

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
JORGE JOSÉ SANTOS PEREIRA SOLLA

Avaliação da Implantação do Sistema
Municipal de Saúde em Vitória da
Conquista (Bahia), 1997 - 2008

Rio de Janeiro

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JORGE JOSÉ SANTOS PEREIRA SOLLA

**Avaliação da Implantação do Sistema
Municipal de Saúde em Vitória da
Conquista (Bahia), 1997 - 2008**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial a obtenção do título de Doutor em Medicina (Clínica Médica – Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde), sob a orientação dos Professores Doutores Marcelo Gerardin Poirot Land e Emerson Elias Merhy.

Rio de Janeiro

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Solla, Jorge José Santos Pereira

Avaliação da implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bahia), 1997 - 2008 / Jorge José Santos Pereira Solla. Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2008.

401 f.

Orientadores: Marcelo Gerardin Poirot Land e Emerson Elias Merhy.

Tese (doutorado) – UFRJ/Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica (Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde), 2008.

1. Descentralização. 2. Política de Saúde. 3. Sistemas de Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. SUS (BR). 6. Gestão em Saúde. 7. Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde – Tese. I. Merhy, Emerson Elias. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO
JORGE JOSÉ SANTOS PEREIRA SOLLÁ

Avaliação da Implantação do Sistema Municipal de Saúde em
Vitória da Conquista (Bahia), 1997 - 2008

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial a obtenção do título de Doutor em Medicina (Clínica Médica – Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde), sob a orientação dos Professores Doutores Marcelo Gerardin Poirot Land e Emerson Elias Merhy.

Aprovada em ____/____/____

Prof. Dr. Marcelo Gerardin Poirot Land
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aloísio Teixeira
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Clemax Couto Sant`Anna
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dr. Fausto Pereira dos Santos
Agência Nacional de Saúde Suplementar

DEDICATÓRIA

Aos diversos atores sociais que construíram e aos que continuam construindo o Sistema Municipal de Saúde de Vitória da Conquista por seu compromisso com esta política pública tão essencial para a vida da população brasileira.

Aos profissionais de saúde de Vitória da Conquista, em especial aos companheiros de gestão que tornaram tão positiva aquela jornada no período em que compartilhamos o projeto de governo, e que deram continuidade após nossa ida para outra trincheira de atuação.

A Marília (minha companheira) e meus filhos (Davi e Francisco) que compartilharam conosco todas as trajetórias vivenciadas, dividindo as dificuldades e as alegrias e dando sempre todo o apoio para nossos projetos.

A minha avó Adelina (in memoriam) que além do carinho, dedicação e cuidado foi responsável pelos nossos primeiros passos no aprendizado e apoio sempre constante durante toda vida escolar e de graduação.

Aos meus pais José Garrido (in memoriam) e Celeste pelo exemplo, estímulo, carinho, apoio e confiança.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Emerson Merhy, nosso orientador, grande responsável por termos realizado este curso de Doutorado e esta investigação, cujo apoio foi indispensável para chegarmos a conclusão, especialista em pós-graduar gestores do SUS.

Aos professores (Marcelo Land, Laura Feuerwerker, Túlio Franco, Paula Cerqueira) e aos colegas deste programa de pós-graduação pelas inestimáveis contribuições e pela oportunidade de convivência durante o curso.

A Teresa Gouda pelo seu apoio e disponibilidade para ajudar a resolver todas as demandas apresentadas, prontamente atendidas.

A Profa. Sarah Atkinson pela fantástica acolhida na Universidade de Durham e contribuições ao quadro teórico deste trabalho.

A Maria Marques que deu grande contribuição realizando entrevistas, gravando e transcrevendo.

A Creuza Silva pela contribuição na revisão da ficha catalográfica e referências bibliográficas.

Ao Prefeito Guilherme Menezes pela grande oportunidade prestada ao nos convidar a compartilhar a construção do projeto de saúde de Vitória da Conquista.

Ao ex-prefeito José Raimundo e outros “cúmplices” do projeto do “Governo Participativo” que foram grandes parceiros (Luiz Queiroz, Regina Affonso, José Geraldo, Cezar Lisboa, George, Emilson Piau e muitos outros).

Aos companheiros da gestão municipal da saúde em Vitória da Conquista (Suzana Ribeiro, Washington Couto, Rita Ataíde, Josete Menezes, Leninha Ferraz, Claudinha, André, Paulo Nunes e todos os demais).

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia que deram grandes contribuições na nossa formação profissional.

Ao Ministro Humberto Costa e os nossos parceiros no Ministério da Saúde no primeiro período da Saúde no Governo Lula (Maria Luiza Jaeger, Arthur Chioro, Ana Paula Soter, Washington Couto, Regina Affonso, Silvana, Fausto Santos, Cao Moraes, Elaine, Armando, Cleusa, Afra Suassuna, Reneide, Tereza Campos, Fernando Vasconcelos, Adson França e tantos outros).

Ao Governador Jaques Wagner que nos confiou participar do governo da “Bahia de Todos Nós”, oportunidade ímpar para contribuirmos com a implementação do SUS em nosso estado e a toda a equipe da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, com quem tem sido um grande prazer compartilhar esta construção coletiva.

RESUMO

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Avaliação da implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bahia), 1997 – 2008. Tese (Doutorado em Clínica Médica pelo Centro de Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Com finalidade de analisar um caso de descentralização das políticas de saúde para a gestão municipal, a presente investigação estudou a implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bahia), no período de 1997 a 2008, correspondendo a três gestões municipais consecutivas. Foi desenvolvida a análise da implantação e desenvolvimento do sistema municipal de saúde em três grandes dimensões: relações político-institucionais entre os três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, processo político no âmbito municipal e efeitos do processo de implantação e desenvolvimento da política de saúde municipal. Foram utilizados dados secundários dos principais sistemas de informação para o período e de documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, e analisadas informações de entrevistas com atores mapeados por comporem o cenário social e político do Sistema Único de Saúde (SUS) no município. Os resultados identificados atestam os avanços obtidos na Saúde neste município, correspondendo a aumentos de eficiência, qualidade e equidade, e apresentando mecanismos e processos mais efetivos de gestão da saúde. Os dados analisados permitiram evidenciar uma substancial melhoria da performance do sistema de saúde com ampliação da receptividade da gestão do SUS para com as necessidades locais (implicando em ganhos de efetividade e equidade), da responsabilização do sistema de saúde para com seus usuários, da utilização dos recursos do

sistema de saúde local (tanto aumento de eficiência quanto de equidade) e da qualidade do cuidado oferecido nos serviços de saúde. Durante a trajetória deste trabalho tentamos responder a três questões-chave para a avaliação proposta: “o que aconteceu”, “como aconteceu” e “porque aconteceu”. No decorrer da análise realizada foram apresentadas as principais características do “Projeto de Governo”, seus conteúdos e propostas de ação, os elementos essenciais acerca da “Capacidade de Governo” e as medidas tomadas para a construção de “Governabilidade”, mobilizando recursos e inovações que potencializaram a adesão dos atores ao projeto. Foram discutidos aspectos centrais do processo de descentralização da saúde incluindo a análise do processo político no âmbito municipal para implantação da política de saúde, incluindo as relações construídas entre gestores e outros atores sociais para viabilização desta política, a sustentabilidade financeira do sistema, a autonomia relativa dos atores no processo de implementação do projeto, os papéis e as relações entre as três esferas de governo e entre contexto local favorável e resultados positivos da descentralização no SUS, as características das relações público/privado no contexto da saúde e o papel das ações de regulação, controle e avaliação na gestão do SUS e as relações entre “necessidades”, “demanda” e “oferta” no âmbito dos serviços e sistema de saúde. Todas estas questões evidenciaram grandes desafios enfrentados pelas gestões municipais de saúde na conjuntura atual, em especial aquelas que conseguiram construir experiências bem-sucedidas.

Palavras-chave: DESCENTRALIZAÇÃO, POLÍTICA DE SAÚDE, SISTEMAS DE SAÚDE, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, SUS (BR), GESTÃO EM SAÚDE.

ABSTRACT

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Evaluation of the implementation of the Municipal Health System in Vitória da Conquista (Bahia), 1997 – 2008. Tese (Doutorado em Clínica Médica pelo Centro de Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

In order to analyze a case of health policies decentralization for municipal management this research studied the implementation of the Municipal Health System in Vitória da Conquista (Bahia) in the period 1997 to 2008, corresponding to three consecutive municipal administrations. It was reviewed the implementation and development of the municipal health system in three major dimensions: political-institutional relations between the three levels of management within the National Health System, the political process at the municipal level and effects of the deployment process and the development of the municipal health policy. This study used secondary data of the main information systems for the period and documents of the Municipal Health Secretary of Vitória da Conquista, and analyzed information from mapped actors interviews that composed the social and political landscape of the National Health System (SUS) in the city. The results identified witness the progress made in health in this city, corresponding to increases in efficiency, quality and equity, and providing more effective mechanisms and processes of health management. The analyzed data have highlighted substantial improvements in the performance of the health system, increasing the SUS management receptivity for local needs (resulting in efficiency and equity gains), the accountability of the health system towards its users, the of the local health system resources use (increasing efficiency and equity) and the health

services quality of care. During the course of this work, we tried to answer three key-questions for the evaluation of the proposal: "what happened", "how do it happened" and "why it happened." In the course of the examination were presented the main features of the "Government Project", its contents and proposals for action, the essential elements about the "Government Capacity" and the actions for the "Governability" construction, mobilizing resources and innovations which have increased the actors accession to the project. Key aspects of the health decentralization process are discussed, including the political process analysis at the municipal level for the health policy implementation, the relationships built between managers and other social actors to making this policy, the system financial sustainability, the actors relative autonomy in the project implementation process, the roles and relationships between the three government spheres and between favorable local environment and positive results of decentralization in SUS, the public and private sectors relationships characteristics in the context of health and the role of regulatory, control and evaluation actions in SUS and the relationship between "needs", "demand" and "supply" in relation to health systems and services. All these issues highlighted the major challenges faced by local health administrations in the current situation, especially those who built successful experiences.

Keywords: DECENTRALIZATION, HEALTH POLICY, HEALTH SYSTEMS, HEALTH SYSTEM, SUS (BR), MANAGEMENT IN HEALTH

Sumário

	Pag.
Resumo	
Abstract	
1. Introdução	11
2. Aspectos metodológicos	19
2.1 Tipo de estudo	19
2.2 Eixos de análise	22
2.3 Coleta de dados	30
3. A descentralização das ações e serviços de saúde no SUS como um componente de uma aposta transformadora	34
3.1 Avanços recentes no processo de descentralização do SUS (como expressão de impacto de certas apostas e seus analisadores para olhar Vitória da Conquista)	59
3.2 Limites e contradições da descentralização no SUS	67
3.3 Desafios atuais da descentralização: “Pacto de Gestão”	82
3.4 Investigando o processo de descentralização	89
4. Modelos de atenção à saúde no SUS: ‘Saúde da Família’ e ‘acolhimento’	100
5. Estudos de implementação de políticas públicas	120
5.1 Atores sociais, o cenário da gestão e o governo	138
6. O Caso: O Sistema Municipal de Saúde de Vitória da Conquista	147
6.1 O contexto da descentralização do SUS no Estado da Bahia	147
6.2 Vitória da Conquista e a construção do Sistema Municipal de Saúde	151
6.3 Avanços na situação de saúde	170
6.4 Ampliando o acesso da população aos serviços de saúde	181

6.5 Investindo na saúde: evolução dos recursos financeiros	204
6.6 O 'acolhimento' no sistema de saúde em Vitória da Conquista	215
7. Cenário da gestão municipal em Vitória da Conquista	228
7.1 Conjuntura local anterior ao "Governo Participativo"	228
7.2 As condições iniciais de governo	231
7.3 O projeto do "Governo Participativo" para a Saúde	235
8. Prerrogativas e responsabilidades da gestão municipal em saúde	236
9. Mergulhando no contexto local através das falas dos atores	243
9.1 A política de saúde no ideário da gestão municipal	243
9.2 A atenção básica e o PSF enquanto propulsores do projeto para a saúde	255
9.3 Mudanças implantadas no modelo de gestão da saúde	267
9.4 Obstáculos iniciais à municipalização da saúde em Vitória da Conquista	279
9.5 Ampliação da base de apoio à política municipal de saúde	290
9.6 Relações intergestoras estabelecidas na implantação do sistema de saúde	300
9.7 A saúde fortalecendo o projeto político do governo municipal	306
9.8 Requalificação e ampliação das demandas por Saúde	312
9.9 Saúde como motor do desenvolvimento local e regional	317
9.10 Dificuldades para sustentabilidade financeira	323
9.11 Dilemas para a continuidade do projeto	330
10. Discussão	335
11. Comentários Finais	371
Referências Bibliográficas	377
Apêndices	394

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, propondo-se a garantir assistência integral e gratuita para a totalidade da população brasileira. Mesmo os 40.281.718 beneficiários de operadoras da saúde suplementar (21,6% da população, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar), utilizam pelo menos uma parte das ações e serviços pelo SUS: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e controle de doenças e vetores, imunização e, muitas vezes, procedimentos de alta complexidade e maior custo, que geralmente não são cobertos pelos planos privados de saúde.

De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a rede de serviços do SUS possuía em setembro de 2008, 62.352 unidades ambulatoriais e 6.110 hospitais, com 366.614 leitos, responsáveis por cerca de 11,3 milhões de internações por ano. Em 2005, o SUS realizou mais de 1,1 bilhões de procedimentos de Atenção Básica e pela primeira vez superou a marca de 1 bilhão de procedimentos ambulatoriais especializados. São 2,3 milhões de partos por ano, mais de 100 mil procedimentos de hemodinâmica, mais de 14 mil transplantes de órgãos e 97% da oferta de terapia renal substitutiva (8,9 milhões de procedimentos realizados em 2005) – dados do Sistema de Informação Ambulatorial e do Sistema de Informação Hospitalar do SUS – SIA/SUS e SIH/SUS.

Na Constituição de 1988, a saúde passou a ser entendida como direito social universal, direito de cidadania e as ações e serviços de saúde caracterizados como de relevância pública. Este direito social (direito à saúde) deve ser assegurado pelo Estado. (WEICHERT, 2004)

A saúde vai se inserir em um conjunto de direitos sociais (dos trabalhadores, à saúde, à segurança social etc.) que necessitam do papel do Estado para sua garantia; ou seja, são direitos a serem assegurados pelo Estado.

Enquanto os direitos de liberdade nascem contra o superpoder do Estado – e, portanto, com o objetivo de limitar o poder –, os direitos sociais exigem, para sua realização prática, ou seja, para a passagem da declaração puramente verbal a sua proteção efetiva, precisamente o contrário, isto é, a ampliação dos poderes do Estado. (BOBBIO, 1992, p.72)

A Constituição de 1988 apresentou um forte espírito de descentralização, inclusive e especialmente como resposta aos excessos centralizadores do período ditatorial e o setor saúde tinha acumulado um movimento de contestação à lógica centralizadora o qual exerceu forte pressão organizada no processo constituinte. “O SUS é o produto mais bem elaborado desse democrático processo de enfrentamento dos excessos da centralização.” (TREVISAN & JUNQUEIRA, 2007)

Cabe lembrar que as proposições da reforma sanitária se deram em direção contrária às propostas de reforma do Estado, hegemônicas na década de 1980, e a implantação do SUS, nos anos 1990, se deu em uma conjuntura desfavorável, sofrendo os efeitos das medidas voltadas para o desmantelamento do aparelho de Estado durante os governos Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso. (COELHO & PAIM, 2005; LEVCOVITZ, LIMA & MACHADO, 2001)

Para PACHE et al. (2006) os anos 1990 foram marcados pela hegemonia das políticas neoliberais, sendo, no Brasil, implantada propostas de redução das políticas públicas no âmbito social, levando a precarização das relações de trabalho, ampliação de superávit primário, privatização de empresas estatais e processos visando reduzir as funções do Estado aos processos de regulação, controle e avaliação.

Segundo outros autores as medidas tomadas na década visando saneamento das finanças públicas, as mudanças liberalizantes no modelo de proteção social e as distorções implementadas na seguridade social não vieram a impactar em redução da intervenção do Estado nas áreas sociais, ocorrendo neste período ampliação de programas e do acesso para setores da população que até então estavam completamente sem assistência. (RIBEIRO, 2009)

Identifica-se nas áreas de saúde, educação e assistência social sinais positivos no sentido da reestruturação da gestão governamental e da experimentação de novas institucionalidades, especialmente no âmbito da municipalização dos serviços sociais, como, por exemplo, a institucionalização da participação dos governos estaduais e municipais no processo de formulação das políticas nacionais; a inserção de novos atores ao processo decisório via conselhos setoriais e iniciativas de consorciamento intermunicipal, de orçamento participativo e de programas demand-driven. (RIBEIRO, 2009, p.824)

O setor saúde no Brasil tem passado por importantes mudanças com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os princípios do SUS está a descentralização das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização tem transferido responsabilidades, prerrogativas e recursos para os governos municipais. (COLLINS et al., 2000)

A descentralização tem sido uma opção muito freqüente nas mudanças constitucionais e nas estruturas organizacionais em alguns países, inclusive na busca de solução para a crise que o setor saúde atravessa. Através dela pode-se criar condições para uma maior autonomia do nível local no uso dos recursos e na definição e implementação das políticas, com maior acesso e controle pelos setores organizados da população, ampliando as possibilidades para definir e desenvolver ações adequadas em resposta às necessidades locais, facilitando a colaboração intersetorial e permitindo alcançar impacto positivo na gestão e na atenção à saúde. (ATKINSON et al., 2005; HORTALE et al., 1999)

Na dimensão política, a descentralização não é considerada um valor e um fim em si mesma, mas uma condição necessária para melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a participação, a qualidade, a sustentação e a equidade no campo da saúde. Consideramos que um sistema de saúde descentralizado, em uma dinâmica de transferência de recursos e autoridade às diferentes instâncias do sistema de saúde, causa um impacto positivo na gestão e nas diferentes modalidades de atenção e dá oportunidade para que os processos de reforma permitam a geração e desenho de novos modelos de atenção, papéis e funções, modalidades de capacitação, sistemas de remuneração e novas formas de participação das instituições, sindicatos e setores acadêmicos. (HORTALE et al., 2000, p.232)

O Brasil é um país continental e complexo, marcado por profundas desigualdades econômicas, sociais, demográficas, culturais e sanitárias. Tal quadro aponta a importância da descentralização das políticas públicas, inclusive na área de saúde. Além disso, reforça esta opção o fato de tratar-se de um sistema federativo especial, muito particular, onde os municípios são entes federativos, dotados de autonomia política, administrativa e financeira. (ROCHA, 1999)

Segundo WEICHERT (2004) a Constituição de 1988 estabeleceu um federalismo cooperativo com competências concorrentes e comuns dos entes federados, contudo não reverteu a forte concentração de competências na União.

Acrescenta-se que o desafio de construir o SUS se dá em um contexto extremamente complexo e adverso, com um quadro de morbi-mortalidade em que se observa a convivência de doenças típicas do subdesenvolvimento, com alta prevalência de doenças crônicas, alta incidência de agravos devidos a causas externas, progressivo envelhecimento populacional e demandas crescentes por serviços de alta complexidade. Além disso, observa-se um quadro de incorporação tecnológica intensa (no campo das tecnologias duras de modo predominante), acrítica e abusiva no setor saúde, uma cultura política conservadora, clientelista e fisiológica hegemônica, fortes pressões corporativas e empresariais, relação público-

privada fortemente marcada pela privatização da coisa pública e baixos níveis de financiamento do sistema.

O processo de descentralização em curso, conforme estabelecido no texto constitucional e na lei orgânica da saúde, reserva aos municípios um papel de protagonista da gestão do sistema de saúde em seu território, assumindo a execução das ações e serviços de saúde sendo, portanto um processo de **devolução**, que "(...) consiste na transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de menor nível hierárquico que adquire, assim, autonomia política e administrativa". (MENDES, 1998)

Pode-se considerar que no caso brasileiro estão presentes também, características de um processo de **desconcentração**, pelas limitações existentes no grau de autonomia dos municípios, relacionadas principalmente ao grau incipiente da capacidade política e técnico-gerencial da maioria dos municípios. (SOTER, 2005)

Na devolução ou descentralização político-administrativa, além de transferir o poder de agir é também repassado poder de decisão, assim os níveis que assumem novas responsabilidades sobre a execução das ações atuam implementando decisões tomadas de forma centralizada e podem também formular novas políticas, ampliando a autonomia e o poder local. (SILVA, 2001)

A descentralização no setor saúde apresenta potencialmente diversas vantagens, nos âmbitos administrativos, políticos e econômicos, entre elas: possibilidade de organizar de forma mais racional o sistema de saúde com base em áreas administrativas locais, particularmente para atenção primária à saúde; contribui para facilitar a coordenação intersetorial; permite soluções locais para problemas relacionados a grandes distâncias, comunicação inadequada e áreas de

difícil acesso; pode permitir maiores oportunidades para inovações e aumentar o universo de experiências positivas de gestão; promove um contato mais próximo entre governo e população, melhores condições para formulação de políticas, planos e programas mais realistas e adequados à realidade local; permite melhores condições para incrementar a provisão de atenção à saúde em regiões com baixa cobertura; aquisição local de determinados tipos de insumos estimula a economia na região; facilita a participação da comunidade, permitindo melhorar o controle sobre os recursos aplicados, a aceitabilidade, cooperação e sustentabilidade da política de saúde; possibilita a representações de vários grupos sociais, étnicos, religiosos e políticos em diferentes regiões do país participar mais diretamente das tomadas de decisão sobre as políticas de saúde; e permite que as políticas nacionais penetrem em áreas distantes, onde o suporte para programas nacionais são geralmente mais frágeis. (ARAÚJO JÚNIOR, 1994)

Na década de 80, no Brasil, investigações realizadas já apontavam resultados positivos da descentralização, em especial no tocante ao aumento da oferta de serviços de saúde e fortalecimento da participação popular. Outras investigações (estudos de caso) realizadas na segunda metade dos anos 90 identificaram ampliação da rede de serviços de saúde, maior diversidade na oferta e medidas com vistas a reorganizar o modelo assistencial em municípios que assumiram a gestão do SUS. (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007)

Os estudos acerca do impacto das políticas de descentralização das ações e serviços de saúde em geral se debruçam sobre dois grandes grupos de questões essenciais acerca deste objeto de estudo. A primeira procura responder se a descentralização melhora a equidade, a eficiência, a qualidade dos serviços, os resultados em saúde e os processos democráticos. A segunda busca identificar

quais as formas, os mecanismos e os processos de descentralização que são mais efetivos para alcançar os objetivos de resultado e de produção no sistema de saúde. (ATKINSON, 1995)

No entanto, uma terceira questão tem ganhado força mais recentemente nestes estudos avaliativos: qual a influência potencial que a organização social local e a cultura política no qual o sistema de saúde está embutido podem ter em como a descentralização transforma em prática nos diferentes contextos locais. (ATKINSON, 1995)

Apesar da existência de alguns estudos acerca da implantação de experiências bem-sucedidas de gestão municipal (CAMPOS, 1991; SILVA, 1996; CAMPOS & HENRIQUES, 1996, CAMPOS et al., 1998; FRANCO et al., 1999; PIMENTA, 2000; SILVA, 2001; FRANCO et al., 2004; SANTOS, 2005; PIMENTA, 2006), consideramos que ainda existe lacuna de investigações que possam aprofundar o conhecimento sobre uma dada experiência municipal de descentralização das ações e serviços de saúde tentando contribuir para a compreensão em situações deste tipo de três grandes questões: “o que ocorreu?”, “como ocorreu?” e “por que ocorreu?”.

Assim o presente estudo tem como objetivo geral avaliar a implantação e o desenvolvimento do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bahia) no período 1997 – 2008, com os seguintes objetivos específicos:

1. Investigar as relações político-institucionais entre os três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, Secretaria da Saúde do Estado e Secretaria Municipal de Saúde);

2. Analisar o processo político no âmbito municipal para implantação e desenvolvimento da política de saúde adotada pela gestão municipal;
3. Avaliar os efeitos do processo de implantação e desenvolvimento da política de saúde municipal no âmbito do **modelo de gestão**, inclusive no que diz respeito à construção e operação dos espaços de **controle social** e do **modelo de atenção à saúde** neste município, buscando identificar as mudanças operadas.

2. Aspectos Metodológicos

2.1 Tipo de estudo

Este estudo se situa no campo de investigações que nos anos recentes têm mobilizado diversos profissionais de saúde a estudar seus próprios processos de intervenção, buscando compreender as mudanças nas ações e serviços de saúde em curso no SUS, seus avanços e limites, seus determinantes e obstáculos, as ferramentas de gestão empregadas e o potencial para sua utilização em outras experiências semelhantes.

A investigação realiza uma avaliação da implantação do sistema municipal de saúde em Vitória da Conquista, no período de 1997 a 2008, correspondendo a três gestões municipais consecutivas, com doze anos sob condução de um mesmo grupo político. Durante este período grandes mudanças foram operadas e em função dos resultados alcançados na descentralização da saúde para a gestão local este município foi identificado como sendo uma experiência bem sucedida de municipalização da saúde, alcançando amplo reconhecimento sobre o trabalho realizado pela gestão municipal na saúde.

Cabe registrar que o autor desta investigação assumiu o cargo de secretário municipal de saúde no município de Vitória da Conquista entre 1999 e 2002. Neste período o município assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde de acordo com o preconizado pela Norma Operacional Básica 01/96 e se deparou com o desafio de implantar um Sistema Municipal de Saúde. De janeiro de 2003 a julho 2005 esteve à frente da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, tendo entre outras questões, na agenda da gestão nacional do SUS, o desafio de

contribuir para avançar o processo de descentralização e fortalecimento da gestão local do sistema de saúde em nosso país. Por último, o autor vem ocupando desde janeiro de 2007 o cargo de Secretário da Saúde do Estado da Bahia.

Portanto, este projeto de investigação foi conduzido por um “sujeito implicado” com o objeto de estudo, ao mesmo tempo pesquisador e pesquisado (MERHY, 2005), um ator/sujeito no sentido empregado por TESTA (1997).

Muitos procuram submeter a processos investigativos o seu próprio agir, trazendo, com isso, para a análise o seu próprio modo de dar sentido ao que é problema a ser investigado [...], traz antes de qualquer situação epistêmica a sua implicação, criando uma situação não típica como as investigações a que estamos mais envolvidos; pois, agora, o sujeito que ambiciona ser epistêmico será explicitamente subsumido na sua implicação, na sua forma desejante de apostar no agir no mundo de modo militante, não se reduzindo ao sujeito subsumido ao poder e à lógica ideológica, como o sujeito epistêmico imaginado pelos procedimentos científicos contemporâneos. Aqui, nestas novas situações, a conformação do trabalhador como sujeito epistêmico está marcada pressupostamente pelo seu lugar como sujeito militante implicado. (MERHY, 2005, p.5-6).

Portanto, esta investigação, é classificada como um estudo de caso único, de caráter exploratório, buscando um conhecimento mais detalhado e extensivo sobre o objeto de estudo, onde os desafios específicos foram destacados buscando identificar os dilemas e problemas reais e as soluções adotadas pelos atores nesta dada situação. Situação aqui compreendida no sentido empregado por MATUS (1993), enquanto a explicação da realidade realizada por um ator social em função de sua ação e da luta com outras forças sociais, realidade esta que é produto da luta constante por manter, reproduzir e transformar o sistema.

A partir do estudo de um caso único não se pretende a generalização estatística, e sim a generalização analítica, ao representar uma dada situação que possui as características necessárias para aprofundar o aprendizado sobre as questões pautadas pela investigação sobre o objeto estudado (SAMAJA, 1993).

Para DENIS & CHAMPAGNE (1997, p.74) “um estudo de caso único poderia representar um certo potencial de generalização”. O aprofundamento da análise acerca da dinâmica em que opera um dado programa ou política pode identificar variáveis contextuais importantes enquanto facilitadores para o alcance dos resultados esperados. Conhecer estes fatores e seu papel para a implementação da política estudada pode permitir um melhor desempenho.

Aqui a validação do saber se dá enquanto modo de intervir na realidade. Apesar de não deixar de ser singular, torna-se importante a socialização deste saber e agir transformador, que tem como objetivo a mudança de uma dada realidade, portanto, um saber tecnológico sobre a ação transformadora, buscando um diálogo validador com outros coletivos sujeitos implicados (MERHY, 2004; MERHY, 2005).

