandes epidemias evidenciadas nos respectivos períodos antecedentes.

Assim, a partir das discussões, da organização de movimentos em prol de mudanças na organização sanitária é que se concretizam algumas conquistas. Podemos citar a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), datado da década de 1910; início da previdência social no Brasil, com a aprovação da Lei Elói Chaves (1923); em 1953 foi instituído o Ministério da Saúde (MS); criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), depois substituído pela Superintendência de Campanhas (Sucam); Esse período histórico foi marcado por um modelo de atenção a saúde baseado no *sanitarismo campanhista*⁴.

Com o desenvolvimento industrial, a valorização da medicina previdenciária a partir da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) corrobora o fortalecimento da assistência médico-hospitalar. Nesta época criam-se institutos responsáveis por fornecer suporte a saúde dos trabalhadores, sendo separados por categorias: comerciários (IAPC); bancários (IAPB); industriários (Iapi); marítimos (IAMP); servidores do Estado (Ipase); trabalhadores de transportes de cargas (Iapetec) etc. Em 1966 os institutos foram unificados em um o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), exceto o Ipase.

A partir do exposto podemos inferir que os primórdios da política de saúde brasileira foi basilado pela proposta mercadológica, colocando a saúde como mercadoria, visto que se valorizavam os sistemas de saúde privados e contributivos em detrimento aos sistemas públicos universais. Deixando assim, milhões de pessoas excluídas e/ou com acesso a serviços de pouca qualidade, descrito por Paim (2009) através do estudo realizado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) como, insuficiente; mal distribuído; descoordenado; inadequado; ineficiente; ineficaz.

⁴ A questão do campanhismo como política de saúde pública foi discutida pela primeira vez no livro. As instituições médicas no Brasil (1979), e em seguida no livro Medicina e ordem política brasileira (1982), sendo retomada no artigo “Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática – anos 80”, numa perspectiva analítica das recorrências históricas nas políticas de saúde (LUZ, 1979, 1982, 1991, apud, LUZ, 2000).

Partindo dessa premissa, podemos afirmar que o Sistema Nacional de Saúde adotado no Brasil no Período Militar tinha peculiaridades que favoreciam a medicina previdenciária, assim como, o processo de mercantilização da saúde, citados anteriormente. Marcando a década de 1970 com a expansão da assistência médica privada, sendo financiada pela Previdência Social, ampliando a lógica de valorização do sistema privado em detrimento do sistema público.

Nos anos de 1974 o governo do general Médici se finda. Trazendo consigo vestígios de que o período militar logo teria fim. Pois, a população não conseguia mais se submeter às más condições de vida, de repressão política, ao processo de êxodo rural (migração do campo para as cidades), perda do poder aquisitivo do salário mínimo, dentre outras tão expressivas neste período (SCOREL, 2005).

É nessa conjuntura que surgem estudos e pesquisas com o propósito de fornecer visibilidade para a situação política, econômica, financeira, social vigente no país. Favorecendo a rearticulação paulatina dos movimentos sociais, tornando mais frequente as denúncias sobre a situação caótica da Saúde Pública e dos serviços previdenciários de atenção médica. Amplificando as reivindicações de solução imediata para os problemas criados pelo modelo de saúde existente (SCOREL, 2005). A partir desse cenário começam a modelar as origens do movimento pela transformação do setor saúde assunto discutido no decorrer deste trabalho.

Dentre os generais que assumiram a direção do país no período da ditadura militar, podemos citar o governo de Ernesto Geisel (1974 – 1979)⁵. Visto que, este foi o presidente que propôs uma “democracia com abertura política”. Nesse contexto de criação de uma democracia com possibilidades de abertura política, o então presidente adotada algumas medidas de decisão como, suspensão parcial da censura dos meios de comunicação, a revogação

⁵ O governo Geisel iniciou o governo admitindo que depois do sucesso da abertura econômica que teria levado ao —milagre brasileiro— pela —Revolução—, caberia dar início a abertura social e política. Assim, foi lançado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), onde se afirmava que a —Revolução— não se solidarizava com a ideia de que seria preciso o bolo crescer para depois dividi-lo. Defendia que enquanto o país crescesse economicamente poderiam ser executadas políticas compensatórias, apontando para investimentos sociais. Do mesmo modo o governo anunciava uma distensão política —lenta, segura e gradual— [...] (PAIM, 2008, p. 69).

gradativa de alguns dos mecanismos de coerção legal que compunham o arcabouço repressivo da Ditadura. Medidas favoráveis à criação de partidos políticos com adesão de militantes de “partidos clandestinos”, como o Partido dos Trabalhadores – PT. Incentivando às articulações políticas para a construção de projeto de desenvolvimento com valorização do social, e não somente, o econômico (SADDI, 2003, apud, ÁVILA, 2013).

Assim,

A estratégia de distensão política, iniciada pelo governo do general Geisel (1974 – 1979), possibilitou ao movimento sanitário apresentar propostas transformadoras no sentido de melhorar e democratizar o atendimento a saúde das populações mais carentes. A política de saúde adotada até então pelos governos militares, punha ênfase em uma medicina de cunho individual e assistencialista, em detrimento de ações vigorosas no campo da saúde coletiva (ESCOREL, et al. 2005, p. 67).

Essas mudanças no governo Geisel⁶ favoreceram a inserção no cenário político de projetos na área da saúde, caracterizados como mecanismos de coordenação para organização deste setor. Servindo como parâmetros de serviços de saúde, podendo ser citado o Programa de Localização de Unidades de Saúde (Plus), e o Projeto Montes Claros (MOC), o qual serviu como proposta norteadora para a criação do SUS. Favorecendo a elaboração de projetos como o Pró-Saúde⁷, posteriormente denominado de Prev-Saúde⁸.

A década de 1980 marca o declínio do governo militar, trazendo consigo grandes transformações como, por exemplo, a anistia política, a volta dos exilados, a realização de eleições diretas para os governos dos Estados. Sendo João Figueiredo⁹ o último presidente militar. Assim, em 1985, o regime

⁶Durante o governo do General Geisel, ocorreram duas Conferências Nacionais de Saúde, a V Conferência, realizada em 1975 e VI Conferência, realizada em 1977, cujo objetivo central foi a discussão do processo de controle das grandes endemias e a interiorização dos serviços de saúde (ESCOREL e BLOCH, 2005, apud ÁVILA, 2013).

⁷ Pró-Saúde: plano de atenção primária à saúde, tendo como pressupostos básicos a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, a integração dos serviços existentes em cada nível de complexidade e a regionalização do atendimento por áreas e populações definidas (RODRIGUEZ NETO, 2003).

⁸ O Prev-saúde sofreu pressões por parte de todos os grupos de interesse privatistas. Na medida em que defendia um serviço integrado de saúde, pautado pelos princípios da atenção primária à saúde, em bases regionais e hierarquizadas, jamais foi apresentado oficialmente, isto é, foi um projeto, nas palavras de Gentile de Mello, “natimorto” e, como tal, permaneceu como paradigma das reformas sanitárias desejadas pela sociedade civil, jamais atendidas pelo governo (Mello apud Rodriguez Neto, 2003).

⁹ João Figueiredo governou no período de 1979 a 1985.

militar chega ao fim. Com o advento da Nova República, assume o país o vice-presidente eleito de forma indireta José Sarney¹⁰, no lugar do então presidente eleito Tancredo Neves. Nessa conjuntura, lideranças do movimento sanitário assumem efetivamente posições em “postos-chave” nas instituições responsáveis pela política de saúde no país.

Como expressão dessa nova realidade, destaca-se a convocação, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo presidente foi Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Esse evento é considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do “movimento pela democratização da saúde em toda sua história” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLE, 2005, apud, CONASS, 2011).

Dentre as questões discutidas na VIII Conferência vale salientar duas que se configuram de fundamental importância. A primeira, diz respeito à natureza do novo sistema de saúde, se estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva. A segunda, referente à unificação do Inamps com Ministério da Saúde (SCOREL, 2005). A VIII Conferência construiu as bases para a criação de um sistema de saúde universal. No entanto, alguns aspectos como financiamento e a operacionalização para constituição do sistema permaneceram em processo de discussão e aprofundamento.

Assim, cria-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds)¹¹, em 1987. Com o propósito de nortear as ações referentes aos recursos federais, objetivando a efetivação do acesso à saúde pelos sujeitos, assim como, a tentativa de evitar a desvinculação de receitas, ou seja, o repasse de recursos para outras áreas que não a que foi destinado. De acordo

¹⁰ José Sarney governou de 1985 a 1990. Na economia, o governo Sarney é marcado por dois planos, o Plano Cruzado I e II, que visavam, num contexto de hiperinflação, à estabilidade e ao crescimento econômico. Na política, busca-se um equilíbrio entre as forças vitoriosas sob a hegemonia dos políticos democratas e liberais que ocupavam o centro do espectro ideológico (SCOREL, 2005, p. 77).

¹¹ “O Suds é o estágio evolutivo das AIS. (...) eu tenho as estruturas do Inamps, as dos estados, as estruturas do Ministério da Educação e as das prefeituras. Eu tenho que criar uma estrutura de integração, a ferramenta mais clara disso foi a POI (Programa Orçamentária Integrada). [Nós teríamos, assim,] o orçamento da educação aplicado à saúde, do Inamps, e das secretarias estaduais e municipais, com um plano comum. É essa a idéia do Suds (...) a transferência de recursos do Inamps para os serviços dos estados, mediante convênios. Não por prestação de serviços, mas em função de uma programação integrada. A gente procura fazer com que o superintendente do Inamps seja o secretário estadual de saúde. Caminharíamos para a integração dos serviços, com responsabilidade das secretarias estaduais de saúde. A idéia é que os estados devam coordenar o processo de municipalização e que o MPAS e o MS sejam uma secretaria nacional de assistência à saúde, dentro de um Ministério de Seguridade Social (NORONHA, 2004, apud, SCOREL, 2005).

com (NORONHA; PEREIRA; VIACAVA; 2005), a ideia é que os estados deveriam coordenar o processo de municipalização.

Como desdobramentos apresentamos a inserção do capítulo “Saúde” na Constituição de 1988 (chamada de ‘Constituição Cidadã’), com posterior formulação das leis orgânicas da Saúde a Lei 8080/90, promulgada pelo governo de Fernando Collor de Melo¹², e posteriormente a lei 8142/90¹³. Consideradas como marco legal do SUS.

Segue,

ART.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Esse fato promoveu a ampliação do conceito de saúde, até então colocado como proposta de discussão da VIII Conferência. Sendo, incorporada na constituição a perspectiva da saúde como inerente a condição de cidadão, devendo ao Estado garantir o acesso aos serviços de saúde.

1.1 Percorrendo os trilhos da política de saúde (resgate histórico – construção do SUS)

*Essa vida é uma viagem
Pena eu estar
Só de passagem*

Paulo Leminski

Para compreender a gestão nos serviços de saúde no município de Cachoeira- BA, papel a que se propõe o referido trabalho, faz-se necessário percorrer os trilhos da política de saúde no Brasil, com uma breve parada no processo histórico da saúde na Bahia, abordando a construção do SUS e

¹² Fernando Collor de Melo governou de 1990 a 1995.

¹³ Lei 8080/90: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, Lei Orgânica da Saúde (SUS), Lei 8080, de 19 de setembro de 1990).

Lei 8142/90: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências (BRASIL, Lei Orgânica da Saúde (SUS), Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990).

embarcando em uma viagem nesse período. Para tanto, continuaremos trabalhando com a ideia da Política de Saúde como sendo uma Política Social.

Nesse sentido, como afirma Paim (2009) “Os sistemas de saúde, de um modo geral, seguem o tipo de proteção social adotado pelos países. Três tipos se destacam em todo o mundo; a seguridade social, o seguro social e a assistência”. Se tratando de Brasil surge a indagação: em qual desses modelos se encaixa o brasileiro?

Antes de tecer reflexões acerca da inquietação acima faz - se necessário discorrer primeiramente sobre esses três tipos de proteção social abordados por Paim (2009).

O modelo de proteção social denominado de assistência social se caracterizou nos países que valorizavam o mercado com sua capacidade de ser auto regulável, reservando ao Estado o papel mínimo e complementar. Desse modo, desenvolve ações de cunho compensatório e discriminatório sobre aqueles grupos sociais que recebem proteção social porque demonstram sua incapacidade para se manter no mercado (FLEURY; OUVÉNEY, 2008). Nesse modelo, a assistência prestada se caracterizava pela perspectiva da caridade e do voluntariado, não sendo considerada como política pública e direito do cidadão.

O modelo de seguro social tem como essencial a cobertura de grupos ocupacionais por meio de relações contratuais. Assim, este modelo se propõe a prestar assistência aos trabalhadores do mercado formal. Sendo um modelo contributivo de assistência, pois é recolhido mensalmente dos trabalhadores formais os recursos que serão distribuídos posteriormente de acordo com a necessidade do beneficiário. O condicionamento dos direitos sociais pela inserção dos indivíduos no mercado de trabalho foi chamado por Wanderley Guilherme dos Santos (1979) de cidadania regulada¹⁴, por referência à

¹⁴ “Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por extensão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei” (SANTOS, 1979, p. 68, apud, FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

regulação exercida pela inserção de cada beneficiário na estrutura produtiva (FLEURY; OUVENEY, 2008).

O modelo de seguridade social está baseado na concepção de garantia de um padrão mínimo de benefícios, de forma universalizada, independente de prévias contribuições. Este modelo foi referenciado a partir do Plano Beveridge (1942)¹⁵, um modelo baseado na condição de cidadania. É estabelecido neste modelo um mecanismo de redistribuição baseado nas Políticas Sociais, que tem como objetivo corrigir as desigualdades geradas pelo mercado. Nesse sentido, o Estado possui papel importante na administração e no financiamento desse sistema de proteção social (idem).

Mediante o exposto, partilhamos da concepção de Paim (2009) que afirma:

“No caso do Brasil, desde a década de 1920 do século passado foi adotado um sistema de proteção social baseado no *seguro social*, inicialmente através das caixas de aposentadorias e pensões, substituídas depois pelos institutos. A partir de 1988, a Constituição optou pelo sistema de *seguridade social*, embora a saúde seja livre à iniciativa privada e o financiamento da saúde não seja majoritariamente público [...] Apesar de o país seguir um caminho diferente daquele trilhado pelos Estados Unidos, médicos, mídia e as classes média e alta de um modo geral parecem defender ou preferir o modelo americano” (PAIM, 2009, p. 22).

Desse modo, o sistema de proteção social brasileiro se encontra vinculado ao modelo de seguridade social, com tendências ao modelo americano pautado na assistência denominado proteção residual. Caracterizado por grande parcela da população desassistida pela proteção social, e serviços com baixa qualidade aos que conseguem ter acesso ao sistema de saúde seja de forma direta - “pagamento do próprio bolso”, ou “mediante planos de saúde”.

Em síntese, prevalecia nos períodos que antecedem a criação do SUS, em especial, na República Velha “certa omissão do poder público” no que

¹⁵ William Henry Beveridge (1879-1963) dirigiu a Lond on School of Economics entre 1919 e 1937. Em 1941 tornou-se presidente do comitê administrativo interministerial encarregado de um exame geral do sistema previdenciário britânico. Daí resultou o Plano Beveridge (1942), que, aplicando as teorias keynesianas de redistribuição de renda, serviu de base para a reforma da estrutura da previdência social na Inglaterra e em vários outros países, difundindo a perspectiva da seguridade social universalizada que articulava a previdência e a assistência social (SANDRONI, 1992, p. 27 e BOSCHETTI, 2000, apud, BEHRING, 2006).

tange a organização da Saúde Pública, mesmo existindo nesse período arcabouços de criação de um Sistema de Proteção Social vinculado a saúde. Isso implica, inicialmente, em uma assistência à saúde voltada somente aos trabalhadores formais, com profissões regulamentadas. Motivo pelo qual uma parcela da população permanecia desassistida por parte do Estado, com concepção liberal, que implica em não intervenção, ficando os indivíduos a mercê da própria sorte. Neste caso, essa parte do todo desassistida apresentava como opção para obtenção de uma assistência a saúde as Santas Casas de Misericórdia datadas do ano de 1543.

Partindo dessa premissa percebemos que a saúde nessa época não era considerada como uma prioridade governamental, visto que, prevalecia no ideário da classe dominante do período a concepção da meritocracia. Assim, todo sujeito é responsável por si e seus familiares, restando ao Estado à alternativa de suprir as necessidades destes sujeitos apenas quando os mesmos não conseguissem.

O agravamento das epidemias de febre amarela, peste, varíola começam a prejudicar de maneira econômica as ações do Estado brasileiro, visto como agroexportador. Na tentativa de obter melhorias que pudessem fornecer mais lucros o Estado passa a elaborar medidas para a organização das ações de saúde. Ou seja, começam a desenvolver campanhas sanitárias e reformas em órgãos públicos com ênfase a saúde. Nesse contexto que surge o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que culminará na criação, em 1953, do Ministério da Saúde, atualmente responsável por elaborar, implantar, implementar, executar, avaliar as ações de saúde.