O pesquisador sujeito desse trabalho está fortemente implicado com uma aposta de construção de reformas profundas no modo de se construir as práticas de saúde no âmbito das redes municipais de saúde e vai ser relevante a todo o momento, nesse trabalho, quando o mesmo se deparar com “sinais” que emergirem do campo de estudo de que sua aposta está com problemas, sob o seu ângulo de ação, levando-o em vários momentos a se interrogar ou a tornar tais sinais elementos importantes para uma reflexão mais apurada sobre a experiência de implantação da política em foco. Por exemplo, se tem na sua aposta a gestão plena no município e há sinais de que isso pode não estar ocorrendo da forma preconizada, isso trará fortemente para análise a implicação do pesquisador sujeito desse estudo, que o mesmo não se esquivará em fazer, para inclusive não tornar a priori o estudo uma mera descrição ufanista do processo vivido.

2.2 Eixos de Análise

Foi construída a análise da implantação e o desenvolvimento do sistema municipal de saúde em três grandes dimensões: relações político-institucionais entre os três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, processo político no âmbito municipal e efeitos do processo de implantação e desenvolvimento da política de saúde municipal, conforme descrito a seguir.

As relações político-institucionais entre os três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, Secretaria da Saúde do Estado e Secretaria Municipal de Saúde), mediadas pelos instrumentos normativos vigentes, em especial a Norma Operacional Básica (NOB 01/96) - instrumento normativo empregado pelo SUS - foram investigadas buscando observar a garantia por parte do Ministério da Saúde e da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia das **prerrogativas** estabelecidas pela NOB-96 para os municípios, o cumprimento pela gestão municipal de Vitória da Conquista das **responsabilidades** estabelecidas pela NOB-96 e a adequação do sistema municipal de saúde as exigências estabelecidas pela NOAS 01/2002.

No campo das **prerrogativas** foram estudadas:

- 1) Transferência dos recursos do SUS previstos para o município: transferência regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência e dos recursos de atenção básica (PAB, PBVS, assistência farmacêutica e incentivos para Saúde da Família - PACS/PSF), transferência de recursos para ações de epidemiologia e controle de doenças e remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade;

- 2) Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas, estabelecidas no território municipal;
- 3) Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território (alteração de valores de procedimentos, inovações contratuais, etc.).

No tocante as **responsabilidades** estabelecidas pela NOB-96 para serem assumidas pela gestão municipal foram investigadas:

- 1) Elaboração da programação municipal, incluindo a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual;
- 2) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares próprias, do Estado e da União, inclusive as de referência (em conformidade com a divisão de responsabilidades estabelecida pela CIB);
- 3) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas) visando à vinculação de clientela e sistematização da oferta de serviços, introduzindo o cadastramento dos usuários do SUS;
- 4) Garantia de prestação de serviços em seu território, inclusive serviços de referência para os não-residentes, conforme estabelecido em programação pactuada com a SES e demais SMS;
- 5) Garantia de referência externa ao município para os demais serviços a serem prestados aos seus munícipes, conforme estabelecido em programação pactuada com a SES e demais SMS;

- 6) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (centrais de regulação) relativos à assistência aos munícipes e a referência intermunicipal;
- 7) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS sob gestão municipal;
- 8) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI;
- 9) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme norma do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados nacionais;
- 10) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente;
- 11) Execução das ações de vigilância sanitária (básicas, de média e alta complexidade);
- 12) Execução de ações de epidemiologia e controle de doenças.

No que diz respeito à investigação do processo político no âmbito municipal para implantação e desenvolvimento da política de saúde adotada pela gestão municipal, incluindo as relações construídas entre gestores e outros atores sociais para viabilização desta política, foi estudado o **processo de construção de alianças** para a municipalização da saúde, analisando a construção de alianças como fator facilitador da gestão e como mecanismo para neutralizar a oposição e obstaculização de reformas, bem como o **processo decisório** empregado para formulação das políticas, buscando identificar:

- Os mecanismos empregados pela gestão municipal para definição das políticas a serem implantadas no setor saúde e para construção de viabilidade para sua implantação;
- A implantação do sistema municipal de saúde enquanto uma política de governo no ideário da gestão municipal;
- Desenvolvimento de alianças estratégicas, destacando os fatores que facilitaram a consolidação das alianças e os fatores que geraram obstáculos e dificuldades;
- Existência de uma aliança efetiva entre gestores locais, técnicos de organizações externas a saúde, associações comunitárias e/ou outros agentes ou atores;
- As forças opositoras as alianças e os desafios ou conflitos que enfrentavam os atores participantes nas alianças;
- Conflitos e novos rearranjos estabelecidos na arena institucional e política, no espaço público e nas relações público/privado a partir das medidas implantadas pela gestão municipal;
- Relações intergestoras (União, Estado e Município) estabelecidas no processo de implantação do sistema municipal de saúde;
- Papel das comunidades na gestão da saúde e participação de atores do território da sociedade civil na construção do sistema municipal de saúde;
- Os aspectos inovadores da gestão da saúde, que se podem associar com as alianças e geração de consensos;

- Presença na ação municipal de políticas públicas saudáveis dirigidas por outros setores da gestão pública;
- Situação atual e perspectivas quanto à sustentabilidade da experiência e alternativas identificadas.

A avaliação dos efeitos do processo de implantação e desenvolvimento da política de saúde municipal buscou identificar as mudanças operadas, observando a situação inicial e a atual, no âmbito do **modelo de gestão**, inclusive no que diz respeito à construção e operação dos espaços de **controle social** e do **modelo de atenção à saúde** neste município.

O **modelo de gestão** foi pesquisado buscando identificar inovações nos seguintes campos:

1) Planejamento e programação da rede de serviços:

- Criação de mecanismos que permitam a identificação da necessidade de oferta de procedimentos ambulatoriais e hospitalares pelo SUS;
- Desenvolvimento de sistemas de apoio ao processo de decisão;
- Tecnologias originais e “caixa de ferramentas” empregadas pela gestão e novas tecnologias sob o ponto de vista do cuidado.

2) Relacionamento com os prestadores de serviços:

- Mecanismos de contratação empregados: instrumento contratual; realização de processos licitatórios para compra de serviços;
- Implantação de mecanismos de controle, avaliação e auditoria dos serviços;

3) Espaços de controle social:

- Conselho Municipal de Saúde: composição, regularidade de funcionamento, temáticas enfrentadas, aprovação das linhas de ação e principais proposições assumidas pela gestão municipal, apresentação regular de prestação de contas e relatórios;
- Existência de espaços descentralizados: conselhos locais, conselhos de unidades de saúde, etc.
- Mecanismos de participação popular nas decisões de investimentos no orçamento municipal.

Em relação à introdução de mudanças no **modelo de atenção à saúde** (necessidades visadas e modos de tomá-las tecnologicamente como objetos de cuidado) foram estudadas as diretrizes adotadas, o padrão de oferta, as características e a articulação entre os níveis de atenção:

1) *Atenção básica:*

- Diretrizes adotadas;
- Padrão de oferta: quantitativo e elenco de procedimentos;
- Características:
 - implantação de modelos de atenção territorializados - implantação da estratégia de atenção à saúde da família;
 - ênfase em medidas preventivas;
 - ações de vigilância epidemiológica e sanitária;

- oferta de medicamentos básicos e programas de combate a carências nutricionais;
- Articulação com os demais níveis do sistema de saúde;

2) Atenção ambulatorial especializada, de urgência/emergência e hospitalar:

- Diretrizes adotadas;
- Padrão de oferta: quantitativo e elenco de procedimentos;
- Características:
 - adequação oferta/demanda e a parâmetros estabelecidos pela Programação Pactuada Integrada (PPI);
 - relação entre oferta em serviços públicos e contratados/conveniados;
 - regulação da oferta;
 - perfil dos motivos de internações hospitalares;
 - normatização e padronização para autorização de procedimentos;
 - implantação de modalidades assistenciais inovadoras alternativas à assistência hospitalar (hospital/dia, centros de atenção psico-social, internação domiciliar, centros de enfermagem, serviços de resgate, remoção e atenção pré-hospitalar, etc.);
- Articulação com os demais níveis do sistema de saúde;

3) *Articulação com outros setores e outras políticas públicas da gestão municipal:*

- Articulação intersetorial para fortalecimento do projeto do sistema municipal de saúde;
- Apoio a políticas públicas de outros setores;
- Construção de políticas públicas saudáveis.

2.3 Coleta de Dados

A investigação foi desenvolvida levantando dados secundários dos principais sistemas de informação para o período analisado e de documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, e a partir de informações de entrevistas com atores mapeados por comporem o cenário social e político do Sistema Único de Saúde (SUS) no município.

Os dados secundários foram levantados a partir das seguintes fontes:

- Sistemas de informação em saúde do SUS: Sistema de Informação Ambulatorial (SAI), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Vigilância Nutricional (SISVAN);
- Relatórios de transferências financeiras do Fundo Nacional de Saúde;
- Dados contábeis (relatórios de execução orçamentária, Sistema de Informação de Orçamentos Públicos de Saúde - SIOPS, etc.);
- Planos municipais de saúde 1998 – 2001 e 2002 – 2005;
- Relatórios anuais de gestão do sistema municipal de saúde (referentes aos anos de 1997 a 2007).

Foram realizadas em 2006 entrevistas semi-estruturadas com informantes-chaves - 30 atores sociais envolvidos na construção do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (QUADRO I). As entrevistas foram gravadas e transcritas.

Os entrevistados deram a devida autorização para as entrevistas através dos instrumentos de consentimento que assinaram (Apêndice A).

O roteiro empregado para as entrevistas encontra-se no Apêndice B. O conjunto de atores sociais entrevistados incluiu:

- Gestores e profissionais que ocupam ou ocuparam posições-chave no sistema municipal de saúde (coordenações de auditoria, vigilância epidemiológica e sanitária, assistência à saúde e administrativa);
- Representantes do Poder Executivo, Legislativo Municipal e Estadual;
- Dirigentes de instituições privadas prestadoras de serviços ao SUS (lucrativas e filantrópicas)
- Membros do Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais de Saúde – representantes de usuários;
- Trabalhadores da saúde – médico, enfermeiro e odontólogo que atuam no PSF;
- Profissionais de comunicação;
- Dirigentes de organizações não-governamentais e de universidades (estadual e federal);
- Dirigentes da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

A escolha dos profissionais de saúde entrevistados tomou como critério serem trabalhadores do PSF com mais tempo de atividade e preferencialmente na mesma equipe. Também foram selecionados representantes de usuários nos conselhos de saúde entre os que tinham mais tempo como conselheiros. Foram entrevistados os vereadores que ocupavam posição de liderança de situação e de oposição.

Para viabilizar esta investigação muitas medidas foram operadas. Todas as fontes de dados secundárias para a realização desta investigação foram disponibilizadas (bases de dados de sistemas de informação e documentos).

É importante destacar que além do financiamento através do Edital MCT/CNPq/MS-DAB/SAS nº 049/2005 - Seleção pública de propostas sobre Pesquisas Avaliativas em Atenção Básica à Saúde, que assegurou os recursos necessários para o custeio de passagens e diárias com vistas à aplicação das novas entrevistas e para reuniões com outros pesquisadores, assim como remuneração de entrevistadores e aquisição de material de consumo, tivemos também o apoio da Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista que colaborou na investigação com o apoio logístico local, colocando veículo à disposição, e infra-estrutura da Secretaria Municipal de Saúde com sala para reuniões, acesso a equipamentos de informática e contribuindo para a coleta dos dados, disponibilizando suas bases de dados, inclusive as das Centrais de Regulação.

A presente investigação fundamentou-se nas normas emanadas da Resolução 196 de 16/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

QUADRO I
QUADRO GERAL DOS ENTREVISTADOS

ATORES	Nº	Cargo/Função em 2006
Governo Municipal – Executivo	1	Ex-Prefeito Municipal
	2	Coordenador do CPD Municipal
	3	Prefeito Municipal
	4	Secretária Municipal de Saúde
	5	Ex-Secretário Municipal de Saúde
	6	Coordenador de Comunicação da Prefeitura
Coordenações da SMS	7	Ex-Secretário Adjunto da Saúde
	8	Ex-Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria
	9	Coordenação de Controle Social
	10	Coordenação de Saúde Bucal
	11	Direção do Hospital Municipal Esaú Matos
Profissionais de Saúde do PSF	12	Médico
	13	Enfermeiro
	14	Odontólogo
Legislativo Municipal	15	Vereador de situação
	16	Vereador de oposição
Legislativo Estadual	17	Deputado estadual
Associação de Apoio a Saúde (ASAS)	18	Ex-dirigente da ASAS
	19	Ex-dirigente da ASAS
Associações e sindicatos de trabalhadores	20	Diretor do Sindicato dos Médicos
Empresas médicas	21	Direção de Hospital Privado Lucrativo
	22	Direção de Hospital Privado Lucrativo
	23	Direção de Hospital Privado Filantrópico
Mídia	24	Radialista
População / CMS	25	Conselheiro Municipal de Saúde
	26	Conselheiro Local de Saúde
Dirigentes SESAB	27	Coordenação da Atenção Básica – SESAB
Academia UESB / ISC - UFBA	28	Reitor da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
	29	Coordenador do Pólo Regional de Formação e Educação Permanente em Saúde da Família
	30	Coordenação da Residência em Medicina Social do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA

3. A descentralização das ações e serviços de saúde no SUS como um componente de uma aposta transformadora

Os últimos vinte anos foram marcados por grandes e profundas mudanças na política de saúde brasileira com o processo de implantação do Sistema Único de Saúde. Parte delas diz respeito à estrutura e ao papel do Estado, com a superação da fragmentação institucional na esfera federal, a ampliação progressiva do papel de estados e municípios e o fortalecimento do poder de regulação exercido pelo Estado.

Em consequência, nos anos noventa, o Ministério da Saúde passou por um processo de redefinição político-institucional, a partir de dois movimentos concomitantes: a unificação do comando nacional sobre a política e a descentralização político-administrativa. O primeiro movimento implicou no esforço de unificação horizontal de comando por meio da configuração de uma única autoridade sanitária nacional. Já a descentralização fortaleceu outras autoridades sanitárias – os gestores estaduais e municipais da saúde –, por meio de um processo que envolveu várias rodadas de negociação, geradoras de diferentes formatos de repartição de poder e de recursos entre as três esferas de governo. (VIANA & MACHADO, 2009, p.808)

A descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) não é automática, vem sendo construída de forma gradativa, processual, com a progressiva ampliação do número de municípios a assumirem a função de dirigentes plenos das ações e serviços de saúde executados em seu território. (WEICHERT, 2004)

Este processo recente na evolução da política de saúde em nosso país aponta em direção diferenciada daquela que historicamente foi se conformando dos primórdios da constituição de uma atenção pública à saúde até o período da ditadura militar, quando o processo centralizador da gestão e execução das intervenções em saúde teve seu ponto culminante.

O Estado brasileiro, entre as décadas de trinta e oitenta, período de hegemonia desse modelo de saúde, teve papel central na implementação de políticas visando fortalecer o desenvolvimento nacional baseado na industrialização, com presença na esfera produtiva e na intermediação financeira, sob centralização fiscal e administrativa. A política social configurada no período era eminentemente voltada para a regulação do trabalho e dependente do crescimento econômico. (VIANA & MACHADO, 2009, p.808)

Nas últimas décadas do século XIX e nas primeiras do século XX a principal exigência para intervenções em saúde estava direcionada ao saneamento dos espaços de circulação de produtos para exportação e ao controle de doenças que pudessem comprometer o modelo agroexportador vigente, executada através de um modelo, que ficou conhecido como *sanitarismo campanhista*. Surgiu como uma estratégia de saúde pública de combate às doenças infecciosas, visando melhorar as condições, em especial das cidades portuárias em um período de transição para a acumulação industrial (COSTA, 1985; ESCOREL & TEIXEIRA, 2008; LUZ, 1979; MENDES, 1994; MERHY, 1987; PAIM, 1994).

O sanitário campanhista significa uma visão de inspiração militarista, de combate a doenças de massa, com criação de estruturas *ad hoc*, com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social. (MENDES, 1994, p. 20)

O processo de industrialização criou demandas pela atenção médica, para atuando sobre o corpo do trabalhador, restaurar sua capacidade produtiva. As contradições geradas pelo desenvolvimento capitalista levaram o Estado a responder à questão social, sob a forma de ações de assistência médica e previdenciária.

A Lei Elói Chaves em 1923 foi o marco do surgimento da Previdência Social no Brasil. A partir da primeira Caixa de Aposentadorias e Pensões foram sendo criadas outras CAP's. As CAP's eram organizadas por empresas e administradas e

financiadas com recursos aplicados por empresários e por trabalhadores. (MENDES, 1994)

Se a saúde pública surgiu e evoluiu centralizada no nível federal, a assistência médica (previdenciária) surge descentralizada, e até mesmo, autonomizada, passando posteriormente por um processo progressivo e intenso de centralização, primeiro com a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), estruturados por categorias profissionais (a partir de 1933) e culminando o movimento concentrador com a unificação dos IAP's no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, fato paradigmático na conformação do modelo médico-assistencial privatista. Neste processo o financiamento passou a ser efetivamente tripartite incluindo o Estado. Os trabalhadores e empresários foram excluídos das decisões sobre o sistema. (MENDES, 1994; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985; PAIM, 1994)

Este novo instituto concentrou recursos vultosos decorrentes das contribuições previdenciárias, especialmente num ciclo de crescimento econômico. Utilizou como política a compra de serviços de terceiros, suspendendo a contratação de recursos humanos ou a construção de hospitais e ambulatórios próprios. Isto resultou na hegemonia do modelo médico-assistencial privatista e conseqüente capitalização do setor saúde. (PAIM, 1994, p.54)

A partir de 1974, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) até a implantação das Ações Integradas de Saúde - AIS (1984), surgiram uma série de políticas racionalizadoras implementadas pelo Estado no curso do processo de liberalização do regime autoritário, buscando enfrentar os questionamentos à política social do governo e a crise do setor saúde, caracterizada por cobertura deficiente, custos altos e crescentes, com baixo impacto sobre os problemas de saúde. (PAIM, 1994)

Estas propostas racionalizadoras não conseguiram impacto nas condições de atenção à saúde da população e não propiciaram possibilidades de reorientação do modelo médico-assistencial privatista. (PAIM, 1994; PAIM, 1986)

No entanto, nos anos 80 foi iniciado o processo de incorporação da assistência médica individual e curativa pelas redes estaduais e municipais de Saúde Pública. A oficialização desta política foi se dando com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e posteriormente do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Neste processo dois novos atores governamentais passaram a ganhar peso na condução dos sistemas locais de saúde. Por um lado as prefeituras que começaram a tomar para si esta responsabilidade e por outro o INAMPS que passa a repassar recursos para os serviços públicos de saúde (CAMPOS, 1991)

As vitórias eleitorais de governadores e prefeitos de oposição e o debate no cenário político de projetos de reforma, muitos com viés municipalista foram importantes para o surgimento da proposta das Ações Integradas de Saúde/AIS.

Com as AIS o tratamento dispensado ao setor público era o mesmo dado ao setor privado. Os entes públicos estaduais e municipais eram tratados como prestadores de serviços remunerados pelo nível federal para prestar atendimento à população. A falência do modelo pautado nas unidades de pronto atendimento dos hospitais privados contratados pelo INAMPS terminou determinando a decisão do governo federal em envolver estados e municípios na prestação de serviços de saúde com as Ações Integradas de Saúde. (PIMENTA, 2006)

Para ESCOREL (2008) as AIS representaram o início de uma mudança importante na relação entre o INAMPS e os prestadores públicos (secretarias

municipais e estaduais de saúde) e representou também um processo de entrada do movimento sanitário na direção geral do INAMPS.

Com o início do Governo Sarney, profissionais oriundos do movimento sanitário passaram a ocupar cargos dentro das instituições do governo federal, provocando uma certa institucionalização do projeto da reforma sanitária. Mas, como ainda era muito forte o poder da burocracia inampiana, sustentada em grande medida pelas suas relações com os atores políticos do modelo médico privatista, essa ocupação de espaço pelos atores da reforma sanitária foi permeada por disputas, com avanços e recuos em relação às propostas reformistas.” (PIMENTA, 2006, p.19)

A prestação de atenção básica e ambulatorial pelas unidades públicas de saúde (centros e postos) foi pensada como uma forma de economizar recursos por parte do INAMPS. Este processo implicou em reorganizar os métodos de trabalho destes serviços e originou repasses de recursos do INAMPS para estados e municípios. Naquele momento já eram pautadas a descentralização de responsabilidades para estes entes federados sobre a gestão de hospitais e serviços da rede própria do INAMPS e a coordenação do sistema de saúde pelas secretarias estaduais incluindo parte dos serviços médico-hospitalares e dos recursos financeiros envolvidos. (CAMPOS, 1991)

Este processo levou a uma transformação do papel das secretarias de saúde estaduais e municipais, com empoderamento destas instâncias, aumento do volume de recursos financeiros manejados por elas, contratação de serviços privados e ampliação do seu espaço para definição das políticas de saúde. Com este processo todas as forças sociais com interesses no setor saúde passaram a disputar o controle dos postos de direção das secretarias de saúde (estaduais e municipais), trazendo para estas arenas as decisões sobre a alocação de recursos, as modalidades assistenciais e a relação entre o público e o privado no setor saúde. (CAMPOS, 1991)

Esta política implantada nos anos oitenta, não alterou o modelo de atenção à saúde, mas possibilitou as bases do processo de descentralização, com transferências de recursos para o setor saúde oriundos do governo federal e destinados a estados e municípios, além de uma melhoria na operação e amplitude do sistema público de saúde. Essas mudanças não implicaram na quebra da hegemonia do setor privado na condução do modelo hegemônico, marcadamente curativo e medicalizante, não tendo alterado a correlação de forças com influência decisiva no poder de Estado e que determinam a construção das políticas de saúde. (CAMPOS, 1991)

A recessão econômica e a crise financeira da Previdência Social no início dos anos 80, o processo político de redemocratização, as lutas dos trabalhadores, o ressurgimento do movimento sindical, as vitórias eleitorais da oposição, a mobilização dos profissionais de saúde e contribuições da academia vão convergir para a construção de propostas de democratização da saúde, apoiadas por forças sociais que combateram o regime autoritário, constituindo o que se chamou de reforma sanitária. (PAIM, 1994; PAIM, 1986)

Todo este movimento contra-hegemônico nos campos político, ideológico e institucional, vai desaguar em um evento que se tornou um marco, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com presença de milhares de representantes de todas as forças sociais interessadas na questão. Diferentemente das conferências anteriores, nesta os usuários do sistema de saúde tiveram representação pela primeira vez, compondo o quadro de delegados, além dos representantes dos profissionais de saúde, de prestadores de serviços e dos quadros técnico-burocráticos do setor saúde. A VIII Conferência formatou o projeto da reforma sanitária brasileira. (SCOREL, 2008; GERSCHMAN, 1995)

A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade, e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema. (MENDES, 1994, p.42)

As diretrizes de construção do que era pautado pelo movimento sanitário e que veio a ser definido entre as resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde já apontavam a necessidade de implantar um novo modelo assistencial, com alterações substantivas no desenho institucional, descentralização de responsabilidades para as esferas de governo sub-nacionais, assim como de poder e recursos financeiros. No entanto, neste cenário vários projetos entraram em disputa, capitaneados por diversos setores sociais. (CAMPOS, 1992)

A viabilidade da reforma sanitária foi sendo construída através de três caminhos: um legislativo-parlamentar, que traçou as bases jurídicas, um sócio-político, buscando envolver a sociedade civil e suas organizações na luta pela saúde e na efetivação dos espaços de controle social, e outro institucional, concentrado na implantação e desenvolvimento de um sistema de saúde sob comando único, e identificado com os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. (SILVA JUNIOR, 1998)

O processo de redemocratização do país foi um caldo de cultura para o fortalecimento do movimento sanitário, sendo que este teve seu período de maior mobilização política justamente entre a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (1990). (PIMENTA, 2006)

As deliberações da VIII Conferência nortearam imediatamente, no âmbito do poder executivo a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (instituído através de decreto em 1987) e no legislativo, na elaboração da nova Constituição. O SUDS incorporou os princípios da reforma sanitária aprovados na Conferência Nacional, entre eles: universalização, regionalização, hierarquização, descentralização e democratização. O novo texto constitucional aprovado em 1988 incorporou estes princípios e assumiu uma nova lógica organizacional para o sistema de saúde, definindo a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado com mando único em cada esfera de governo.

O Estado de perfil social não é mais mero garantidor de direitos e liberdades individuais, mas sim protagonista de prestações positivas na área dos direitos fundamentais sociais, a serem implementadas mediante políticas e ações estatais consoantes com os objetivos e metas fixados na Constituição (WEICHERT, 2004, p.113).

A Constituição brasileira estabeleceu no Capítulo I, Artigo 198, entre os princípios da gestão do SUS a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”¹ e também atribuiu entre as competências do município “prestar com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.”²

Também a Lei Orgânica da Saúde definiu a “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo” com “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.”³

Com a aprovação do novo texto constitucional em 1988 dois novos atores entraram em cena na saúde pública brasileira. De um lado os milhões de brasileiros que até então eram excluídos da prestação de serviços de saúde assegurada pelo

¹ Art. 198, I, da Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. (BRASIL, 2001a)

² Art. 30, VII da Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. (BRASIL, 2001a)

³ Art. 7º, IX, alínea "a" da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90). (BRASIL, 1990a)

INAMPS, os quais passaram a ter o direito à saúde garantido constitucionalmente e o poder local fortalecido pelo desenho federativo da estrutura constitucional. Assim entre as diretrizes aprovadas para o sistema de saúde duas questões apareciam como centrais para a viabilização do SUS: a universalidade e a descentralização. (TREVISAN, 2007)

Ao redesenhar o papel de estados e municípios perante a União, a Constituição também redefiniu o pacto federativo, que especialmente no setor saúde teve como central a descentralização das políticas de saúde, dos recursos financeiros e dos serviços para Estados e municípios. (GERSCHMAN, 2001).

Em uma Federação, os entes federados não agem por transferência do poder central, mas por terem seu poder definido constitucionalmente. Portanto, seja qual for a definição adotada, nos regimes federativos clássicos sempre se coloca a questão de uma soberania compartilhada. A existência de competências legislativas concorrentes e de competências comuns na oferta de bens e serviços é da essência do federalismo. [...] o sistema federativo envolve pelo menos três idéias básicas: a) a idéia de igualdade entre os entes federados; b) a idéia de integridade, ou seja, de esferas autônomas; c) a idéia de cooperação, ou pacto. O federalismo é, portanto, o esforço de parceria para o estabelecimento de uma unidade entre os seus entes constituintes, sendo mutuamente reconhecida a igualdade e a integridade de cada um destes. (LUCHESE et al., 2002, p.63)

Os sistemas federativos apresentam relações intergovernamentais peculiares, tanto competitivas quanto cooperativas e processos de interação onde os conflitos de poder e as negociações entre as esferas de governo estão presentes. Assim, o federalismo implica tanto em difusão quanto em concentração do poder político. (LUCHESE et al., 2002)

O final dos anos 80 viveu o marco da criação dos conselhos de secretários de municipais de saúde, representação dos gestores municipais do setor (em nível nacional o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e nos estados os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde – COSEMSs), as

quais passaram a ter um papel destacada enquanto atores políticos participando diretamente das instâncias gestoras do SUS. (PIMENTA, 2006)

A partir da nova Constituição da República, foram diversas as iniciativas institucionais e legais voltadas para criar as condições de viabilização plena do direito a saúde, destacando-se, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (Nº. 8.080/90 e 8.142/90) e as Normas Operacionais Básicas (NOB).

A própria existência de duas “leis orgânicas da saúde” – 8.080/90 e 8.142/90 - (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b) traduz os embates em curso no período para regulamentar as conquistas constitucionais para o setor saúde. O grande número de vetos do Presidente Collor quando da aprovação da lei 8.080/90 e a forte reação de vários segmentos da sociedade a estes vetos, terminou por gerar uma segunda lei (8.142/90) com recuperação parcial de alguns dos dispositivos anteriormente vetados. Os vetos diziam respeito, aos repasses automáticos de recursos aos municípios por parte do Fundo Nacional de Saúde e aos mecanismos de controle social, entre outros. (MERHY, 1990; SANTOS, 1990)

As leis orgânicas regulamentaram o Sistema Único de Saúde - SUS, agregando todos os serviços estatais - federal, estadual e municipal - e os serviços privados contratados/conveniados. As normas operacionais básicas têm sido instrumentos de regulamentação que progressivamente têm aprofundado o processo de descentralização da gestão do sistema de saúde e definido as relações entre as três esferas de governo. A NOB 01/91, ainda editada pela presidência do INAMPS, estabeleceu a transferência de recursos para estados e municípios através de convênios, considerando estes entes federativos como prestadores de serviços. A NOB/SUS - 01/93 criou três alternativas de gestão expressando graus crescentes de

descentralização: incipiente e parcial, onde continuavam apenas como prestadores de serviços ao SUS, e a gestão semi-plena, onde pela primeira vez alguns municípios passaram efetivamente a assumir a gestão do sistema de saúde. Esta NOB estabeleceu o funcionamento de instâncias colegiadas de gestão do SUS: as Comissões Intergestores Tripartite (nacional) e Bipartites (estaduais).

A lei Nº 8.689, de 27 de julho de 1993 foi um marco importante extinguindo o INAMPS ⁴, transferindo para estados e municípios atribuições, pessoal, equipamentos e imóveis, criando o Sistema Nacional de Auditoria e estabelecendo que os recursos de custeio dos serviços transferidos ao município, estado ou Distrito Federal passariam a integrar o montante dos recursos que o Fundo Nacional de Saúde deve transferir, regular e automaticamente, aos fundos estaduais e fundos municipais de saúde (BRASIL, 1993)

Vale registrar que a sua simples transferência não mudou uma cultura de construção e regulação no campo da saúde que foi, em grande parte, herdada pelo Ministério da Saúde e transferida para as máquinas públicas estaduais e municipais com o processo de descentralização. Muitas destas disputas até hoje estão presentes no cenário de implementação do SUS e refletem em cada município nos resultados obtidos pelas apostas pró ou anti-práticas “inampianas”.

O processo de democratização e a crise econômica dos anos 80 contribuíram para um “caldo de cultura” favorável às reivindicações desenvolvidas pelo movimento de reforma sanitária e que, como comentado anteriormente, conformaram o capítulo Saúde na Constituição e as mudanças efetivas na direção da implantação do SUS. Contudo muitos obstáculos foram sendo interpostos e o

⁴ O peso do INAMPS era tão intenso na assistência à saúde no país, que quando da sua extinção ele ainda tinha sob sua gestão o contrato de 6.500 hospitais e 40.000 outros serviços (clínicas, laboratórios, etc.) e contava com 96.913 servidores (GERSCHMAN, 1995)

processo de construção do SUS se deu em um cenário adverso e de muito enfrentamento.

A hegemonia das propostas neoliberais para o enfrentamento da crise em vários países, não deixou o Brasil de fora das reformas conservadoras implementadas nos anos 90, incluindo a privatização de empresas públicas, redução do quadro do funcionalismo público, reforma da previdência e do aparelho de Estado e aumento da informalidade nas relações de trabalho. Obviamente a implantação do SUS, uma política social universal, não encontrou facilidades dentro deste cenário.

Para alguns autores a construção da agenda da reforma sanitária brasileira e a implantação do SUS se deram na contramão da tendência hegemônica das décadas de 80 e 90, quando as idéias de reforma neoliberais do Estado dominavam o processo político e orientavam a maioria absoluta das políticas públicas do período. (LEVCOVITZ, LIMA & MACHADO, 2001)

Para TREVISAN (2007) entre os descompassos gerenciais observados na implantação do SUS está a existência de pressões de um lado para implantação de uma política de saúde universalizante e de outro para efetivar uma reforma do Estado que teve como princípio a redução do seu tamanho e dos custos.

A implantação das proposições estabelecidas na NOB 93, especialmente no que diz respeito à efetiva descentralização da gestão para os municípios foi bastante retardada em função da condução política no Governo Collor, do cenário acima descrito e das posições conservadoras e reativas as mudanças propostas por parte da burocracia estatal.

Cabe destacar, também, que todo o período de formulação e implementação da NOB 93 foi de tremendos conflitos e antagonismos, fora e dentro do MS. As dificuldades interpostas internamente não foram desprezíveis, embora naturalmente houvesse, para o público em geral, um discurso de adesão. Particularmente os setores ligados à estrutura

tradicional do MS, tais como Auditoria, Finanças, Fundo Nacional de Saúde e outros, geralmente ocupados por funcionários de carreira egressos das antigas secretarias nacionais, bem como do INAMPS e da FUNASA, atuaram o tempo todo criando o que se chamaria hoje de “factóides”, seja levantando obstáculos normativos (dentro do espírito de que só se pode fazer o que está explicitado na lei, vedando qualquer incursão por terrenos em que ela se omite), seja ressuscitando tecnicidades, sempre de forma a obstaculizar o processo de descentralização, principalmente nos repasses fundo a fundo, pagamentos dos fatores de incentivo e critérios de auditoragem de recursos ditos “federais”. (GOULART, 2001, p.296)

Em 1994 um decreto presidencial (Decreto Nº 1.232, de 30 de agosto de 1994) (BRASIL, 1994) autorizou o repasse financeiro direto do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, viabilizando o mecanismo necessário para operacionalizar a gestão semi-plena, iniciada através de 24 municípios que haviam assumido este compromisso e alcançando progressivamente mais de uma centena, os quais vieram a demonstrar a viabilidade da construção do SUS. (CAMPOS et al., 1998)

Três anos após a edição da NOB/SUS - 01/93, ou seja, ao final de 1996, existiam 3.078 municípios habilitados, sendo 2.323 em gestão incipiente, 618 em gestão parcial e 137 em gestão semi-plena. (MENDES, 1998)

Fica claro que, nesse período, a ênfase na descentralização se deu no campo da atenção ambulatorial, hospitalar e na forma de devolução da União para os municípios. Houve nítida polarização institucional entre o governo federal, detentor do poder financeiro e normatizador, e os municípios, novos atores sociais que surgiram na cena político-sanitária e com capacidade de responder, com agilidade, por meio de Secretarias Municipais de Saúde, às demandas organizacionais postas pelo Ministério da Saúde. (MENDES, 1998, p.37)

Torna-se fundamental destacar que para compreender as dificuldades impostas no processo de implementação do SUS, muitos estudos têm problematizado o papel do Estado e da burocracia na formulação das políticas de saúde, nas formas de exercer a gestão deste setor e nas relações estabelecidas entre o público e o privado no campo da saúde.

No início dos anos 90, o setor saúde no Brasil foi atravessado pelos efeitos sucessivos de dois grandes conjuntos de reformas: a de Estado, iniciada com o desmantelamento de seu aparelho pelo governo Fernando Collor e reforçada no governo Fernando Henrique Cardoso, e a Reforma Sanitária, concebida no processo de democratização. (COELHO & PAIM, 2005, p.1373)

Mesmo com todas as dificuldades registradas, os municípios que assumiram a gestão semi-plena pela NOB/SUS 01/93 exercitaram um processo extremamente rico de gestão do sistema de saúde, criaram capacidade de regulação, reorganizaram a rede de serviços, realizaram investimentos na ampliação da capacidade instalada, montaram serviços de controle, avaliação e auditoria, criaram sistemas informatizados de marcação de consultas, procedimentos especializados e internações hospitalares, desenvolveram a participação dos conselhos de saúde (municipais e locais), ampliaram o acesso da população às ações e serviços de saúde, melhoraram a produtividade dos serviços, aumentaram a participação relativa dos gastos ambulatoriais em relação aos hospitalares e reduziram internações desnecessárias. (BARROS, 1996; BUENO, 1997; CAMPOS, 1998; GOYA, 1992; MENDES, 1996; MENDES, 1998; SILVA, 1996)

O acúmulo obtido pelas experiências de gestão semi-plena de alguns municípios serviu como referência para um amplo processo de discussão e de negociação política que permeou inclusive a X Conferência Nacional de Saúde, resultando na aprovação da NOB/SUS - 01/96, a qual teve como principal finalidade promover e consolidar o pleno exercício, pelo poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde, redefinindo responsabilidades e prerrogativas de municípios, estados e União. (BRASIL, 1996)

A NOB/SUS - 01/96 definiu os requisitos, as responsabilidades, as prerrogativas e o papel do gestor no âmbito do SUS em cada nível de governo, com objetivo de nortear o processo de gestão e organização da prestação da assistência

ambulatorial e hospitalar, da vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças. (BRASIL, 1996)

Esta nova regulamentação impulsionou outra onda de descentralização, ainda mais forte que a possibilitada pela NOB anterior. Definindo dois níveis de gestão possíveis para os municípios - gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde - teve como um dos avanços indiscutíveis a criação do Piso Assistencial Básico (PAB), encerrando o repasse por produção de serviços dos procedimentos da atenção básica para os municípios habilitados, passando a fazê-lo por critérios populacionais e criando incentivos para implantação e funcionamento de algumas ações prioritárias. (BRASIL, 1996)

Dos 5.506 municípios existentes em junho de 2000 no país, 5.426 estavam habilitados pela NOB/SUS - 01/96 (98,5%), sendo 4.906 em gestão plena da atenção básica (89,1%) e 520 em gestão plena do sistema municipal de saúde (9,4%), conforme dados fornecidos pela assessoria técnica do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O desafio dos municípios, em especial destes últimos, é além de assumir o conjunto de responsabilidades expressas pela NOB/SUS - 01/96, avançar na implementação de mudanças nos modelos de atenção e gestão, inclusive ampliando os espaços de controle social e, superar os riscos de reproduzir no nível municipal os processos clientelistas e cartoriais entre Estado e Sociedade que tornaram o antigo INAMPS um exemplo de privatização do Estado, e que também foram repassados às Secretarias Estaduais de Saúde, em maior ou menor grau, junto com todo o espólio da atenção médica previdenciária.

Alguns autores identificam que a municipalização da saúde no Brasil apresentaria em sua implementação três formas diferenciadas: a *prestação de*

serviços, onde não existe transferência de gestão nem mudança do modelo assistencial, iniciada com as AIS, intensificada com o SUDS e reproduzida com o SUS; a *inampização*, com transferência de gestão ao município, contudo sem alteração do modelo assistencial; e a *distritalização*, que pressupõe a gestão transferida ao município e a mudança do modelo de atenção à saúde, com reorientação de todo o sistema de saúde. (PAIM, 1999)

Mesmo antes de estabelecidas condições mais favoráveis (a partir das NOB's 93 e 96), certas experiências de municipalização já apontavam a necessidade de implementar duas diretrizes gerais:

[...] a realização de uma verdadeira *reforma do modelo de prestação de serviços de saúde*, [...] não só uma expansão da rede pública, como simultaneamente teria de haver uma reformulação das concepções e das práticas da administração sanitária e dos modos de se organizar a atenção à saúde [...] [e] implementar uma radical reforma da estrutura administrativa, dos mecanismos de gestão e da organização do processo de trabalho na Secretaria de Saúde, de forma a recuperar a credibilidade do serviço público e a capacitá-la para exercer a função de coordenadora do sistema único. (CAMPOS, 1991, p.144, 147)

Progressivamente, foi ganhando relevância a discussão sobre modelos de atenção à saúde. Ao esforço de descentralização do sistema de saúde é associado outro para implantação de mudanças na forma concreta de operacionalizar a atenção à saúde aos municípios, em especial, onde foi assumida a gestão plena do sistema municipal de saúde. O desafio de efetivar os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde e de viabilizar uma oferta de serviços de saúde que consiga responder aos problemas de saúde dos usuários tem assumido papel de destaque, ganhando relevância a discussão sobre modelos de atenção à saúde. (MALTA et al., 1998; MALTA, 2001; MERHY, 1994; MERHY, 1997; PAIM, 1999; SILVA JUNIOR, 1998)

Isto é claramente visto no caso do Brasil, onde a reforma do sistema de saúde combinou reestruturação organizacional na forma de

descentralização com uma reestruturação explicitamente ideológica do modelo de atenção à saúde que dá maior peso para prevenção e promoção. (ATKINSON et al., 2005, p.69, tradução nossa)

A NOB/SUS - 01/96 enfrenta esta questão propondo que o SUS seja transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, buscando alterar a relação entre usuários e agentes no sistema de saúde e se diferencia das NOBs anteriores tentando induzir mudanças no modelo assistencial com a criação de incentivos para os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família. (BRASIL, 1996; LEVCOVITZ, LIMA & MACHADO, 2001; PAIM, 1999)

A identificação dos limites dos modelos de atenção à saúde hegemônicos no Brasil e de experiências que têm buscado sua superação e a construção de intervenções que concretizem os princípios e diretrizes do SUS levaram a elaboração de diversas proposições, entre as quais têm se destacado: ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância da saúde, cidades saudáveis e promoção da saúde. (TEIXEIRA, 2002)

Esta direção obriga a usar um referencial teórico que elabore de forma mais ampla o conjunto dos elementos da estrutura social, e que tome o campo específico da relação entre a sociedade, o Estado e as políticas sociais como sua questão central. O problema é entender, no campo das ações sanitárias, a institucionalização de uma dada política pública, e o processo de disputa dos vários projetos de políticas formulados, enquanto modelos tecno-assistenciais, pelos diferentes movimentos sanitários, na busca de suas 'instituições' e de suas relações com os sujeitos políticos que implantam uma configuração histórica da relação entre o Estado e a sociedade. (MERHY, 1992, p.21)

Esforços importantes de formulação teórica e experimentação na gestão municipal foram sendo gestados, destacando-se a proposta de modelo tecno-assistencial "em defesa da vida" forjado pelo grupo do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) da Unicamp, tendo influenciado fortemente gestões da

saúde em diversos municípios, entre eles Campinas (SP), Ipatinga e Betim (MG). (CECILIO, 1994; MERHY, 1997)

Amplia a lista de demandas à gestão municipal intervenções que permitam alterar a relação com os serviços contratados/conveniados, sejam públicos, privados com fins lucrativos ou filantrópicos. A inexistência de ações efetivas de controle, avaliação e auditoria e de critérios técnicos e processos democráticos para a seleção e contratação de serviços, associados a ausência de medidas de defesa dos direitos dos usuários determinou a configuração de uma rede de serviços que apesar de dependerem financeiramente do Sistema Único de Saúde (SUS), possuem autonomia suficiente para definirem o modelo assistencial e seus processos de trabalho. A relação dos gestores do SUS com estes prestadores de serviços é bastante liberal. Assim, esta rede realiza cobrança de procedimentos efetivamente não-realizados, altera diagnósticos e procedimentos para aumentar o faturamento, seleciona a clientela a ser atendida evitando pacientes cujo atendimento resultaria em prejuízo financeiro, cobra taxas diretamente aos pacientes como complementação do pagamento e define o elenco de ações e serviços a serem oferecidos a partir de critérios de lucratividade. Muitas vezes, nem contratos são firmados com estes serviços e quando são estabelecidos apenas definem uma lista de procedimentos a serem ofertados e limites financeiros a serem pagos. (CAMPOS, 1992)

Entre as gestões municipais do SUS que têm avançado nos últimos anos na construção de mecanismos de regulação que permitam ampliar o acesso da população e evitar fraudes e outras distorções nos serviços contratados, destaca-se a de Belo Horizonte, como primeira grande cidade a desenvolver estes processos na gestão do SUS. (SOLLA & REIS, 2008, p.644)

É interessante registrar que, desde 1993, uma portaria do Ministério da Saúde estabeleceu um modelo contratual a ser firmado entre gestores e prestadores de

serviços, buscando assegurar a gratuidade e as condições indispensáveis para as ações de controle, avaliação e auditoria serem realizadas, além de estabelecer penalidades.

Os primeiros municípios em gestão semi-plena defrontaram-se com estes problemas e no momento, aqueles que encontram-se em gestão plena do sistema municipal de saúde têm esta tarefa.

Buscar reverter esta lógica, colocando um novo papel para o município, passou a ser uma preocupação de grande parte dos municípios que assumiram esta incumbência de controlar e avaliar toda a rede de prestadores de serviços de saúde sejam públicos, privados com fins lucrativos ou filantrópicos. [...] impactar positivamente a assistência à saúde das pessoas, transformando o modelo técnico-assistencial centrado na rede hospitalar em um modelo que desse conta da complexidade do perfil epidemiológico encontrado nas diversas realidades enfrentadas. (SANTOS, 1998, p.33).

Com o incremento da municipalização a agenda da regulação, controle e avaliação dos serviços de saúde ganhou força, especialmente nos municípios de médio e grande porte onde existe forte presença do setor privado contratado. Tal processo não ocorreu na descentralização da gestão do SUS para os estados, que no geral mantiveram o modo de operação herdado do antigo INAMPS. (SOLLA et al., 2002)

Uma das inovações institucionais de destaque criadas pelo SUS é o comando único do sistema pelas três esferas de governo. Com isto os três entes federados têm suas prerrogativas e responsabilidades, inclusive no que diz respeito a regulação pública sobre a rede de serviços, articulando e integrando o prestadores contratados/conveniados. A incorporação das ações de regulação pela gestão do sistema tem sido feita de forma gradativa, com dificuldades para os estados e municípios avançarem no controle e avaliação dos serviços contratados pelo SUS. (SANTOS & MERHY, 2006)

Cabe especialmente aos municípios o desafio de assumir a gestão do sistema, avançando na sua integração real, assumindo o planejamento das ações, estabelecendo a adequação da oferta de serviços de acordo com as necessidades identificadas. A regulação, ao garantir o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função. Promove, assim, a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime e ordenada. (SANTOS & MERHY, 2006, p. 38)

A definição de atribuições de cada esfera de governo no SUS requer atividades e responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) em dirigir um sistema de saúde capaz de garantir os preceitos constitucionais de universalização, integralidade e equidade, por meio de uma rede de serviços de saúde descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

As Normas Operacionais Básicas (NOB) estabeleceram a regulamentação do intenso processo de descentralização da década de 90, em especial no tocante a divisão de responsabilidades e a relações entre os gestores do sistema de saúde e os mecanismos e critérios para repasses de recursos do governo federal para estados e municípios. Cabe registrar que estas normas apresentaram diferenças importantes que representaram, de certa maneira, estágios subseqüentes e progressivos do processo de descentralização, com a ampliação das negociações intergestores e consolidação dos fóruns de negociação (Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite). (LEVCOVITZ, LIMA & MACHADO, 2001)

De certa forma, cada Norma criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas pela norma subseqüente, numa tentativa ascendente de adequar racionalidade sistêmica, financiamento federativo e modelos de saúde e de assistência regionalizados, no processo de descentralização setorial. São justamente as contradições existentes nesta tríade, em uma conjuntura

descentralizante, que conformam, tensionam e desatualizam cada Norma Operacional Básica em vigência. (VIANA, 2001)

Um dos aspectos importantes diz respeito ao progressivo aumento da participação relativa dos municípios no financiamento do SUS, em especial no tocante à atenção básica. Enquanto em 1993 o governo federal contribuía com 72% dos recursos para o SUS e os municípios com 16%, em 2002 estes percentuais tinham se alterado para 58% e 22%, respectivamente, enquanto os estados contribuía com os restantes 20%. (UGÁ & SANTOS, 2005)

Com o SUS a execução descentralizada das ações e serviços de saúde depende da capacidade de financiamento das três esferas de governo. A Emenda Constitucional 29 (BRASIL, 2000), estabeleceu percentuais da receita própria a serem obrigatoriamente aplicados em saúde para Estados e Municípios (respectivamente 12% e 15%). Contudo para o governo federal a regra vigente com esta Emenda ficou sendo a obrigação de aumentar anualmente os recursos para a saúde na mesma proporção de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) no ano anterior. Assim o debate sobre o caráter redistributivo dos repasses federais para o SUS e seu volume aplicado, assim como as necessidades de financiamento do sistema têm estado permanentemente na agenda dos atores implicados na construção do Sistema Único de Saúde.

Ao longo do tempo foi possível identificar que a maior resistência ao modelo é endógena à administração pública e está nas formas operacionais do sistema, no modelo de gestão e, principalmente, no fluxo de recursos. O campo de batalha decisivo para a mudança de mentalidade na saúde pública está contido no que chamamos de três arcos de poder que existem no SUS: no cotidiano operacional, na definição da instância administrativa responsável pela elaboração de normas e, por último, na exata percepção de a quem pertence o poder real – quem é o "dono" – da decisão quanto ao repasse de recursos para a gestão descentralizada de saúde no Brasil. (TREVISAN, 2007, p.239)

Os avanços obtidos com a descentralização das ações e serviços de saúde verificados na última década apontam à necessidade de aprofundar este processo. Sem dúvidas ocorreu uma ampla descentralização dos recursos e das responsabilidades de gestão sobre os serviços. (TEIXEIRA & SOLLA, 2005)

Contudo, o processo de descentralização trouxe embutido o risco de reprodução no nível municipal dos modelos herdados do antigo INAMPS e das Secretarias Estaduais de Saúde. Além disto, ocorreu, em muitas situações, uma implantação incompleta ou distorcida das responsabilidades estabelecidas pela NOB/SUS - 01/96 para os municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde. (SOLLA, 2006)

Há, em geral, certo consenso sobre os resultados positivos da descentralização do sistema de saúde em nosso país, envolvendo em paralelo a transferência de serviços, a de responsabilidades e recursos, pautando a criação de mecanismos de democratização e controle social e incorporando novos atores sociais, com a saída de um sistema fortemente centralizado para um novo cenário onde gestores estaduais e municipais ganharam peso decisivo. (LEVCOVITZ, LIMA & MACHADO, 2001)

Vale ressaltar que a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90. Dessa forma, ainda que fundado em bases político-ideológicas diferentes - os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado -, o consenso acerca da descentralização favorece o avanço desse processo. (LEVCOVITZ, LIMA & MACHADO, 2001)

SILVA (2001) destaca os resultados de pesquisa feita pelo Ministério da Saúde com 12 municípios que estavam há mais de dois anos habilitados em gestão semi-plena identificando aumento na oferta de serviços de saúde, ampliação da participação da população, fragilização do papel da gestão estadual e forte influência

do governo federal na definição das políticas de saúde implantadas nestes municípios em função da definição dos recursos.

Diversos esforços foram feitos na presente década com vistas a aperfeiçoar as diretrizes do processo de descentralização das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS que culminaram com a aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) (BRASIL, 2001b) – a qual não chegou a ser implantada, e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002) (BRASIL, 2002), que pautou como prioridade a implementação de mecanismos que contribuíssem para a hierarquização do sistema único de saúde sob a égide da regionalização (com a elaboração de Plano Diretor de Regionalização – PDR), elaboração de Plano Diretor de Investimentos (PDI), fortalecimento dos mecanismos de Programação Pactuada Integrada (PPI) e do papel dos Estados como coordenadores do sistema no âmbito de seus territórios. Assim, a NOAS 01/2002 trabalhou três grupos de estratégias articuladas: regionalização e organização da assistência, fortalecimento da capacidade de gestão do SUS (reforçando o papel das ações de controle, avaliação e regulação da assistência) e revisão de critérios de habilitação de municípios e estados.

A regulamentação do processo de descentralização através das Normas Operacionais têm sido alvo de muita polêmica e contínuo debate. Existe uma forte crítica a uma tendência de manter o controle do financiamento pela instância federal do SUS, ao atrelamento de repasses de recursos à indução de implantação de certas políticas e a um excesso de requisitos burocráticos para a habilitação de estados e municípios. (BUENO & MERHY, 1997; GOULART, 2001; TREVISAN, 2007)

As NOBs não representam apenas estratégias de indução ou de constrangimento do processo de descentralização; ao contrário, passam a configurar outros espaços de pactuação de interesses na área da saúde, originando ordenamentos, além da emergência e do fortalecimento de novos atores, pela incorporação de inúmeros centros de poder na arena decisória da política. Assinale-se que esse processo de crescente democratização e politização conseqüentes da descentralização faz que a política adquira maior estabilidade, para enfrentar coalizões anti-reformas e a aumentar a capacidade de regulação do sistema de saúde. (VIANA et al., 2002, p.141)

Segundo o ponto de vista destes autores as normas operacionais que regulamentaram a descentralização no SUS estabelecem um “conjunto contínuo”, sendo que cada uma delas gerou contradições as quais a seguinte tentou responder, buscando ampliar o processo de descentralização e atualizar os seus desafios, especialmente no tocante a buscar resolver questões como a insuficiência de mecanismos que viabilizem a racionalidade do sistema, as mudanças do modelo assistencial e melhorias no financiamento e nos formatos de repasses de recursos. (VIANA et al., 2002)

Um dos questionamentos a capacidade do processo de descentralização da saúde desenvolver um “círculo virtuoso” diz respeito à escassez de recursos para financiamento do sistema. Frente a esta dificuldade as definições da alocação destes recursos e a divisão dos mesmos entre estados e municípios geram constantes tensões. As desigualdades de poder e representação entre os entes federados intensificam estas tensões neste cenário de limitações financeiras e fragilizam a sustentabilidade da descentralização do SUS e dos sistemas municipais de saúde. (VIANA et al., 2002)

Medidas importantes vêm sendo implantadas no Governo Lula, a partir de negociações com representações de Estados e Municípios (CONASS e CONASEMS) para induzir a ampliação e fortalecimento do processo de descentralização e de mudanças no modelo assistencial e a aprovação da proposta

do “Pacto de Gestão” em 2006 atualizou as bases normativas deste processo as quais iremos discutir adiante.

3.1 Avanços recentes no processo de descentralização do SUS (como expressão de impacto de certas apostas e seus analisadores para olhar Vitória da Conquista)

A partir de 2003 observa-se a implantação de um conjunto de ações visando à intensificação e qualificação do processo de descentralização no SUS. Em janeiro de 2003 apenas 13 estados estavam em gestão plena. Mediante um forte mecanismo de indução financeira e cooperação técnica intensa foi possível chegar em outubro de 2004 com todos os estados (incluindo o distrito federal) em gestão plena.

O reajuste dos valores das consultas médicas especializadas, aprovado em 2002 apenas para os prestadores privados contratados pelo SUS (Portaria GM/MS nº 1.188, de 26/02/2002), foi, em 2003, estendido aos prestadores públicos, condicionado ao fato de que as unidades públicas estivessem sob gestão plena do sistema estadual ou gestão plena do sistema municipal de saúde (Portaria GM/MS nº 654 de 28/05/2003). Cerca de 80% destes procedimentos são feitos em serviços públicos e o volume de recursos alocado correspondeu a um aumento superior a R\$ 422,5 milhões por ano. Esta indução estimulou, em especial, os estados que ainda não tinham sido habilitados a assumirem a gestão plena, de forma que, em outubro de 2004, todos já se encontravam habilitados. (BRASIL, 2005a)

Assim, desde novembro de 2004 o Ministério da Saúde não realiza pagamento direto para prestadores de serviços do SUS. Todos os recursos são repassados para fundos estaduais e municipais de saúde. As exceções então existentes situavam-se nos repasses de alguns incentivos: INTEGRASUS (voltado a hospitais filantrópicos), o Incentivo a assistência ambulatorial e hospitalar à

população indígena e o FIDEPS (para os hospitais de ensino). O FIDEPS e o INTEGRASUS foram progressivamente absorvidos no processo de contratualização dos hospitais de ensino e hospitais filantrópicos sendo repassados através dos fundos estaduais e municipais, passando a integrar o teto financeiro de assistência de média e alta complexidade. Ocorreu também um aumento do número de municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde chegando em outubro de 2005 a 657, com 429 habilitados pela NOB 01/96 e 228 pela NOAS 01/02.

Outro avanço a ser destacado encontra-se no âmbito da gestão da atenção básica. Em setembro de 2004 apenas 15 municípios não estavam habilitados em alguma forma de gestão. Após diversos debates e aprovação pela Comissão Intergestora Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, a Portaria Ministerial de Nº 2.023 de 2004 definiu que os municípios e o Distrito Federal são responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, cessando o processo de habilitação de municípios em Gestão Plena de Atenção Básica e extinguindo a condição de Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada conferida aos municípios que cumpriram os requisitos da NOB SUS 01/96 e da NOAS SUS 2002 para habilitação nestas formas de gestão.

Todos os municípios passaram a exercer as atribuições de gestores responsáveis pela execução das ações de atenção básica no seu território, passando a vigorar como única modalidade de habilitação de municípios a Gestão Plena de Sistema Municipal. Em seu anexo a referida portaria estabeleceu o conjunto de responsabilidades dos municípios e do distrito federal na gestão e execução da atenção básica à saúde.