Essa contextualização nos permite refletir acerca do caráter das primeiras ações de saúde no Brasil, ou melhor, nos leva a questionar qual o real interesse destas? Não querendo desmerecer as conquistas, mas mesmo que tragam benefícios é necessário analisar sobre como essas foram adquiridas, e os interesses diversos pelos quais circundaram estas medidas de saúde. Prevalecendo um interesse primordial na questão econômica. Assim, os sujeitos são beneficiados por ser parte integrante do processo de produção de bens, mas não como sendo a prioridade da ação.

Em relação à saúde da época Paim (2009) afirma:

O sistema de saúde brasileiro tendia, cada vez mais, a se assemelhar com a medicina americana. Havia uma multiplicidade de instituições e organizações – estatais e privadas – prestadoras de serviços de saúde, muitas vezes dirigidas a uma mesma clientela, deixando milhões de pessoas excluídas da atenção, ou recebendo serviços de baixa qualidade (PAIM, 2009, p. 38).

Na segunda metade da década de 1970, surge o movimento que traz como bandeira de luta a “democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços”. Composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores, profissionais da saúde. Movimento social conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (MRSB):

O projeto de Reforma Sanitária portava um modelo de democracia cujas bases eram, fundamentalmente: a formulação de uma utopia igualitária; a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática. Ao traduzir a noção de equidade como acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, abolindo qualquer tipo de discriminação positiva ou negativa, a Reforma Sanitária assume a igualdade como valor e princípio normativo, formulando um modelo de ética e de justiça social fundado na solidariedade, em uma comunidade politicamente inclusiva (FLEURY, 1997, p. 33).

Anterior ao Movimento de Reforma Sanitária prevalecia no Brasil um sistema de saúde baseado em princípios privados, através dos convênios. Deste modo, a sociedade civil não fazia parte dos processos de formulação, implementação, elaboração das ações em saúde. Com a VIII Conferência Nacional de Saúde¹⁶ em 1986 é que este cenário começa a ser modificado pelos segmentos populares, por meio de lutas em prol de uma saúde universal e com qualidade, além disso, almejavam a participação nas etapas de construção da Política de Saúde.

Conforme Paim (2012),

¹⁶ A VIII Conferência Nacional de Saúde trouxe como propostas de diretrizes: [...] o direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; [...] 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 (TEIXEIRA, 1989, p. 50-51, apud, BRAVO, 2006, p. 10-11).

A concepção ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM, 2012, p. 18).

A trajetória da política de saúde brasileira culminou com a criação do Sistema Único de Saúde, mediante a luta do movimento de Reforma Sanitária Brasileira e consolidada pela Constituição Federal de 1988. Esta reconhece a saúde como um direito social, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder Público a obrigação de garanti-lo (PAIM, 2009, p 43).

A Constituição de 1988 regulamenta as ações dos serviços de saúde por meio dos seguintes instrumentos, a Lei 8080/90, que aborda os aspectos referentes à “descentralização político administrativa do SUS”; e a Lei 8142/90 que enfatiza a participação da comunidade e aspectos relativos à transferência de recursos – financiamento (ANDRADE, PONTES, JÚNIOR, 2000, apud, SILVA, 2012).

Com o intuito de orientar as diretrizes vigentes a partir da constituição elaboram-se como complemento para os princípios do SUS as Normas Operacionais. Utilizados como instrumentos normativos para facilitar as transferências de recursos, tornando-se forte aliada à garantia do processo de descentralização/municipalização.

1.2 O processo da municipalização

O princípio da descentralização político-administrativa da saúde foi definido pela Constituição de 1988, preconizando a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde. Autonomia esta relativa ao gerenciamento dos recursos advindos do governo federal.

No entanto, vale salientar que essa concepção de descentralização foi pensada inicialmente na III Conferência Nacional de Saúde¹⁷, de 1963, Gerschman (2005):

“Nesta conferência, foi proposta a municipalização da assistência à saúde, baseada na ideia de que um país da dimensão continental do Brasil somente poderia se valer para o

¹⁷ A III Conferência de Saúde foi realizada no ano de 1963, cujo presidente foi Wilson Fadul, ministro da Saúde do presidente João Goulart (GERSCHMAN, 2005).

crescimento econômico de uma população saudável e, conseqüentemente, bem-atendida nas suas necessidades de saúde se em cada estado e em cada canto do país existissem serviços essenciais para os cuidados da saúde. O próprio governo Federal deveria incentivar a criação de sistemas de saúde municipais” (GERSCHMAN, 2005, p. 308).

O tema descentralização começa a ganhar visibilidade a partir das discussões e reflexões direcionadas pelo MRSB, no momento em que o país vivenciava uma grande mobilização da sociedade brasileira. Sendo assim, a política de descentralização começa a ser moldada a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde. Mesmo que não esteja de forma explícita, mas, de forma subsumida ou incorporada à democracia participativa. Ou seja, como procedimento político que viesse possibilitar uma aproximação a democracia mediante a construção do poder local ou controle social, exercido pela participação da sociedade na deliberação da política de saúde (GERSCHMAN, 2005).

Nesse sentido, consta nos anais desta (BRASIL, 1987):

Algumas expressões foram citadas, com justificada insistência, na mobilização popular para derrubada do regime anterior, e passaram aos documentos dos técnicos que contribuíram para as bases da Nova República. Uma delas foi a palavra “descentralização”, como remédio para a abusiva e sempre crescente concentração de poder político, econômico e administrativo exercida àqueles tempos pelo governo federal. (...) Poder-se-á falar com firmeza em descentralização e em municipalização dos serviços de saúde, trazendo indiscutíveis benefícios à generalidade dos cidadãos (BRASIL, 1987, p. 18, apud, GERSCHMAN, 2005, p. 314).

No entanto, vale salientar que o processo de descentralização ganhou destaque, tornando-se mais visível com a 9ª Conferência Nacional de Saúde¹⁸, em 1992. Esta apontou como lema “Municipalizar é o Caminho”, sendo a temática de discussões e reflexões desta conferência. Chama a atenção alguns questionamentos referentes à temática da descentralização. Dentre eles de Eugênio Vilaça Mendes:

O princípio constitucional da descentralização pode ser, conforme se lhe aplique, um dos motores da Reforma Sanitária ou uma das opções básicas das políticas sociais de corte neoliberal (...). Na medida em que a descentralização é um

¹⁸ A 9ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada no ano de 1992, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso - FHC e presidida pelo ministro da Saúde Adib Janete (GERSCHMAN, 2005).

meio e não um fim em si mesma coloca-se a questão: por que descentralizar? Para que descentralizar? (BRASIL, 1993: 13, apud, GERSCHMAN, 2005, 320).

Na tentativa de responder essas questões nos apoiamos em Gerschman (2005) que afirma,

Um dos propósitos centrais da incorporação da descentralização nos princípios constitucionais do SUS foi produzir um maior equilíbrio entre regiões da Federação, assim como diminuir as desigualdades regionais em saúde facilitando o acesso à saúde no nível local, considerando que o acesso é relacionado com a estratificação social da população. Na medida em que cresce a pobreza, também cresce a necessidade de atenção e menor é a utilização dos serviços de saúde, seja pela distância dos serviços, pela dificuldade para se locomover, pela falta de informação, por ter que se ausentar do trabalho para se consultar etc. (GERSCHMAN, 2005, p. 322).

Mediante o exposto, podemos perceber que o tema descentralização engloba questões ligadas à concentração de poder político. Neste caso, (Misoczky, 2002), chama a atenção para a falta de discussões acerca da descentralização como transferência de poder político efetivo para a sociedade organizada. Ou seja, na organização do processo de descentralização não se menciona a inserção da participação popular e fortalecimento do controle social nas esferas descentralizadas.

Destarte,

A ideia de descentralização no caso, parece se aproximar bastante à versão de reforma dos aparelhos de Estado, onde a descentralização é considerada como estratégia básica da modernização da estrutura organizacional, dos métodos de gestão e um instrumento para melhorar a capacidade financeira e funcional do Estado (MISOCZKY, 2002, apud GERSCHMAN, 2005).

Para Stein (1997), a descentralização pode ser entendida como a “existência de uma pluralidade de níveis de decisão exercida de forma autônoma pelos órgãos independentes do centro, ou a redistribuição de espaços e dos meios para o exercício do poder”; já a desconcentração pode ser entendida “como a delegação de competência sem deslocamento do poder decisório, ou ainda, pode ser a dispersão físico-territorial de instituições governamentais” (STEIN, 1997, p. 81 apud SILVA, 2012, p. 22).

Nesse sentido, percebemos que há uma discussão por parte de alguns autores, como Bobbio (1998) que afirmam a “descentralização não exclui a centralização”. Afirmção também defendida por Arretche & Marques (2002) quando aborda que a descentralização pode assumir diversos formatos institucionais, assim, no desenho institucional das políticas variam significativamente a extensão da autoridade do governo central e, por consequência, o espaço de autonomia dos governos locais.

Além disto, Arretche & Marques (2002) ainda sinalizam para a questão do desempenho dos governos locais serem dependentes das ações do desenho institucional dos sistemas nacionais. Mostrando, assim, que o “processo de descentralização não se finda em si” Brasil (1993), incorporando a centralização como parte integrante para suas ações. Fato que se justifica quando as decisões referentes às Políticas de Saúde são formuladas pelo Ministério da Saúde. Restando aos governos locais implementar e efetivar as ações planejadas/elaboradas pelo governo central, viabilizadas por meio do financiamento advindo do processo de transferência de Fundo a Fundo do Governo Federal para com os órgãos Municipais.

Dialogando com a concepção de Stein (1997), acerca do processo de descentralização versus concentração, Gerschman (2005) traz os discursos de alguns governantes e participantes do MRSB ocupantes de cargos governamentais. Nestes, podemos perceber que há um incentivo a incorporação do conteúdo da descentralização, democratização e participação popular na formulação do MRSB.

“(…) construir múltiplos sistemas unificados de saúde com base estadual e regional, sob a orientação de um órgão ou de órgãos centrais que sejam formuladores e avaliadores de uma política de (...) reversão desse modelo concentracionista, desse modelo perverso e desigual” (HÉSIO CORDEIRO, presidente do Inamps – BRASIL, 1987, p. 146, apud, GERSCHMAN, 2005, p.316).

Em síntese, essa discussão será avaliada no âmbito municipal, para desta forma, entendermos como se dá o processo de descentralização no município de Cachoeira – BA situado no recôncavo baiano, lócus da pesquisa. Objetivando, assim, caracterizar a gestão no referido município.

1.3 A contrarreforma do estado brasileiro na Política de Saúde

Uma condição fundamental para compreender as Políticas Sociais está em refletir acerca do papel do Estado na conjuntura política, econômica e social, assim como, nas relações sociais e os interesses vigentes em determinado período histórico, no nosso caso na construção da Política Pública de Saúde brasileira.

A política social é espaço dialético de projetos contraditórios em confronto, constituindo-se em expressão da luta de classes no âmbito do Estado. Situada no espaço da reprodução social, a política tem como cerne as relações de produção social, mantendo importantes conexões com as necessidades determinadas pelo modo de ser da sociedade. Nessa perspectiva, não circunscreveremos a análise da política de saúde à sua representação imediata e fenomênica, posto que as políticas sociais são “expressão contraditória da realidade”, requerendo por parte do pesquisador um aprofundamento no movimento em busca da essência de suas determinações, da racionalidade que a organiza, a legitima e a vincula às necessidades sociohistóricas (SOARES, 2010, p. 24/25).

Como já mencionado, no decorrer deste capítulo, a consolidação da Política Pública de Saúde brasileira universalista se configurou como uma conquista de um movimento histórico de forças sociais e, também, como parte integrante do mecanismo de resposta estatal para o enfrentamento das demandas sociais agravadas com o modelo de produção capitalista.

Nesse contexto de intervenção estatal, o Estado enquanto instituição responsável por prover bens e serviços de saúde aos cidadãos busca redefinir suas relações entre Estado-sociedade, Estado-economia para, dessa forma, conseguir dialogar com os diversos interesses, fornecer respostas na tentativa de abarcar as diversas questões postas e legitimar seu papel.

Assim,

Em um Estado capturado pela lógica do capital monopolista, foram criadas modalidades de regulação social na busca de legitimação e incorporação de demandas das classes subalternas, colocada como uma possibilidade, cuja realização depende da correlação das classes e das forças sociais presentes (NETTO, 1996, apud, MEDEIROS, 2005, p.2).

Nesse cenário de busca por legitimação junto ao aprofundamento das crises econômicas vivenciadas nas décadas de 1970, a presença das classes sociais com as bandeiras de lutas por melhores condições de vida impõe ao Estado a necessidade de mudança e redefinição de seu papel. Visto que, a população passa a questionar a política dominante. Delineando os passos para

a emergência do MRSB, projeto que buscou transformações na política de saúde brasileira, configurada na época como “perverso, excludente e baseado na mercantilização da saúde”. Afirma, Soares (2010), A crise estrutural do capital mundial, a partir dos anos 1970, contribuiu decisivamente para o fim do regime autocrático e a institucionalização legal de muitas reivindicações dos movimentos sociais na Constituição de 1988 – dentre elas, o SUS.

A resposta do capital à crise dos anos 1970 foi marcada pela reconfiguração dos Estados nacionais, assim como por uma reestruturação produtiva que impactou fortemente o trabalho e o movimento dos trabalhadores em nível mundial, que se encontra desde então numa posição predominantemente defensiva. No Brasil, em particular, esse processo se inicia logo após a promulgação da “Constituição Cidadã” de 1988 e teve nos governos de Fernando Henrique Cardoso as mudanças de maior impacto a partir de um intenso processo de privatização e da introdução de mudanças constitucionais que reconfiguraram o Estado brasileiro (MARCH, 2011, p.176).

Nessa perspectiva o processo de democratização do Estado brasileiro passa a trilhar os caminhos na tendência mundial de desvinculação dos direitos econômicos, políticos e sociais. Corroborando a essa lógica Soares (2010) aponta que,

O conjunto de estratégias e respostas do capital para o enfrentamento da crise configura-se na dominância do capital portador de juros, na intensificação da supercapitalização, na reestruturação produtiva que conjuga inovações tecnológicas e organizacionais com velhas práticas predatórias da acumulação primitiva, no ajuste estrutural do Estado de acordo com a nova racionalidade hegemônica e com todo o ideário neoliberal a ela vinculado (SOARES, 2010, p. 41).

Esse ajuste estrutural do Estado sinalizado por Soares (2010) se consolida com o processo de contrarreforma¹⁹ que traz em seu bojo aspectos de regressão no que tange aos direitos sociais conquistados nas décadas anteriores. Colocando a população usuária dos sistemas de proteção social, da saúde pública, empecilhos que dificultam sobremaneira o acesso a bens e serviços de saúde e assistência.

¹⁹ Para entender o termo contrarreforma é necessário associar a denominação de reformas neoliberais do Estado brasileiro que proporcionaram profundo retrocesso social. Diversos autores analisam essa questão, entre eles, Behring (2003).

Essa ação regressista em relação aos direitos sociais se pauta em “velhos elementos da racionalidade instrumental burguesa”²⁰, com o intuito de legitimar a lógica da reprodução do capital nos tempos de crise.

A depender das necessidades históricas, uma ou outra posição torna-se predominante. Segundo Coutinho, “quando atravessa momentos de crise, a burguesia acentua ideologicamente o momento irracionalista, subjetivista; quando enfrenta períodos de estabilidade, de ‘segurança’, prestigia as orientações fundadas num racionalismo formal (COUTINHO,1972: p. 2/3, apud, SOARES,2010, p.29).

Contudo, vale salientar que o Estado pode seguir a racionalidade mundial, no entanto, possui peculiaridades ligadas a estrutura social do seu país. Agregada a aspectos que forneçam respostas as necessidades vigentes. Assim, aponta Chauí (2000):

A política neoliberal recrudescer a estrutura histórica da sociedade brasileira, centrada no espaço privado e na divisão social sob a forma da carência popular e do privilégio dos dominantes, pois a nova forma do capitalismo favorece três aspectos de reforço dos privilégios: 1) a destinação preferencial e prioritária dos fundos públicos para financiar os investimentos do capital; 2) a privatização como transferência aos próprios grupos oligopólicos dos antigos mecanismos estatais de proteção dos oligopólios, com a ajuda substantiva do fundo público; 3) a transformação de direitos sociais (como educação, saúde e habitação) em serviços privados adquiridos no mercado e submetidos à sua lógica. No caso do Brasil, o neoliberalismo significa levar ao extremo nossa forma social (...) (CHAUÍ, 2000, p. 94, apud, SOARES, 2010, p. 42).

Vivenciamos a era do sucateamento, da degradação do sistema público por consequências da globalização advinda junto ao processo de consolidação da política neoliberal. Materializando a relação de legitimação dos interesses do mercado, “maximização da lucratividade capitalista”. Nesse contexto a privatização aparece como um bom negócio, pois se o público não fornece serviços e bens de qualidade, o setor privado vem para supri-lo. Rompendo, dessa forma, com a lógica institucionalizada da ação complementar dos serviços privados. Se configurando como um retrocesso aos direitos sociais, agravando, assim, os problemas da desigualdade e exclusão social presentes no território brasileiro.