A partir de 2003, o Ministério da Saúde estabeleceu uma estratégia de correção progressiva, aumentando o PAB fixo e corrigindo anualmente a base populacional para cálculo do PAB fixo. Além disso, em 2004 foi aprovada e implantada a incorporação nesta base de cálculo da população assentada entre os anos 2000 e 2003, após o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2000. Os incentivos para Saúde da Família sofreram reajustes, para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi criado um 13º repasse e alterada a tabela de incentivo de saúde da família para os municípios com mais de 100.000 habitantes. (SOLLA et al., 2007)

Com objetivo de atingir um financiamento mais equitativo o Ministério da Saúde estabeleceu um adicional de 50% no valor dos incentivos de Saúde da Família e Saúde Bucal para municípios com menos de 30.000 habitantes (menos de 50.000 na Amazônia Legal) e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor ou igual a 0,7. Também foi implementado este diferencial no valor para as equipes que atuam em áreas de assentamentos rurais e de quilombolas em municípios que não se enquadravam nos critérios anteriores. Importante destacar que pela primeira vez foram empregados indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios para financiamento do SUS. Tais medidas beneficiaram 3008 municípios (54,06%), sendo que os 2281 municípios mais pobres do país passaram a ter 50% a mais nos valores dos incentivos para todas as suas equipes (41,01% do total de municípios brasileiros) e 727 municípios para aquelas equipes que cobrem populações de assentamentos rurais e remanescentes de quilombos. Seguindo a mesma lógica, foram mudados os parâmetros de cobertura por ACS na zona rural de municípios da Amazônia Legal, onde a densidade demográfica é baixa, reduzindo o número de pessoas

acompanhadas por cada ACS nestas áreas, com impacto potencial de ampliação de 7.435 novos agentes comunitários de saúde. (SOLLA et al., 2007)

Chama atenção o aumento no volume dos repasses de recursos federais para estados e municípios. Entre dezembro/02 e julho/05 estes repasses tiveram uma ampliação da ordem de R\$ 5.385.972.327,00 por ano, significando quase 1/3 a mais no financiamento. Saíram de R\$ 1.361.679.173,67 por mês (dezembro/02) – deste total R\$ 370.116.019,62 referentes a remuneração por prestação de serviços e R\$ 991.563.154,05 relativos a transferências para fundos estaduais e municipais de saúde – para R\$ 1.810.510.200,92 mensais (julho/05). (BRASIL, 2005a)

Este aumento se deu, principalmente, através dos seguintes mecanismos: reajustes importantes nas tabelas SUS (ambulatorial e hospitalar) prioritariamente concentrados em procedimentos de média complexidade que apresentam mais diferença entre o valor de tabela e o custo da realização do procedimento; aumento de valores de incentivos existentes (especialmente os voltados para saúde da família); implantação de novas políticas estratégicas com financiamento global (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Centros de Especialidade Odontológica - CEO, etc.); criação de novos mecanismos de financiamento para a rede hospitalar no SUS – contratualização dos hospitais universitários iniciada ainda em 2003, dos hospitais filantrópicos começando em 2005, implantação da política de hospitais de pequeno porte; expansão da rede de alta complexidade, principalmente leitos de UTI, serviços de diálise, centros de alta complexidade em oncologia; forte ampliação do número de centros de atenção psicossocial, centros de referência em reabilitação e centros de referência em saúde do trabalhador; criação do Programa Farmácia Popular do Brasil; e ainda, aumento de valores dos tetos estaduais a partir de critérios de redução da desigualdade regional, com um determinado volume de

recursos alocados nos tetos dos estados que apresentavam valores per capita inferiores a média nacional, incorporando critérios de redução da desigualdade regional. (BRASIL, 2005a)

Em 2003 e 2004, ocorreram ampliações de tetos superiores a aumentos aprovados em períodos anteriores, privilegiando estados com per capita mais baixos – inferiores à média nacional (todos da Região Norte e alguns da Região Nordeste). Os tetos financeiros dos estados para ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC) ⁵ – não incluindo medicamentos excepcionais e Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) – que haviam aumentado apenas 9% entre 2000 e 2002, foram ampliados em 21% em 2003-2004, com maiores variações para Amazonas (40%), Acre (45%), Amapá (52,3%) e Tocantins (57,6%). (BRASIL, 2005a)

O valor médio das internações pelo SUS obteve reajustes em 2003 e 2004 que, somados, corresponderam a um aumento médio de 24,58%, variando entre 24,03% na clínica médica, 28,56% na pediatria e 33,02% na obstetrícia. Em 2001-2002, o valor médio das internações tinha aumentado em 3,8% na clínica médica, 5,67% na pediatria e 7,42% na obstetrícia. O valor médio dos procedimentos ambulatoriais especializados aumentou em 2,31%, comparando-se o de 2002 com o de 2000, e em 14,36%, comparando-se o valor médio em 2004 com o de 2002; os de média complexidade tiveram reajuste do valor médio de 5,51% em 2001-2002 e 18,96% em 2003-2004. O valor médio neste último período chegou a aumentar em 67,8% nas consultas médicas especializadas, 66,7% para ultra-sonografias, 25,6% na traumatologia e ortopedia e 23,3% em anátomo e citopatologia. (REIS et al, 2006)

⁵ Dados dos Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar de Estados e Municípios estão disponíveis no portal do Ministério da Saúde - <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/CPA/tetos/tetos.htm>.

Ressaltam-se ainda o Projeto de Apoio a Expansão da Estratégia de Saúde da Família (para municípios com mais de 100 mil habitantes), o Projeto de Qualificação da Saúde da família, propostas relacionadas à implementação da reforma psiquiátrica e aquelas voltadas ao fortalecimento das ações de controle e avaliação, como a implementação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), da Política de Educação Permanente no SUS, a elaboração do Plano Nacional de Saúde, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, o projeto de capacitação das equipes estaduais e municipais em regulação, controle, avaliação e auditoria, entre outras.

Merece destaque as políticas de contratualização dos hospitais colocando no cenário novos mecanismos de relação entre gestores e prestadores públicos e filantrópicos na área hospitalar. A partir de algumas poucas experiências locais o Ministério da Saúde a partir de 2003 iniciou o emprego de contratos de gestão (com orçamento e metas) para os hospitais de ensino e em seguida estendeu para os hospitais de pequeno porte e para os hospitais filantrópicos. (BRASIL, 2004; UGÁ & LOPEZ, 2007)

As mudanças recentes na forma de remuneração dos hospitais têm sido vistas com ceticismo por alguns gestores e profissionais do setor, mas abrigam também grandes oportunidades. As preocupações dos primeiros se referem à possibilidade de que os estabelecimentos "contratualizados", tendo a sua receita mensal/anual assegurada pela via da orçamentação global, passem a enxergar os pacientes como itens de despesa e venham a priorizar aqueles a serem submetidos a procedimentos menos custosos ou complexos, além de reduzirem sua produção global. Embora estes sejam perigos reais, passíveis de acontecer naqueles locais mais carentes de mecanismos de avaliação, controle e intervenção sobre os prestadores de serviços, cenários mais otimistas podem ser também delineados. Se determinadas a partir de um planejamento cuidadoso da rede assistencial, além de acompanhadas de perto e cobradas pelos gestores, as cláusulas e condições dos novos contratos podem vir a se configurar como instrumentos de qualificação e racionalização do sistema público de saúde. (CARVALHO, 2007, p.890)

Cabe registrar que de acordo com dados do SIOPS apresentados pelo representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) no 2º Encontro Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (setembro/05) a evolução dos gastos públicos federais para a saúde no Brasil caiu entre 1997 e 2002 de US\$ 89 (oitenta e nove dólares) para US\$ 48 (quarenta e oito) dólares per capita. A partir de 2003, houve uma mudança importante, passando a aumentar anualmente para US\$ 50,1 neste ano, US\$ 62,4 em 2004 e com orçamento prevendo aplicação de US\$ 62,7 em 2005. (LOPES, 2005)

Também empregando dados do SIOPS para o ano de 2002, estudo realizado por TEIXEIRA & TEIXEIRA (2003) identificaram a importante dependência dos municípios de transferências de recursos de outras esferas de governo (65% de toda a receita municipal é oriunda destas transferências) e a grande participação dos recursos do SUS transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde no total de recursos repassados para municípios (29%). Registram também que em 2002 os municípios em média aplicaram 13,48% dos seus recursos próprios com saúde (abaixo do preconizado pela Emenda Constitucional 29 – 15%) e aplicaram 46% da despesa total com saúde em pessoal (incluindo serviços de terceiros – pessoa física).

Mesmo com estas medidas anteriormente descritas o custeio das equipes de Saúde da Família ainda tem forte dependência de recursos de fonte municipal, com sério comprometimento da possibilidade de expansão e da qualidade das ações desenvolvidas frente das dificuldades dos municípios em ampliar ainda mais sua participação no financiamento, além dos constrangimentos impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Ressalta-se ainda, que os municípios brasileiros apresentam grande desigualdade na capacidade de geração de receitas próprias e o custeio,

especialmente com pessoal de nível superior para atuar nas equipes de saúde da família, é mais elevado nos menores municípios, naqueles com piores indicadores de saúde, menor capacidade instalada de serviços de saúde e os localizados no interior e localidades de mais difícil acesso. Nesse cenário as transferências federais podem cumprir papel destacado na busca de equidade no âmbito do SUS, particularmente no tocante a organização das ações e serviços de atenção básica. (MARQUES & MENDES, 2003)

Além das barreiras impostas pelo financiamento insuficiente, evidenciam-se limites e contradições do processo de descentralização das ações e serviços de saúde no SUS que estão impondo na conjuntura atual uma reflexão acerca dos mecanismos normativos existentes levando a um profícuo debate iniciado em 2004 sobre a possibilidade de revisão deste processo com a construção do que foi denominado de “Pacto de Gestão” e da elaboração de uma proposta de “Lei de Responsabilidade Sanitária” que pudesse dar base jurídica aos pactos intergestores.

3.2 Limites e contradições da descentralização no SUS

Um primeiro aspecto a ser ressaltado é que, não obstante o processo de descentralização no setor saúde apresentar potencialmente diversas vantagens, nos âmbitos administrativo, político e econômico, ele não é um fim em si mesmo. Tampouco temos a garantia a priori de que todas as gestões descentralizadas irão assegurar a realização deste potencial, muito menos garantir o caráter democrático dos processos e arenas de decisão. Pelo contrário, muitas delas irão desempenhar um exercício da gestão do sistema de saúde com características semelhantes ao observado pela gestão anteriormente centralizada de cunho político conservador. No entanto é evidente que um sistema de saúde descentralizado, com um processo eficiente de transferência de recursos e autoridade às instâncias subnacionais (estados e municípios, no caso brasileiro), gera maiores possibilidades de impactos positivos na gestão e na atenção à saúde. (ARAÚJO JÚNIOR, 1994; COLLINS et al, 2000; HORTALE et al, 1999; HORTALE et al, 2000; LEVCOVITZ, LIMA & MACHADO, 2001)

A descentralização de ações governamentais vem sendo implementada em diversos países do mundo com resultados diferenciados. Problemas nos resultados da descentralização têm sido relacionados com fatores sociais e políticos, particularmente quanto à estratégia e aos conflitos decisórios. Embora haja um consenso sobre os benefícios potenciais do processo de descentralização, os resultados diferenciados e mesmo negativos da sua operacionalização mostram que essa política não é uma panacéia, dependendo da mediação de um conjunto de fatores políticos, sociais e relacionais. (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007, p.355)

A descentralização por si só não é suficiente para viabilizar os princípios e diretrizes do SUS. Os avanços do processo de descentralização dependem de outros aspectos: recursos financeiros disponíveis, fortalecimento institucional e da capacidade de gestão e democratização das instituições de saúde. (LEVCOVITZ, LIMA & MACHADO, 2001)

Como comentamos anteriormente a especificidade de nosso sistema federativo aprovado na Constituição de 1988 estabelece uma autonomia das esferas de governo e um papel destacado dos municípios na gestão do sistema único de saúde. As leis 8.080 e 8.142 e as Normas (NOB e NOAS) reiteraram este papel reforçando a responsabilidade municipal no âmbito da saúde. Foram construídos espaços de pactuação entre os gestores federal, estadual e municipal através das comissões intergestores – nacional (Comissão Intergestores Tripartite – CIT) e estadual (Comissões Intergestores Bipartite – CIB) e buscou-se fortalecer o papel dos conselhos de saúde.

No entanto, pode-se observar que a cultura política hegemônica conservadora aponta em direção oposta, contribuindo para a fragilidade da política de saúde enquanto política de Estado, com um papel muito forte do ideário político na condução de seus rumos, tendo o programa de governo e a direção vigente na gestão um peso intenso e preponderante na definição dos destinos, ritmo e intensidade do processo de descentralização.

Para SILVA (1995), apesar de o setor saúde ter apresentado uma política deliberada e ativa de descentralização, os graves problemas relacionados ao financiamento evidenciaram e intensificaram as dificuldades existentes na relação entre as esferas de governo e com os prestadores de serviços privados, em grande medida comprometendo os resultados do processo de descentralização.

PIMENTA (2006) apresenta dados do IBGE divulgados pelo CONASEMS em 2006 acerca da expansão de serviços no setor saúde e a conseqüente ampliação dos empregos públicos em saúde: de 265.956 empregos públicos no ano de 1980 saltou para 1.193.503 em 2003. Como esta expansão se deu através de contratações feitas pelas gestões municipais (de 16,2% dos empregos públicos em

saúde em 1980 para 66,3% em 2003), tivemos como resultado um quadro em que grande parte dos municípios atingisse o limite financeiro de gasto com pessoal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Frente a este limite, inclusive, os municípios tiveram como que lançar mão da terceirização como alternativa para viabilizar o aumento de pessoal necessário. Este processo de terceirização e de contratações precarizadas feitas diretamente pela gestão pública implica em um desafio importante na atual conjuntura do SUS e que terá necessariamente que ser enfrentada.

Cabe ressaltar que os avanços obtidos no processo de descentralização do SUS não devem ser atribuídos exclusivamente a um dos níveis de gestão do sistema. São resultado de uma somatória de esforços e de um processo decisório que soube construir pactuações entre as três esferas de governo. Muitas das políticas, hoje assumidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde, decorreram de iniciativas inovadoras locais, que foram progressivamente se multiplicando, ao ponto de criarem referência para a construção de uma política nacional. Como exemplo, pode-se citar a estratégia de Saúde da Família, o SAMU e o processo de contratualização da rede hospitalar do SUS.

Claro que este processo se deu em várias “idas-e-vindas”, com avanços e refluxos, guardando uma grande dependência dos atores que ocupavam os espaços de gestão em cada uma das esferas de governo. Da mesma forma, como o principal espaço para implementação das políticas de saúde passou a ser o município, observa-se que a conformação de cada um dos cenários de atores locais vai influenciar a extensão da implantação das políticas de saúde e sua efetividade.

São evidentes ainda resistências à efetiva e ampla descentralização, especialmente originárias do poder político hegemônico conservador que tem o

fisiologismo, o assistencialismo e o clientelismo como características marcantes e o exerce no setor saúde através do binômio constituído tanto pela execução direta das ações e serviços de saúde e quanto pela contratação de serviços privados. No primeiro caso a persistência da ação assistencial sendo vista pela maioria da população ainda como um “favor” e não como um direito social permite que a execução destas ações seja traduzida como um “valor de troca” e “moeda” eleitoral. Na segunda situação, a maioria absoluta dos estados e municípios contrata serviços privados sem cumprir a legislação vigente, não realizam efetivamente procedimentos licitatórios e não formalizam contratos com os prestadores, configurando a contratação destes como um favor dos governantes e assim, podendo receber retribuições destes serviços contratados por este “privilégio”.

Nesta relação irregular os prestadores de serviços, em geral, terminam por definir a oferta a ser paga pelo SUS, privilegiando procedimentos considerados mais lucrativos e selecionando a clientela a ser atendida, com prejuízos no atendimento às necessidades da população. Como exemplo, com base em dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), pode-se destacar que, no primeiro semestre de 2005, dos 323 municípios com realização de hemodiálise e diálise (terapia renal substitutiva), em 101 (31,3%) deles não eram oferecidas consultas médicas em nefrologia pelo SUS; e em 155 (48%), a relação entre estas consultas e o número de procedimentos de diálise realizados pelo SUS variou de 1/100 a 9/100. (SOLLA & REIS, 2008)

Em muitas situações agrava-se este quadro através da existência de fraudes ao sistema não detectadas e corrigidas pela inexistência de mecanismos efetivos de gestão (regulação, controle, avaliação e auditoria). Levantamento feito pelo Ministério da Saúde, em 2005, identificou a operação de apenas 69 Centrais de

Marcação de Consultas e Procedimentos Ambulatoriais Especializados, sendo 1 no Norte, 20 no Nordeste, 41 no Sudeste, 5 no Sul e 2 no Centro-Oeste. Em 1996, havia somente uma central no país.

Associam-se a estas dificuldades as limitações observadas na democratização da gestão através dos espaços de controle social. Apesar de existirem conselhos de saúde em todos os estados e na quase totalidade dos municípios a heterogeneidade da situação deste é marcante. Existem desde conselhos com atuação expressiva no controle social sob as ações e serviços de saúde até aqueles que só têm existência formalizada em uma ata conformada pela gestão local para cumprir burocraticamente exigências cartoriais de habilitação.

Os conselhos municipais são muito diferentes de um município para outro, em parte em função das enormes diferenças entre os municípios, mas também em função da própria gestão municipal da saúde. Há conselhos municipais que são atores políticos atuantes, que cumprem seu papel de exercer controle social sobre a política de saúde no nível local. Mas há também os que funcionam de maneira burocrática, apenas para cumprir a exigência legal do SUS. (PIMENTA, 2006, p.60)

Agravante a este quadro é a situação dos movimentos sanitário, sindical e popular frente a este processo mais recente de construção do SUS: o movimento sanitário institucionalizou-se, com a crescente ocupação de cargos nas três esferas de governo por seus militantes; o movimento sindical (enquanto ator político), nunca pautou efetivamente a defesa do SUS entre suas reivindicações, e o movimento popular vem vivendo um processo de desmobilização, sendo que diferentemente do que ocorreu em alguns grandes centros urbanos na década de 80, não tem colocado mais a saúde na sua agenda política. (PIMENTA, 2006)

Assim não é automático o ganho de autonomia pelos atores locais, dependendo do exercício do controle social, do fortalecimento prévio destes atores e da condução da gestão local. Em muitas situações, a desigualdade do poder entre

as esferas de gestão induz fortemente a decisões que privilegiam interesses dos gestores estaduais sobre os municipais, com resultados por vezes inadequados ao processo de descentralização.

Os benefícios da descentralização estão diretamente relacionados com a ampliação dos espaços de autonomia na tomada de decisão e de controle social. Estudos de casos de municipalização do sistema de saúde efetivados no Nordeste indicam a importância que aspectos da organização social local e da cultura política podem exercer no funcionamento de um sistema de saúde descentralizado, destacando a autonomia no planejamento e decisão política, participação na vida política local e no planejamento do sistema de saúde, estilo da gestão local, influências personalizadas e institucionalizadas nos espaços de autonomia e participação popular, diferenças de compromisso e envolvimento dos trabalhadores da saúde com a municipalidade, continuidade da equipe gestora e dos profissionais de saúde e distintos espaços de aceitação de determinadas práticas e responsabilidades. (ATKINSON et al., 2000)

A condução das instâncias intergestoras é também heterogênea com uma relação desigual entre os gestores nessas comissões. Em muitas situações a desigualdade do poder entre as esferas de gestão induz fortemente decisões que privilegiam interesses dos gestores estaduais sobre os municipais, com resultados por vezes inadequados as prioridades do processo de descentralização.

Esta relação desigual se dá mesmo tendo a Constituição de 1988 definido o pacto federativo com autonomia política, financeira e administrativa dos municípios e estabelecendo três esferas de governo sem uma hierarquia entre elas (União, Estados e Municípios).

Essa assimetria é outra característica marcante do federalismo no Brasil, posto que, embora constitucionalmente garantida, na prática, a autonomia das esferas subnacionais depende de suas condições financeiras, políticas e militares e não se traduz da mesma forma e abrangência para todos os membros da federação. Se essa heterogeneidade de poder pode ser verificada no âmbito dos estados, certamente é mais evidente para os municípios. (LUCCHESI et al., 2002, p.66)

Apesar da descentralização da saúde no Brasil estar conceitualmente e operacionalmente ligada à municipalização existe ainda uma grande polêmica acerca da estratégia municipalista. De um lado os que consideram radical o processo de municipalização e de outro aqueles que acham insuficiente a autonomia obtida pelos municípios para efetivarem a gestão do sistema de saúde. Para os primeiros haveria um esvaziamento das instâncias estaduais e regionais de gestão, necessitando rever os papéis das três esferas de governo. Os que defendem uma maior autonomia municipal criticam os limites que as normas federais imprimem ao poder local. (SILVA, 2001; TREVISAN, 2007)

Não é possível deslocar o forte espírito de descentralização vigente na Constituição de 1988 do momento histórico de sua elaboração e promulgação. Os excessos centralizadores do período posterior a 1964 geraram fortes pressões descentralizadoras. Os profissionais de saúde, muito mais que os da educação, por exemplo, tinham acumulado um patrimônio de contestação à idéia de centralização e, quando a Constituição de 1988 foi elaborada, isso se transformou em um grupo de pressão organizado. O SUS é o produto mais bem elaborado desse democrático processo de enfrentamento dos excessos da centralização. (TREVISAN, 2007, p.243)

Para alguns autores, na construção do Sistema Único de Saúde foi privilegiado um processo de “municipalização autárquica”, no qual a gestão local do sistema de saúde é principalmente responsabilidade municipal, com algumas competências sendo concorrentes com a União e os Estados. Esse processo de municipalização levaria cada município a tentar se constituir enquanto um “sistema fechado”, determinando perda de escala, de qualidade com intensa fragmentação da oferta de serviços de saúde, construção de muitas unidades hospitalares com

pequeno número de leitos e baixas taxas de ocupação. Diferentemente de outros países (entre eles Espanha, Canadá e Reino Unido), onde a gestão do sistema de saúde se dá mediante esferas regionais, no Brasil constitucionalmente os municípios tiveram esta delegação de responsabilidades e a municipalização do SUS é uma realidade em curso. (MENDES, 2001; MENDES & PESTANA, 2004)

PIMENTA (2006) analisando as teses do CONASEMS 2005/2007 concorda com as opiniões expressas pela direção desta entidade no período, contestando o paradigma da municipalização autárquica, e defendendo que a característica da municipalização no Brasil é o fato de ter se dado de forma incompleta, sem a devida passagem de todas as prerrogativas e responsabilidades e sem empoderamento e financiamento adequado.

Consideramos que independentemente da polêmica entre estas duas teses (municipalização autárquica x municipalização incompleta) fica evidente a ausência de uma gestão mais solidária do sistema, com a devida co-responsabilização entre as esferas de governo. Esta é outra limitação importante verificada. De forma geral a competição é mais intensa que a cooperação entre os gestores. Em vários estados o processo de municipalização tem se dado de forma “solitária” sem a devida cooperação técnica e financeira dos Estados. Quando não ocorre de forma “incompleta” com o Estado mantendo sob sua gestão uma parte da rede de serviços. Observa-se uma resistência e um despreparo das Secretarias Estaduais de Saúde em assumir o novo papel a elas estabelecido pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde.

Além disso, a inexistência de medidas efetivas para superar impasses frente ao não cumprimento de responsabilidades de gestão coloca-se como um grave problema a ser superado. Mesmo as resoluções das comissões intergestoras e dos

conselhos de saúde são traduzidas em portarias das respectivas esferas de governo, não tendo força jurídica para a cobrança efetiva de seu cumprimento. A desabilitação dos entes federados ou a suspensão de repasses financeiros têm se mostrado medidas insuficientes, na medida em que mais penalizam a própria população do que os respectivos gestores. Torna-se assim imperativo a criação de legislação que faça frente a estas dificuldades. Nesse sentido o debate em torno da criação de uma Lei de Responsabilidade Sanitária vem ganhando corpo, já existindo anteprojeto no Congresso Nacional formulado por parlamentares e um outro encaminhado pelo ex-Ministro Humberto Costa para consulta pública após debate com os membros da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Contudo esta consulta pública foi suspensa pelo ministro que o sucedeu e o anteprojeto do Ministério da Saúde retirado do debate.

Outro aspecto vital está relacionado com a ausência de indução suficiente para o desenvolvimento efetivo das capacidades gestoras. Além da insuficiência de cooperação técnica e financeira por parte dos estados, por parte da esfera federal os processos de capacitação técnica ainda não dão conta dos desafios colocados e o financiamento com recursos federais é destinado “exclusivamente” (direcionado e em função de) a oferta de serviços e pagamento de procedimentos realizados. Não são programados recursos para financiamento das ações de regulação, controle, avaliação e auditoria, como se estas não fossem imprescindíveis ao adequado funcionamento do sistema de saúde, não necessitassem de recursos financeiros ou fosse atribuição exclusiva das outras esferas de governo seu financiamento. Estas ações incorporam tecnologias de gestão vitais para operar mudanças na produção do cuidado em saúde. Dessa maneira na maioria dos estados e municípios estas funções de gestão não são realizadas ou são exercidas de forma precária,

reproduzindo o modelo de forte autonomia dos prestadores de serviços com a oferta fortemente determinada pela rede assistencial.

Uma questão relevante diz respeito a não uniformidade das lógicas entre as esferas de governo no que se refere ao financiamento do sistema. Mesmo com algumas iniciativas recentes e louváveis, como regra geral os estados não repassam recursos financeiros para custeio das ações e serviços de saúde aos municípios no formato regular e automático (fundo-a-fundo), optando por privilegiar, quando o fazem, mecanismos convenientes onde o “quanto”, “para que”, “para quem”, “quando” e “como” são definidos pelo gestor detentor dos recursos, diferentemente dos recursos federais que são totalmente repassados para os fundos estaduais e municipais de forma regular e automática e com critérios gerais e pactuados na CIT e aprovados pelo CNS (excetuando recursos de investimento que são quase todos repassados por convênios).

Chama atenção o formato de alocação dos recursos federais ao interior de cada estado. Os tetos estaduais são aprovados na CIT e a distribuição destes valores entre os municípios dentro de cada estado aprovado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB) sem qualquer participação do Ministério da Saúde nestas definições. Ou seja, em última instância o Ministério da Saúde não tem decisão sobre o volume de recursos financeiros federais que chega a cada município para custeio do SUS. Em algumas situações tem se observado expressivo desfinanciamento de municípios com papel importante de pólo regional de oferta de serviços pelo SUS sem mecanismos que permitam ao governo federal corrigir este problema através dos repasses financeiros.

Como os recursos para a saúde são escassos, o gestor vive permanentemente essa tensão de definir prioridades e usar os recursos financeiros da melhor maneira possível, buscando sempre avaliar em que medida cada investimento contribui para que o projeto de saúde do município avance na realização de seus objetivos. (PIMENTA, 2006, p.225)

Cabe destacar que atender a todo o elenco de ações e serviços de saúde que são demandados a partir das necessidades dos usuários, garantir acesso universal ao sistema de saúde, oferecer atenção integral e perseguir a equidade como preconizado nas diretrizes do SUS com o financiamento insuficiente existente é uma tarefa impossível de ser plenamente alcançada.

Ao final de 2003 as estimativas do Ministério da Saúde apontavam um gasto anual pouco superior a R\$ 200,00 (duzentos reais) por habitante. Um agravante está relacionado à capacidade financeira da maioria dos municípios. Dados do Censo de 2000 apontaram que naquele ano 92% dos estabelecimentos públicos de saúde já eram municipais. (TREVISAN, 2007)

Como mais da metade dos municípios brasileiros não arrecada sequer o suficiente para quitar as despesas dos poderes Executivo e Legislativo locais não é difícil imaginar tanto o grau de carência operacional que acompanha essa efetiva municipalização do atendimento, quanto o grau de importância da "tutela" do repasse orçamentário federal. (TREVISAN, 2007, p.244)

Contudo, para este autor (TREVISAN, 2007) as dificuldades do SUS não se limitam à questão do financiamento. Se, por um lado, grande parte dos problemas do SUS é determinada pela escassez de recursos financeiros, por outro, as dificuldades de gestão ainda são grandes, com um padrão gerencial defasado que não permite superar a crise de eficiência que o sistema apresenta.

A despeito de todos os estados e mais de 10% dos municípios terem alcançado as prerrogativas da gestão plena, ainda existem muitos municípios com mais de 100 mil habitantes com responsabilização apenas sobre a atenção básica.

Como o processo de habilitação era proposto por decisão do gestor local, se este não tiver interesse em assumir esta responsabilidade, não existe mecanismo que o obrigue a tomar tal decisão. Como exemplo, temos o caso de Salvador – Bahia (3ª maior cidade do país), que somente em 2006 veio a ser habilitada em gestão plena do sistema municipal. Por outro lado, em determinadas situações, observa-se que a decisão do gestor municipal não é tomada em função do desinteresse, falta de apoio ou mesmo resistência da gestão estadual, para que a municipalização plena venha a ocorrer.