Dessa forma, com as necessidades de supercapitalização e expansão do capital portador de juros, a intervenção sobre as

²⁰ Mais informações SOARES (2010).

expressões da questão social – e, dentre estas, o processo saúde-doença – “torna-se espaço de lucratividade e hegemonia política do grande capital” (Soares, 2007: p. 170). E, para isso, é necessário precarizar a política de saúde, torná-la cada vez mais uma política pobre para pobres, deixando amplo espaço para o mercado, desconstruindo num movimento de contrarreforma o referencial de saúde pública conquistado nos anos 1980 (SOARES, 2007, p. 170, apud, SOARES, 2010, p.43/44).

Assim, na década de 1990 começa-se a aparecer os primeiros impactos do movimento de contrarreforma do Estado. Na saúde, o projeto privatista se destaca e se legitima, ganhando força com as propostas lançadas e fortalecidas pelo Banco Mundial, o qual se destaca como formulador e divulgador deste processo.

Nesse sentido, vale elencar algumas das propostas do Banco Mundial, focalização do atendimento na política básica que atenda os mais pobres; não universalidade no acesso; contratação de mão de obra desqualificada; desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil; descentralização da assistência com desresponsabilização do nível central (Banco Mundial, 2003, apud, SOARES, 2010).

Mediante o exposto, faz-se necessário pontuar acerca do processo de transição democrática que procedeu ao movimento de contrarreforma do Estado que desencadeou mudanças significativas na área da saúde. Visto que, este movimento busca valorização do mercado privado de saúde. Assim, o primeiro governante que inicia o ajuste estatal é Fernando Collor de Melo (1990 – 1992), trazendo em seu mandato a reprodução de políticas racionalizadoras, contencionistas e pontuais (SOARES, 2010).

Subsequente a Collor, temos o governo de Fernando Henrique Cardoso - FHC (1993 – 1997), (1998 - 2002). Proporcionou continuidade ao processo de contrarreforma com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) ²¹. Esse projeto de Reforma Administrativa do Estado foi aprovado em quase sua totalidade, situando a saúde como área não exclusiva do Estado e, portanto, sendo passível de ter seus serviços prestados por organizações sociais (Idem).

²¹ O MARE foi conduzido por Bresser Pereira. Para mais informações (SOARES, 2010).

Após os dois mandatos sequenciais de FHC, chega à presidência um representante sindical de origem popular, filiado ao PT, Luís Inácio Lula da Silva - Lula. Se configurando como um representante dos trabalhadores. Essas características vêm acompanhadas de expectativas de mudanças na conjuntura política brasileira. Pois, adentra ao poder um partido com trajetória de luta pela classe dos trabalhadores, buscando manter – se sempre ao lado da maioria oprimida, esquecida, excluída.

Contudo, não aconteceu o que se esperava. Mediante aos acordos políticos para se sustentar no poder, o governo Lula dar continuidade ao projeto de contrarreforma, assim como, à política econômica conservadora.

No que tange a Política de Saúde no governo Lula,

Expressa em suas ações o tensionamento dessa política através da institucionalização de pactos, planos de desenvolvimento e da elaboração de um projeto amplo de privatização das políticas sociais configurado na forma de *fundações estatais de direito privado*²², que se apresentam como continuidade da reforma sanitária (SOARES, 2010, p. 52).

A partir do exposto podemos afirmar que o governo Lula não conseguiu incorporar a sua política de governo ações que privilegiassem a reforma sanitária, a qual para alguns autores necessitava de reformas. No entanto, proporcionou a inserção das questões da reforma sanitária em documentos do MS, promovendo alterações na estrutura organizativa. Criando Secretarias de Gestão do Trabalho em Saúde, de Atenção à Saúde e de Gestão Participativa dentre outras. Aspecto que impulsiona a visualização dessas ações enquanto proposta de “inovação e de reatualização da reforma sanitária”.

Dessa forma, fica explícito que há na política de saúde um confronto de projetos que circundam a sua consolidação. Sendo assim, vamos elencar três,

²² [...] muito se tem truncado dos conceitos na discussão sobre as Fundações Públicas Estatais administradas sob direito privado. A regulamentação desta modalidade está em discussão na saúde há já vários anos por iniciativa da Jurista Lenir Santos. Mais recentemente o Executivo enviou Projeto de Lei ao Congresso Nacional, propondo a regulamentação daquilo que já está previsto, autorizado e legitimado pela Constituição. A EC-19-98 tirou do Art.37,XIX da CF a expressão Fundação Pública e substituiu - a por Fundação, o que equivale dizer que abriu a autorização para fundações públicas e privadas. Apenas ficou em aberto, na CF, uma lei complementar para “definir as áreas de sua atuação”. Uma Fundação pode ser pública ou privada. O público só pode constituir fundações públicas e o privado, fundações privadas. O público tem duas opções constitucionais. Pode constituir fundações públicas administradas sob o direito público (autarquias) ou fundações públicas administradas sob direito privado. Estas denominadas, informalmente, de fundações estatais cujos detalhes de regulamentação se encontram em discussão [...] (CARVALHO, 2007, p.1).

de acordo com Soares (2010), o projeto privatista, o projeto do SUS possível²³, e o projeto da reforma sanitária. Em síntese, estes projetos se encontram imbricados em uma só proposta, a de favorecimento e ampliação dos espaços para o projeto privatista. Podendo ser observado nas atuais propostas de governo, como no Pacto pela Saúde, Plano Mais Saúde e no Projeto das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP).

2 A GESTÃO EM SAÚDE E SAÚDE PÚBLICA

Todas as atividades humanas são condicionadas pelo fato de que os homens vivem juntos; mas a ação é a única que não pode sequer ser imaginada fora da sociedade dos homens [...] (ARENDDT, 1997).

Refletindo sobre o processo de formação dos serviços de saúde, podemos afirmar que este se configura como sendo parte integrante da sociedade capitalista. Sendo o sistema de saúde fruto do capitalismo e para tanto partilha de uma conformação que privilegia uma determinada categoria desse sistema. Respingando sobre a saúde os posicionamentos econômicos, políticos e ideológicos. Tanto de forma microscópica como macroscópica. Afetando de forma direta as atividades da Gestão em saúde.

“A organização do campo social de práticas de saúde é constitutiva do campo de práticas da sociedade econômica, política e ideológica. O mundo do trabalho em saúde é um campo de práticas ligado à própria constituição da sociedade” (BERTUSSI, 2010, p.55).

No Brasil, a política de saúde nasce com perspectiva curativista, hospitalocêntrica, medicocêntrica, centrada no indivíduo, com incentivos ao fortalecimento dos interesses privados. Corrobora a essas prerrogativas a construção de grandes hospitais, a consolidação dos planos de saúde em detrimento a criação de redes públicas de cuidado para o atendimento dos trabalhadores em geral. Criando-se posteriormente uma assistência médica específica para uma determinada categoria profissional regulamentada.

Em seguida, no período ditatorial consolidou-se uma articulação dos trabalhadores da saúde juntamente com os movimentos sociais da época para a organização de um Projeto de Reforma Sanitária. Elaborando um projeto de

²³ O projeto do SUS possível é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta (SOARES, 2010).

saúde pública, universal e democrático, o SUS. A partir dessa premissa podemos perceber que a conformação política produz influências diretas na forma de organização dos serviços de saúde.

Nesse sentido, Soares (2010) afirma,

[...] o papel das tendências macroscópicas que terminam subordinando as instituições executoras da Política de Saúde, integrantes do SUS, demandando e pondo limites ao exercício profissional dos assistentes sociais [...] (SOARES, 2010, p.17).

Ou seja, as tendências macroscópicas influenciam as ações dos diversos profissionais da área da saúde. Então, a partir do exposto qual o papel da Gestão do trabalho em saúde? Bertussi (2010) afirma, “entende-se por Gestão do trabalho em saúde o conjunto de ações intencionais e conectadas que permitem organizar o trabalho e distribuir o talento humano de acordo com as necessidades do sistema de saúde”. Logo, pressupõe-se que o gestor deve incorporar atividades de mobilização para que os trabalhadores da saúde tenham possibilidades de desenvolverem suas ações voltadas para o cumprimento das metas de saúde.

Para efeito de entendimento das funções dos gestores, devemos refutar as mudanças que vem passando o SUS, desde a sua instituição pela Lei Orgânica da Saúde na década de 1990. Trazendo consigo modificações no processo de descentralização das responsabilidades, das atribuições dos recursos para estados e municípios. Ações que desencadeiam mudanças nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre Estado e a sociedade e entre as distintas esferas de governo – Nacional, Estadual, Municipal.

Advém junto a essas mudanças e em razão do processo de descentralização do SUS distinções acerca das ações de comandar o sistema de saúde e administrar ou gerir uma unidade de saúde (CONASS – SUS 20 anos apud CONASS, 2011).

Para tanto define-se:

“Gestão” como a atividade e a responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria’ (SCOTTI & OLIVEIRA, 1995 apud CONASS, 2011, p.33).

“Gerência” como a administração de unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.) que se caracteriza como prestador de serviço do SUS’ (Idem).

Essa divisão de responsabilidades sinalizada no movimento de descentralização impulsionou a distinção dos conceitos supracitados. Colocando a necessidade de definir que a função de gestão é exclusivamente pública e que, portanto, não pode ser transferida nem delegada. Já a administração, pode ser pública ou privada. Assim, a Gestão Pública fica a cargo dos gestores do SUS, sendo estes definidos como representantes de cada esfera de governo, designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na Saúde (CONASS – SUS 20 anos apud CONASS, 2011).

Mediante a exposição relativa aos conceitos mencionados e suas respectivas funções, vale refletir acerca da Gestão Pública, tema enfatizado neste tópico. Nesse sentido, algumas inquietações surgem: para que / para quem a Gestão foi formulada? Seu papel é desenvolvido em função de quem elaborou/ para quem foi elaborada?

Na tentativa de buscar pontuar respostas plausíveis refutamos a autores como Edmundo Gallo (2009),

A perspectiva de um Estado ético afirma a subordinação dos interesses privados ao interesse público enquanto uma das premissas de reorientação das ações estatais, por outro, na medida em que a liberdade de iniciativa é preceito constitucional para qualquer ramo de atividade, pode-se trabalhar com a hipótese de uma situação-objetivo em que a opção pelos serviços públicos – nas áreas em que estes atuassem – se daria exclusivamente pela qualidade dos serviços oferecidos, obrigando-o à competição com o setor privado. Isto demanda uma política de autossuficiência baseada na qualidade, voltada especialmente para as áreas básicas – como a saúde e a educação – às quais as atividades estatais deveriam ser capazes de atender e de estimular a demanda social como um todo, criando condições de possibilidade para o aprimoramento quantitativo e qualitativo de sua gerência e dos bens e serviços de sua esfera de atribuições, o que ressalta a importância do desenvolvimento e/ou utilização de tecnologias de gestão capazes de alterar a situação atual no sentido da situação objetivo (GALLO, 2009, p. 12/13).

A partir da análise de Gallo (2009), podemos inferir que mesmo com tantos interesses intrínsecos aos processos referentes ao Estado- Sociedade, Público – Privado, a organização estatal busca uma legitimação social. Sendo

assim, “possuem como ponto em comum a necessidade em responder as demandas sociais por mais eficiência e efetividade da gestão pública”.

Tal pretensão requer uma política capaz de criar condições de possibilidade para o aprimoramento quantitativo e qualitativo de sua gestão e dos bens e serviços de sua esfera de atribuições, o que ressalta a importância do desenvolvimento e/ou da utilização de tecnologias de gestão capazes de alterar a situação atual no sentido da situação-objetivo (GALLO, 2009, p. 18).

Em síntese, a Gestão pode ser considerada como uma proposta política formulada pelo poder estatal, com o objetivo de organizar a política de saúde para que esta fornecesse respostas às demandas postas pela sociedade. Como afirma Gallo (2009), “com o objetivo de criar um sistema de alta responsabilidade e de elevar a capacidade de governo dos seus diversos níveis”.

Para encorpar a discussão sobre a temática da gestão, alvo de tantas polêmicas e discussões para a oposição, buscamos desenvolver nos próximos tópicos deste capítulo os componentes do sistema de saúde; os instrumentos de gestão, enfatizando o Planejamento; por fim concluímos abordando a questão da Gestão Municipal, trazendo dados preliminares da pesquisa realizada no Município de Cachoeira – Ba, acerca da gestão nos serviços de Saúde, apontando no último capítulo aspectos visualizados por gestores que atuam como coordenadores de setores ligados a saúde na Secretaria Municipal de Saúde do referido município situado no recôncavo baiano, assim como, a visão dos Conselheiros de Saúde²⁴, por entender que estes se constituem

²⁴ O controle social pode ser feito individualmente, por qualquer cidadão, ou por um grupo de pessoas. Os conselhos gestores de políticas públicas são canais efetivos de participação, que permitem estabelecer uma sociedade na qual a cidadania deixe de ser apenas um direito, mas uma realidade. A importância dos conselhos está no seu papel de fortalecimento da participação democrática da população na formulação e implementação de políticas públicas. Os conselhos são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais. Os conselhos são o principal canal de participação popular encontrada nas três instâncias de governo (federal, estadual e municipal). Os conselhos devem ser compostos por um número par de conselheiros, sendo que, para cada conselheiro representante do Estado, haverá um representante da sociedade civil (exemplo: se um conselho tiver 14 conselheiros, sete serão representantes do Estado e sete representarão a sociedade civil). Mas há exceções à regra da paridade dos conselhos, tais como na saúde e na segurança alimentar. Os conselhos de saúde, por exemplo, são compostos por 25% de representantes de entidades governamentais, 25% de representantes de entidades não-governamentais e 50% de usuários dos serviços de saúde do SUS (<http://www.portaltransparencia.gov.br/controleSocial/ConselhosMunicipaiseControleSocial.asp>)

como integrantes fundamentais para os encaminhamentos das propostas de saúde lançadas por esta secretaria.

2.1 Componentes do sistema de saúde: financiamento, recursos humanos, serviços disponíveis no município.

Conforme Paim (2012), o SUS tem como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar (PAIM, 2012, apud, SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, 2012, p. 20).

Assim, para se colocar em prática as funções que compete ao SUS, o sistema de saúde apresenta como componentes o financiamento, recursos humanos e serviços disponíveis no município. Segundo os artigos 195 e 198 da Constituição Federal, o financiamento do SUS é uma responsabilidade comum da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 1988).

Mesmo com o financiamento institucionalizado alguns problemas comprometedores para financiar o SUS foram evidenciados. Com o intuito de amenizar esses problemas em 13 de Setembro de 2000, a Emenda Constitucional (EC) nº 29, determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde (CONASS, 2003, p. 61).

O SUS possui diversas fontes de financiamento, as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. Assim como, as fontes privadas – gastos por desembolso direto e aqueles realizados por empregadores.

O total de gastos do Ministério da Saúde em 2001 foi de R\$ 26,136 bilhões. É importante esclarecer que nem todos os gastos do Ministério correspondem a despesas com ações e serviços de saúde, que nesse mesmo ano, somaram R\$ 22,6 bilhões. Dentre outras, não são consideradas como despesas desse tipo os gastos realizados pelo Ministério com o pagamento de aposentadorias e pensões (cerca de R\$ 2,27 bilhões, em 2001), amortização de dívidas (R\$ 235,5 milhões) e ações de saneamento básico realizadas com recursos do

Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (Projeto Alvorada) – R\$ 1,1 bilhão em 2001 (CONASS, 2003, p. 70).

Até mesmo os recursos provenientes de uma contribuição social criada em 1997 especificamente para financiar a saúde (a contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF) foram utilizados para outros setores, em detrimento da saúde: em 2006, o setor de saúde recebeu apenas cerca de 40% dos 32.090 bilhões (US\$ 13.645 bilhões) arrecadados pela CPMF e uma proporção considerável dos fundos foi utilizada para o pagamento de juros da dívida pública. Em 2007, tal contribuição social foi revogada e os fundos previamente destinados à saúde não foram repostos. Em 2007, a redução no financiamento federal do SUS só foi parcialmente contrabalançada por um aumento na despesa estadual e municipal com saúde (PAIM, 2012, apud, SECRETARIA DO ESTADO DA BAHIA, 2012, p. 21).

Diante das exposições podemos inferir a partir da análise de Paim (2012) que o SUS não vem no decorrer do seu processo de institucionalização injetando recursos públicos no volume que estava disposto na criação do sistema. Que preconizava atendimento as necessidades de saúde da população de caráter universal e equitativo. Dessa forma, vivenciamos desde 1981 um quadro de redução de recursos públicos na saúde, restando aos planos ou seguros de saúde privados a função de suprir essas necessidades da população brasileira.

No entanto, vale salientar que essa parcela populacional possuidora de planos ou seguros de saúde não representa uma maioria. Sendo assim, podemos afirmar que a segregação, fragmentação, e porque não dizer a exclusão de acesso a serviços de saúde com recursos disponíveis para suprir as necessidades de atendimento com qualidade se fazem presentes no sistema de saúde brasileiro. Fato que nos refuta ao início da prestação de serviços de saúde a população, no entanto, apresenta algumas diferenciações, isso não podemos negar – um direito adquirido. Porém, há a separação, antes feita por divisão de categoriais profissionais regulamentadas, hoje por questões financeiras, quem tem recursos paga por melhor atendimento, já quem não tem espera o serviço que o Estado pode proporcionar.

Parafraseando Paim (2012), “os mais pobres gastam mais com medicamentos, enquanto os mais ricos gastam mais com planos e seguros de

saúde privados”. Nesse sentido segue alguns dados para ilustrar as afirmativas supracitadas,

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostram que, em 1981, 68% do total de atendimentos de saúde realizados no mês anterior à pesquisa foram financiados com recursos públicos, 9% por planos ou seguros de saúde privados e 21% por gastos por desembolso direto. Em 2003, a proporção do consumo de serviços de saúde financiados com recursos públicos caiu para 56% permanecendo nesse nível em 2008. Porém, a contribuição dos seguros de saúde aumentou de forma expressiva (21% da despesa total em 2008) – o volume de atendimentos financiados por este setor cresceu 466% de 1981 a 1998. A proporção dos pagamentos do próprio bolso aumentou de forma contínua: passou de 9% em 1981 e 1998 para 15% em 2003 e 19% em 2008. Em 1981, o sistema de previdência social pagou 75% das internações hospitalares, enquanto em 2008 o SUS pagou apenas 67% das internações. Em 1981, 6% das internações hospitalares foram pagas por planos de saúde privados, uma proporção que cresceu para 20% em 2008. Já a proporção de internações hospitalares pagas por reembolso direto (cerca de 10% em 2008) se manteve constante desde 1981 (PAIM, 2012, apud, SECRETARIA DO ESTADO DA BAHIA, 2012, p.21).

A organização dos serviços de saúde no município de Cachoeira- BA apresenta uma conformação que circunda a nacional, no sentido, de se desenvolver as ações da Atenção Básica – atenção primária - para o fortalecimento das redes de serviços. Além disso, conta com o apoio de instituições com nível de complexidade médio como consta nos tópicos seguintes que aborda a Gestão nos serviços de saúde tomando como base a pesquisa de campo realizada na Secretaria Municipal de Saúde do referido município.

Para a área de Recursos Humanos no Brasil, marcado por distintas compreensões epistemológicas, utilizamos no estudo o seguinte conceito:

Conjunto de agentes capazes de desenvolverem ações de saúde, sejam as de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação. Estes, envolvem os profissionais, os técnicos e o pessoal de nível auxiliar e elementar, inclusive os agentes comunitários habilitados ou informais (tradicionais). Se as ações de saúde são impensáveis sem os responsáveis pela sua execução, nada mais óbvio que entender todos aqueles capazes de cuidar da saúde como RHS, socialmente legitimados ou não. Há, porém, que superar a ideia de RHS como um mero insumo, tal como um recurso material ou financeiro, e recuperar a dimensão de trabalho (PAIM, 1994, p. 3, apud, RAMOS, 2011, p. 40/41).

A nova organização dos serviços de saúde traz a necessidade de se desenvolver um novo modelo de gestão dos recursos humanos. Para tanto, o então secretário de Saúde Dr. José Maria de Magalhães Netto²⁵, atuou apoiando as atividades da SESAB referentes a cursos e ampliação da descentralização de ações de formação na década de 1990 (RAMOS, 2011, p. 138).

No final dos anos 1990, um novo modelo de gestão de recursos humanos ganhava espaço nas organizações, exigindo do trabalhador uma postura voltada para o auto-desenvolvimento e a aprendizagem contínua. A exigência de um trabalhador mais flexível criou a necessidade de uma formação mais complexa (ALELUIA et. al, 2006, p. 119, apud, RAMOS, 2011, p. 138).

Desse modo, podemos inferir que a política de recursos humanos busca através de suas ações de qualificação profissional, estimular os profissionais de saúde para que estes forneçam melhor qualidade no desenvolvimento do seu trabalho. Um exemplo de estratégia de recursos humanos é a criação dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde.

Relacionando a realidade do município em estudo, temos o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), implantado em Março do ano de 2014, por meio da portaria nº 198/ Fevereiro de 2004, possuindo como diretriz para a Política de Educação Permanente²⁶ a portaria nº 1996 de 2007.

“O NEPS é voltado aos profissionais de saúde, para fornecer melhor qualidade do trabalho. Busca qualificar os profissionais de saúde. Desenvolver trabalho para que os profissionais reflitam sobre suas ações no trabalho para melhorar os serviços na saúde” (Entrevistada B, Questionário destinado aos coordenadores, questão 1).

Mediante todo esse percurso histórico pelo qual a política de Recursos Humanos trilhou, suscitou – se a necessidade de criação de novas formas de ampliar a Política Estadual de Recursos Humanos do SUS. Nesse sentido, em

²⁵ José Maria de Magalhães Netto – Nasceu em 1924 em Salvador matriculou-se na Faculdade de Medicina da Bahia em 1943 e por ela foi diplomado em Dezembro de 1948. Fez-se professor Livre Docente e Professor Titular de Obstetrícia. Foi diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia de 1984 a 1988 e diretor da Maternidade Climério de Oliveira de 1984 a 1991. Foi Secretário de Saúde do Estado da Bahia por duas gestões sucessivas, falecendo em 2002 (RAMOS, 2011, p. 138).

²⁶ Portaria Nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004.

2001 cria-se a Escola Estadual de Saúde Pública – Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto (ESSP).

[...] a finalidade precípua de executar a Política Estadual de Recursos Humanos do SUS, no que se refere à Política educacional. Esta, escola, portanto, foi concebida para preparar profissionais de nível superior para atuar como formadores, nos vários níveis do Sistema Único de Saúde, em parceria com as instituições de ensino e pesquisa presentes no Estado, viabilizando, tal como previsto na legislação federal, [...] a transformação de toda rede de gestão e de serviços em ambiente-escola (ALELUIA et al, 2006, p. 121, apud, RAMOS, 2011, p. 145).

Conforme o Art. 29 do Código Estadual de Saúde (1992) a política de RHS preconiza algumas competências, “O Estado, por seus órgãos competentes e em articulação com os Municípios, executará a política de administração e desenvolvimento de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde, visando sobretudo” **(Art. 29)**.

I - à organização de um sistema de formação de recursos humanos e à institucionalização de programas de capacitação permanente do pessoal da equipe de saúde, mediante integração operacional e curricular com as instituições de ensino nos diferentes graus de escolaridade (Código Estadual de Saúde, 1992, p. 15).

V - à implementação do Centro Formador como centro formal de educação, priorizando a qualificação e legitimação de pessoal de nível médio e elementar, e também a qualificação em nível de pós-graduação na área de saúde, objetivando a elevação da qualidade técnico/científico de prestação de serviços no Estado (Idem).

VI - à rede de serviços públicos de saúde como campo de aplicação para o ensino e a pesquisa em saúde (Idem).

Visto estas competências do RHS, percebemos que se configuram como atividades que objetivam o aperfeiçoamento dos trabalhadores do SUS para que estes possam desenvolver sua atuação profissional de forma a promover melhorias na saúde da população usuária dos serviços de saúde, assim como, no próprio serviço. Além disso, busca por meio das capacitações em parceria com as instituições de ensino em nível médio e superior, fortalecer as ações de ensino e pesquisa em saúde.

No entanto, mesmo com todos os avanços no que tange a ampliação na gestão dos recursos humanos, orientadas para o processo de descentralização

e municipalização, algumas dificuldades podem ser visibilizadas. Ramos (2011) aponta,

Não foram significativas as demandas originárias das secretarias municipais de saúde por mais treinamentos, cursos e informações sistematizadas, especialmente quanto aos processos relacionados ao gerenciamento e controle social no SUS. Havia um descompasso entre a necessidade de qualificação dos processos administrativos e gerenciais e a compreensão dos gestores municipais (RAMOS, 2011, p. 139).

Trazendo para a realidade cachoeirana, nos foi apontado como dificuldades para o processo de implementação das ações ligadas aos recursos humanos à questão da burocracia, sendo um empecilho para agilizar o desenvolvimento das atividades com mais velocidade. Visto que, em Cachoeira- BA o núcleo foi implantado em Março de 2014, mas até o mês de Novembro do recorrente ano ainda não está funcionando. Pois, aguarda a liberação da CIR em reunião na Diretoria Regional de Saúde (DIRES).

Além disso, percebemos mediante a pesquisa e as análises bibliográficas que a falta dessa compreensão dos gestores municipais citada por Ramos (2011), faz-se presente em alguns municípios, tanto em referência aos recursos humanos como em outras ações desenvolvidas pela Gestão Municipal. Podendo ser citados o não incentivo / investimento por parte do município no que tange a capacitação profissional dos gestores (Entrevistada A, Questionário destinado ao gestor, questão 3.b). Assim como, a não preocupação em detalhar nos Planos Municipais e Relatórios Anuais de Gestão a análise das atividades que foram propostas, para que os funcionários e pesquisadores consigam ter esclarecimentos concretos em relação aos recursos financeiros que são destinados ao município, em especial a saúde, e sua real efetivação. Discutiremos nos próximos capítulos.

2.2. Planejamento e gestão em saúde

Planejar para a democracia é um exercício de aprendizagem que requer do sujeito capacidade para buscar subsídios para implementar seus propósitos de transformação (CAMPOS, R. 2000, apud, JESUS & ASSIS, 2001, p. 66).

As bases para construção teórico-metodológicas das ações na área de Políticas, Planejamento e Gestão no campo da Saúde Coletiva, foram formuladas no período em que o país vivenciava o processo de

redemocratização na década de 1980. No entanto, o planejamento da organização de sistemas e serviços de saúde com base num modelo de atenção que dê conta das necessidades sociais, aparece no cenário brasileiro desde o final da década de 1970, junto ao MRSB (Jesus & Assis, 2001). Partindo desse ponto, este tópico pretende aprofundar a análise acerca dos aspectos da teoria do planejamento em saúde no Brasil e seus desdobramentos sobre o trabalho na Gestão.

Para tanto faz-se necessário conceituar Planejamento, visto que este instrumento de gestão apresenta diferentes configurações, assim, o presente trabalho enfatizou cinco configurações apontadas por Jesus & Assis (2011), Planejamento como subsídio para a gestão democrática e para as mudanças; Planejamento como prática estruturada para a organização de sistemas e serviços de saúde; Planejamento como método de ação governamental para a tomada de decisões; Planejamento como instrumento e atividade do processo de Gestão das Organizações; Planejamento como meio de ação comunicativa.

Coloca-se o planejamento como um instrumento de gestão, por considerar a proposição de Testa (2004) que afirma: A gestão democrática deve contar com subsídios do planejamento para se consolidar. Numa relação democrática o sujeito se torna um condutor de um processo de mudanças. Ou seja, a gestão é um tipo de ação que não se sustenta sozinha, sendo necessário o apoio de instrumentos e sujeitos capazes de fortalecer e consolidar a gestão na busca pela organização dos serviços de saúde.

Planejamento é um termo largamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública quanto na esfera privada. Por planejamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010, p. 17).

Assim, a tarefa de comandar um sistema de saúde coloca ao gestor a função de compreender a complexidade social e institucional, e o entendimento da cultura organizacional²⁷. Assim sendo,

²⁷ A cultura organizacional assume-se como um conceito essencial à compreensão das estruturas organizativas. Segundo Infestas Gil (1991), aquela permite relacionar e aplicar variadas noções que até há muito pouco tempo eram consideradas factores passivos: os valores, a qualidade de vida no local de trabalho, a identidade. A cultura de uma organização será pois um conjunto de características que a individualiza e a torna única perante qualquer

“para alcançar os objetivos propostos no seu projeto, ele precisa antes de tudo identificar os limites e as possibilidades de implementá-lo, assim como avaliar de forma criteriosa as resistências, os nós críticos, as dificuldades e os possíveis entraves que se coloquem diante de sua proposta. Todavia, para vencer os obstáculos, cabe ao gestor lançar mão de estratégias que deem conta de preparar o espaço para a batalha e programar ações que levem seu projeto a plena execução no contexto em que se encontra inserido, demonstrando, assim, capacidade de dirigir, gerenciar, administrar e controlar (JESUS & ASSIS, 2011, p. 66).

Corroborando com a ideia de Jesus & Assis (2011), Vilasbôas (2005); Jesus (2006), colocam que o planejamento enquanto estratégia e arte de aplicar os recursos com eficácia permite que este seja avaliado enquanto um conjunto de práticas estruturadas para organização de sistemas e serviços de saúde.

Contemplando o que nos apresenta Vilasbôas (2004) apud Teixeira (2010), podemos afirmar que o planejamento pode ser considerado com um instrumento de racionalização humana. Sendo realizada por atores sociais com objetivos relacionados à manutenção ou modificação de uma determinada situação/realidade. Assim, é no contexto de mudanças referentes à condição de vida e saúde da população em diversos países, assim como, o Brasil, que se desenvolve a necessidade de se pensar estratégias que pudessem enfrentar essas questões postas a sociedade da época. Como propostas de enfrentamento a essas condições elaboram – se o planejamento em saúde.

O interesse pelo planejamento das ações de saúde surgiu como decorrência da complexificação crescente do processo de trabalho nesta área, em virtude da necessidade de se enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde da população em diversos países. Nessa perspectiva, a realização de campanhas sanitárias e posteriormente a elaboração de programas de controle de doenças podem ser consideradas atividades que já incluíam a prática do planejamento (TEIXEIRA, 2010, p. 17).

outra. Assume-se como um sistema de valores, expressos através de rituais, mitos, hábitos e crenças comuns aos membros de uma instituição, que assim produzem normas de comportamento genericamente aceites por todos. Para João Bilhim, (1996), a cultura significa mais do que as normas ou os valores do grupo, traduzindo-se sim numa resposta genérica aos problemas que podem surgir, baseada em sucessos conseguidos perante situações passadas (<http://www.ipv.pt/forumedia/5/16.htm>).

O planejamento na área da saúde possui como marco de desenvolvimento a elaboração do método CENDES-OPS²⁸. Este método apresentava como escopo adaptar princípios do planejamento econômico para a área do social, enfatizando a saúde. Marcado fundamentalmente pelo viés economicistas, o método CENDES-OPS, entretanto, buscava aproximar-se da especificidade do setor saúde, basicamente em sua proposta de diagnóstico (TEIXEIRA, 2010).

Considerando o saber epidemiológico disponível naquele momento, o método CENDES-OPS propunha, para o diagnóstico de saúde, a construção dos indicadores do nível de saúde a partir do levantamento e sistematização de variáveis demográficas, epidemiológicas e sociais, enfatizando a identificação, descrição e quantificação de variáveis populacionais, como uma primeira e imprescindível etapa para o conhecimento das principais doenças e agravos à saúde que atingem uma determinada população, os grupos mais afetados, as faixas etárias mais atingidas e os riscos mais relevantes (TEIXEIRA, 2010, p. 19).

Em síntese, o método CENDES-OPS apesar de suas limitações se configurou como de suma importância para a consolidação do planejamento em saúde. Pois, além de ser considerado o marco para esse pensamento, foi também um modelo que preconizou em suas ações estratégias que privilegiasse a elaboração de um diagnóstico não somente com descrições das condições sanitárias, mas também, a explicação desta realidade. Visto que o ato de planejar envolve compreender a complexidade social.

Os estudos sobre necessidades de saúde e a elaboração de propostas metodológicas para apreendê-las no âmbito do processo de planejamento em saúde foram desenvolvidos, ao final dos anos 70, no bojo das iniciativas desencadeadas com a Estratégia Saúde para Todos - SPT 2000, configurando um enfoque que tenta se aproximar do conceito de necessidades de saúde através das condições de vida, assumindo uma divisão da sociedade em grupos humanos diferenciados segundo diferentes níveis de postergação ou atraso social (RIVERA, 1988, apud, TEIXEIRA, 2010, p. 23).

O processo metodológico utilizado pelas primeiras noções de planejamento em saúde, assim como, a maioria dos procedimentos pioneiros foi passível de críticas por autores. No entanto, não podemos deixar de considerar que se configurou como de grande valor por apontar

²⁸ Para CENDES-OPS ver (OPS, 1965).

encaminhamentos para os desdobramentos do que se tem hoje em relação ao ato de planejar/ ao planejamento em saúde. Apresentando limitações e também contribuições, este processo é avaliado por autores como Teixeira (2010) & (Rivera 1988, apud, Teixeira 2010), por apresentar uma aproximação com as necessidades sociais, o uso da análise de riscos, definição de categorias de problemas e na formulação de estratégias de intervenções, como sendo importante e necessário, mas, no entanto, vale salientar a característica de possuir uma concepção ecológica simplista do processo saúde - doença²⁹.

Em se tratando de planejamento, algumas contribuições de outros autores fazem-se pertinentes. Assim, podemos citar Matus (1993), Testa (1995), apud, Teixeira (2010), o primeiro trabalhando com o conceito de Planejamento Estratégico e o segundo o Planejamento Situacional.

No planejamento estratégico assinalado por Testa (1995), há a discussão acerca da definição de “política” como “uma proposta de distribuição do poder” e a definição de estratégia como uma “forma de implementação de uma política” (TESTA, 1989, p. 85, apud, TEIXEIRA, 2010, p. 24) Pontuando a questão da “estrutura de poder no setor saúde”, para tanto, aborda os diferentes sujeitos sociais e seus respectivos interesses. Estando inseridos nos mais diversos espaços, tanto sociais como institucionais. Cabendo ressaltar o papel das “academias” - institutos de pesquisas, universidades e escolas técnicas de saúde, neste processo.