Pode-se levantar a hipótese de, nos marcos atuais, existir certo esgotamento do processo de descentralização por **habilitação** (comprovação cartorial de requisitos e capacidades) feita por **adesão** (vontade política do gestor local) e **concordância** das outras esferas tendo a indução financeira através de recursos federais como seu grande motor. (SOLLA, 2006)

Em 2004 houve um consenso entre os gestores das três esferas de governo de que a antiga fórmula das "normas operacionais" para a indução de mudanças estava esgotada e era o momento de inovar. Foi assim concebido um "pacto" entre as instâncias, em que fossem respeitadas as diferenças regionais e a avaliação e cobrança se desse com base em resultados. (CARVALHO, 2007 p.890-891)

Outra questão cada vez mais candente na análise do processo da descentralização da saúde no Brasil está relacionada à análise da sustentabilidade das experiências positivas desenvolvidas e a capacidade de mantê-las e o conhecimento a partir delas acumulado após a mudança de governo. A descontinuidade das gestões comprometidas com mudanças no sistema de saúde, em especial nos municípios, tem levado ao desenvolvimento de experiências com duração limitada, sem consolidar-se.

A fragilidade das experiências de construção do SUS nos diversos municípios é evidenciada pelos retrocessos relacionados às mudanças de prefeitos, quando ocorre a saída de gestores que estavam comprometidos com o projeto de implantação do SUS enquanto uma política pública de inclusão social. Muitas experiências inovadoras não conseguem se consolidar nem sobreviver às mudanças de governos, não tendo continuidade. (PIMENTA, 2006)

Em geral, com a volta de gestores descomprometidos com as mudanças, o modelo médico hegemônico e as formas mais tradicionais de gestão retornavam com força suficiente para praticamente apagar as marcas do modelo usuário centrado e as formas mais participativas de gestão, evidenciando a força política e ideológica do modelo médico hegemônico e de gestão mais burocrática e centralizadora. (PIMENTA, 2006, p.36)

Entre os atores políticos, o prefeito tem um papel decisivo nas definições das políticas prioritárias, dos recursos a serem disponibilizados, sejam eles financeiros ou políticos. Sua saída e substituição por um que não tenha os compromissos com a viabilização das mudanças das práticas de saúde é um fator determinante da falta de continuidade do projeto.

Os atores sociais comprometidos com as mudanças implementadas (segmentos da população e dos trabalhadores de saúde), em especial aquelas referentes a alterações no modelo de atenção buscando implementar modelos usuários-centrados, com as mudanças na gestão efetivadas com a saída de gestores não conseguem garantir a continuidade da política de saúde a partir da atuação nos conselhos de saúde e mediante mecanismos de pressão da sociedade sobre o Estado.

Não é possível construir uma política pública, contra hegemônica, duradoura, exclusivamente a partir de atores políticos que ocupam espaços de comando nas instituições públicas estatais. Porém o país não tem um movimento social que defenda a saúde como direito de todos os cidadãos, de acordo com suas necessidades, que se organize e mobilize corações e mentes para pressionar o Estado, a fim de garantir esse direito na sua integralidade. (PIMENTA, 2006, p.58)

A discussão sobre sustentabilidade em grande monta leva ao debate sobre a construção de viabilidade. Para TESTA (1995) a viabilidade depende do tipo de mudança que se quer implementar. Se esta é mais “estrutural” (de grande envergadura) vai exigir o estabelecimento de uma forte base social de apoio ao projeto de mudança. Por outro lado, se são almejadas mudanças “não estrutural” (menores) a construção de processos de negociação entre aliados e opositores, viabilizando alianças e pactos pode permitir aprovar o projeto em instâncias decisórias e as viabilizar.

Para avaliar o processo de construção de viabilidade e a possibilidade de determinada proposta ser implementada efetivamente deve-se considerar quem são os atores que a defendem e o poder, a força e os recursos aplicados para viabilizá-la em um dado cenário. (TESTA, 1995)

[...] quando se tem poder político e se está disposto a utilizar muita força – equivalente a colocar em jogo uma boa parte dos recursos de poder aos quais se tem acesso – existe então a capacidade para se situar no espaço social global, que se corresponde com a decisão política, em particular a que se exerce a partir das estruturas de governo (mas não somente destas); por outro lado, se a força a ser utilizada é pouca, então a tendência deveria ser ocupar espaços setoriais, mais ligados às estratégias de implementação e à difusão ideológica entre grupos sociais potencialmente afins. (TESTA, 1995, p.97)

Como grande parte dos projetos de mudanças experimentada pelo SUS depende de alterações estruturais que envolvem realocação de recursos financeiros, inversão de prioridades, enfrentamento da lógica de mercado privada, substituição de práticas no cuidado à saúde, alterando a relação entre trabalhadores e usuários e deslocamento de poder ao interior das instituições e do sistema de saúde a ausência de uma base ampla de sustentação política termina por inviabilizar a proposta de mudança ou impedir sua continuidade e aprofundamento.

Diversas destas observações acima discutidas têm mobilizado os espaços de gestão do SUS nos últimos anos e de certa forma foram premissas para o debate que veio a construir uma nova normativa para o processo de descentralização do SUS.

3.3 Desafios atuais da descentralização: “Pacto de Gestão”, uma das apostas no aprofundamento transformador do SUS

A identificação dessas questões tem motivado o debate sobre a necessidade de uma reformulação em aspectos substanciais do processo de descentralização e de criação de legislação que faça frente a estas dificuldades. Tal debate ganhou corpo a partir de 2004, com a elaboração, pelo Ministério da Saúde, de um projeto de “Lei de Responsabilidade Sanitária”, encaminhado pelo ex-Ministro Humberto Costa para consulta pública, e na construção de uma proposta denominada de “Pacto de Gestão”. A proposta construída pelo Ministério apontava na direção da saída do processo de habilitação por adesão para um modelo de contratualização entre gestores (federal, estadual e municipal). A responsabilização efetiva deixaria de ser uma decisão do gestor local com a concordância dos demais, passando a ser assumida de modo negociado, com a criação de capacidade progressiva de gestão, pela efetiva cooperação técnica e financeira e negociação de metas (assistenciais e gestoras) e compromissos entre as três esferas de governo sobre o SUS. A Lei de Responsabilidade Sanitária daria a base legal para que tais pactos tivessem caráter e respaldo jurídico.

Com as mudanças no governo federal, saída do Ministro Humberto Costa e entrada do Ministro Saraiva Felipe, a proposta de Lei de Responsabilidade Sanitária foi abortada e o anteprojeto do Ministério da Saúde retirado do debate. Em relação ao “Pacto de Gestão”, o debate continuou junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) sendo aprovada em 2006 a proposta do Pacto pela Saúde, com três componentes (o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão),

publicado pelas Portarias nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699/GM, de 30 de março de 2006. (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b)

O primeiro define as principais políticas e metas pactuadas pelas três esferas de governo para o território nacional, cabendo a cada Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a sua adaptação às condições locais, visando a reforçar o movimento da gestão pública por resultados. O segundo é a reafirmação do SUS como uma política de Estado e do compromisso de todos com o seu financiamento. O terceiro pode ser visto como o mais próximo das antigas normas por tratar dos mesmos temas, embora incorporando mudanças expressivas [...]. (CARVALHO, 2007, p.891)

As mudanças apresentadas nessas portarias podem ser situadas em cinco grandes âmbitos: substituir o processo de habilitação pela formalização de termos de compromisso de gestão; apontar a regionalização solidária como eixo da descentralização; aprovar proposta de integração de várias formas de repasse de recursos federais para estados e municípios em blocos de financiamento; cobrar a explicitação dos recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual; e unificar os processos de pactuação de indicadores a partir de 2007.

Entre as mudanças significativas aprovadas, destaca-se o fim do processo cartorial de habilitação e sua substituição pela formalização de termos de compromisso de gestão que definam a responsabilidade sanitária e os compromissos de cada esfera de governo. Contudo esta proposta prevê uma adesão voluntária, o que pode, em última instância, não incorporar os municípios e estados, em que os gestores não optarem por aderir ao processo. Torna-se imprescindível a criação de mecanismos de indução que incentivem a adesão ao Pacto de Gestão e construir um processo de monitoramento e avaliação que possa contribuir para evitar que a saída do processo cartorial de habilitação não seja efetivada, por meio de processos cartoriais de pactuação e formalização de termos de compromisso burocráticos. (SOLLA, 2006)

Ainda que a regionalização solidária seja apontada como eixo estruturante da descentralização, a proposta aprovada não consegue ir além do já definido pela NOAS, apenas criando um mecanismo de gestão regional, com os gestores municipais e o gestor estadual. Na verdade, uma CIB regional ampliada, com todas as secretarias municipais da região de saúde.

Com o importante objetivo de reduzir o grande número de rubricas diferentes para repasses de recursos federais aos fundos municipais e estaduais (as famosas “caixinhas”), foram criados 5 blocos de financiamento (“caixotes”): atenção básica; atenção de média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica e gestão do SUS. A criação deste último bloco (gestão do SUS) foi extremamente importante e é a primeira iniciativa concreta aprovada, estabelecendo financiamento destinado ao custeio de ações relacionadas com a organização do sistema de saúde: regulação, controle, avaliação e auditoria; planejamento e orçamento; programação; regionalização; participação e controle social; gestão do trabalho; educação em saúde e implementação de políticas específicas. No entanto, até o momento, fica no plano das intenções, pois ainda não foram aprovados repasses com tal finalidade.

A criação dos blocos de financiamento não elimina as rubricas anteriores para fins de programação e cálculo dos repasses federais. Esta medida, ao invés de dar maior flexibilidade à aplicação dos recursos por parte dos gestores locais, criou limitações, na medida em que o uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, só podendo ser aplicados nas finalidades previstas dentro de cada um dos blocos. Assim, se antes a única restrição efetivamente estabelecida era a de não ser possível aplicar recursos da atenção básica em ações e serviços de média e alta complexidade, agora o financiamento ficou efetivamente “amarrado” dentro de

cada bloco, ampliando em muito as restrições à utilização dos recursos federais pela gestão local. Ao invés de integrar as várias formas de repasses de recursos financeiros, o que se alcançou foi uma limitação no âmbito da aplicação destes recursos.

Um resultado muito positivo alcançado foi a cobrança de que o Termo do Limite Financeiro Global do Município deverá explicitar também os recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual – caso não seja possível explicitá-los por blocos, deverá ser informado apenas o total do recurso. Esta medida é um passo fundamental para garantir a efetiva aplicação dos recursos próprios de municípios e, em especial, dos estados, nas ações e serviços de saúde em cada território municipal.

Outra preocupação sobre as proposições aprovadas para o Pacto de Gestão está relacionada à baixa permeabilidade dos pactos ao controle social. Além da fragilidade de grande parte dos conselhos de saúde para efetivamente conseguirem influir neste processo, o fato de que a aprovação nos respectivos conselhos de saúde (municipal, estadual e nacional) é o ponto de partida para a homologação não garante por si só um envolvimento mais amplo em seu acompanhamento e fiscalização.

Uma questão extremamente relevante diz respeito à operacionalização do comando único, ou seja, da efetivação de um único gestor com o controle de todos os prestadores de serviço do SUS em um dado território. As portarias aprovadas reafirmam a necessidade do comando único, inclusive colocando como anexo do termo de compromisso de gestão uma declaração da CIB de comando único do sistema pelo gestor municipal. Contudo o modelo definido para esta declaração, mais do que declarar a existência de comando único, cumpre principalmente outros

dois objetivos: identificar quais são as unidades de saúde que o município ainda não está assumindo a gestão, mas para as quais existe um cronograma pactuado para a gestão das mesmas passar para o município, e declarar quais são as unidades de saúde que continuarão sob a gestão do estado, conforme pactuação estabelecida. Por incrível que possa parecer, a declaração da CIB de comando único do sistema pelo gestor municipal, na verdade, é a declaração da CIB de não existência de comando único.

É necessário registrar que todo o esforço para firmar divisão de responsabilidades claramente definidas e pactos de gestão estabelecidos em termos de compromisso intergestores perde muito da efetividade com o abortamento da proposta de criação de uma Lei de Responsabilidade Sanitária. Esta lei poderia dar base jurídica legal e estabelecer penalidades para o não cumprimento, por parte de qualquer gestor, de questões indispensáveis ao funcionamento do sistema de saúde e imprescindíveis de ser viabilizadas pelos respectivos gestores do SUS em um dado território.

Com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) – Lei Complementar nº 101 de 04/05/2000 foram estabelecidos limites para os gastos públicos e punições para os gestores que não os obedecerem. Se por um lado é um instrumento importante para conter abusos no endividamento público, por outro, em um cenário de repasse de responsabilidades para o poder local sobre a gestão do sistema de saúde com insuficiência de recursos para atender as demandas dos usuários, termina por gerar restrições na oferta de ações e serviços de saúde; tais restrições são relativas aos limites gerais de endividamento e aos de gastos com pessoal.

Como não há responsabilização legal dos governantes em relação à garantia do acesso às ações e serviços de saúde como ocorre com a responsabilização com

a gestão fiscal, em muitas situações tem se observado restrição de oferta, demissão de trabalhadores de saúde e até fechamento de serviços para conter os gastos, especialmente no final de governo, e “escapar” das punições previstas no Código Penal por crime contra as finanças públicas.

Cabe ainda discutir quais foram e quais são hoje os principais atores no cenário atual de construção do SUS e suas respectivas apostas. Onde se sustenta atualmente a aposta na reforma sanitária? Quais projetos disputam hegemonia neste cenário?

COHN (2008) discutindo as encruzilhadas atuais da política de saúde frente a busca de atender as diretrizes constitucionais e a necessidade de novos rumos traz quatro questões essenciais para este debate: primeiro caracteriza a composição do “movimento sanitário” (intelectuais, sindicalistas, profissionais de saúde, militantes de movimentos sociais) que eram representantes de segmentos mais organizados da sociedade no período da redemocratização do país, os quais tiveram como alvo de atuação o Estado e a reorganização do sistema de saúde; uma segunda questão diz respeito a arena da militância que correspondia a negociação política com o Legislativo e o Executivo, com forte estratégia de ocupação de espaços na máquina pública; em terceiro, a questão do controle social, com os conselhos de saúde apresentando dificuldades intensas para representar o interesse da população e problemas na sua prática e a capacidade estatal de regulação sobre o subsistema privado de saúde que tem ficado mais voltada para a garantia dos direitos dos consumidores privados de planos de saúde; e por último a introdução e expansão de novas formas de gestão dos serviços públicos estatais no setor saúde sem o Estado estar dotado de instrumentos e poder adequados e suficientes para garantir o

controle público sobre estes serviços e evitar que a lógica privada seja predominante.

Em artigo anterior esta mesma autora (COHN, 2003) já chamava atenção para questões importantes relacionadas à dinâmica das relações entre Estado e sociedade no SUS, entre elas: baixa rotatividade dos membros dos conselhos de saúde, levando a cristalização de certos sujeitos sociais como representantes; distanciamento entre representantes nos conselhos de saúde e seus representados com a crescente burocratização destas instâncias em detrimento da pauta política substituída por questões operacionais e administrativas; existência de um cenário de “destituição dos direitos sociais” agravando a tecnificação das políticas sociais; e a presença de forte traço racionalizador no campo da Saúde Coletiva no Brasil na última década.

A partir do que tentamos pontuar anteriormente fica evidente o grande conjunto de questões que permeia o debate do estágio atual da descentralização das ações e serviços de saúde no processo de construção do SUS e a importância destas para a construção de viabilidade de novos passos na perspectiva de buscar assegurar o direito à saúde conforme estabelecido nas diretrizes constitucionais.

3.4 Investigando o processo de descentralização

Fica evidente frente às questões aqui elencadas a importância de serem desenvolvidos estudos que avaliem o processo de descentralização das ações e serviços de saúde no SUS, inclusive com estudos de caso, que possam aprofundar o conhecimento dos avanços obtidos e dos determinantes dos limites evidenciados.

Alguns autores têm identificado profundas variações no grau de desenvolvimento dos sistemas municipais de saúde no SUS. A complexidade dos sistemas de saúde e as diferenças entre as situações locais e nas relações entre os diversos atores sociais em cada contexto apontam a necessidade de aprofundar o conhecimento desta dinâmica para uma melhor compreensão dos efeitos observados no processo de implementação do SUS. (GOULART, 2003; MEDINA, 2006)

No entanto, poucos estudos têm explorado os fatores que afetam a compreensão do processo de implementação das ações pelas gestões locais. A dinâmica específica de cada município estabelece influências na definição das políticas e das ações necessárias para o incremento da capacidade de resposta do sistema de saúde em um contexto de descentralização, existindo uma ampla margem de possibilidades para a gestão local implementar, transformar ou mesmo subverter políticas induzidas nacionalmente. Existem várias e complexas interações entre organização formal, gerenciamento informal e cultura política influenciando variações na *performance* dos sistemas locais de saúde. Estudos em escala regional ou municipal que possam articular estes aspectos são raros. (ATKINSON & HARAN, 2004; ATKINSON et al., 2005)

No Brasil, mais recentemente alguns estudos têm se debruçado sobre estas questões, inclusive analisando experiências locais concretas. Entre elas podemos destacar as investigações realizadas por MAGALHÃES JR (2006) e por MALTA (2001) em Belo Horizonte (MG), SANTOS (2005) em Aracaju (SE), SILVA (2001) em Marília (SP) e a desenvolvida por PIMENTA (2006) em Amparo (SP).

A criação de incentivos (especialmente de ordem financeira) e desenvolvimento de outros mecanismos de gestão com objetivo de induzir a implantação de determinadas mudanças em muitos casos têm se mostrado insuficientes e não explicam a marcante variação observada na implementação das políticas de saúde no atual estágio de desenvolvimento do SUS.

Dessa forma a implementação de uma política demanda um processo permanente de intensa negociação entre aqueles que buscam efetivar a política (gestores-formuladores) e aqueles dos quais depende sua efetivação (gestores-implementadores). Compreender este processo e a atuação dos diversos atores *políticos em cena é importante* “para entender não apenas *o que* aconteceu e *como* aconteceu, mas também para perguntar *por que* algo aconteceu”. (ATKINSON et al., 2005)

A própria natureza, de certa forma obscura e informal, das possíveis influências no fazer político local, requer a profundidade de um estudo de caso que possa traduzir os contextos, processos, conteúdos, e atores em um dado sistema municipal de saúde. (ATKINSON et al., 2005)

Os processos concretos em cada sociedade específica irão determinar o estabelecimento de determinadas relações entre “formuladores”, “decisores” e “implementadores” para a conformação das políticas públicas. Estes processos se

traduzem em disputas entre os diversos sujeitos sociais, inclusive, muitas vezes renovadas pelo surgimento de “novos sujeitos”. (MERHY, 1992)

[...] a relação entre formulações de políticas e sujeitos políticos é uma relação orgânica, pois não haveria política sem formulações (representações e disputas), como não haveria sujeitos políticos que não formulassem projetos sociais. [...] Pode-se interrogar, entretanto, se os ‘decisores’ (sujeitos políticos) dispõem de liberdade de escolha para tomar suas decisões, ou se estão efetivamente constrangidos pelos ‘pactos sociais’ que os ‘viabilizaram’, enquanto dirigentes políticos, e de que maneira se dá esse constrangimento. [...] a relação entre sujeitos políticos e as decisões de políticas tem contextos históricos específicos, nos quais se constroem os ‘espaços substantivos da política’, e onde operam ‘os filtros’, a partir dos quais os sujeitos políticos ‘selecionam’ – no mundo das formulações – os seus recortes, reconstruindo seus projetos, decidindo sobre suas implementações, dando o formato das políticas (sociais) governamentais (públicas) [...]. (MERHY, 1992, p.46,48-49)

Nessa perspectiva a “liberdade dos decisores” se torna uma questão central da política e a mesma fica constrangida pelas especificidades de cada situação histórica concreta.

Assim sendo, é na busca da reconstrução histórica destes espaços substantivos, nos quais existem os problemas da liberdade dos decisores, que se pode entender as relações entre formulação, decisão e implementação de políticas. (MERHY, 1992, p.50)

Levando em consideração que os resultados em termos da performance do sistema de saúde alcançados pelo processo de descentralização estão em muito determinados pelo contexto local, ganha força a hipótese de que o incremento da autonomia local para tomada de decisão combinada com a ampliação dos espaços de vocalização da população usuária permite um crescimento da receptividade do cuidado à saúde para as necessidades locais (impactando em termos de efetividade e equidade), da responsabilidade das ações do sistema de saúde para com sua clientela em termos do cuidado prestado e da utilização dos recursos do sistema de saúde (eficiência e equidade) e da qualidade do cuidado à saúde oferecido, além de contribuir para também para o alcance de objetivos de empoderamento popular. (ATKINSON, 1995)

Dessa forma os benefícios da descentralização devem derivar de duas estratégias primárias: o espaço criado para autonomia na tomada de decisão e o espaço criado para vocalização (participação) da população local a ser incorporada no planejamento local. (ATKINSON, 1995)

Nesse sentido, o contexto local afeta diretamente o espaço que existe na realidade para a autonomia no planejamento e tomada de decisão pelo menos de três maneiras: em função das fontes de receita disponíveis, das características do governo local e na disponibilidade de informação para o planejamento. (ATKINSON, 1995)

As características do governo local podem ser analisadas em termos das influências pessoais e institucionais na autonomia e na participação local derivadas do estilo de gestão, do perfil da liderança personalizada e dos padrões de comportamento individuais e coletivos. Além disso, os profissionais de saúde que atuam no contexto local apresentam diferenças no envolvimento pessoal com o município em termos de compromisso e continuidade. (ATKINSON, 1995)

MERHY (2002) traz a discussão acerca da construção e da conformação da arena institucional da saúde e sua expressão como cenário de atores / sujeitos políticos como conceitos chave para a compreensão da produção da política pública em qualquer esfera de governo. As características pessoais (individuais e coletivas) inclusive ganham nova dimensão na medida em que os atores em situação se constituem enquanto atores políticos. “Todos os atores em situação, na saúde, disputam a gestão e produção do cuidado.” (MERHY, 2002, p.149)

Avaliação de municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde que realizou cinco estudos de caso no Estado da Bahia destacou o papel que as características do governo relativas ao perfil do gestor e dos seus quadros técnicos

podem ter tido para melhorar o desempenho das práticas assistenciais no SUS e na governabilidade do sistema de saúde. “Na governabilidade, a contribuição da subdimensão adesão dos atores, parece ter possibilitado uma melhoria nas práticas assistenciais, o que, contudo, merece aprofundamento em estudos subseqüentes.” (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007, p.368)

Para VIEIRA-DA-SILVA et al. (2007) as possibilidades de implementação de mudanças no sistema de saúde estariam mais relacionadas às características locais (situação municipal) do que mesmo às iniciativas tomadas pelo governo federal.

Pesquisa desenvolvida por TEIXEIRA (1997) com informações sobre 1.422 municípios avaliando a gestão municipal do SUS demonstrou associação positiva entre a municipalização e o processo de democratização, com expressivo aumento da participação popular e avanços dos mecanismos de controle social. Este mesmo estudo identificou que inovações nos mecanismos e instrumentos de gestão da saúde que incorporaram melhorias em termos de eficiência, eficácia e qualidade tiveram relação com características pessoais e profissionais dos atores à frente da gestão, dando ênfase ao papel da liderança local nos avanços da gestão.

Ao investigarmos as relações entre o contexto local e os resultados da descentralização pode-se sugerir que a organização social e a cultura política mediam a lacuna entre a organização formal e a qualidade resultante. Segundo ATKINSON et al (2000) existem três grandes possíveis enquadramentos das relações estabelecidas sobre a natureza destes padrões:

- Um meio em termos de sua organização social e cultura política que favorece a implementação de reformas na saúde é o principal determinante da organização formal do sistema local de saúde, de práticas bem sucedidas e qualidade do cuidado resultante;

- Um município que estrutura a organização formal, fortalecendo a gestão local do sistema de saúde, pode influenciar a organização social e cultura política local em direção a um meio mais capacitado para a implementação;
- Nenhum é determinante primário do outro; existe um diálogo estreito entre eles que opera como um feedback o qual pode promover bons ou mais efeitos nas atividades do sistema local de saúde.

Segundo esta autora, a primeira conclusão seria politicamente inaceitável, tanto para pesquisadores, quanto para profissionais (médicos) e políticos e nenhum trabalho ao interior de reformas da saúde cuidaria de alcançar esta conclusão. A segunda opinião é como as reformas da saúde são apresentadas na retórica política e na prática este é o modelo que a maioria dos profissionais de saúde na atenção primária e pesquisadores de sistemas de saúde trabalham implicitamente. A terceira opinião pode ser a mais promissora em uma precaução otimista. Aqui a importância dos fatores locais é reconhecida e existe a probabilidade de que, sem tomar os devidos cuidados, a descentralização possa servir para incrementar diferenças entre municípios mais do que as reduzir. Nesta opinião, portanto, existe espaço para o sistema de saúde formal influenciar a organização social e a cultura política local e oferecer um potencial para mudança. (ATKINSON et al, 2000)

SILVA (2001) revisando na literatura sobre a análise do local e o setor saúde identifica posições que vão desde a supervalorização até a negação. Para este autor nenhum dos dois extremos traz uma abordagem adequada.

Existe mútua interferência entre o “central” ou “global” e o “local”. Não é possível analisar as políticas locais sem considerar os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais mais amplos. Por sua vez, também é preciso reconhecer que os grupos locais, mediante o exercício do poder local, podem influenciar no encaminhamento das políticas de saúde. (SILVA, 2001, p.93)

Assim, as arenas decisórias locais são permeadas por alianças e conflitos, sofrem pressões diretas dos usuários para atendimento de suas necessidades de um lado e dos governos centrais e da falta de recursos de outro constringindo a possibilidade de atender a estas necessidades, gerando um quadro complexo e contraditório. A maior penetrabilidade do poder local pela sociedade civil é uma das características importantes para determinar alguns dos benefícios verificados no processo de descentralização da gestão da saúde (SILVA, 2001)

Segundo MERHY (1992) não basta identificar como as políticas do setor saúde são institucionalizadas e quais as correntes tecnológicas que estão articuladas com a elaboração dos modelos tecno-assistenciais em disputa. Torna-se ainda necessário buscar compreender como estes se articulam no processo social concreto, onde estão em jogo projetos de sujeitos sociais em uma determinada sociedade.

O caminho metodológico proposto, portanto, é aquele que, partindo da 'leitura' das políticas governamentais em saúde, enquanto um dado modelo tecno-assistencial, 'vai atrás' da sua institucionalização no interior da sociedade, que se apresenta como uma permanente dialética entre o instituído e o instituinte. O que se pretende é tratar o instituído como expressão de um dado processo de institucionalização, a partir das dinâmicas políticas particulares, configuradas pelos vários sujeitos sociais em suas disputas políticas. (MERHY, 1992, p.21)

No caso da Reforma Sanitária Brasileira, também pode ser evidenciada uma presença muito marcante no discurso corrente, especialmente em parcela significativa das lideranças do movimento sanitário, do peso que o fortalecimento da gestão local do sistema de saúde teria para contribuir em mudanças na organização social e política local.

Contudo, para alguns autores, o fator principal na determinação do sucesso ou não desta reforma é de "natureza política", correspondendo à capacidade de articulação de forças sociais que permitam a sustentação deste projeto, o qual busca

uma nova forma de organizar os “modos de vida e de atenção à saúde”. (CAMPOS, 1991)

Dentro deste contexto, a gestão de serviços de saúde ocupa uma posição subordinada, dependente da política hegemônica em um dado período. No entanto, convém não tomarmos esta lógica em sentido mecânico, sob pena de ignorarmos o papel e a importância que as contradições internas ao sistema de saúde têm na sua própria transformação e mesmo na manutenção e reprodução de um determinado estado de coisas. Ou seja, a adoção de um dado padrão de gerência de sistemas de saúde é um elemento tão essencial à manutenção de um determinado padrão de serviço como à sua reforma radical. Não que as técnicas de administração sejam neutras, podendo ser utilizadas para conservar ou transformar determinada estrutura; e, sim, que existem procedimentos diferentes para cada um destes objetivos. [...] A gestão de unidades é um meio ou para se consolidar um determinado processo de produção de ações de saúde ou para transformá-lo. Contudo, conforme cada um desses objetivos há que se trabalhar com diferentes técnicas, instrumentos e conteúdos de gerência. (CAMPOS, 1991, p.107-108)

Assim as atividades de gestão, suas “apostas”, seu processo de condução e sua direcionalidade, como também os recursos humanos são estratégicos em qualquer processo que se proponha a realizar mudanças no setor saúde.