No planejamento situacional trabalhado por Matus (1993) prevalece a noção de situação. Esta é entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social (MATUS, 1993, apud, TEIXEIRA, 2010, p.27). Nessa concepção de planejamento situacional há múltiplos atores envolvidos no processo, ocorrendo assim, a junção de ações estratégicas na tentativa de se construir consensos em relação ao problema diagnosticado, elencar os objetivos a serem alcançados e as alternativas de ação (Idem).

Um dos elementos centrais da obra de Matus é o desenvolvimento da “ciência e das técnicas de governo” que possam contribuir para o aumento da capacidade de governo dos Estados latino-americanos. Para ele, governar é algo muito

²⁹ Para mais informações acerca da concepção ecológica simplista do processo saúde - doença buscar em Teixeira 2010.

complexo que não pode reduzir-se inteiramente a uma teoria. É uma arte, porém não é pura arte. Para governar se requer cada vez mais certo domínio teórico sobre os sistemas sociais. Para o autor, governar exige articular constantemente três variáveis: *projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema*, cuja articulação compõe o triângulo de governo ³⁰ (MATUS, 1997, apud, TEIXEIRA, 2010, p. 27/28).

Assim, compreendemos que o processo de planejamento em saúde apesar de sofrer influências dos desdobramentos e das intercorrências evidenciadas nos primórdios de elaboração dos conceitos e as limitações referentes aos aspectos metodológicos se constitui como de suma importância para o desenvolvimento das ações no “setor saúde”. Sendo considerado por autores como um instrumento de gestão que necessita compreender a complexidade social para o incremento de suas ações. Assim, sendo Matus (1993) afirma que:

Uma das variáveis mais importantes na determinação da capacidade de uma equipe de governo é o domínio de técnicas potentes de planificação e que a capacidade de governo se expressa na capacidade de direção, gerência e administração e controle (MATUS, 1993, apud, TEIXEIRA, 2010, p. 28).

A organização de sistemas locais de saúde consiste-se na busca por aparatos tecnológicos alicerçados no planejamento para, desta forma, possa fornecer respostas que atendam as necessidades sociais de uma dada população. Nesse sentido, o planejamento “caracteriza-se por um *mix* teórico-metodológico, desenvolvido a partir dos conhecimentos acumulados nos espaços de construção do conhecimento e operacionalizado nos cenários municipais do sistema de saúde, cuja potencialidade do planejamento é para **organizar modelos de atenção [...]**” (Jesus & Assis, 2011, p. 68).

2.3 Gestão municipal da saúde

³⁰ O projeto de governo se refere ao conteúdo das proposições dos projetos de ação, sendo estes produtos não apenas das circunstâncias e interesses do ator que governa, como também da sua capacidade de governo. A capacidade de governo diz respeito à capacidade técnica, ao manejo de métodos, às habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social até os objetivos estabelecidos, dependendo da governabilidade do sistema e do conteúdo das proposições do projeto de governo. Quanto à governabilidade do sistema, esta se refere às variáveis que são controladas pelo ator; quanto mais variáveis decisivas ele controlar, maior será sua liberdade de ação e maior será para ele a governabilidade do sistema (MATUS, 1997).

O Sistema Único de Saúde desde sua criação perpassa por profundas transformações. Podemos elencar a institucionalização da Lei Orgânica da Saúde de 1990 como um fator determinante de algumas mudanças, dentre elas o processo de descentralização das responsabilidades, das atribuições e dos recursos para estados e municípios.

Neste processo de divisão de responsabilidades entre Estado e Sociedade, entre as distintas esferas de governo, assim como, as alterações vivenciadas nas relações de poder político desencadeou um procedimento de indução de papéis aos gestores setoriais. Ou seja, estes agora passariam a desenvolver ações em prol da concretização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira (CONASS, 2011).

Com o intuito de discorrer acerca da gestão municipal e a partir do exposto acima, vale discutir sobre o papel dos gestores do SUS. No entanto, primeiramente faz-se necessário definir quem são esses gestores, assim como, as funções executadas neste sistema.

Souza (2002),

[...] a atuação do gestor do SUS efetiva-se por meio do exercício das funções gestoras na saúde. As funções gestoras podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessários para a implementação de políticas na área da saúde [...] (SOUZA, 2002, apud, CONASS, 2011, p. 33).

Conforme Souza (2002), podemos elencar quatro funções gestoras na saúde, consideradas por este como macrofunções compreendidas por uma série de subfunções e de atribuições dos gestores (Idem). A) formulação de políticas/ planejamento; B) financiamento; C) coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/ redes e dos prestadores públicos ou privados); D) prestação direta de serviços de saúde³¹.

Entendemos a importância de cada função executada pelos gestores do SUS, no entanto, vamos nos deter na discussão acerca da definição do gestor, do papel que desenvolve como gestor municipal da saúde, abordando as competências do município no que tange a esta temática. Pontuando neste tópico algumas falas adquiridas nos relatos dos entrevistados, neste caso, da entrevistada nomeada pela Secretaria de Saúde do município em estudo.

³¹ Para mais informações SOUZA (2002).

Cabe ressaltar que há algumas competências e atribuições comuns às esferas de governo - União, Estado, Distrito Federal e municípios - na gestão do SUS. Dentre elas:

Elaborar e atualizar periodicamente o Plano de Saúde; participar na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e o controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde etc. (CONASS, 2011, p. 35).

Em relação às competências do Município - esfera de governo que pretendemos nos ater pode citar: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual; executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador; formar consórcios administrativos intermunicipais; celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; normatizar complementarmente as ações e os serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação (CONASS, 2011, p. 39).

Mediante exposição das competências dos gestores municipais, faz-se necessário refletir sobre a atuação da gestão no município de Cachoeira- BA. Para tanto, iniciaremos evidenciando a atual Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, nos respaldando em documento como o Plano Municipal de Saúde e o Relatório Anual de Gestão mais recente.

A Rede Pública de Saúde do Município de Cachoeira- BA é composta por 13 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo (04 na Zona Urbana e 09 na Zona Rural) com 100% de cobertura, com atendimento em: saúde da criança; adolescente, saúde da mulher; saúde do idoso, vigilância alimentar, e nutricional, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, saúde bucal (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010-2013, p. 12).

A Secretaria Municipal de Saúde tem a disposição uma rede de serviços composta de três níveis de complexidade na atenção à saúde. A Atenção Básica, constituída por Centro de Atenção Psicossocial com atendimento em três modalidades – intensivo, semi - intensivo, e não intensivo – ambulatório de psiquiatria, com referência para transtornos mentais, psicoses, neuroses e inserção social dos usuários; as USF; Possuindo como referência em média e alta complexidade a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeira e Santa Casa de São Félix com especialidades em Neurologia, Urologia, Obstetrícia, Cardiologia, Radiologia, Endocrinologia, Ultrassonografia (USG), Mamografia, Eletrocardiograma (ECG), Ecocardiograma (ECO), laboratório de análises clínicas e internamento em clínica médica, cirúrgica, obstetrícia, pediátrica. Além disso, há a pactuação³² do município de Cachoeira- BA com Salvador e Feira de Santana (Idem).

A secretaria tem como aparelho de apoio as suas ações o Conselho Municipal de Saúde (CMS), criado pela Lei Municipal nº529 de 04/05/1998, com composição atual de 12 membros distribuídos paritariamente entre prestadores de serviços de saúde, Sociedade Civil organizada e usuários de saúde.

Referente à disposição dos recursos humanos da secretaria Municipal de Cachoeira- BA segue a tabela:

Tabela 1.

TIPO	VÍNCULO JURÍDICO	TOTAL
Médico Clínico	Não informado	13
Dentista	Não informado	12
Auxiliar de Enfermagem	Não informado	03
Técnico em Enfermagem	Não informado	16
Auxiliar de Saúde Bucal	Não informado	10
Técnico de Saúde Bucal	Não informado	04
Porteiro/Vigilante	Não informado	08

³² Resolução nº 5, de 19 de Junho de 2013, Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP - (BRASIL, COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2013, p. 1).

Recepcionista/Secretária	Não informado	16
Auxiliar de Serviços Gerais	Não informado	15
Educador Físico	Não informado	03
Psicólogo	Não informado	02
Assistente Social	Não informado	01
Enfermeira	Não informado	17
Motorista	Não informado	18
Nutricionista	Não informado	01
Pedagoga	Não informado	01
Fisioterapeuta	Não informado	01
Agente Comunitário de Saúde	Não informado	78
Agente Comunitário de Endemias	Não informado	38
Fiscal Sanitário	Não informado	02
Pediatra	Não informado	02
Médico Cardiologista	Não informado	01
Médico Ginecologista	Não informado	01
Bioquímico/Farmacêutico	Não informado	01
Assistente de Regulação	Não informado	03
Auxiliar Administrativo	Não informado	01
Fonoaudiólogo	Não informado	01
Administrador	Não informado	01
Auxiliador de Almojarifado	Não informado	03
Secretário de Saúde	Não informado	01
Biólogo	Não informado	01
Auxiliar de Laboratório	Não informado	01
Digitador	Não informado	06
TOTAL:		282

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

Retornando a questão da definição de quem são os gestores, no caso dos municípios estes são as Secretarias Municipais de Saúde, através de seus dirigentes e gerentes de serviços. No Estado, temos as Secretarias Estaduais de Saúde e a nível Federal, o Ministério da Saúde (MS). Em síntese, o gestor atua no campo político- administrativo, como pôde ser percebido nas funções elencadas anteriormente.

O gestor deve dominar as técnicas de gestão, assim como, deve ter compromisso com a Política de Saúde e incentivar/envolver um conjunto de profissionais da saúde a assumirem o compromisso com os usuários a fim de melhorar o nível de saúde da população. Sendo este um dos objetivos do SUS (CHIORO, 2014, p. 12).

Após discorrer acerca das funções cabíveis aos gestores vale abordarmos a respeito do perfil destes. Visto que, para desenvolver as atividades que lhe compete este profissional necessita de uma representação compatível ao desempenho de suas funções.

Nesse sentido, cabe a este,

Motivar a comunidade a participar de todas as etapas do planejamento (apontar necessidades, fiscalizar e controlar as ações de saúde); autonomia para alocar e remanejar recursos financeiros, materiais e humanos; capacidade de articular e estabelecer pactos com outros órgãos (parcerias); dedicação e compromisso com o SUS (inaceitável a dupla-militância); formação em Saúde Pública, com domínio da epidemiologia, administração e planejamento de serviços e programas de saúde (CHIORO, 2014, p. 13).

Mediante o exposto, acreditamos ser pertinente ressaltarmos sobre a questão da qualificação dos gestores de saúde. Considerando que este aspecto seja categorizado como uma característica que deve ser incorporada ao perfil dos gestores. Desse modo, nos questionamos, se o gestor não possuir qualificação para ocupar o cargo, este não terá subsídios para o desenvolvimento de ações sustentáveis para o desempenho do sistema de saúde.

No entanto, vale salientar que esta é uma lógica que reforça a ideia que o Sistema de Saúde está vinculado ao modelo econômico capitalista. Sendo assim, as ações e os discursos elaborados serão para dar embasamento à lógica perversa defendida por Mandel (1985), a da “supercapitalização”, incorporação de serviços sociais como espaço de mercantilização e

lucratividade. Buscando justificativas plausíveis nas privatizações do sistema de saúde, parcerias público-privado, na utilização do fundo público pela lógica privada (MANDEL, 1985, apud, SOARES, 2010, p. 15).

Essa premissa nos remete a algumas falas da entrevistada A quando questionada acerca da relação entre a qualificação do gestor com a oferta dos serviços de saúde fornecidos pelo município. A mesma informou que, “profissional capacitado tem conhecimento para melhorar a qualidade do serviço ofertado” (Entrevistada A, questão 3.d do questionário destinado ao gestor). Como sugestão para melhorar a oferta de serviços assinalou “aumento do incentivo financeiro e organização dos fluxos dos serviços” (Idem, questão 3.e).

Em relação a sua opinião no que diz respeito à falta de qualificação para ocupação do cargo de Gestor de Saúde em nível municipal, obtemos como resposta “a falta de conhecimento em saúde, por parte do gestor do estabelecimento interfere diretamente, pois não terá subsídios para analisar as ações de saúde, os seus impactos e planejamento adequado à realidade de saúde” (Entrevistada A, questão 4.e do questionário destinado ao gestor).

Na tentativa de compreender como funciona a gestão em saúde no município lócus desta pesquisa questionamos a entrevistada sobre quais os desafios para a Gestão do Município. A mesma afirmou “que são muitos”, mas, só citou o financiamento por considerar como o principal (Idem, questão 2.e).

A entrevistada A “qualificou a gestão municipal como boa”, e apontou como sugestões para melhorar - lá “o aumento do repasse do fundo e autonomia do gestor de saúde” (Entrevistada A, questão 2.f e 2.g do questionário destinado ao gestor).

Conforme a explanação uma demanda fundamental se faz presente para a compreensão do processo de gestão, a questão da escolha dos gestores em razão de decisões políticas e a falta de qualificação destes ocupantes de cargos de primeiro escalão.

Andrade (2012),

Os gestores – representantes do Estado na execução da função pública – são na maioria das vezes nomeados em razão de decisões políticas, independente da capacidade técnica. Os representantes da Sociedade são eleitos por que esta julga democraticamente que estão aptos a assumir os cargos, mas infelizmente a maioria da população brasileira não a opinião

crítica para *avaliar as propostas apresentadas e as necessidades sociais*. O pensamento crítico é fundamental para a avaliação dos candidatos. Sabe-se que o processo de escolha se baseia no *juízo* que é construído a partir das experiências de vida de cada indivíduo, as quais são influenciadas pelo coletivo (ANDRADE, 2012, p.20/21).

Assim, a lógica da escolha partidária para ocupação dos cargos de gestores, assim como, a despreocupação em nomear gestores qualificados para ocupar os devidos cargos, reforçam a intencionalidade das ações de cunho político para reforçar o velho dilema da culpabilização da gestão, argumento utilizado para justificar a necessidade política hegemônica de valorização do capital, desenvolvendo possibilidades de ação com fundo público por parte do setor privado.

Cabe ressaltar que esta realidade, no que tange a Secretaria Municipal de Saúde do referido município em estudo, não se aplica. Visto que por meio dos questionários podemos apreender que possuem qualificação para estar ocupando os cargos de primeiro escalão que lhes foram provisionados. Além disso, informou – nos que “procura se manter informada sobre as novas perspectivas relacionadas a gestão na saúde”. Participando em média de aproximadamente oito (8) capacitações ao ano (Entrevistada A, questão 4.c e 4.d do questionário destinado ao gestor).

3. CACHOEIRA – LÓCUS DA PESQUISA

A possibilidade de arriscar é que nos faz homens. Vão perfeito no espaço que criamos. Ninguém decide sobre os passos que evitamos. Certeza de que não somos pássaros e que voamos. Tristeza de que não vamos por medo dos caminhos (DAMÁRIO DA CRUZ, 1985).

A cidade de Cachoeira- BA esta localizada a 110 km da cidade de Salvador- BA e 46 km de Feira de Santana - BA, ocupante de 389 km² de espaço territorial. Faz limites com as cidades de Conceição da Feira, Santo Amaro da Purificação, São Félix, Maragogipe, Governador Mangabeira e Muritiba.

Cachoeira – BA foi uma das cidades do recôncavo baiano que mais conservou sua identidade cultural e histórica, por este motivo se configura como ponto turístico no roteiro do estado,

A imponência do seu casario barroco, das suas igrejas e museus, levou a cidade a alcançar o status de "Cidade Monumento Nacional" e "Cidade Heroica" (pela participação decisiva nas lutas pela independência do Brasil) a partir do Decreto 68 045, de 13 de Janeiro de 1971, assinado pelo presidente Emílio Garrastazu Médici (<http://www.cidadesdomeubrasil.com.br/ba/cachoeira,2014>).

Nos séculos XVIII e XIX, teve como apogeu sua economia, devido ao seu porto ser utilizado para o escoamento de grande parte da produção agrícola do Recôncavo Baiano, principalmente açúcar e fumo. Cachoeira hoje possui uma economia baseada no comércio, serviços e agricultura (mandioca e culturas de subsistência), pecuária leiteira (pequena), além das atividades turísticas (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010 – 2013, p. 2/3).

Tem um a população estimada em 32.026 mil habitantes, de acordo com a fonte do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), composta por população urbana e rural, como explicitado abaixo:

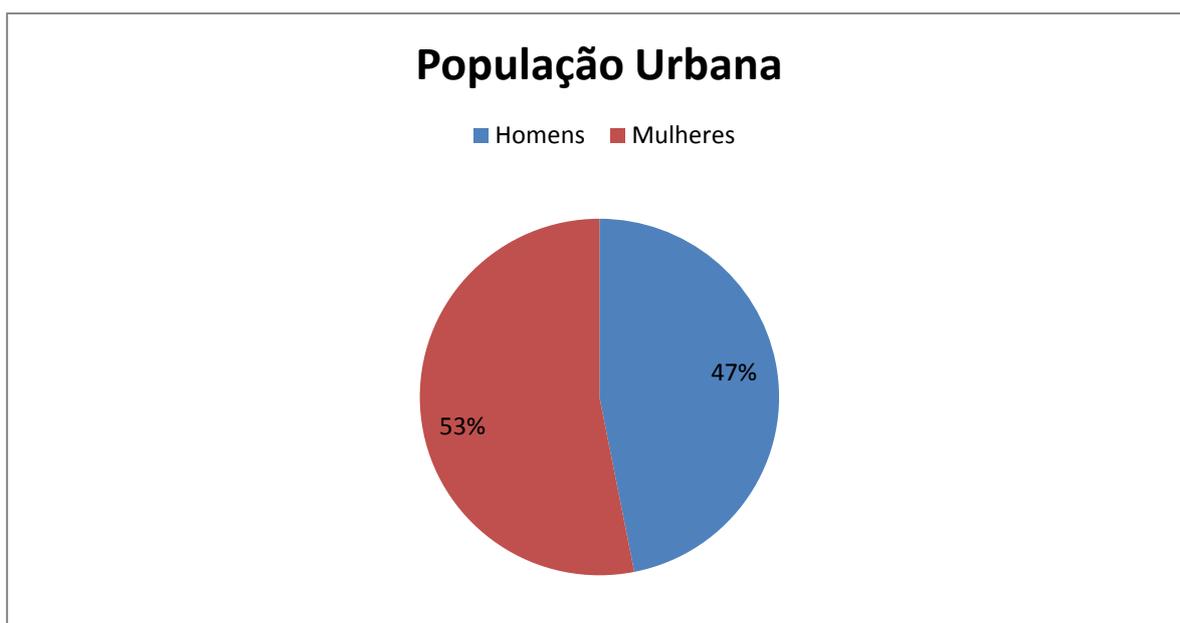
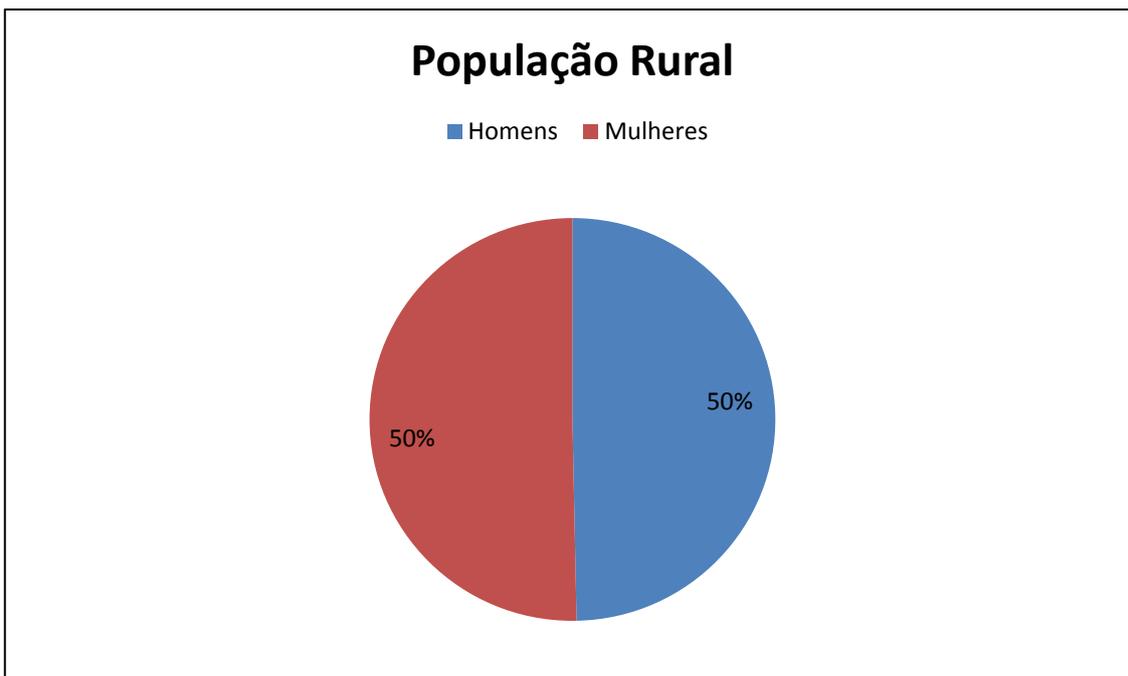


Gráfico 1.

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010.

Gráfico 2.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010.

3.1 Instrumentos de gestão

O processo de consolidação do SUS apresenta desafios aos profissionais e gestores no que concerne a condução e aperfeiçoamento do sistema. Visto que preconiza a concretização de ações qualitativas na atenção a saúde da população (CONASS, 2003). Nesse sentido, na tentativa de elaborar estratégias que contribuam para o melhor aproveitamento e superação dos desafios impostos ao sistema, buscando consolidar e fortalecer os princípios e diretrizes do SUS recorre – se aos instrumentos de Gestão. Dentre estes, trabalharemos aqui com o Plano Municipal de Saúde e o Relatório Anual de Gestão mais recente.

Tanto o Plano Municipal de Saúde quanto o Relatório Anual de Gestão são considerados como instrumentos básicos de planejamento na gestão do SUS. O primeiro traz uma característica norteadora da definição da programação anual das ações e dos serviços a serem prestados. O segundo apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários (CONASS, 2011, p. 142).

Portanto, cabe salientar que os referidos instrumentos básicos de planejamento da gestão no SUS devem manter uma harmonia entre os

respectivos Planos Plurianuais (PPA) ³³, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) ³⁴ e a Lei Orçamentária Anual (LOA) ³⁵. Desse modo, as propostas orçamentárias anuais se pautam nas exposições descritas nos planos municipais de saúde.

De acordo com o marco legal relativo aos instrumentos básicos de planejamento do SUS, a portaria GM/MS nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, pactuada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) realizada no dia 14 de dezembro de 2006.

O Plano carece enfatizar as necessidades e as peculiaridades próprias de cada esfera de governo, buscando sempre contemplar as mais diversas áreas de atenção à saúde, consolidando alguns dos princípios e diretrizes do SUS. Sua elaboração consiste em dois momentos: i) o da análise situacional e ii) o da definição dos objetivos, das diretrizes e das metas para o período de quatro anos (CONASS, 2011).

A análise situacional e a formulação dos objetivos, das diretrizes e das metas têm por base os seguintes eixos: i) condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e as responsabilidades exclusivas do setor saúde; ii) determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersetorialidade e iii) gestão em saúde (CONASS, 2011, p. 143).

Contemplando com o que nos apresenta o Relatório Anual de Gestão (RGA) e o Plano Municipal de Saúde do município de Cachoeira- BA, analisamos a situação de saúde do município, partindo do pressuposto que a Gestão é corresponsável por atender as demandas de saúde, assim como, fornecer respostas às mesmas.

Em relação aos instrumentos de gestão analisados, vale salientar que há alguns déficits de informações. Pois, estes deveriam conter além das ações e

³³ Planos Plurianuais (PPA), A Lei do Plano Plurianual é editada a cada quatro anos e determina as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para um período de quatro anos, que se inicia no segundo ano do mandato do governante (presidente da República, governador ou prefeito) e encerra-se no primeiro ano de mandato do governo seguinte (CONASS, 2011, p. 140).

³⁴ Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) estabelece, de forma antecipada, as diretrizes e as prioridades de gastos que devem orientar a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA) do ano seguinte (Idem).

³⁵ Lei Orçamentária Anual (LOA) conterà a discriminação da receita e da despesa, a fim de evidenciar a política econômico-financeira e o programa de trabalho do governo, obedecidos os princípios de unidade, universalidade e anualidade (CONASS, 2011, p. 140).

serviços de saúde que se desejam implementar no município – metas, os objetivos alcançados. Ou seja, prevalece à ausência de dados que possam fornecer parâmetros para análise da situação do município de um ano para outro no caso dos RGA e de uma gestão para outra – Planos Municipais de Saúde com validade de três anos.

No que concerne ao perfil epidemiológico dois indicadores nos chamam a atenção, os Índices de Natalidade e de Mortalidade. Fazendo-nos refletir sobre o modelo de atenção a saúde vigente no município em análise. Segue em anexo as tabelas 2 e 3 referentes a esta discussão. A primeira com uma análise da condição versus o ano, com uma variação de 2000 a 2009; já a segunda baseia-se nas causas versus as faixas etárias, enfatizando o ano de 2008.

Cabe uma breve discussão acerca do papel da Epidemiologia nos serviços e sistemas de saúde. Para tanto, utilizamos Paim (2006),

Há quase meio século tem-se apontado para os usos da epidemiologia na descrição da doença na comunidade, na identificação de grupos vulneráveis e na avaliação de serviços e programas de saúde (MORRIS, 1975). No entanto, a constituição da epidemiologia enquanto disciplina científica e a reflexão epistemológica sobre a mesma seguiram, por algum tempo, os seus próprios caminhos, sem um vínculo mais consistente com a organização social dos serviços de saúde, dada a relativa autonomia dos campos científicos (PAIM, 2006, p. 79).

Essa recusa em fazer uso da epidemiologia nos serviços de saúde se dava por questões ligadas a lógica do mercado, como aponta Paim (2006), assim como, pela hegemonia das universidades norte – americanas. Afirmando que não enxergavam a epidemiologia enquanto uma ferramenta necessária para o desenvolvimento e cumprimento das necessidades de saúde.

O referido autor pontua sobre a relação entre a epidemiologia e a Gestão, relacionando ao uso desta disciplina nos sistemas e serviços de saúde. Desse modo, as reflexões circundam o processo de tomada de decisão, o qual será embasado pela produção de conhecimentos no que tange a formulação de Políticas Públicas de Saúde, à organização do sistema e às intervenções destinadas a dar solução a problemas específicos (TIGRE et al., 1990, apud, PAIM, 2006).

Sobre essa relação epidemiologia e gestão e o processo de tomada de decisão, Dussault (1995) enumera as seguintes possibilidades:

Nas políticas públicas de saúde, apoiando a definição de prioridades, objetivos e estratégias; b) na configuração dos serviços, especialmente na descentralização e integração dos serviços nos programas; c) nas práticas dos profissionais, sobretudo na avaliação da eficiência e eficácia; d) nas práticas de gestão; e) nas prioridades de investigação (DUSSAULT, 1995, apud, PAIM, 2006, p. 81).

Nesse aspecto, a epidemiologia fornece suporte para que as ações de saúde sejam formuladas mediante um processo de análise situacional e posterior tomada de decisão a partir do conhecimento da realidade, suas prioridades e possibilidades. Avaliando um problema de público relevância para intervenção no âmbito da saúde.

Diante da explanação sobre os benefícios da incorporação da Epidemiologia aos sistemas e serviços de saúde e analisando os indicadores supracitados nas tabelas 2 e 3 em anexo, nos questionamos a propósito do papel das Unidades de Saúde da Família, se estão ou não conseguindo por em prática o que realmente preconiza a Política de Atenção a Saúde da Família.³⁶ Visto que a alta rotatividade de médicos; a quantidade considerável de famílias atendidas por uma determinada Unidade de Saúde, ultrapassando por vezes os limites que o espaço físico fornecido pela unidade; assim como, a ausência de interação dos profissionais de saúde, em especial, os médicos com os demais. Conforme, pontuou a entrevistada B, quando interrogada acerca dos desafios e as sugestões para melhorar a gestão da saúde no município (Entrevistada B, questões 6. e 7. questionário destinado aos coordenadores de setores da saúde).

3.2 Rede de Serviços de Saúde

“Rede é um conjunto de nós interconectados. Nó é o ponto no qual uma curva se entrecorta. Concretamente, o que um nó é depende do tipo de redes concretas de que falamos” (CASTELLS, 2000, p. 498, apud, CADERNO HUMANIZA SUS, 2010).

Nosso objetivo neste tópico é apresentar o trabalho em rede pontuando sua importância e tomando por base as reflexões resultantes da pesquisa com

³⁶ Portaria Nº 648/GM DE 28 DE Março de 2006.

os agentes de gestão, assim como, de revisões bibliográficas. Para tanto, utilizamos o conceito de rede como está proposto no Caderno Humaniza SUS do Ministério da Saúde.

A implementação das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde é vista 'como estratégia de aperfeiçoamento político-institucional, gerencial e das formas de organização da atenção do Sistema único de Saúde – SUS em âmbito nacional' (MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASILEIRO, 2008, apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 62).

Com o auxílio das considerações expostas percebemos que o conceito de redes de serviços em saúde no Brasil, está vinculado a algumas diretrizes do SUS como o processo de descentralização/municipalização e integralidade.

Corroborando as explanações a Política de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS - PNH, no documento Redes de Produção de Saúde, conceitua redes como,

Uma estratégia para qualificar a gestão e a atenção do SUS. Desta forma, a organização das políticas públicas em rede é um requisito para a produção de saúde e depende da organização do sistema de saúde e da integração das ações intersetoriais em um território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, apud, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 62).

Em se tratando da organização do sistema de saúde devemos refletir acerca do processo de hierarquização nos serviços de saúde, os quais divergem a partir dos diferentes níveis de complexidade. Assim, a PNH recomenda para a atenção básica “organizar rede de atenção a partir da atenção básica, menor unidade-fração do território sanitário, de onde partem e se organizam necessidades e demandas de saúde” (BRASIL, 2009, p. 13).

No entanto, cabe aqui salientar que o projeto de construção de redes se consolida a partir da necessidade de desencadear conexões entre as mais diversas unidades de atenção a saúde. Mas, a produção da rede não pode se restringir somente ao processo de hierarquização. Não deixando de considerar a importância desse processo, mas valorizando o espaço vivido - o território. “Pensar o SUS apenas como uma rede hierarquizada impede que se veja o território sob a rede e induz a visualização e produção de redes homogêneas em níveis hierárquicos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 64).

Sobre o território (espaço vivido) e a produção de redes, Milton Santos afirma,

[...] As redes constituem uma realidade nova que, de alguma maneira, justifica a expressão verticalidade. Mas além das redes, antes das redes, apesar das redes, depois das redes, com as redes, há o espaço banal, o espaço de todos, todos os espaços, porque as redes constituem apenas uma parte do espaço e o espaço de alguns [...] (SANTOS, 1996, p. 17, apud, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 63).

Giddens (2002) aponta para o fato de se considerar no processo de formação da rede aspectos deslocados de seu território, com o objetivo de se reproduzir a lógica hegemônica de mercado repetindo a maneira como as empresas globalizadas se localizam (GIDDENS, 2002, apud, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 64).

Conforme explicitado, a partir da análise dos autores supracitados podemos perceber que o processo de construção das redes de serviços de saúde/ redes de produção de saúde perpassa por discussões que envolvem tanto a questão do território, compreendido enquanto o espaço vivido, quanto à integração dos serviços, podendo levar em consideração o aspecto puramente funcional ou agregar a este o fator do entorno territorial.

Desse modo, as ações das redes de serviços em saúde, buscam agregar o entorno territorial ao funcional. Assim, na rede assistencial há a busca da prevalência destes dois aspectos. No entanto, “o território não é apenas espaço de demanda ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial. O território também se produz na medida em que a localização de pontos da rede assistencial alteram o espaço vivido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 64/65).

A Territorialização abrange uma dimensão espacial e material que envolve aspectos econômicos, políticos, simbólicos através das relações de poder que se manifestam na sociedade. Nessa perspectiva, a territorialidade é formada por demarcações que demanda do Estado-Nação no seu exercício de poder juntamente com os aspectos subjetivos e de produção que o mesmo oferta a partir de sua formação enquanto um território³⁷.

³⁷ A palavra território, de acordo com Haesbaert Costa, deriva do ‘latim territorium’ que é derivado de terra e que nos tratados de agrimensura apareceu com o significado de ‘pedaço de terra apropriada’ (HAESBAERT, COSTA. Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros, 2007, p. 128).

Considerando que a territorialização traz uma dimensão conceitual bastante extensa pode-se concordar que a territorialidade:

[...] ao mesmo tempo em que expressa a luta pela manutenção da identidade, representa uma forma específica de ordenação territorial. Pois uma coisa está imbricada na outra de forma a dar unidade aos contrários que dão movimento ao processo da formação das identidades territoriais. Pois que, o fato de um indivíduo estar num determinado lugar e em um determinado tempo, faz com este mesmo indivíduo participe de redes de sociabilidade que lhe permitem construir seus referenciais com o qual ordena o mundo [...] (SOUZA e PEDON, 2007, p. 135).

Na conjuntura do processo de territorialização enquanto instrumento de suma importância na sociabilidade dos indivíduos, o território torna-se mais que um espaço geométrico e de construção na vida destes. Pois lhe é atribuído uma característica político-administrativa sobre as divisões territoriais que permite ações de mapeamento em toda sua área de abrangência. Neste caso a utilização das Políticas Públicas trazidas pelo Estado é uma forma de ação para identificar as debilidades de determinado território e como forma de enfrentamento dos problemas e das necessidades da população.

Cada território apresenta características físicas e populacionais diferentes, as regiões são distribuídas por grandes a pequenas metrópoles urbanas, pelas megacidades que possuem milhões de habitantes, assim como, as zonas rurais. Todos apresentam em suas dinâmicas realidades sociais diferentes, conexões, exclusão e demais particularidades. Com base nessa dimensão que se constrói o conhecimento sobre a territorialidade, os fatores sociais, culturais e econômicos que os representam.

O mapeamento das regiões possibilita identificar os índices e estatísticas das desigualdades territoriais e socioeconômicas. O exemplo dos conflitos existentes por conta do movimento de urbanização em algumas regiões, assim como no processo de interiorização da violência em direção dos municípios de pequenos portes e nas zonas rurais. Daí a importância da análise territorial, para proporcionar serviços regionalizados de proteção social, na saúde e na área assistencial das regiões onde apresentam riscos e graves problemas à população.