Os avanços da descentralização do SUS e a existência de uma gestão interessada em viabilizar um processo de reforma, é condição necessária, mas não suficiente. Torna-se praticamente inviável implantar mudanças no modelo de atenção à saúde sem contar com o envolvimento direto dos gerentes e adesão dos trabalhadores de saúde tanto expressando a concordância com a proposta quanto se propondo a trabalhar para sua consolidação. (CAMPOS, 1991)

Enfim, pode-se considerar a gestão do SUS como um fator estratégico à reforma sanitária desde que e apenas se a entendermos como um instrumento de exercício de poder, e se estivermos dispostos a reverter o centralismo autoritário do poder de Estado – sempre, no Brasil, exercido segundo interesses privados e em detrimento do bem estar público -, e a fazer com que o jogo da democracia seja utilizado para estimular a criatividade, o empenho transformador dos sujeitos sociais envolvidos com a produção de serviços e com a promoção da saúde [...]. (CAMPOS, 1991, p.126)

MERHY (2002) destaca no espaço da gestão três questões que considera essenciais: a micropolítica dos processos de trabalho (conformação tecnológica da

produção dos atos em saúde, saberes que são empregados, profissionais que atuam e as representações do processo saúde-doença); os processos gerenciais para realizar o gerenciamento do cuidado (e como os diversos interesses de usuários, trabalhadores e gestores se expressam); e a “caixa de ferramentas” necessária para efetivar a gestão do sistema de saúde empregando um conjunto de ferramentas complexas para dar conta dos diversos terrenos da gestão (político, organizacional e produtivo).

Além disso, parece-me que um grande desafio dos que se preocupam com os processos de gerenciamento do cuidado em saúde, no interior dos estabelecimentos, é procurar a combinação ótima entre eficiência das ações e a produção de resultados usuários centrados, isto é, é procurar a produção do melhor cuidado em saúde, aqui considerado como o que resulta em cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Só que para isso, há que se conseguir uma combinação ótima entre a capacidade de se produzir procedimentos com a de produzir o cuidado. (MERHY, 2002, p.132-133)

VIEIRA-DA-SILVA et al. (2007) empregando o *triângulo de governo* de MATUS (1993) considera que a descentralização com uma adequada articulação dos componentes deste triângulo (projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade) contribuiria para fortalecer o poder local, as instituições públicas e a capacidade de gestão do SUS, assegurar aumento do acesso, da cobertura assistencial, integralidade, efetividade e do controle sobre os prestadores privados, otimização dos recursos públicos empregados, ampliação da participação popular e potencialização das propostas de mudanças nas práticas assistenciais.

Realizando cinco estudos de caso de municípios da Bahia em gestão plena do sistema municipal de saúde estes autores identificaram que o fato destes municípios terem assumido a gestão plena não significou melhoria automática na gestão e nas práticas de saúde, não parecendo que a descentralização por si só tenha conseguido garantir mudanças nestes sistemas locais de saúde. Consideram

que foi identificada a necessidade de uma boa articulação do *triângulo de governo* para que as condições que a descentralização possibilita pudessem resultar em alterações na gestão do SUS. Em especial, destacam o papel exercido pela liderança do gestor municipal da saúde para mobilizar a incorporação de inovações e potencializar a adesão dos atores. Esta adesão foi evidenciada na identificação do projeto de governo como “seu” e na perspectiva de se realizar profissionalmente nos serviços públicos. Estes elementos foram vistos como fundamentais para assegurar uma maior governabilidade. Consideram ainda que nos casos estudados foi evidenciado que as possibilidades de alterações no acesso, acolhimento, qualidade das práticas e do cuidado das pessoas estão mais dependentes da situação local do que das políticas e iniciativas federais e apontam a necessidade de investimentos na formação de quadros estratégicos como forma de contribuir para a ampliação da capacidade de governo. (VIEIRA-DA-SILVA et al, 2007).

VIANA et al. (2002) chegam a conclusões semelhantes no que diz respeito à tendência de que as variáveis que dizem respeito ao poder local têm sido mais diretamente responsáveis pelos resultados positivos ou negativos alcançados pelas políticas implementadas através do SUS, destacando a importância da relação entre o grau de autonomia alcançado pela gestão e as possibilidades de implantação de mudanças. Consideram ainda que a configuração do sistema de saúde dependa da relação entre as esferas de poder e o padrão de financiamento e gasto local com as ações e serviços de saúde.

Investigando 523 municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde estes autores identificaram resultados positivos com um melhor padrão de oferta na atenção básica, de média e alta complexidade, no tocante a capacidade instalada, produção de serviços e cobertura, além de melhorias no financiamento e gasto nos

diversos níveis de atenção. Consideram que as mudanças positivas no padrão de oferta estão relacionadas à aprendizagem institucional, ampliação da autonomia, receita, capacidade de gasto e aumento do gasto com pessoal. Concluem que o processo de descentralização do SUS estimulou um fortalecimento institucional das máquinas administrativas municipais. (VIANA et al., 2002)

Estas evidências de que o processo de descentralização amplia as possibilidades de melhorias no sistema de saúde dependendo fortemente dos atores locais e das condições em que se dá a gestão municipal ampliam a importância de investir em avaliações que busquem identificar como se dão estes processos de viabilização das políticas públicas de saúde em conjunturas concretas de implantação de sistemas municipais de saúde.

4. Modelos de atenção à saúde no SUS: 'Saúde da Família' e 'acolhimento': apostas de mudanças na produção das práticas, ali, no dia a dia do fazer saúde

A identificação dos limites dos modelos de atenção à saúde hegemônicos no Brasil e de experiências que têm buscado sua superação e a construção de intervenções que concretizem os princípios e diretrizes do SUS levaram a elaboração de diversas proposições, entre as quais têm se destacado: ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância da saúde, cidades saudáveis e promoção da saúde. (TEIXEIRA, 2002)

Segundo PAIM (2008), na década de 1980, empregava-se o conceito de “modelos assistenciais” para referir-se às formas de organização dos serviços de saúde, incluindo unidades de saúde que apresentam complexidades tecnológicas diferenciadas, as quais se relacionam entre si e com as populações. Posteriormente foram sendo construídas outras concepções sobre modelos assistenciais, entre elas:

- Forma de organização das unidades de saúde: estabelecimentos, redes e sistemas;
- Forma de organização do processo de prestação de serviços: atenção à demanda espontânea, oferta organizada / ações programáticas, vigilância da saúde (território, condições e modos de vida, integralidade);
- Forma de organização das práticas de saúde para atendimento às necessidades e aos problemas de saúde (individual e coletiva):

promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, tratamento e reabilitação;

- Modelo tecno-assistencial “em defesa da vida”: gestão democrática, saúde como direito de cidadania, serviço público de saúde voltado para a defesa da vida (individual e coletiva), maneira de gerir e agir no campo das ações de saúde.

Segundo este autor a teoria do processo de trabalho em saúde propicia os elementos centrais para o desenvolvimento da compreensão e da crítica aos modelos assistenciais, os quais refletem diversas combinações tecnológicas, sendo um modo de utilizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) disponíveis para as intervenções necessárias sobre riscos e danos à saúde orientando as ações a serem desenvolvidas. (PAIM, 2008)

Portanto, modelos assistenciais ou modelos de atenção representam tecnologias estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) de uma população que, por sua vez, expressam necessidades sociais, historicamente definidas. Não são normas nem exemplos a serem seguidos, mas formas de articulação das relações entre sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde. Não se reduzem às formas de organização dos serviços de saúde nem aos modos de administrar, gerenciar ou gerir um sistema de saúde, ainda que possam interagir, sinergicamente, com as dimensões gerencial e organizativa de um sistema de serviços de saúde nas estratégias de transformação. Constituem, enfim, racionalidades diversas que informam as intervenções técnicas e sociais sobre as complexas necessidades humanas de saúde. (PAIM, 2008, p. 571)

Para MERHY (1992) foram sendo gestadas propostas de mudança nos “modelos tecno-assistenciais em saúde”, enquanto políticas governamentais que são e se constituindo como projetos de forças sociais. Esses modelos apresentam vínculos com determinadas correntes de pensamento existentes no campo das ações de saúde e com as questões políticas mais gerais em disputa na sociedade.

As correntes são fonte dos projetos tecno-assistenciais das políticas da área e, ao mesmo tempo, expressões de alguns formuladores que conseguiram elaborar estratégias no campo da Saúde Pública. [...] As formulações não se apresentam apenas como saberes tecnológicos, pois se colocam, antes de tudo, como estratégias de políticas públicas, ou seja, como projetos de organização social das ações de saúde enquanto serviços. Deste ponto de vista, portanto, as formulações, enquanto modelos tecno-assistenciais interessam na medida em que expressam a construção de políticas de Saúde Pública, ainda que baseadas em saberes sobre a saúde e a doença. [...] Interessa saber tanto o que as várias correntes tecnológicas concebem como seu problema de saúde, quanto às práticas e suas finalidades, além da organização social dessas práticas enquanto serviços, situando em seu campo a conformação dos agentes e dos usuários e a constituição das 'máquinas' burocrático-administrativas. Isso aproxima o conceito de modelo tecno-assistencial da idéia de projetos de políticas que são formulados em conjunturas sociais determinadas, que conjugam estratégias de organização da prática como implantação dessas políticas. (MERHY, 1992, p.25-26)

Segundo MERHY (1997), para a construção de modelos tecnoassistenciais são tomados como base os saberes tecnológicos e estes modelos correspondem a projetos políticos formulados por atores sociais. Diversos atores constroem seus projetos em disputa na sociedade. Cada modelo assistencial estabelece uma forma de relação entre usuários e trabalhadores de saúde com a mediação da gestão.

O SUS tem sido um espaço de disputa entre modelos assistenciais diversos. O espaço municipal tem sido o *locus* privilegiado para os experimentos que têm buscado um modelo de atenção que atenda os princípios definidos para o SUS nos texto constitucional e infraconstitucionais. (VIACAVA et al., 2004)

MERHY (1992) define que um projeto pode ser considerado um modelo tecno-assistencial quando apresentar as seguintes dimensões: a) elaborando projetos tecno-assistenciais os formuladores das políticas produzem projetos políticos e não saberes tecnológicos, sendo que estes últimos servem de base; b) um modelo tecno-assistencial deve descrever o seu problema de saúde, suas práticas, a que servem, como organizá-las enquanto serviços, quais são os trabalhadores envolvidos e quem são seus usuários; c) um modelo tecno-assistencial representa a organização de uma forma de poder político sob

configuração institucional, portanto expressando uma dada conformação de Estado; d) um modelo tecno-assistencial deve construir uma visão sobre os outros modelos em disputa no cenário.

A busca da superação do modelo médico hegemônico liberal implicaria na incorporação de métodos gerenciais mais coletivos nas instituições de saúde, compartilhando e reorganizando os processos de trabalho, atuando na perspectiva de fazer com que as organizações de saúde assumam uma “lógica usuário-centrada” que permita estreitar os vínculos entre trabalhadores e usuários, garantir compromisso entre o serviço e os seus usuários e assegurar a realização de intervenções em saúde mais resolutivas (MERHY, 2002)

Entretanto, para um modelo que quer pautar-se pelo lugar central que os usuários podem ocupar, e pela maneira como isto força a expressão de um contrato que se ordenará pela defesa da vida individual e coletiva, deve-se procurar entender, abstratamente, os potenciais que cada ator coloca em cena. Sabendo-se explorar as tensões que eles contêm, pode-se impor linhas de produção de contratualidades que modifiquem o sentido dos modelos de atenção que hoje são hegemônicos. Ou mesmo, o contrário, pois desse ponto de vista o cenário é aberto e incerto. (MERHY, 2006, p.19)

Contudo se as ações de gestão não conseguem alterar a forma como são estabelecidas as relações entre trabalhadores e usuários nos serviços, terminam por não impactar em transformações efetivas no modelo de atenção à saúde, sem agregar resolutividade ao cuidado e sem aproveitar o potencial da atuação dos trabalhadores com vistas a defesa da vida das populações alvo do sistema de saúde. (MERHY, 2006)

MERHY (2006) considera que se o objetivo é alcançar alterações que permitam a construção de modelos de atenção usuário-centrados são necessárias “caixas de ferramentas” que ampliem as possibilidades de: governar as arenas institucionais, nas quais múltiplos atores estão em cena, possibilitando suas expressões e decisões; ampliar a autonomia dos usuários desenvolvendo o cuidado

em saúde com configurações tecnológicas que empregam centralmente tecnologias leves; e empregar lógicas administrativas que tornem mais eficiente o agir em saúde, contudo sem permitir que a racionalidade econômica subjuga a racionalidade cuidadora, e otimizar o emprego de procedimentos em uma lógica usuário-centrada; desenvolver a gestão cotidiana de forma compartilhada, fortalecendo o protagonismo dos trabalhadores e negociando e pactuando contratos com estes.

Para este autor (MERHY, 2006) torna-se, portanto necessário:

publicizar o exercício privado do agir, sem matá-lo, com processos organizacionais centrados nas competências [...] dos múltiplos trabalhadores de saúde, e no reconhecimento da conformação multireferenciada do campo da saúde, tendo como eixo o ordenamento a partir do mundo dos interesses dos usuários. Único ator que pode colocar seu foco privado para publicizar os outros na constituição de um modelo descentrado da lógica dos meios; construir uma caixa de ferramentas para os gestores do cotidiano que contenha a inteligência já produzida para administrar processos estruturados e que se abra para a incorporação de qualquer saber que possibilite atuar sobre esses processos de produção, que emergem sempre em fluxos de grandes incertezas. (MERHY, 2006, p.34-35)

No entanto, apesar dos grandes esforços efetivados durante todo o processo de implantação do SUS as mudanças do modelo de atenção visando superar a hegemonia existente do modelo médico hospitalar privatista têm sido limitadas.

Gestores de municípios de diferentes portes, na maioria das vezes, acabam “conformando-se” em manter o instituído, tendo em vista as enormes dificuldades para operar as mudanças nos processos de produção do cuidado, pois o modelo médico hegemônico tem sido forte o suficiente para resistir às tentativas de reforma das práticas sanitárias, nos 16 anos de história de construção do SUS. (PIMENTA, 2006, p.15)

Mesmo com as mudanças importantes realizadas com o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, entre elas o grande fortalecimento do poder das esferas municipais de gestão do SUS, as alterações efetivadas no âmbito do processo de trabalho em saúde não foram possíveis de serem viabilizadas em todo o país, ficando em geral limitada a determinadas experiências.

Para VIEIRA-DA-SILVA et al. (2007) as mudanças relacionadas às práticas assistenciais ainda se encontram na maior parte dos municípios em um estágio incipiente, sendo que as alterações relativas a ampliação do acesso, incorporação do acolhimento e qualificação das práticas não conseguem se aproximar da “imagem-objetivo” estabelecida para o cuidado das pessoas prestado pelo SUS.

Cabe, contudo, identificar que o processo de descentralização operacionalizado através municipalização da saúde tem favorecido a efetivação de experiências importantes em diversos municípios e a construção de políticas mais adequadas às necessidades da organização dos serviços e das realidades locais, especialmente frente às grandes diferenças existentes entre os municípios e regiões.

Entre estas políticas que foram desenvolvidas, a Saúde da Família (PSF) tem se configurado no Brasil, como a principal estratégia impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde (pelo menos discursivamente) no âmbito do SUS. Apesar das dificuldades encontradas, em especial nos grandes centros urbanos, tem demonstrado grande potencial de fortalecer a implantação do acolhimento na rede básica, o vínculo entre equipe, serviço e usuário, e a humanização do atendimento. (GOMES & PINHEIRO, 2005; PINHEIRO, 2001)

Para PIMENTA (2006) a proposta do Programa de Saúde da Família (PSF) mesmo com as limitações apresentadas colocou na agenda política nacional do SUS a discussão acerca da incorporação de tecnologias mais adequadas no âmbito da atenção primária à saúde.

A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. A doutrina de cuidados primários de saúde da conferência de Alma-Ata já havia, anteriormente, influenciado a formulação das políticas de saúde no Brasil, e seus princípios foram traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS. Contudo, uma política específica, nacional, de atenção primária

para todo o país nunca havia sido formulada, ainda que diversas experiências localizadas tenham sido implementadas de modo disperso. (ESCOREL et al., 2007, p.164)

Cabe destacar que a construção da proposta do PSF se deu em um cenário bastante adverso. Nos governos Collor e FHC a direção principal das políticas econômicas e sociais foram dadas para a reestruturação do gasto público. A garantia do ajuste fiscal como prioridade, a privatização de estatais, o fortalecimento do mercado, e o desprivilegiamento das instituições públicas estatais estiveram hegemonizando as políticas públicas. (PIMENTA, 2006)

Contudo o debate sobre esta proposta e a sua implantação efetiva se deu com diferentes atores disputando seus projetos e construindo nas redes básicas de saúde municipais experiências importantes que em muito influenciaram a evolução da proposta no discurso ministerial e dos demais gestores.

Com a diversidade do país e as diferenças, inclusive partidárias, entre as orientações do governo federal de FHC e as orientações de muitos governos municipais, o projeto político do PSF acabou sendo o resultado da ação concreta dos diversos atores que disputavam a hegemonia na definição dos rumos do SUS em nosso país, no processo da Reforma Sanitária em curso desde a década de 80. Gestores municipais com maior capacidade de governo, tanto no que diz respeito à experiência acumulada na gestão, como em relação à disponibilidade financeira e tecnológica, e interessados em investir na mudança do modelo médico hegemônico e em modelos de gestão mais democráticos, foram capazes de adequar o PSF à realidade local e usar a estratégia para reorientar a mudança da atenção básica, investindo em mudanças nos processos de trabalho e de gestão do cuidado. (PIMENTA, 2006, p.55-56)

Em 1997 existiam 1.623 equipes de saúde da família em atividade. Já em 2007 eram 27.806 equipes. Com isso a população coberta passou de 5,6 milhões em 1997 para 87,7 milhões em 2007. (BRASIL, 2008)

Contudo, a expansão do PSF, que se deu de forma bastante rápida, passando de uma cobertura populacional de 0,7% em 1995 para 29% em 2002, graças, em especial a uma forte ação indutora do Ministério da Saúde, terminou por

evidenciar dificuldades importantes. A proposta de reestruturação do modelo assistencial com base, entre outras diretrizes, na integralidade implica em mobilizar e dispor de recursos, profissionais preparados e uma rede articulada por um sistema de referência entre os serviços de saúde de vários níveis de complexidade. Como estas exigências em geral não têm sido asseguradas o PSF corre o risco de ficar limitado a uma estratégia de atenção primária simplificada para populações excluídas. A expansão do PSF se deu em condições estruturais heterogêneas nos estados e municípios implicando e diferenças substantivas na formatação do programa em cada município. (MACHADO, 2006)

Em estudo em que analisam diversos problemas identificados na proposta da estratégia de saúde da família, FRANCO & MERHY (2006) assinalam uma grande “força de atração do PSF”:

Mesmo com todos esses problemas verificados até aqui, o Programa de Saúde da Família aparece no cenário das políticas de saúde no Brasil, com capacidade de seduzir amplas camadas da população, carentes que estão de assistência. Esta adesão é verificada, também, entre setores significativos dos formuladores de políticas e gestores, participantes do movimento reformista da saúde, que têm apostado na construção do SUS. Por que uma adesão tão ampla a uma proposta que responde de forma limitada às necessidades de atenção a saúde da população e se apresenta frágil diante dos desafios que estão colocados para “mudar o modelo assistencial”. (FRANCO & MERHY, 2006, p.112)

Estes autores atribuem esta “força de atração” as seguintes grandes razões (FRANCO & MERHY, 2006): a) raízes comuns entre as propostas do movimento de reforma sanitária e as do PSF, com ambos empregando bases conceituais da epidemiologia e buscando a construção de práticas orientadas pela vigilância à saúde; b) semelhanças entre as propostas do PSF e as da Medicina Comunitária e Cuidados Primários em Saúde, as quais têm na Organização Mundial de Saúde (OMS) sua principal referência institucional e o fortalecimento da idéia do PSF como uma alternativa ao modelo médico hegemônico; c) o PSF emprega um discurso

“populista” se propondo a ser um instrumento de inclusão da população mais carente aos cuidados em saúde; d) a indução financeira efetivada pelo Ministério da Saúde que amplia o acesso aos municípios de recursos financeiros para a atenção básica pautada pelo PSF; e) as características positivas desenvolvidas pelo PSF, especialmente a adscrição de clientela, que permite vínculos entre usuários e a equipe de saúde e amplia a responsabilização desta equipe pelo cuidado prestado à população coberta.

Contudo, as mudanças que são indispensáveis implicam em necessariamente ir além da existência de uma equipe de composição multiprofissional, da adscrição de clientela e de um melhor aporte de recursos, que mesmo ampliados são ainda insuficientes para assegurar plenamente uma atenção básica de qualidade.

Para remodelar a assistência à saúde, o PSF deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar de forma ‘tecnologias leves dependentes’, mesmo que para a produção do cuidado seja necessário o uso de outras tecnologias. Portanto, pode-se concluir que a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. Podem haver PSF médico-centrados assim como outros usuários-centrados; isso vai depender de conseguir reciclar a forma de produzir o cuidado em saúde [...] e dizem respeito aos diversos modos de agir dos profissionais em relação entre si e com os usuários. (FRANCO & MERHY, 2006, p.122)

A Saúde da Família partindo da crítica ao atual modelo assistencial, que tem a assistência médica individual como o centro da assistência, propõe reorganizar o processo de trabalho em saúde através de equipes multiprofissionais e herda a concepção da Vigilância à Saúde (FRANCO & MERHY, 2006).

Nesse particular, a intervenção mais ampla realizada no Brasil visando à modificação do modelo de atenção hegemônico talvez possa ser creditada à reorganização da atenção básica, particularmente por meio do PSF, vinculado à vigilância da saúde. Estas duas propostas alternativas de modelo de atenção têm sido reconhecidas como eixos reestruturantes do SUS. Entretanto, cabe ressaltar que muitas das propostas mencionadas são relativamente complementares e convergentes. Assim, o PSF progressivamente tem-se articulado com a vigilância da saúde e com o acolhimento, dispondo, ainda, de uma grande potencialidade de ajudar na construção da viabilidade de ações programáticas, da promoção da saúde e das cidades saudáveis. (PAIM, 2004, p.20)

Contudo, o processo de implantação do PSF apresenta nas suas diversas experiências nos mais variados municípios grandes variações frente às diferenças entre os mesmos e as desigualdades regionais e sociais da realidade nacional. Nos pequenos municípios, que em sua maioria tinham baixa oferta assistencial ou mesmo nenhuma, a velocidade de implantação foi acelerada, contribuindo para ampliação do acesso destas populações a atenção básica. Já nas grandes cidades o ritmo de implantação tem se mostrado ainda lento, enfrentando um cenário de maior complexidade, onde a oferta existente através de uma rede de serviços limitada, desarticulada e mal distribuída convive com grande exclusão no acesso aos serviços de saúde de parcela importante da população. (SCOREL et al., 2007)

Naqueles municípios em que houve mudanças na gestão e nos processos de trabalho, buscando organizar os serviços visando atender as necessidades de saúde da população, a atenção básica organizada com equipes do PSF vem contribuindo para mudanças no modelo assistencial. (PIMENTA, 2006)

As experiências bem sucedidas de PSF, que adquirem maior visibilidade, são aquelas que conseguiram mudar o modelo médico centrado, o que acaba dando a falsa idéia que em todos os municípios que adotaram o PSF houve mudança de modelo. (PIMENTA, 2006, p.157)

Os autores de estudo que realizou uma avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos brasileiros em 2002 (SCOREL et al., 2007), (entre eles Vitória da Conquista - Bahia), identificaram na síntese dos principais resultados que:

Quando adotado como estratégia de mudança, foram observadas singularidades locais sugestivas das especificidades do processo de substituição da atenção básica pela equipe de saúde da família em grandes centros urbanos e da criatividade dos gestores locais; em alguns casos, o PSF desencadeou a reorganização do sistema de atenção, realizando-se como estratégia estruturante do sistema municipal. (SCOREL et al., 2007, p.175)

Segundo PAIM (2008) determinados municípios viriam a implantar o PSF enquanto uma estratégia visando mudança na atenção básica e no sistema municipal de saúde como um todo, realizando uma aproximação entre esta estratégia e as propostas de vigilância da saúde, oferta organizada e acolhimento.

Nesse caso, não se trata de entender um modelo alternativo como um poder vir a ser, mas como uma combinação de tecnologias que depende, concretamente, de uma correlação de forças favoráveis a mudanças. Assim, em situações adversas, o PSF tende a se apresentar como um programa vertical como qualquer outro. No entanto, quando as forças das mudanças adquirem proeminência em relação à da conservação, o PSF pode se transformar em estratégia. (PAIM, 2008, p.567)

Alguns autores identificam no PSF o instrumento de reforma incremental no SUS, não apenas pela gigantesca ampliação do acesso efetivada como também por ter incorporado inovações no modelo de atenção, na organização do sistema de saúde, e na criação de novas modalidades de financiamento - repasses de recursos federais pelo número de equipes e não por procedimentos realizados. Destaca-se ainda a implantação dos pólos de capacitação em saúde da família, que representou importante iniciativa na formação de recursos humanos em saúde, estratégias diferenciadas de assistência com acompanhamento de grupos mais vulneráveis ou com patologias crônicas e o desenvolvimento de instrumentos gerenciais (inclusive com um sistema de informação que incorporou novas lógicas para construção de indicadores). (MACHADO, 2006)

Contudo, TEIXEIRA (2002, p.88) considera que “nenhuma das propostas e experiências em processo no país dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos na problemática do modelo assistencial. São respostas parciais, que precisam ser conhecidas e articuladas”.

A partir da análise das principais atribuições das equipes de saúde da família, alguns autores, entre eles CAMPOS (2003) têm identificado que estas são coerentes

e estão em perfeita sintonia com a proposta de 'vigilância da saúde'. Considera ainda que este tipo de atuação para além das equipas de saúde da família deve ser disseminada no conjunto dos serviços, desde a atenção básica até a atenção hospitalar, envolvendo nessa lógica assistencial inclusive outros equipamentos e aparelhos sociais.

Para PAIM (2008) a Vigilância da Saúde trabalha com as seguintes noções centrais: problemas de saúde, respostas sociais, correspondência entre níveis de determinação e níveis de intervenção (controle de causas, de riscos e de danos) e práticas sanitárias (promoção, proteção e assistência).

Apóia-se na ação intersetorial e procura reorganizar as práticas de saúde no nível local com as seguintes características: 1) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); 2) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; 3) utilização do conceito epidemiológico de risco; 4) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; 5) atuação intersetorial; 6) ações sobre o território; 7) intervenção sob a forma de operações. (PAIM, 2008, p.566)

Assim, a articulação entre “Saúde da Família”, “Vigilância da Saúde”, “Promoção da Saúde” e “Acolhimento” seria uma proposta possível, desejável e necessária para a construção de um modelo de atenção à saúde coerente com os princípios e diretrizes do SUS com a conjugação de elementos conceituais, metodológicos e operacionais. (TEIXEIRA, 2003; TEIXEIRA, 2004)

O "acolhimento" significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema.

A incorporação do acolhimento permite reorganizar o serviço, visando garantir o acesso universal, resolutividade da atenção prestada e humanização do atendimento. A idéia central do acolhimento e sua diretriz operacional está situada

na necessidade de viabilizar uma resposta positiva e adequada ao problema de saúde do usuário. (FRANCO, BUENO & MERHY, 1999)

O acolhimento propõe inverter a lógica da organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.; b) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.; c) qualificar a relação trabalhador-usuário com base em valores humanitários de solidariedade e cidadania. (FRANCO, BUENO & MERHY, 1999, p.347)

Por conseqüência, o Acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária. (CAMPOS, 1998; MALTA et al, 1998; MERHY, 1994; MERHY, 1997; MALTA & MERHY, 2002)

[O acolhimento cria] [...] a possibilidade de ‘pensar’ a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção, ao permitir pensar sobre os processos institucionais por onde ‘circulam’ o trabalho vivo em saúde, expondo o seu modo privado de agir a um debate público no interior do coletivo dos trabalhadores, a partir de uma ótica usuário-centrada. (FRANCO, BUENO & MERHY, 2006, p.38)

Sendo visto como uma parte do processo de produção em saúde, o Acolhimento pode “provocar ruídos” no serviço, em especial nos mecanismos que o serviço lança mão para receber os usuários, identificar suas necessidades, buscando assegurar direitos e responsabilidades estabelecidas em certo modelo de atenção à saúde.