Sobre a execução das políticas e programas sociais que se encontram na vertente territorial, é de responsabilidade das três esferas do governo,

Federal, Estadual e Municipal realizar a articulação em prol da melhoria de vida da sociedade. Sendo assim, percebe-se que a utilização da territorialidade contribuirá para a visualização do [...] embate relacional da Política Pública entre governo e sociedade que se dará a ratificação ou o combate ao processo de exclusão social em curso [...] (KOGA, apud, PNAS, 2004, p.44).

Assim, o reconhecimento da Territorialização torna-se fundamental no processo de inclusão social e como estratégias de aproximação para a execução das políticas públicas na dinâmica relacional entre o Estado e a sociedade. Pois, como afirma Milton Santos apud PNAS (2004): “O Território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e o exercício da vida” (SANTOS, apud, PNAS, 2004, p. 7).

O processo de territorialização vem pautado numa perspectiva de promoção e proteção social dos indivíduos em situação de risco e vulnerabilidade social. Nesse sentido, desenvolve ações frente às questões vigentes no espaço que estes residem. No entanto, a territorialização não se define somente em analisar a localidade na qual o ser social esta inserido, procura refletir acerca de assuntos econômico, político e social para a dada realidade. Assim, as intervenções a partir da dimensão territorial se propõem como aponta Pailer apud Koga (2005) a incorporar-se como “instrumento que permite uma nova perspectiva às Políticas Sociais no sentido de se situar no contraponto às tradicionais modalidades de intervenção social” (PAILER, apud, KOGA, 2005, p.316).

Retomando a questão do processo de hierarquização presente na estrutura de formação da rede de serviços de saúde, temos a Atenção a saúde dividida por níveis de complexidade. A Atenção Básica (ABS): compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, constituindo o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006, apud, RAMOS, 2012, p. 202). Neste sentido, a ABS em cachoeira é composta por Unidades de Saúde da Família (PSF), Unidade de Atendimento Psicossocial (CAPS), Centro de Especialização Odontológica (CEO).

A atenção em média complexidade pode ser compreendida como: prestada por meio de uma rede de unidades especializadas de média complexidade, garantindo o acesso à população sob sua gestão (*ibidem*). O

município conta com o apoio da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeira- BA, com a Santa Casa de Misericórdia de São Félix- BA, parceiros que abarcam as demandas referentes às especialidades em Obstetrícia, Oftalmologia, Mamografias, Ultrassonografias, Raios-X, Laboratório.

Alta Complexidade “é a atenção à saúde de terceiro nível, integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade. É organizada por meio do sistema de referência” (*ibidem*). Para o atendimento nesse nível de hierarquização o município tem apoio mediante pactuação com os municípios de Feira de Santana e Salvador.

Buscando um link entre esses níveis de hierarquização e a realidade no município lócus da pesquisa, conforme fala de um dos entrevistados, obtemos como resposta o seguinte: “há muita demanda e pouca oferta”. Ou seja, necessita-se, como foi apontado pelo mesmo que “o município busque novas pactuações, contrate novos serviços. Para que, dessa forma, a gente consiga fornecer melhores serviços para a população” (Entrevistado D, questões 2. E 6. do questionário destinado aos coordenadores dos setores da saúde).

A partir do exposto percebemos que o município de Cachoeira – BA está em contínuo processo de mudanças, sendo verificando uma elevada incidência de nomeações para ocupação de cargos na Secretaria Municipal de Saúde. Fator que afeta diretamente no desenvolvimento das ações referente a melhorias na situação de saúde para os munícipes.

No entanto, o referido município ainda apresenta alguns desafios para a gestão municipal de saúde, discutidos adiante nas considerações finais, os quais refletem sobre a questão que o entrevistado D mencionou. A demanda por serviços de saúde é grande e a oferta não acompanha esse crescimento.

3.3 Desatando nós na Gestão da Política de Saúde de Cachoeira.

Eu quase que nada sei. Mas desconfio de muita coisa (GUIMARÃES ROSA, 1956, p.16).

Guimarães Rosa em sua obra traz esta citação que nos remete ao motivo que explica a escolha da temática da Gestão na Saúde. Consideramos esse tema como sendo difícil de adentrar para uma discussão como a que nos propomos observar, entender, caracterizar e posteriormente tentar desatar os

possíveis nós existentes para o desenvolvimento das ações ligadas a Gestão da Saúde em Cachoeira- BA.

Por isso, “quase nada sei”, pois estamos à procura de fatores concretos que nos faça compreender e entender o que é a Gestão na Saúde. “Desconfio de muita coisa”, se remete a questão das hipóteses, são várias suposições antes de adentrar ao campo de pesquisa, lócus que nos fornece dados reais para comprovar ou negar essas hipóteses.

Neste estudo, utilizamos as informações do Tribunal de Contas do Município para buscar compreender os problemas de gestão que corriqueiramente são correlacionados ao financiamento. Assim, encontramos: Receita própria do município em estudo R\$ 3.053.695,28; Transferência de Recursos R\$ 42.929.418,91; Receita total (própria + transferências) R\$ 45.983.114,19; Gastos com Saúde R\$ 4.745.668,57; Gastos com Educação R\$ 14.612.346,89 (Dados fornecidos pelo gestor para o exercício de 2013). (www.tcm.ba.gov.br/TCM/Municipio.aspx?Id=280&Cidade=CACHOEIRA).

Dito isto, voltamos a Gestão Municipal³⁸, ou melhor, a Gestão Pública, que para Andrade (2012) vem sofrendo várias transformações no sentido de se adaptar às características e necessidades da população. Segundo este autor, os gestores fazem uso de instrumentos legais em prol do desenvolvimento de serviços adequados a população (ANDRADE, 2012).

Podemos citar como instrumentos legais a descentralização e as parcerias intermunicipais. Ambos contribuem para que:

Essas mudanças na forma de gestão surgiram como uma necessidade de criar políticas de acordo com o perfil dos habitantes da comunidade e devido à dificuldade que os profissionais apresentam ao solucionar problemas complexos de forma isolada, seja em termos das especialidades de saúde ou mesmo de serviços de saúde, uma vez que o tamanho dos municípios é diversificado (ANDRADE, 2012, p.20).

A partir da análise das entrevistas algumas considerações preliminares podem ser feitas, entre elas a existência dos muitos desafios postos aos gestores para enfrentamento. Nesse contexto de desafios/ dificuldades nos foram apontados pontos ligados ao financiamento; espaço físico; excesso de

³⁸ A gestão municipal tem relevante papel na consolidação da *descentralização* do SUS tendo responsabilidade nos processos de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria funções estas inerentes à gestão do sistema municipal de saúde (ANDRADE, 2012, p.21).

burocracia; rotatividade dos gestores municipais da saúde; busca por novas pactuações; contratação de novos serviços; organização do financiamento para cada setor da saúde; para não faltar material; motivação profissional; melhorar a assistência a saúde a população e a estrutura de saúde; avaliar as demandas surgidas dentro dos serviços com visão técnica e não política, fazendo com que a opinião, o parecer técnico seja preconizado sempre (Dados colhidos por meio das entrevistas, questões 6. do questionário destinado aos coordenadores e questão 2.e destinado a gestora municipal).

“Considero a gestão municipal boa. Mas, acredito que enfrenta alguns desafios referentes ao financiamento. Como sugestão para melhorar a gestão do SUS no referido município acredito que o aumento do repasse do fundo e mais autonomia do gestor de saúde” (Entrevistada A).

“A alta rotatividade de gestores da saúde se torna um desafio, pois desde o mandato do atual gestor do município, esta já é a 4ª secretária de saúde. Esta se mostra com interesse de melhorar. Já foi coordenadora da Atenção Básica durante alguns anos” (Entrevistada B).

“Estou a pouco tempo no cargo. Mas, acredito que a mudança de secretários de saúde dificulta o desenvolvimento de atividades para a melhoria da saúde no município. Vai melhorar com essa nova gestão” (Entrevistada D).

“A saúde no município melhorou bastante [...] mesmo com algumas dificuldades. Considero uma boa gestão. A secretaria tem conhecimento e se faz presente. Procura manter contato direto e virtual - e-mails, telefones, celulares” (Entrevistada E).

Como as falas possuem relação, adotamos metodologicamente a avaliação com blocos e posterior comentário de todas as falas. Deste modo, podemos afirmar a partir do exposto: a maioria dos (as) entrevistados (as) avaliou a atual Gestão da Saúde como boa. No entanto, um destes, apesar de reconhecer que a mesma apresenta avanços, ressalta que:

“apesar dos avanços a gestão da saúde no município ainda é fundamentalmente política, trazendo vários transtornos para o funcionamento dos serviços fundamentais a saúde, onde gestores municipais ainda tentam se apoderar de serviços públicos em troca de favores alheios” (Entrevistado G).

Contemplando o que apresenta o entrevistado G, O Sistema de Saúde Público no Brasil, assim como, outras políticas sociais, tem vivenciado algumas

transformações advindas do contexto global. Associado a estas mudanças, podemos citar a necessidade de “reprodução da lógica hegemônica do capital”. Para tanto, ressalta-se que a investigação é de atribuição fundamental para o desenvolvimento de práticas voltadas para a interdisciplinaridade, utilizadas como forma de ampliar o saber em diversas áreas do conhecimento objetivando respostas as diferentes manifestações da questão social.

Em síntese, faz-se necessário a compreensão da realidade concreta em que os sujeitos estão inseridos. Por entendermos que as Políticas Públicas, em especial na área da saúde, precisam ser formuladas de acordo com a demanda existente e não por questões políticas. Um exemplo, na tentativa de se pensar ações nessa perspectiva é o processo de territorialização, presente na política de assistência social, mas que na saúde ganha novo significado – regionalização, pontos já discutidos anteriormente.

Nesse sentido, a falta de qualificação dos gestores é uma questão complexa que reflete sobre o trabalho dos diversos profissionais envolvidos na área da saúde. No caso dos Assistentes Sociais, vale salientar que por ser uma profissão que preza pela garantia de direitos aos usuários dos serviços, trabalha cotidianamente como afirma Soares (2010),

“A prática profissional na saúde pública realiza-se em meio às diversas contradições e conflitos do sistema que dialeticamente afirma e nega os princípios e direitos constitucionais em sua execução” (SOARES, 2010, p. 18).

Assim, o processo de qualificação da gestão é de suma importância para a melhoria dos serviços prestados aos usuários do sistema de saúde, assim como, na assistência, no sociojurídico e em outras áreas.

Como desafios para a atual gestão pontuou,

“Avaliar as demandas surgidas dentro dos serviços com visão técnica e não política; fazendo com que a opinião, o parecer técnico seja preconizado sempre” (Entrevistado G).

Percebemos diante da exposição das falas que a questão política ainda se faz presente dentro dos serviços de saúde, mesmo que de forma sutil, sucinta. Não queremos com essa afirmativa deslegitimar o papel e atuação da atual gestora dos serviços de saúde, a qual se apresenta como uma boa gestora e com capacitação para estar ocupando o cargo que lhe foi destinado. No entanto, ressaltamos aqui que a presença política nos serviços de saúde

prejudica o desenvolvimento de ações em prol de melhorias na atenção a saúde a população. Visto que os pedidos solicitados pelo Gestor Municipal são atendidos sempre que solicitadas, não sendo esclarecido se há recursos para essa demanda, ou se são repassados recursos de alguma ação para atender a solicitação.

Aproveitando a deixa, podemos relacionar essa afirmativa com o fato de não existir nos documentos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (RGA, Plano Municipal de Saúde) os valores repassados para cada ação proposta no plano para o referido ano (neste caso para os anos de 2010 – 2013). Bem como, a informação referente ao cumprimento das atividades propostas.

Questionado acerca da condição da atenção a saúde no município de Cachoeira- BA,

“Temos uma boa estrutura, cobertura de 100% para o município e equipes completas atendendo em 13 Unidades de Saúde. Classificaria como boa” (Entrevistado F).

O referido entrevistado aponta ainda como desafios para a sua atuação profissional e, também, para a Gestão Municipal,

“a falta de motivação profissional, melhorar ainda mais a assistência à população e a estrutura de Saúde”. Como sugestão para amenizar esses desafios “a valorização profissional, ampliação de Serviço, como estamos fazendo” (Entrevistado F).

Como sugestão para melhorar a Gestão do SUS no município em estudo,

“Qualificação e fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde; Informação e qualificação aos vereadores para que possam exigir que as metas sejam atingidas entre outras demandas; exigir dos funcionários que realizem seus serviços com altives e competência, responsabilizando – os pelos seus atos” (Entrevistado G).

Deste modo, podemos inferir que existem diversos desafios postos a Gestão Municipal de Saúde em Cachoeira – BA, muitos foram colocados de forma singela, talvez por questões pessoais - receio da exposição; Mas, com as falas fornecidas podemos pincelar e escrever acerca do processo de caracterização desta Gestão. Lembrando sempre, que estamos embasados nos discursos, assim como, em documentos.

A análise dos discursos contribuirá para desvendar os avanços e retrocessos na implantação do SUS, os desafios e possibilidades para aprimorar a Gestão Municipal. Levando-se em conta preliminarmente as seguintes categorias: relações, municipalização, entes federados, política de saúde.

Segundo Yazbek (1993):

A linguagem é expressão das representações, revela um modo de explorar o mundo, é carregada de sonhos e símbolos [...] podem expressar tanto a alienação do homem, de si mesmo, como sua resistência e criatividade na vida social [...] é pela linguagem que o sujeito se representa e se põe em interlocução com outros homens (YAZBEK,1993, p77).

Com relação às fontes documentais e referências bibliográficas, tomaram-se como base as legislações pertinentes a organização administrativa da Saúde no estado; teses e dissertações; artigos acadêmicos e científicos; relatórios das instituições de saúde do município (Relatórios de Gestão, Planos Municipais, entre outros).

Enfatizando a produção do conhecimento científico enquanto processo contínuo de construção, Minayo (1993), “o objeto é histórico, possui uma realidade histórica; é algo complexo, contraditório e inacabado”. Destarte, consideramos este trabalho científico como sendo o pontapé para outros pesquisadores que tenham o interesse de aprofundar nas pesquisas sobre a Gestão Municipal de Saúde de Cachoeira- BA.

4. Considerações Finais

Para uma melhor compreensão acerca da organização da Política de Saúde faz-se necessário elucidar questões vinculadas às relações políticas e sociais do período proposto. Visto que, é de suma importância para entender a lógica da política de saúde vigente. Assim como, as questões éticas para realização de uma pesquisa, sendo de extrema relevância para o desenrolar das investigações que servem como base para a construção do presente trabalho.

Chauí (2006),

[...] uma ética procura definir, antes de mais nada, a figura do agente ético e de suas ações e o conjunto de noções (valores) que balizam o campo de uma ação que se considere ética. O

agente ético é pensado como sujeito ético, isto é, como um ser *racional* e consciente que sabe o que faz, como um ser *livre* que decide e escolhe o que faz, e como um ser responsável que responde pelo que faz [...] (CHAUI, 2006).

Os períodos que antecedem a década de 1970 e 1980 foram marcados por um modelo político denominado de desenvolvimentismo, caracterizado por acelerado processo de industrialização no país. Desencadeando um deslocamento do polo dinâmico da economia, colocando, assim, os centros urbanos em destaque no cenário econômico nacional. Acarretando um adensamento populacional, que favorece para o agravamento das questões de saúde pública. O desenvolvimentismo trouxe mudanças para as cidades, assim como, novas demandas para o sistema previdenciário e para a saúde pública.

Em 1964, com o Golpe Militar, o Brasil passa novamente por períodos de mudanças, impetrando como consequência um corte de verbas na saúde³⁹. Em decorrência desta redução de verbas tem-se o agravamento das epidemias.

A década de 1970 foi marcada pela ampliação das privatizações nos serviços públicos, em especial de saúde, influenciada pelo capital monopolista internacional. Nesta década se verificou também um crescimento acelerado das companhias de seguros saúde. Fortalecendo o setor privado em detrimento do setor público.

A década de 1980 marcada por uma abertura política impulsionou mudanças na saúde pública, apresentando propostas de reformulação da política de saúde brasileira, através da VIII Conferência Nacional de Saúde. Posteriormente, com a criação do SUS e regulamentação deste na década de 1990 com a promulgação da Lei 8080/ 90 e da lei 8142/90, deliberando ações acerca do controle social e do financiamento da saúde.

Desta forma, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira considerada como primordial para a construção do ideário de saúde pública enquanto ação coletiva, e não mais individualista como apontado nas décadas anteriores ao movimento, assim como, para a mudança do conceito de saúde – não mais como ausência de doença. Favoreceram o fortalecimento do SUS, mas deve

³⁹ Bertolli Filho (2004) – em 64 foram destinados para a saúde 3,65% do orçamento da união e em 74 foram destinados apenas 0,94%.

ser considerado enquanto um processo em contínuo movimento, com desafios para serem superados e a conquista da plena efetivação.

Destarte o exposto, consideramos a partir da leitura de autores referente à temática da descentralização que, há problemas no processo de descentralização, considerado enquanto um repasse de responsabilidades do governo federal para os municípios que muitas vezes não tem suporte para desenvolver ações que amenizem os problemas existentes a partir das tomadas de decisões frente aos objetivos da gestão pública (ANDRADE, 2012).

A pesquisa base para o referido estudo se desenvolve na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cachoeira-BA. Para tanto, foram entrevistados mais de 50% do quantitativo de informantes chaves da secretaria de saúde. Conseguindo atingir um número considerado de entrevistas. No entanto, não foi possível estender a pesquisa para os Conselheiros Municipais de Saúde. Os motivos estão relacionados a curto espaço de tempo para o início e término da pesquisa, assim como, das reuniões do conselho. Pois, ficamos aguardando a última reunião ocorrida no dia 05/11/2014 na sede da secretaria para obtenção da resposta acerca da possibilidade ou não de entrevistar os membros deste conselho. Não sendo possível devido aos prazos de entrega da versão final do trabalho de conclusão de curso.

No desenrolar desta pesquisa alguns desafios foram postos a pesquisadora, considerando – os de extrema importância para o desenvolvimento e aprimoramento de pesquisas na área da Gestão em Saúde decidimos pontua – lós: Contatos; disponibilidade de repasse de documentos da Gestão; difícil acesso às peças chaves das entrevistas;

“A vida vive a me desafiar, Eu com a vida a lutar. Tenho desafio de sobreviver. Nesse mundo onde tudo Pode acontecer. Andar nas ruas já é um desafio. Estamos vivendo por um fio. Já não sabemos o que é proteção. A polícia já perdeu sua razão [...]” (ANA CAROLINA, VIVER É UM DESAFIO).

Tivemos como dificuldades iniciais o contato com os ocupantes dos cargos de primeiro e segundo escalão da Secretaria Municipal de Saúde. No entanto, após o dialogo com apoiadores esse contato se tornou mais simplificado.

Porém, a secretaria de saúde do município apresenta hoje um problema referente à questão histórica deste departamento. Destarte, podemos afirmar que não possui uma história relatada e, documentos, prática comum e recorrente em órgãos públicos, apontados em trabalhos de autores como Ávila (2013), Molesini (2011), Ramos (2011).

O acesso à documentação foi possível, mas, no entanto, apresentam as informações ligadas as ações que se pretendem desenvolver no município de acordo as demandas e necessidades postas a Cachoeira – BA. Contudo, não há nos documentos analisados a presença de uma avaliação no sentido de identificar e relatar se as atividades propostas foram alcançadas ou ao menos os porquês não foram e se foram como estão avançando.

Desta forma, não foi possível construir uma série histórica dos fatos, visto que não conseguimos acesso a relatórios de outros anos. Consideramos esta situação como negativa para a avaliação da Gestão do município pauta que se propõe o presente trabalho de conclusão de curso. Prejudicando, assim, o desenvolvimento de um trabalho mais completo.

Verificamos também como problema/dificuldade o acesso às informações sobre a realidade financeira da Saúde em Cachoeira – BA. Para sanar esse déficit incluímos outras fontes para coletar dados, a exemplo o Tribunal de Contas do Município (TCM). Mas, ainda assim são informações que não fornecem um detalhamento, pois o Relatório Anual de Gestão do Município e o Plano Municipal de Saúde não trazem informações precisas para comparar com as informações que são expostas nestes documentos. Principalmente no que se refere às ações que são planejadas, mas que não aparece se foi realizado o proposto. Assim, as informações como estão sendo extraídas, não nos dá a noção de como os financiamentos estão sendo implementados de fato.

Consideramos está dificuldade em relação ao acesso às informações como sendo imprescindíveis para uma avaliação da Gestão dos Serviços de Saúde. Pois, o fato dessas informações não serem divulgadas, muitas vezes por receio dos próprios profissionais ocupantes dos cargos nas secretarias, acabam por prejudicar os estudos relacionados a esta instituição pública, como também, fortalece a lógica da culpabilização do financiamento para os problemas enfrentados pela Gestão em Saúde. Não queremos com isto dizer

que os repasses públicos são suficientes, visto que não temos parâmetros para tanto. Devido à falta de informações sobre a temática e sua real distribuição no município.

No entanto, sabemos a partir de todo o exposto neste trabalho que uma má gestão pode prejudicar de forma intensa o andamento e o desenvolvimento de ações ligadas a assistência à saúde. Quando pontuamos má gestão, nos referimos a falta de qualificação do gestor para ocupar o cargo que lhe foi destinado; a presença das questões políticas em detrimento as demandas postas;

Pode-se asseverar que há alguns pontos em discussão aqui que merecem ser aprofundados em outros estudos, tais como: estudos sobre os impactos da falta de qualificação para ocupação de cargos públicos; aprofundar aspectos ligados ao financiamento municipal relacionando ao cumprimento ou não das metas estabelecidas nos instrumentos de gestão; a infraestrutura; caracterizar a visão dos Conselheiros Municipais de Saúde acerca da gestão; fortalecendo as discussões acerca do SUS e construindo novas formas de pensar a gestão e as melhorias para saúde da população.

Para finalizar e com o intuito de estimular os próximos pesquisadores, os atuais profissionais e graduandos do curso de Serviço Social:

Para que a saúde se sobreponha à doença, é preciso mudar completamente o comportamento cotidiano, os modelos de vida, a produção e o consumo, as formas de participação na atividade comunitária, a direção política do governo e dos administradores locais. É necessária uma revolução profunda, que envolva todos os partidos e atravesse a existência cotidiana de cada um. Esse é o desafio (BERLINGUER, 1988, p. 3, apud, ÁVILA, 2013, p. 10).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Castro. Poesias. São Paulo: Três Livros e Fascículos, 1984.

ANDRADE, Lucas Melo Biondi de. QUANDT, Fábio Luiz. DELZIVO, Carmem Regina. Os desafios da gestão pública em saúde na perspectiva dos gestores. Saúde & Transformação Social: UFSC. 2012.

ARRETCHE, Marta. MARQUES, Eduardo. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. Trabalho apresentado no XXVI Encontro Anual da ANPOCS no GT 14 Políticas Públicas. Caxambu – MG. 2002.

ARAGÃO, Erika. SANTOS, Luciano Damasceno. LOUREIRO, Sebastião. ALMEIDA, Isaura F. Gottschall. SOUZA, Ricardo Luciano Silva Pereira de. Gastos em Saúde e Incidência de Benefício no Município de Cachoeira – BA. II Encontro de Economia Baiana. 2006.

ÁVILA, Heleni Duarte Dantas de. A construção do SUS na Bahia: uma história da sua implementação – 1986 a 2006. SALVADOR: ISC/UFBA. 2013.

BAHIA, Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Estágio de Vivências no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos. 5ª ed. rev. ampl. Salvador: SESAB/ESSP, 2012.

BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2 e.d. São Paulo: Cortez, 2008.

BERTUSSI, Débora Cristina. O apoio Matricial Rizomático e a produção de coletivos na Gestão Municipal em Saúde. Rio de Janeiro: UFRK/Centro de Ciência da Saúde Faculdade de Medicina Pós-graduação em Clínica Médica. 2010.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

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

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

_____. Lei Orgânica da Saúde (SUS), Lei 8080, de 19 de setembro de 1990.

_____. Lei Orgânica da Saúde (SUS), Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Política Nacional de Assistência Social. 2004.

BRASIL, COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução nº 5, de 19 de Junho de 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

CARVALHO, Gilson. Fundações Públicas Estatais Administradas sob Direito Privado: entre a Desinformação e Má-fé. Revista RADIS/Fiocruz, edição de setembro/2007.

CHAUÍ, Marilena. Cultura e democracia o discurso competente e outras falas. 11 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CHIORO, Arthur. Desafios para a Gestão Municipal do SUS. São Paulo: XXVII Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, 2014.

CNS – Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/ 2012.

CRUZ, Damário da. Poema o risco. 1985.

GALLO, Edmundo. Gestão Pública e Inovação: tecnologias de Gestão e a reinvenção do cotidiano organizacional. FIOCRUZ. 2009.

GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GOMES, Gleiciane Viana. Breve apreciação sobre a Política de Saúde no Brasil no contexto da Contra-reforma do Estado. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís/Maranhão. UFMA/ Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas. 2011.

<http://www.cidadesdomeubrasil.com.br/ba/cachoeira>. Acesso em 21/10/2014 às 15h29min.

<http://www.tcm.ba.gov.br/TCM/Municipios.aspx?Id=280&Cidade=CACHOEIRA> acesso em 13/11/2014 as 00h02min.

<http://www.ipv.pt/forumedia/5/16.htm> acesso em 14/11/2014 às 23h28min.

<http://www.portaltransparencia.gov.br/controleSocial/ConselhosMunicipaiseControleSocial.asp> acesso em 14/11/2014 as 23h20min.

JACOBINA, André Teixeira; BATISTA, Adriana Galdino; MORAES, Adelly Rosa Orselli; RICO, Ana Maria; SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos; CORRÊA, Bruno Matos; SOARES, Carla Silva; MACHADO, Daiane Borges; PAIXÃO, Enny Santos da; ALMEIDA, Erika Rodrigues de; História e Saúde na Bahia. SALVADOR: ISC/UFBA. 2012.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Desafios do Planejamento na construção do SUS. Salvador: EDUFBA, 2011.

KOGA, Dirce. Território em disputa e o desafio da inclusão social. In: XIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Buenos Aires, Argentina, 4 - 7 nov. 2008.

KOGA, Dirce. RAMOS, Frederico. NAKANO, Kasuo. A disputa territorial redesenhando relações sociais nas cidades brasileiras. In Serviço Social e Sociedade. N 94. São Paulo: Cortez, 2008.

LIMA, Trindade Nísia; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005.

LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. Ciência e Saúde Coletiva, 2000, p. 293 - 312.

MARCH, Claudia. A contra – reforma do Estado brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2011, p. 175 – 186.

MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade. Reforma ou contra- reforma do Estado: repercussões na política de saúde. UFMA/Programa de pós-graduação em Políticas Públicas. II Jornada Internacional de Políticas Públicas Mundialização e Estados Nacionais: a questão da emancipação e da soberania. 2005.

MINAYO. Maria Cecília. O desafio do conhecimento. 6. ed. São Paulo: HUCITEC.

MOLESINI, Joana Angélica Oliveira. A reforma sanitária na Bahia: um lugar na história (1987 – 1989). Salvador: EDUFBA/ Programa de Pós- graduação em Enfermagem. 2011.

MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês de Souza Bravo; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (org.). Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é SUS. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. EDUFBA, Salvador, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DA CACHOEIRA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Municipal de Saúde. Cachoeira: 2010 – 2013.

RAMOS, Laís Helena Domingues; GRIGOLETTO, Marcus Vinicius Diniz; Gestão de Serviços de Saúde. UNA – SUS/UNIFESP. 2012, p. 196 – 230.

RAMOS, Alexandre de Souza. A institucionalização de um aparelho formador: o caso da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (1971 – 2006). UFBA/Instituto de Saúde Coletiva, 2011.

RIBEIRO, Suzana Cristina Silva. O processo de implantação do Pacto de Gestão na Bahia (2006 – 2009): análise das relações intergovernamentais a partir das discussões na CIB – BA. Salvador: ISC/UFBA. 2010.

ROSA, João Guimarães. Grande Sertão: veredas. 1956.

SECCHI, Leonardo. Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA CACHOEIRA. Relatório de Gestão. Cachoeira: 2011.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA. “O SUS é uma escola”. Estágio de vivências no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo: Coletânea de textos utilizados no estágio de vivência no SUS. Salvador: Superintendência de Recursos Humanos da Saúde, 2012.

SILVA, Sida da. O Serviço Social na saúde: reflexões sobre a inserção profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde. Cachoeira: UFRB/CAHL. 2012.

SOARES, Raquel Cavalcante. A contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. UFPE/Programa de Pós-graduação em Serviço Social. 2010.

SOUZA, Renilson Rehem. Construindo o SUS a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Rio de Janeiro: UFRJ/ Instituto de Medicina Social, 2002.

SPILLER, Eduardo Santiago; SENNA, Ana Maria; SANTOS, José Ferreira dos; VILAR, Josier Marques. Gestão dos serviços em saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

YAZBEK, Maria Carmelita. Classes subalternas e assistência social. São Paulo: Cortez, 1993.

ANEXO

perinatal										
XX – Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	50,0	33,3	2,2	4,2	4,2	7,3
Demais causas definidas	20,0	-	-	-	-	23,8	31,1	33,9	34,4	30,5
Total	100,0	100,0	100,0	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIM apud Plano Municipal de Saúde de Cachoeira- BA 2010 – 2013.

APÉNDICE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS - CAHL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**Análise da gestão na rede de serviços de saúde de um município do
Recôncavo Baiano.**

1- Dados do município

- a) Número populacional;
- b) Quantitativo de Unidades de Saúde no município;
- c) Como está configurada a rede de serviços do município? (ex. UBS, PSF, CAPS, hospital, de um modo geral – própria e conveniada ou parcerias);
- d) Quais as principais demandas de saúde do município?
- e) Qual a fonte de financiamento da saúde do município? (Federal, Estadual);
- f) Esses recursos são suficientes para prestar assistência a população demandatária?
- g) Quantitativo de gestores no município?
- h) O quantitativo de gestores é suficiente para a demanda do município?

2- Dados da Gestão no município

- a) Como está qualificada a gestão no município? (ex plena ou pacto de gestão);
- b) Qual o vínculo empregatício dos gestores do município? (contratos por CLT ou contratos, indicação);
- c) Há alguma relação do vínculo empregatício com a qualidade dos serviços fornecidos?
- d) Como a gestão fornece respostas as demandas de saúde do município?
- e) Quais os principais desafios para a gestão do município?

- f) Qualifique a gestão da saúde no município?
- g) Quais sugestões para melhorar a gestão do SUS no referido município?

3- Dados da qualificação dos gestores de saúde

- a) Qual nível de escolaridade dos gestores? (nível médio, técnico, superior, pós-graduado, mestrado, doutorado, pós-doutorado).
- b) Há algum incentivo/investimento por parte do município no que tange a capacitação profissional dos gestores?
- c) Considera importante a qualificação para os gestores de saúde dos municípios?
- d) Qual a relação da qualificação com a oferta dos serviços de saúde fornecidos pelo município?
- e) Quais sugestões para melhorar a oferta destes serviços?

4- Dados dos gestores

- a) Qual instituição de ensino cursou?
- b) Quanto tempo de formado?
- c) Qual a media de capacitações ao ano?
- d) Procura se manter informado sobre as novas perspectivas relacionadas a gestão na saúde?
- e) Qual sua opinião em relação à falta de qualificação para ocupar o cargo de gestor da saúde de um município?

Observações:

Obrigada!



Análise da gestão na rede de serviços de saúde de um município do Recôncavo Baiano a partir da visão dos coordenadores de setores da saúde.

- 1- Para entendermos o papel dos coordenadores dos setores ligados a questão da saúde no município fale um pouco sobre seu trabalho.
- 2- A partir do exposto, quais os principais impasses / dificuldades para o desenvolvimento do trabalho na coordenação que atua?
- 3- Quais possíveis sugestões você pode apontar para amenizar os impactos dessas dificuldades no desenvolvimento do trabalho nos serviços de saúde?
- 4- Mediante sua atuação profissional e também na condição usuária dos serviços de saúde como caracteriza a atenção à saúde no município de Cachoeira – Ba?
- 5- Como caracteriza a Gestão Municipal em Saúde em Cachoeira – Ba?
- 6- Quais os principais desafios para a gestão da saúde no município de Cachoeira- Ba?
- 7- Que sugestões o/a senhor/a daria para melhorar a gestão do SUS neste município?

Observações:

Obrigada!



Análise da gestão na rede de serviços de saúde de um município do Recôncavo Baiano a partir da visão dos Conselheiros de saúde.

- 1- Para entendermos o papel dos coordenadores dos setores ligados a questão da saúde no município fale um pouco sobre seu trabalho.

- 2- Mediante sua atuação profissional e também na condição usuária dos serviços de saúde como caracteriza a atenção à saúde no município de Cachoeira – Ba?

- 3- Como caracteriza a Gestão Municipal em Saúde em Cachoeira – Ba?

- 4- Quais os principais desafios para a gestão da saúde no município de Cachoeira- Ba?

- 5- Que sugestões o/a senhor/a daria para melhorar a gestão do SUS neste município?

Observações:

Obrigada!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante:

Eu, Najara Gomes do Amaral, estudante do curso de graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Estou realizando uma pesquisa com supervisão da professora Dr^a Heleni Duarte Dantas de Ávila, cujo objetivo é analisar a Gestão nos serviços de saúde no município de Cachoeira- BA. Título da pesquisa: Percorrendo os trilhos da gestão municipal em Cachoeira- BA.

Sua participação envolve contribuição para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico, mediante entrevistas individuais e estruturadas.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida em sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a).

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo(s) pesquisador(es) fone 75- 99811421/ 75-98181899 ou e-mails: najaraseso@gmail.com/ heleniufbss@gmail.com .

Autorizo a identificação de meu nome nas publicações resultantes do referido projeto

Não autorizo a identificação do meu nome

Atenciosamente.

Nome e assinatura do(a) estudante
Matrícula:

Local e data

Nome e assinatura do(a) professor(a) supervisor(a)/orientador(a)
Matrícula:

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data