Como etapa do conjunto do processo de trabalho que o serviço desencadeia, na sua relação com o usuário, o Acolhimento pode analiticamente evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários (portadores das necessidades centrais e finalísticas de um serviço) estão submetidos, nas suas relações com ‘o quê’ os modelos de

atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde, para si. (FRANCO, BUENO & MERHY, 2006, p.39)

O acolhimento é, portanto um complexo de trabalho tecnológico que produz relação com necessidades, vinculação, resolutividade e continuidade do cuidado.

TEIXEIRA (2002) sistematizando propostas que têm tentado dar conta da problemática do modelo assistencial considera que propostas que visam incorporar o “acolhimento” e o “vínculo” entre usuários e trabalhadores da saúde, também têm contribuído para desvelar e problematizar a “(des)humanização” do atendimento, determinada, principalmente pela tecnificação do cuidado à saúde. Dessa forma a introdução do “foco no cliente” e a incorporação de alterações substantivas nos processos de trabalho nos serviços de saúde poderiam problematizar certos aspectos críticos do modelo médico hegemônico.

Na perspectiva de incorporação do “acolhimento” nos serviços de saúde, FRANCO et al. (1999) sistematizaram como princípios para organizar o serviço de forma usuário-centrada: o atendimento de todos os usuários que buscam os serviços de saúde (acessibilidade universal); a reorganização do processo de trabalho, com o deslocamento do seu eixo central, do médico para a equipe multiprofissional; e a qualificação da relação entre trabalhador da saúde e usuário do serviço, que deve ser reconstruída a partir de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Dado que nas práticas de saúde individual e coletiva, o que buscamos é produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as ‘pessoas’, como caminho para defender a vida, reconhecemos que sem ‘acolher’ e ‘vincular’ não há produção desta responsabilização nem ‘otimização tecnológica’ das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença. (FRANCO, BUENO & MERHY, 2006, p.40)

SILVA JÚNIOR & MASCARENHAS (2004) desenvolvendo aspectos conceituais e metodológicos da avaliação da atenção básica em saúde identificam

quatro dimensões do “acolhimento”: “acesso” - geográfico e organizacional; “postura” - escuta, atitude profissional-usuário e relação intra-equipe; “técnica” - trabalho em equipe, capacitação dos profissionais e aquisição de tecnologias, saberes e práticas; “reorientação de serviços” - projeto institucional, supervisão e processo de trabalho.

Para estes autores, trabalhar o “acolhimento” enquanto postura pressupõe uma atitude da equipe de saúde que permita receber bem os usuários e escutar de forma adequada e humanizada as suas demandas, inclusive solidarizando-se com o sofrimento. Dessa maneira é possível construir relações de confiança e apoio entre trabalhadores e usuários. A discussão sobre acolhimento nas unidades, levanta questões relativas a qualidade do acesso e da recepção dos usuários e determina uma mudança do foco de tensionamento para dentro dos serviços, estabelecendo a relação médico-paciente como o caso mais emblemático. Nesta dimensão do acolhimento como postura também se situam as relações ao interior da própria equipe de saúde e entre níveis de hierarquia na gestão.

Em outra dimensão, o “acolhimento” enquanto técnica implica na construção de ferramentas que contribuam para a escuta e análise, identificando entre as soluções possíveis de serem ofertadas as mais adequadas às demandas apresentadas. A composição da equipe traduziria a incorporação de novos agentes e alterações no próprio processo de trabalho, relativas a mudanças na forma como os serviços são organizados. Assim, o “acolhimento” assume a condição de reorganizador do processo de trabalho, de “diretriz de serviço”, identificando demandas dos usuários e reorganizando o serviço. As atividades de acolhimento teriam objetivo de buscar ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde.

Como a organização de serviços, o acolhimento detém uma proposta, um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. A proposta de trabalho para o serviço orienta desde o padrão da composição de trabalho na equipe, o perfil dos agentes buscados no processo de seleção, de capacitação, os conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos, até os conteúdos programáticos e metodológicos da supervisão e da avaliação de pessoal. Nesse contexto, tem destaque a supervisão, considerada importante no modo de organização de serviços no acompanhamento do cotidiano do trabalho. Esse quadro implica reflexão a respeito do próprio processo de trabalho e das necessidades de saúde. (SILVA JÚNIOR & MACARENHAS, 2004, p.246)

Outros autores têm ressaltado a importância de expandir as fronteiras das propostas de “acolhimento” para além dos limites da atenção básica em saúde. MALTA et al. (1998) consideram que a implantação do “acolhimento” não deve se restringir as unidades básicas de saúde e outras portas de entrada do sistema de saúde, mas pressupõe uma postura de receber bem e resolver o problema dos usuários do SUS no Sistema Municipal de Saúde como um todo.

A diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos não pode se resumir às unidades básicas, mas deve permear todo o sistema, modulando os demais níveis da assistência (especialidades, urgência, hospitais), as áreas técnicas ou meios, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo técnico-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva. (MALTA et al., 1998, p.141)

A partir dos conceitos mais correntes sobre “acolhimento”, anteriormente sistematizados e das principais experiências de implantação desenvolvidas podemos identificar três grandes âmbitos de incorporação desta proposta no Sistema Único de Saúde, onde o “acolhimento” aparece como:

a) Postura/prática do profissional de saúde frente ao usuário em seu processo de trabalho individual e coletivo (em equipe);

b) Ação gerencial de reorganização do processo de trabalho da unidade de saúde visando melhor atender aos usuários e ampliar a capacidade de identificar e resolver os problemas;

c) Diretriz para as políticas de saúde, objetivando criar, nos diversos pontos de atenção do sistema de saúde capacidade para dar respostas às demandas apresentadas pelos usuários disponibilizando as alternativas tecnológicas mais adequadas.

Consideramos que essa terceira alternativa, de trabalhar o “acolhimento” enquanto diretriz para as políticas de saúde, transforma essa proposta em uma eficiente estratégia para operacionalizar as principais diretrizes do SUS. (SOLLA, 2005)

Assim, o “acolhimento” é mais do que uma triagem qualificada ou uma “escuta interessada”, pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais. Além disso, rompe com a lógica hegemônica de agendas fechadas e pré-definidas e busca redirecionar a demanda espontânea para atividades organizadas pelo serviço para oferta programada. Implica em integração horizontal e vertical no sistema de saúde criando mecanismos que permitam identificar e acionar os recursos necessários para dar resposta adequada a cada ordem de problema identificado. (SOLLA, 2005)

Apostar no acolhimento assim pressupõe certa concepção de necessidades e forma tecnológicas de captá-las através de “tecnologias leves” comandando as “leve-duras”, além de reorganizar a lógica de encontro micropolítico entre os trabalhadores de saúde e os usuários. (FRANCO, BUENO & MERHY, 2006; MERHY, 2002)

Dessa forma a incorporação da proposta de “acolhimento” pode contribuir para uma efetiva responsabilização clínica e sanitária por parte do sistema de saúde e construir vínculos entre usuários e trabalhadores.

Isso implica em incorporar esta diretriz na construção das políticas de saúde, na implantação dos sistemas municipais de saúde, viabilizando os diversos pontos de atenção e recursos tecnológicos adequados na rede básica, na rede de urgência/emergência, nas unidades ambulatoriais especializadas (de acesso direto e de acesso mediado por centrais de regulação), na rede Hospitalar, implantando centrais de regulação e serviços de apoio terapêutico e social, e constituindo e fortalecendo espaços de controle social. (SOLLA, 2005)

Diversas experiências municipais têm sido levadas a termo nos últimos anos buscando através da implantação da estratégia de saúde da família, do acolhimento e de outros mecanismos indutores de mudanças no modelo de atenção alcançar melhorias substantivas na ampliação do acesso e da qualidade dos serviços prestados.

Essas mudanças ocorreram em municípios, cujos gestores de saúde conseguiram investir em projetos que contaram com a adesão dos trabalhadores da saúde e com apoio social, desenvolvendo experiências que alteraram os processos de produção do cuidado, geralmente em áreas específicas, onde houve muito investimento para criação de novas práticas de saúde, como foi o caso da Saúde Mental, Saúde do Trabalhador e algumas experiências de mudanças na atenção básica, que não se limitaram em mudar a estrutura dos serviços de saúde, mas avançaram nas mudanças dos processos de trabalho, onde ocorre de fato a produção da saúde. (PIMENTA, 2006, p.36)

No entanto, em geral estes processos de mudança não resistem à mudança da gestão. Cabe discutir se há uma superestimação do poder da gestão em induzir mudanças, uma subestimação do poder contra instituinte dos trabalhadores em relação às mudanças ou se fato ocorreram nestas experiências mudanças efetivas na micropolítica do cuidado, na direção de estabelecer novas relações entre

trabalhadores e usuários e novas formas de realizar o cuidado no cotidiano dos serviços. (PIMENTA, 2006)

Cabe registrar que a troca da gestão, implica em mudança da direção política exercida na máquina pública, com alteração das políticas implementadas, das prioridades de alocação de recursos e das diretrizes implementadas na gestão do trabalho no setor público.

É necessário refletir sobre a possibilidade dos trabalhadores manterem, sem apoio da gestão, uma prática de produção do cuidado contra hegemônica, ainda que ela tenha sido implantada com apoio e pela vontade destes trabalhadores. Por um lado, para que as mudanças ocorram é indispensável que os trabalhadores sejam sujeitos no processo de implantação das mesmas, por outro, os trabalhadores dificilmente conseguiriam implantar novas práticas de cuidado usuário-centradas se não tiver apoio do governo para que estas mudanças ocorram. (PIMENTA, 2006)

Por outro lado, [...] para construir práticas de produção do cuidado centradas nas necessidades de saúde dos usuários deve haver mudanças na gestão e nos processos de trabalho. Para que haja mudança na micropolítica dos espaços de produção do cuidado, é necessária combinação de dispositivos de gestão, que induzam e apoiem essas práticas, e o protagonismo dos trabalhadores de saúde. Essa combinação não elimina os conflitos entre direção das equipes de governo e equipes de serviços, pois as diretrizes centrais, ainda que num espaço democrático, chocam-se, muitas vezes, com a autonomia das equipes; e esses conflitos devem ser tratados como constitutivos da gestão de organizações complexas, como é o caso da saúde. (PIMENTA, 2006, p.38)

O enfrentamento do modelo médico hegemônico e dos interesses que o sustentam implica necessariamente em mudanças na administração da gestão do sistema de saúde e da máquina pública. Para tanto se torna necessária a articulação de um movimento contra hegemônico forte e sustentado, que articulado pelos atores interessados e comprometidos com as mudanças a serem efetivados possa construir uma governabilidade que permite implantar as mudanças nos processos de trabalho

em saúde, estimulando a participação e o envolvimento dos trabalhadores e dos usuários e viabilizando modelos democráticos de gestão. (PIMENTA, 2006)

A busca desta governabilidade está relacionada inclusive à incorporação de tecnologias que possibilitem uma ação sustentável no campo tanto da política e das práticas institucionais quanto ao interior do processo de trabalho nos serviços de saúde. (MERHY, 2002)

O que se observa é que, em geral, os municípios não têm conseguido enfrentar o modelo hegemônico e imprimir as mudanças necessárias. Em muitos casos, mesmo com a vontade política dos gestores presente para implementar modelos assistências usuário-centrados, não dispõem da tecnologia necessária, tendo muita dificuldade em mudar a forma de realizar a gestão do sistema de saúde e dos serviços sob sua responsabilidade. Essas dificuldades são ampliadas pela insuficiência do financiamento que limita os recursos disponíveis e as barreiras de captação de profissionais para compor as equipes, em especial do profissional médico. (PIMENTA, 2006)

5. Estudos de implementação de políticas públicas

Segundo PAIM & TEIXEIRA (2006) uma “Política de Saúde” é

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. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*Policy*). Assim, a palavra política na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. Apesar disso, 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. Portanto, política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento. (PAIM & TEIXEIRA, 2006, p.74)

Para FLEURY & OUVENEY (2008) políticas de saúde correspondem a processos de decisão nos quais participam atores que representam interesses sociais e acontecem ao interior de instituições e organizações. Através das políticas de saúde são definidas prioridades e estratégias para articular os meios necessários ao alcance dos fins estabelecidos. A construção de uma dada política de saúde envolve um ciclo com as seguintes etapas: elaboração, implantação e execução. Diversos são os atores que participam deste processo e as relações de poder expressas em espaços (arenas) através de regras e processos estabelecidos irão conformar a definição da política de saúde.

No Brasil atualmente a estrutura decisória da política de saúde está baseada nos seguintes instrumentos, processos e arenas: mecanismos de participação e controle social (conselhos de saúde), mecanismos de formação da vontade política (conferências) e mecanismos de negociação e pactuação intergestores (comissões

intergestores bipartite e comissão intergestora tripartite). (FLEURY & OOVERNEY, 2008)

A existência de projetos diferentes de política de saúde em conflito no cenário da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) traduz diversos interesses políticos e econômicos dos grupos sociais que defendem estes projetos e fazem apostas para sua hegemonia. Tais projetos traduzem concepções diferentes em relação ao direito à saúde, que vão refletir nos mecanismos a serem adotados para o acesso dos usuários aos serviços de saúde. (FLEURY & OOVERNEY, 2008)

Entretanto, esse processo de lutas, conflitos e contraposição de projetos se desenvolve tendo no Estado o espaço legítimo de exercício do poder político, e a política de saúde, como produto da constante confrontação desses diversos projetos, expressão desse exercício que se materializa por meio de instituições e estratégias organizacionais. Portanto, as disputas entre projetos de política de saúde não ocorrem em um vácuo, mas se desenvolvem a partir dos padrões institucionalizados de relações que estabelecem previamente a posição dos atores e a distribuição de poder e orientam a ação dos grupos. (FLEURY & OOVERNEY, 2008, p.55)

A política de saúde faz parte do conjunto das políticas públicas. Mas, o que é política pública?

Thomas Dye definiu, em 1972, de maneira sucinta, como aquilo que o governo escolhe fazer ou não fazer; Willians Jenkins produziu, em 1978, uma definição mais complexa e menos isolada à decisão governamental, como uma conjunção de decisões tomadas por atores políticos ou grupo de atores em relação a metas e recursos para se atingir uma determinada situação; James Anderson introduziu, em 1984, novos problemas, ao dizer que a política pública é o curso de uma ação proposta por um ator ou grupo de atores para solução de um problema ou uma questão de interesse (dos atores), indicando que não somente problemas públicos ou sociais se tornam objeto de decisões governamentais. (VIANA & BAPTISTA, 2008, p.68)

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia e da sociedade, com a natureza do regime político e com o nível de atuação e participação dos diferentes atores sociais. (LUCCHESI et al., 2002, p.3)

TESTA (1995, p.22) define **Política** como “proposta de distribuição do poder e estratégia como a forma de implementação de uma política.”

Para este mesmo autor **Poder** é definido como uma “capacidade – de manipulação de recursos (no sentido econômico do termo), informação, interesses – nas mãos de algumas pessoas, grupo social, instituição.” (TESTA, 1995, p.38); e a **Estratégia** se refere ao processo de implementar uma política, mediante uma proposta de distribuição de poder que se pretende efetivar realizando um determinado programa. Um programa corresponde a uma mobilização e ordenamento de recursos para uma finalidade definida e específica, tendo previamente sido estabelecido um objetivo e tendo uma condução normativa única e em geral também uma direção administrativa única. (TESTA, 1995, p.74)

Para TESTA (1995) três tipos de poder vão perpassar as arenas decisórias do sistema de saúde: o *poder administrativo* que equivale à capacidade de manejar recursos, o *poder técnico* que corresponde aos conhecimentos empregados na operação do setor e o *poder político* que atua defendendo os interesses dos grupos e atores que têm interesses no setor saúde.

BOBBIO (1986) define três tipos de poder nas sociedades modernas: *poder econômico* (posse de determinados bens), *poder ideológico* (influência das idéias) e *poder político* (que pode recorrer a força).

A direção é um uso de poder político no nível cotidiano que se traduz concretamente pela aplicação de alguns recursos de poder sobre certos segmentos da organização, cujo resultado é uma ação que se executa por meio das forças correspondentes aos poderes administrativo e técnico em seus respectivos âmbitos. (TESTA, 1995, p.93)

Para DYE (1976) realizar a **Análise Política**, é identificar o que os governos fazem, mas também descobrir porque eles fazem e que diferença estas escolhas

fazem na realidade. Dessa forma se possibilita efetivar a descrição e a explicação das causas e as conseqüências da ação governamental desenvolvida e investigada.

A tipologia proposta por HOGWOOD & GUNN (1981, 1984) baseada em análise anteriormente desenvolvida por GORDON, LEWIS & YOUNG (1977) aponta para sete variedades da análise política (Quadro II):

1. **Estudos do conteúdo da política** procurando descrever e explicar a gênese e o desenvolvimento de políticas. Investiga um ou mais casos para traçar como uma política emergiu, como tem sido implementada e qual o resultado;
2. **Estudos do processo político** nos quais a atenção é focada nas diversas fases deste processo e o esforço é para avaliar a influência de diferentes fatores. Estudos do processo político invariavelmente mostram alguma preocupação com o conteúdo da política, mas principalmente estão interessados em descobrir as várias influências na formulação da política;
3. **Estudos dos produtos da política** os quais buscam explicar porque os níveis de gasto ou de provisão de serviços variam entre áreas. São estudos de determinação política, estudos que tomam políticas como variáveis dependentes na tentativa de entender estas políticas em termos dos fatores sociais, econômicos, tecnológicos, entre outros;
4. **Estudos de avaliação**, marca a fronteira entre análise de política e análise para política. Estudos de avaliação são algumas vezes também denominados “estudos de impacto”, na medida em que estão preocupados em analisar o impacto que políticas têm sobre a população. Podem ser descritivos ou prescritivos;

5. **Informação para elaboração de políticas** são dirigidas para ajudar elaboradores de políticas a tomarem decisões. Podem derivar de revisões feitas dentro do governo como parte de um processo regular de monitoramento, ou serem providos por analistas políticos acadêmicos preocupados em aplicar seu conhecimento em problemas práticos;
6. **Defesa do processo**, uma variante da análise para política na qual analistas procuram aperfeiçoar a natureza dos sistemas de elaboração de políticas (“policy-making systems”), melhorando a máquina do governo através da realocação de funções e tarefas, de esforços para intensificar as bases para escolha política através do desenvolvimento dos sistemas de planejamento e novas abordagens para avaliação de opções;
7. **Defesa da política**, atividade a qual envolve o analista em imprimir opções e idéias específicas no processo político, individualmente ou em associação com outros, talvez através de um grupo de pressão.

Quadro II
Tipos de estudos de elaboração de políticas públicas
(Hogwood e Gunn, 1981)

Estudo do conteúdo da política	Estudo do processo político	Estudo dos produtos da política	Avaliação	Informação para elaboração de políticas	Defesa do processo	Defesa da política
Estudos de políticas (conhecimento da política e do processo político)						Analista como ator político
						Ator político como analista
			Análise Política (conhecimento no processo político)			

Cabe ainda identificarmos uma distinção entre formulação política, implementação política e avaliação dos resultados da política. Pode-se discutir política como o produto de um processo político. Para WILDAVSKY (1979) “Política é um processo tanto quanto um produto. É usada para referir ao processo de tomada de decisão e também ao produto deste processo”.

ALLISON (1971) oferece uma abordagem útil com três modelos relevantes:

- 1) **O modelo do ator racional** – vê as ações como sendo formadas por agentes intencionais com certas metas e objetivos. Estes agentes têm que escolher entre cursos alternativos de ação com vistas a alcançar seus objetivos. Alternativas são assumidas para ter um conjunto de consequências relacionadas, e a escolha racional consiste em selecionar aquela alternativa a qual apresenta as melhores consequências;
- 2) **O modelo do processo organizacional** – vê a ação não como uma escolha racional, mas como o produto do comportamento organizacional. Este comportamento é amplamente a representação das rotinas estabelecidas na qual atenção é dada a objetivos e procedimentos de operação padronizados que são adotados;
- 3) **O modelo político burocrático** – vê a ação como o resultado da barganha entre grupos e indivíduos no sistema político.

Durante décadas o processo político foi analisado tendo dois eixos de análise que mais se destacaram na literatura especializada: um que centra o processo de decisão na sociedade (*society-centred*) e outro que trabalha especialmente o papel exercido pelo Estado (*state-centred*). (VIANA & BAPTISTA, 2008)

As teorias que se debruçam sobre a implementação das políticas públicas visam compreender o processo de colocar a política em ação, tentando muitas vezes descobrir porque muitas coisas dão errado entre a formulação política e os produtos alcançados.

O sucesso da implementação depende de links entre diferentes organizações e departamentos no nível local. Requer um grau elevado de cooperação, a qual se não ocorre podem ser acumulados uma série de pequenos *deficits* criando uma grande falha no processo – deficit de implementação (PRESSMAN & WILDAVSKY, 1973). Pode-se adotar a noção de deficit cumulativo se a cooperação é menor que a necessária de forma similar à abordagem feita por HOOD (1976).

HOGWOOD & GUNN (1984) elaboraram a partir de uma abordagem iniciada em um artigo por GUNN (1978) um conjunto de dez pré-condições necessárias para a realização da “perfeita” implementação de uma política:

- I. Que as circunstâncias externas a agência implementadora não imponham restrições incapacitantes;
- II. Que tempo adequado e recursos suficientes sejam disponíveis para o programa;
- III. Que não apenas não exista nenhuma restrição em termos de recursos globais, mas também, que em cada fase no processo de implementação, a combinação requerida de recursos esteja realmente disponível;
- IV. Que a política para ser implementada seja baseada em uma teoria válida de causa e efeito;
- V. Que a relação entre causa e efeito seja direta e que existam poucos, se alguns, vínculos intervenientes;

- VI. Que exista uma única agência implementadora que não precise depender de outras agências para o sucesso ou, se outras agências devem estar envolvidas, que as relações de dependência sejam mínimas em número e importância;
- VII. Que exista compreensão completa, e acordo sobre os objetivos a serem alcançados; e que estas condições persistam ao longo do processo de implementação;
- VIII. Que no movimento em direção aos objetivos acordados seja possível de especificar, em completo detalhamento e seqüência perfeita, as tarefas a serem executadas por cada participante;
- IX. Que exista comunicação perfeita e coordenação entre os vários elementos envolvidos no programa;
- X. Que aqueles com autoridade possam exigir e obter perfeita obediência.

A lista de GUNN (1978) sintetiza a abordagem top-down para a implementação. Tem como objetivo aconselhar aqueles que estão “em cima” (top) a como minimizar o “deficit de implementação”. A política é tomada como sendo propriedade dos formuladores de políticas no topo. Os assuntos a serem enfrentados são:

- a) A natureza da política – ver que não seja ambígua;
- b) A estrutura de implementação – manter ao mínimo os links na cadeia;
- c) A prevenção de interferências exteriores;
- d) Controle sobre os atores implementadores.

Contudo, pode ser difícil estabelecer onde o processo de formulação da política termina e a implementação começa. A concretização da política continua

caminhando para além do processo legislativo. As decisões centrais são invariavelmente tomadas durante o que convencionalmente define o processo de formulação da política. Existe, ao contrário, um número de razões porque elas podem ser deixadas para o processo de implementação:

1. Porque conflitos não podem ser resolvidos durante a fase de formulação da política;
2. Porque é considerado como necessário deixar decisões chave serem tomadas quando todos os fatos estejam disponíveis para os implementadores;
3. Porque se acredita que implementadores estão melhor equipados para tomar as decisões chave do que qualquer outro;
4. Porque antecipadamente é pequeno o conhecimento sobre o impacto atual das novas medidas;
5. Porque é reconhecido que decisões do dia-a-dia terão que envolver negociação e compromisso com grupos poderosos;
6. Porque é considerado politicamente desaconselhável tentar resolver os conflitos.

Assim, o processo de elaboração de políticas muitas vezes continua durante a fase de implementação. Pode envolver flexibilidade contínua, a concretização da política em ação, ou um processo de movimento de um lado para outro entre política e ação.

BARRETT & FUDGE (1981) identificam a necessidade de “considerar implementação como um continuum política/ação no qual um processo de interação

e negociação tem lugar durante o tempo entre aqueles que procuram por a política em efeito e aqueles de quem a ação depende”.

Muitos dos denominados *problemas de implementação* surgem precisamente porque existe uma tensão entre as suposições normativas do governo - o que devia ser feito e como devia acontecer - e a luta e o conflito entre interesses - a necessidade para negociar e comprometer - isso representa a realidade do processo pelo qual poder/influência é ganho e assegurado a fim de perseguir objetivos ideológicos. (BARRET & HILL, 1981)

A fase de implementação da política é o momento de colocar uma determinada solução em prática; envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública; o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros), dentre outros. Contudo, não se deve concluir que a fase de implementação é uma fase administrativa da política, pois cada um desses sistemas e atividades envolve questões estratégicas, ‘política’, interesses e múltiplos atores. Nesse sentido, a fase de implementação é um momento crucial no ciclo de uma política. Nesse momento, uma definição feita na fase de tomada de decisão pode ser modificada ou mesmo rejeitada e alterar o argumento principal da própria política; novas negociações são processadas e, por consequência, novas decisões e formulações apresentadas, reiniciando, por vezes, o ciclo de uma política. (VIANA & BAPTISTA, 2008, p.77)

Assim, a implementação implica em intenso processo de negociação. Neste momento é possível verificar como e onde os pactos estabelecidos são sustentados ou não. Enquanto o processo de formulação é o momento de grandes consensos, o da implementação irá descortinar as reais potencialidades de uma determinada política. Neste momento pode-se verificar quais os atores sociais que a apóiam efetivamente, além de vislumbrar as apostas de cada grupo e quais interesses estão em disputa. (VIANA & BAPTISTA, 2008)

Na verdade as “coisas variantes” que GUNN (1978) assume que devem ser controladas são elementos que são difíceis de trazer sob controle. A realidade, então, não é de controle imperfeito, mas de ação como um processo contínuo de

interação com uma política variável e mutável, uma estrutura de interação complexa, um mundo externo que deve interferir com a implementação porque é ação de governo, e é projetada para ser.

Cabe destacar que os atores implementadores são inerentemente difíceis de serem controlados apenas pelas diretrizes determinadas pela política estabelecida. A análise é melhor enfocada nos níveis em que isto está acontecendo, desde que o que efetivamente ocorre não é em geral uma “deficiência de implementação” mas sim a dinâmica do processo que os atores implementadores desenvolvem recriando a política.

Podemos inclusive compreender que no campo das ações de saúde existem diversos agentes sociais que cumprem o papel de “formuladores de políticas de saúde” em cada sociedade concreta.

Para MERHY (1992) ninguém, ou melhor, nenhum grupo ou ator, tem o privilégio da formulação das políticas de saúde, todos formulam em situação. Nas arenas decisórias das políticas públicas participam desde categorias profissionais até os partidos políticos.

As políticas de saúde enquanto políticas sociais são fruto no âmbito geral das relações sociais estabelecidas em dada sociedade em determinado período e da forma como no campo particular das ações de saúde as forças sociais em disputa, com seus projetos vão determinar as opções políticas a serem assumidas, as quais irão repercutir na formatação dos “modelos tecno-assistenciais”, nos padrões de alocação de recursos e gastos públicos e na conformação das instituições implementadoras das políticas setoriais. (MERHY, 1992)

Ainda assim, alguns autores consideram a necessidade de qualificar os sujeitos sociais que terminam por assumir a direção política no interior da sociedade construindo no processo a hegemonia de seu projeto.

MERHY (1992) discute as contribuições de Sônia Draibe ⁶ para este debate a qual traz a conceituação de “portadores de futuro” para tais sujeitos.

Propôs que esta questão da direção política fosse entendida a partir daqueles setores sociais – classes ou frações de classe – considerados como histórico-fundamentais e inerentes a uma dada divisão social do trabalho, forjada num processo histórico-social determinado, e definidos como aqueles que “[...] historicamente [eram] capazes de ordenar, a partir de seus interesses estratégicos objetivos, o conjunto da sociedade” [DRAIBE, p.27] e, assim, tornavam-se base social do Estado, isto é, eram “Portadores de Futuro.” (MERHY, 1992, p.40)

Nesta concepção ser “sujeito político” não é possível para qualquer grupo, sendo um atributo apenas dos grupos que assumem as características de “portadores de futuro”. Dessa forma, cabe analisar as possibilidades existentes em cada conjuntura buscando identificar os grupos sociais que podem se apresentar enquanto alternativa de construção de novas relações sociais e econômicas, inclusive no que diz respeito à elaboração de uma determinada política pública. No âmbito mais geral da sociedade o rompimento com o esquema de dominação vigente passaria pelo “surgimento de sujeitos políticos que portem o futuro e consigam impor uma direção política ao conjunto da sociedade” (MERHY, 1992, p.40-44)

Dessa forma, os sujeitos sociais (enquanto agentes políticos) se constituem em grupos que portam o futuro e ao ganharem a direção política como universalidade, estabelecendo condições para que seu projeto particular seja um

⁶ As contribuições referidas apresentadas por MERHY tiveram como bibliografia: DRAIBE, S. Rumos e metamorfoses. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.

projeto para toda a sociedade vão construir “uma materialidade expressiva dessa universalidade na figura do Estado, isto é, do político.” (MERHY, 1992, p.43)

Nesta concepção a superação de um cenário de crise passaria pelo surgimento de novos sujeitos políticos “portadores de futuro” e que tenham as condições sociais e históricas indispensáveis para dar respostas as condições econômicas e políticas que envolveram o processo social nesta crise com vistas a estabelecer novas possibilidades de relação entre a sociedade e o Estado. Esta abordagem impõe a tentativa de identificar o papel dos grupos que emergem em um processo de disputa social e podem se configurar enquanto sujeitos políticos. Na construção das políticas de saúde enquanto políticas governamentais estes sujeitos atuando nas “arenas decisórias” estabelecem no campo sanitário seus projetos na disputa para conformar uma dada política. (MERHY, 1992)

Estudos interessantes podem ser trabalhados levando em consideração a abordagem de LIPSKY (1980), o qual desenvolve a “teoria da burocracia de nível de rua” que defende que as decisões tomadas, as rotinas estabelecidas e os dispositivos inventados por estes atores para lidar com as incertezas e trabalhar com as pressões, se tornam nas políticas públicas que eles executam. Para este autor os burocratas de nível de rua desenvolvem métodos e ajustam seus hábitos de trabalho para refletir menores expectativas deles próprios e de seus clientes (LIPSKY, 1980).

[Eles] freqüentemente gastam sua vida de trabalho em um mundo de serviço corrompido. Eles acreditam estar fazendo o melhor que eles podem sob circunstâncias adversas e eles desenvolvem técnicas para salvar valores de tomada de decisão e do serviço dentro dos limites impostos a eles pela estrutura do trabalho. Eles desenvolvem concepções de seu trabalho e de seus clientes que estreitam o espaço entre as limitações pessoais e do trabalho e o ideal do serviço (LIPSKY, 1980, p. xiii, tradução nossa).

Um dos “paradoxos” dos “burocratas de nível de rua” - tais trabalhadores vêm a si próprios como uma engrenagem dentro do sistema, como oprimidos pela

burocracia dentro da qual eles trabalham, contudo, eles parecem ter grande liberdade e autonomia. Isto é particularmente verdade para empregados públicos semi-profissionais, como professores e trabalhadores sociais que asseguram um grau desta autonomia concedida aos trabalhadores profissionais. (LIPSKY, 1980)

Os “burocratas de nível de rua” são capazes para manipular seus clientes. O status de cliente é não-voluntário, eles têm recursos limitados e os burocratas de nível de rua precisam da concordância dos clientes para efetivar a ação. (LIPSKY, 1980)

Para HASENFELD & STEINMETZ (1981) “Clientes têm uma elevada necessidade por serviços enquanto a disponibilidade de alternativas é limitada”. O poder ganho nas agências de serviços sociais tem os capacitado para exercer considerável controle sobre as vidas dos receptores de seus serviços. Assim os clientes têm que esperar por ajuda, experimentar uma “degradação de status”. Têm problemas para garantir acesso a informação e são ensinados a como se comportar.

Para LIPSKY (1980) os burocratas de nível de rua não podem ser prontamente trazidos sob o controle de um superior.

A essência da burocracia de nível de rua é que requer pessoas para tomar decisões sobre outras pessoas. Burocratas de nível de rua têm espaço discricionário porque a natureza da provisão do serviço requer julgamento humano que não pode ser programado e para o qual máquinas não podem substituir. (LIPSKY, 1980, p.161, tradução nossa)

Tais características fazem parte inerente da natureza do trabalho dos profissionais de saúde, em especial dos médicos que detêm as prerrogativas das decisões sobre o que fazer com os pacientes sobre os cuidados dos serviços.

No trabalho em saúde temos uma situação peculiar na relação entre produtores (trabalhadores em saúde) e consumidores (usuários), na medida em que,

no processo de trabalho de saúde, o consumo se dá de imediato no ato da produção da ação. Na saúde não existe um processo de produção de um bem em separado, para depois o mesmo ser colocado em circulação com vista a ser consumido posteriormente em outro momento. A produção e o consumo ocorrem no momento em que se encontra o trabalhador (produtor do ato) e o usuário (portador de necessidades a serem atendidas). Sendo assim, produção, consumo e necessidades guardam uma dinâmica muito particular sempre em estruturação, com permanente incerteza acerca do produto final. (MERHY, 1997)

A autonomia do trabalho vivo é bem maior no processo de trabalho em saúde que em outros processos de produção onde a produção e o consumo ocorrem em momentos separados. Assim, na saúde, o momento produção/consumo é único, ocorre em ato e representa um encontro de necessidades de trabalhadores e de usuários. As necessidades dos produtores (trabalhadores da saúde) e dos consumidores (usuários) são distintas. (MERHY, 1997)

Assim, em um centro de saúde, [...] não é possível obter-se estratégias plenamente competentes que consigam “capturar” plenamente o trabalho vivo, realizador imediato de bens finais, e que ocorre tanto ao nível da prática médica, quanto ao de qualquer outra prática de saúde. A “captura” global do autogoverno nas práticas de saúde não é só muito difícil e restrita, mas impossível pela própria natureza tecnológica deste trabalho (MERHY, 1997, p.98)

Para MENDES (2002) nas instituições de saúde há um grande poder decisório em mãos dos “trabalhadores da ponta”, dos quais os médicos são os que mais exercitam este poder, na medida em que são estes que tomam as decisões sobre os recursos que serão disponibilizados para cada usuário, os medicamentos a serem prescritos, os exames, procedimentos e internações a serem realizados. A introdução de constrangimentos gera no cotidiano tensão entre gestores e médicos.

Para este autor as organizações de saúde são organizações profissionais, as quais dependem para o bom funcionamento diretamente de seus operadores. O trabalho neste tipo de organização exige alta qualificação e não se presta bem à formalização e o controle dos processos de trabalho. A complexidade do trabalho desenvolvido nestas organizações e a sua variabilidade exigem que os profissionais de saúde tenham grande liberdade nas decisões a serem tomadas acerca do tipo e da maneira de como produzir ações no interior dos serviços. Esta autonomia relativa destes profissionais vai implicar em uma segmentação da organização em seus distintos grupos de interesses que são divergentes. Isto tem implicações profundas gerando dificuldades para os processos de mudanças organizacionais e para se efetivar o trabalho de forma multiprofissional. (MENDES, 2002)

Em função das necessidades complexas e variáveis a serem atendidas os operadores (trabalhadores da saúde) precisam ter autonomia para poderem adaptar os serviços às características especiais apresentadas pelos usuários destes mesmos serviços. Por fim duas questões merecem também destaque no processo de trabalho em saúde: a existência de um grande desequilíbrio de informação entre os profissionais e os usuários e o fato de que os profissionais terminam por tender a ser mais leais à sua profissão que à sua organização. (MENDES, 2002)

“Burocratas de nível de rua” fazem escolhas sobre o uso de recursos escassos sob pressão; a pressão fiscal contemporânea sobre serviços humanos torna mais fácil para funcionários públicos enfatizar o controle do que tentar por em prática ideais de serviço. (LIPSKY, 1980)

A existência de limitados recursos para muito maior necessidade é um problema e consideráveis esforços são feitos para priorizar necessidades e

desenvolver meios racionais para alocar recursos. “Teoricamente não existe limite para a demanda por bens públicos gratuitos” (LIPSKY, 1980).

O problema dos recursos insuficientes para os “burocratas de nível de rua” é irresolúvel na medida em que o número de usuários a serem atendidos, de pacientes a serem diagnosticados e submetidos a tratamento “(...) é apenas uma fração do número que poderia ter sido tratada, ou porque suas obrigações teóricas requerem maior qualidade do tratamento do que é possível prover para os clientes individuais”. (LIPSKY, 1980)

Para LIPSKY (1980) “burocratas de nível de rua” fazem política. O que isto implica para a implementação de novas iniciativas políticas? A necessidade de mudança em uma política social deve ser com a extensão para a qual é possível fazer as coisas acontecerem ao “nível da rua”.

Dessa forma é indispensável para uma efetiva implementação de uma política pública desenvolver o ajuste das leis, planos e programas às necessidades e exigências locais. Isto se torna ainda mais indispensável, como já abordamos anteriormente em um país continental e extremamente desigual como o Brasil.

O processo de descentralização das ações e serviços de saúde efetivado com o Sistema Único de Saúde (SUS) permite que uma política nacional possa ser desenvolvida passando por um processo intenso e capilarizado de adequação tanto às necessidades quanto às condições locais para sua implementação, inclusive no que diz respeito ao envolvimento dos atores implementadores locais e a capacidade de fazer uma dada política ser reconstruída ao “nível da rua”.

Sendo a Saúde Pública uma política governamental que conforma um dado modelo tecno-assistencial, ela irá se expressar através de um projeto articulado por

determinadas forças sociais que atuam nas arenas políticas decisórias. Estas forças agindo em um cenário e no interior de um governo específico colocam seus projetos em disputa com vistas a estabelecer determinada política. (MERHY, 1992)

Assim, para entender uma determinada política pública precisamos buscar compreender a articulação entre os projetos formulados e seus principais implementadores. E para analisar uma arena política decisória que irá conformar as ações de saúde enquanto uma política pública estes elementos vão compor grande parte do esforço de análise. (MERHY, 1992)

Sendo assim, os processos de formulação e de implementação de uma política de saúde são estratégicos para sua construção, e também para avaliação de uma dada política, implicando ainda na identificação das “agendas governamentais” e os ajustes efetivados nesta política. (MERHY, 1992)

Como o que se pretende aqui é entender a relação dos formuladores e de seus projetos, no sentido mais geral das relações sociais, o que interessa delimitar é quais são os modelos tecno-assistenciais que efetivamente ocupam um lugar privilegiado para o processo de decisão, como expressão dos “movimentos” do campo sanitário, considerando que no campo da Saúde Pública as arenas específicas se dão prioritariamente no interior das organizações públicas, apesar de poder se abastecer de projetos gerados em outras esferas da vida social. (MERHY, 1992, p.53)

Nesta perspectiva de análise, cabe identificar e aprofundar a investigação acerca dos atores sociais em situação, seus projetos em disputa, o cenário em que se dão os conflitos entre as diversas apostas e as condições em que o governo opera a implantação de uma dada política pública.

5.1 Atores sociais, o cenário da gestão e o governo

Como afirmamos anteriormente no desenho do quadro metodológico, o presente estudo, se debruçou sobre a análise do processo político no âmbito municipal, como uma das três grandes dimensões investigadas em relação a implantação e o desenvolvimento do sistema municipal de saúde.

Para tanto, buscamos analisar o cenário de atores, formulações tecno-assistenciais, o processo de construção de alianças para a viabilização da gestão plena municipal e o processo decisório empregado para formulação das políticas. Além dos dados secundários dos principais sistemas de informação e de documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista foram realizadas entrevistas com *atores sociais* mapeados por comporem o cenário social e político do Sistema Único de Saúde (SUS) no município.

Os **atores sociais** são forças sociais e personalidades que controlam centros de poder. Esses centros de poder tomam, muitas vezes, a forma de instituições. A distinção entre forças sociais e centros de poder é ambígua. Um partido político é uma força social e um centro de poder ao mesmo tempo. Já um município é um centro de poder, mas não é uma força social. [...] As forças sociais existem na medida em que representam e organizam uma parte da população em torno de objetivos comuns. Desse modo, as forças sociais são uma intermediação entre a população e as instituições. (MATUS, 1993, p.227, grifo nosso)

A caracterização diferenciada de uma força social em relação a um grupo ou estrato social é se constituir enquanto uma organização estável, apresentando capacidade de acumulação de força e aplicando essa força para produzir eventos na realidade social em que se encontra. (SANTOS & MERHY, 2006)

CECILIO (1994, p.12) traz a definição de atores elaborada por Pierre Muller: “aqueles indivíduos ou grupos que ocupam posição estratégica no sistema de decisões e que respondem, no processo de formação de políticas, pelas funções de

articulação do campo cognitivo e do campo de poder.”

TESTA traz contribuições importantes para este debate, discutindo o papel de atores individuais e atores coletivos e sua conformação enquanto sujeitos.

Um ator individual é um sujeito que tem interesses no setor saúde e que ocupa uma posição que o coloca em situação de peso dentro do mesmo. [...] falta essa mediação [uma ideologia] para transformar um indivíduo em um sujeito social. [...] a construção ideológica do sujeito é uma consequência da realização de seu trabalho abstrato, o que o caracteriza como um processo inconsciente, não apreendido e dependente das condições em que se desenvolve o processo de trabalho ou, em outros termos, das relações sociais de produção. O ator coletivo é um agrupamento de sujeitos sociais individuais transformado em ator social. (TESTA, 1995, p.49)

Para este autor (TESTA, 1995) a constituição do indivíduo enquanto sujeito se dá pelo “processo de ideologização” a partir da sua inserção no processo de trabalho; e a passagem de sujeitos individuais para se conformarem como sujeito coletivo pressupõe a existência de interesses em comum que são gestados em função das condições em que conjuntamente se inserem no processo de trabalho. Essa ideologização corresponde a maneira pela qual o sujeito social irá entender o mundo e se mover nele.

TESTA (1995) considera que a constituição dos sujeitos sociais (individuais e coletivos) é necessária para a efetivação de transformações e para que sejam viabilizadas atividades transformadoras, sendo para este autor o principal determinante dos processos de mudança.

Os atores sociais coletivos produzem fatos que irão determinar alterações na situação existente, suas lutas são desenvolvidas em uma realidade em movimento, que pode favorecer ou prejudicar estes atores. Nessas lutas outros atores participam dos conflitos situacionais condicionando ou interferindo neles. Dessa forma, a mudança situacional pode se dar por diversas vias e os atores sociais em conflito

não controlam todas elas. (MATUS, 1993)

Como são vários os atores que coexistem na realidade com capacidades de planejamento diferenciadas, haverá várias explicações da realidade e todas estarão condicionadas pela inserção particular de cada ator nesta realidade, isto é, pela sua situação. Conseqüentemente, já não é possível o diagnóstico único e a verdade objetiva. Somente é possível uma explicação situacional, onde cada sujeito explica a realidade a partir da posição particular que ocupa no sistema (objeto) planejado. (MATUS, 1993, p.77)

Segundo TESTA (1995) os atores sociais desenvolvem comportamentos com vistas a atingir determinados objetivos a que se propõem alcançar. Estes comportamentos são objeto do **pensamento estratégico**. Assim, é importante analisar quais são (foram) estes comportamentos, inclusive destacando que como são diversas as inserções dos diversos atores podemos ter diversos pontos de vista e diversas explicações.

O que é pensamento estratégico? Para este autor diz respeito aos comportamentos organizacionais empregados para manejar situações com vistas a superar obstáculos que se opõem ao alcance do objetivo estabelecido. Para tanto se torna necessário potencializar e desenvolver condições favoráveis ao desempenho do ator em situação. Dessa forma não se pode pensar em agir em situações de conflito sem se valer do pensamento estratégico. (TESTA, 1995)

Cabe ainda ressaltar que estes atores desenvolvem estratégias de mudança ou de conservação em um determinado *cenário* estabelecido em uma dada realidade concreta. O cenário corresponde ao espaço onde a ação é desenvolvida.

O espaço social é uma relação entre os atores que são gerados ao desenvolver-se uma ação. [...] digamos que o espaço social possa ser caracterizado como um campo de forças. Tendo definido o poder como uma capacidade, a força é essa capacidade posta em movimento. A política de saúde, por sua vez, é a resultante das propostas que fazem os diversos personagens do drama da saúde, submetidos aos campos de força existentes ou, o que é a mesma coisa, à expressão da colocação em atividade da estrutura de poder do setor. [...] o campo de forças pode se alterar mediante situações conjunturais diversas, ainda que as estruturas que o geram não se modifiquem. (TESTA, 1995, p.67-68)

Assim, o setor saúde é um espaço social, formado não apenas por um grupo de instituições, mas envolvendo diversos problemas, com seus campos de forças, que se articulam; neste espaço social ocorrem debates, são feitas apostas, projetos são colocados em disputa, decisões são tomadas, ações são desenvolvidas, conflitos são gerados e administrados. Portanto, o setor saúde é um espaço social, que historicamente se redefine, onde o poder é disputado e a articulação entre o setor e o Estado gera uma estrutura de poder. (TESTA, 1995)

Mas, quais atores governam? Quais atores fazem “apostas”? Adotamos o ponto de vista de alguns autores, entre eles MERHY (2006), para os quais todos os atores governam e todos eles têm possibilidade de ao exercer suas capacidades de governar colocarem no cenário seus projetos e suas apostas e realizar as disputas para que estes sejam bem sucedidos e o cenário seja transformado.

Para COHN et al. (2005) são múltiplos os atores que se envolvem diretamente ou indiretamente na formulação das políticas de saúde e na conformação do sistema local de saúde. Estes atores vão atuar gerando facilidades ou dificuldades para políticas específicas de saúde, contribuindo na construção destas ou criando obstáculos para sua efetivação.

Ao construir o conceito de “triângulo de governo” MATUS (1993) sistematizou a articulação de três variáveis (projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema); “governar” implicaria na articulação e na interdependência destas.

O condutor dirige um processo para alcançar objetivos que escolhe e altera segundo as circunstâncias (seu projeto), superando os obstáculos de maneira não-passiva, mas ativamente resistente (governabilidade do sistema). E, para vencer essa resistência com sua força limitada, o condutor deve demonstrar capacidade de governo. (MATUS, 1993, p.59)

O *Projeto de Governo* corresponde ao conteúdo dos projetos que o(s) ator(es) pautam para que sejam efetivados pelo governo. Ao contrário do que em geral é imaginado, este conteúdo não depende exclusivamente da vontade do governo. Ele é resultante de determinações relacionadas aos interesses do ator em governo, mas também das circunstâncias existentes e da capacidade de governo apresentada por este ator, envolvendo a sua capacidade de explicar e compreender a realidade e desenvolver respostas eficazes e em tempo oportuno. (MATUS, 1993)

A *Governabilidade do Sistema* expressa a relação entre o que é controlado pelo ator e o que este não controla ao interior do processo de governar. Quanto mais o ator em governo controlar a maioria das variáveis mais ele tem liberdade de ação e maior é a governabilidade (MATUS, 1993).

A governabilidade de um sistema é relativa a um ator determinado, às demandas ou exigências colocadas pelo projeto de governo a este ator e à sua capacidade de governo. A primeira relativização indica que um sistema não é igualmente governável ou ingovernável para os diferentes atores sociais, pois eles controlam diferentes proporções de variáveis do sistema. A segunda relativização indica que a governabilidade do sistema depende do conteúdo propositivo do projeto de governo; por exemplo, é mais governável para objetivos modestos e menos governável para objetivos ambiciosos. A terceira relativização indica-nos que a governabilidade do sistema é maior se o ator em questão tem alta capacidade de governo, e é menor se tem baixa capacidade de governo. (MATUS, 1993, p.60-61)

No terceiro vértice do “triângulo de governo” este autor define a *Capacidade de Governo* como sendo a:

capacidade de condução ou direção e refere-se ao acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo, para conduzir o processo social a objetivos declarados, dados a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do projeto de governo. [...] A capacidade de governo expressa-se na capacidade de direção, de gerência e de administração e controle. (MATUS, 1993, p.61)

Nesta perspectiva o *Projeto de Governo* diz respeito às “propostas de ação”, a *Governabilidade do Sistema* à “possibilidade de ação” e a *Capacidade de Governo* refere-se a “capacidade de gerar e controlar ações”. (MATUS, 1993)

A governabilidade do sistema, entre outros fatores, depende do *capital político* dos dirigentes do governo. Já o projeto de governo depende diretamente da articulação entre o *capital político* e o *capital intelectual* que irão se refletir na proposta de ação assumida pelo governo (MATUS, 1993)

O capital intelectual, por seu turno, é capital teórico, capital instrumental e capital experiência. Esse três aspectos do capital intelectual são recursos que caracterizam a capacidade de lideranças dos dirigentes, ou seja, a capacidade de serem reconhecidos como condutores; caracterizam também sua capacidade de condução, isto é, a destreza para conceber e executar estratégias e táticas eficazes para resolver os problemas e aproveitar as oportunidades. Mas o valor da experiência depende do capital teórico. (MATUS, 1993, p.62)

Tomando por base as reflexões de MATUS (1993) podemos encontrar no trabalho de MERHY (2002) um resumo de importantes observações acerca da atuação dos atores em situação de governo: a) um ator social sempre atua em determinada direção, a qual é representada por seu projeto, mesmo que este projeto não seja explícito, suas ações têm sempre uma dada direcionalidade; b) um projeto em determinado cenário é uma aposta de alguns atores, mas não corresponde a aposta de todos os atores em cena; c) todo ator em situação de governo irá encontrar outros atores que também governam e que irão disputar a direcionalidade a ser estabelecida e o emprego dos recursos; d) para ser efetivado cada projeto em disputa precisa ter a sua disposição recursos para viabilizá-lo, e como o ator não os controla totalmente, existindo recursos sob seu controle e outros não, outros atores interessados no projeto controlam recursos vitais para que o mesmo possa ser realizado; e) além de ter um projeto e construir condições de governabilidade, os atores em situação de governo necessitam ter ferramentas para governar, saber governar e, portanto criar capacidade de governo; f) para cada situação em que o ator se encontra, em cada nível de governo em que ele atua, irá precisar dispor de uma determinada “caixa de ferramentas” que seja adequada às necessidades de

realização de seu projeto e da construção de governabilidade; g) a boa atuação do ator no cenário poderá implicar em ganhos para a governabilidade que precisa para aumentar sua governabilidade e viabilizar melhores condições para implementar seu projeto.

[Desta forma] o que um gestor governa é diretamente dependente da situação em que ele se encontra e do nível de governo que ocupa, do projeto que ele porta, dos outros que estão em disputa com o dele e dos recursos que pode utilizar nas suas ações. Assim, este conjunto terá influência vital sobre a composição da própria caixa de ferramentas de um gestor. (MERHY, 2002, p.156)

No caso da gestão em saúde a “arte de governar” pressupõe construir capacidade de conduzir relações sociais. Para MERHY (2002) estas relações poderiam ser agrupadas em quatro grupos distintos: 1) *relações políticas* estabelecidas entre os diversos sujeitos sociais que têm interesses na saúde, as quais dizem respeito às relações entre Estado e sociedade na construção das políticas sociais; 2) *relações organizacionais* entre os sujeitos que governam o cotidiano dos serviços de saúde e disputam o “caminho do governo”; 3) *relações produtivas* que irão conformar certas modalidades do cuidado em saúde; 4) *relações entre produtores e usuários* (entre trabalhadores da saúde e os beneficiários dos atos de saúde).

Este autor registra ainda que na área da saúde se configura uma situação que tem que ser melhor identificada para o alcance dos resultados do governo:

[...] esta marca bem típica da saúde tem-se constituído em um dos paradoxos para as ações de governo: a necessidade de que a obtenção da qualidade do seu produto, o cuidado em saúde, é dependente do exercício mais autônomo de seus trabalhadores individuais e em equipe, mas esse exercício possibilita facilmente uma privatização dos processos decisórios e dos interesses em jogo. (MERHY, 2002, p.157)

A privatização em questão pode ocorrer em diferentes formas e âmbitos, inclusive alcançando as várias dimensões do setor saúde; desde a privatização dos

recursos financeiros, dos espaços de decisão, da lógica implementada no processo de trabalho e até mesmo das finalidades das ações e serviços implementados pelo sistema de saúde.

Pode-se pensar que o quê os governos negociam, em última instância, é: a dimensão pública e privada da saúde como valor de uso e troca; a dimensão pública e privada das arenas institucionais; a organização social e técnica das práticas produtoras do cuidado. E que, para isso, colocam sua capacidade de dar direção para os vários recursos que controlam na máquina estatal. (MERHY, 2006, p.25)

Os principais recursos que os gestores lançam mão na posição de governo seriam: o processo de formulação das políticas e a maior ou menor publicização ou privatização das “arenas” de decisão onde são formuladas estas políticas, o controle das decisões acerca da utilização dos recursos financeiros a disposição do governo, a capacidade instalada de serviços existente na máquina pública, a indução ao uso e a própria utilização das tecnologias existentes no setor e a incorporação de novas tecnologias, os fluxos, processos e mecanismos de acesso dos usuários aos prestadores de serviços, os processos de gestão ao interior de cada serviço de saúde com a capacidade de implantar ou não novas possibilidades nas relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários dos serviços públicos. (MERHY, 2006)

Entretanto, deve ficar claro que tais capacidades estão o tempo todo sendo mediadas, pela conformação das linhas de força política que os governos representam e pelas capacidades de os vários atores sociais barganharem seus interesses, no terreno deste bloco histórico. [...] A maior ou menor penetrabilidade da maquinaria pública pelos interesses dos distintos grupos sociais vai forjando movimentos no interior das políticas públicas. Inclusive a capacidade das distintas forças sociais atuarem no terreno da formulação de projetos para a sociedade e de fazerem seus interesses particulares ascenderem ao nível de interesse geral, ou a ele serem incorporados, enquanto público. (MERHY, 2006, p.26-27)

CAMPOS (1991) discutindo os elementos estratégicos para que a gestão do sistema de saúde possa viabilizar os processos propostos no âmbito da reforma sanitária brasileira considera que na implantação do SUS para que a gestão do

sistema tenha um papel estratégico ela precisa necessariamente cuidar das características negativas para o alcance dos objetivos do SUS. Este autor chama atenção que no Brasil no processo de implantação do SUS, entre estas características a serem enfrentadas está a “privatização da coisa pública”.

Como realizar uma reorganização de modelo de prestação de serviços de maneira que o acesso seja universal e a atenção equânime, sem ferir privilégios de forças interessadas na preservação do caráter mercantil da prática médico-hospitalar? (CAMPOS, 1991, p.101)

São muitos os desafios dos atores sociais envolvidos na aposta de construção do SUS em um processo de gestão democrática, fortalecimento do controle social, e incorporação da população excluída ampliando o acesso e a qualidade das ações e serviços disponibilizados. Identificar os avanços e os limites dos processos de mudanças na gestão local permite avançar na construção de novas estratégias políticas e operacionais para fortalecer o poder local, experimentar mudanças no modelo de atenção e contribuir para a sustentabilidade destas experiências.

6. O Caso: O Sistema Municipal de Saúde de Vitória da Conquista

6.1 O Contexto da descentralização do SUS no Estado da Bahia

O processo de implantação da NOB/SUS – 01/93 no Estado da Bahia sofreu diversas limitações determinadas principalmente pela posição assumida pela Secretaria da Saúde do Estado naquele período, que não estimulou o processo de descentralização, resultando em um quadro no qual nenhum município assumiu a gestão semi-plena proposta por esta norma operacional do Ministério da Saúde e apenas cerca de metade dos municípios se enquadraram na gestão incipiente. Até 1998, nem mesmo o processo de autorização das internações hospitalares havia sido descentralizado para qualquer município. Podemos afirmar que a descentralização do SUS na Bahia foi marcada pela ausência de estímulo estadual ao processo e intensa partidarização na relação intergestores.

Em recente estudo sobre o processo decisório e práticas de gestão na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia no período que envolveu a implantação da NOB/SUS – 01/96, os autores identificaram que esta instituição vinha sendo atravessada pelo clientelismo e favoritismo políticos, fortemente presentes neste Estado. (COELHO e PAIM, 2005)

As demandas políticas também permitiram a ocorrência de certos privilégios a favor dos municípios mais "alinhados", que teriam sido mais "aquinhoados", por exemplo, no processo da municipalização, em termos de recuperação e investimento das unidades cedidas. (COELHO e PAIM, 2005, p. 1376)

A partir de 1998, com o processo de habilitação pela NOB/SUS -01/96 alguns poucos municípios se propuseram a assumir a gestão plena do sistema municipal de saúde. Alguns municípios, como Vitória da Conquista levaram mais de 12 meses

entre a solicitação e a efetivação da habilitação em gestão plena em função dos entraves estabelecidos pela gestão estadual do SUS para sua aprovação. Até outubro de 2000 apenas 11 (onze) municípios estavam neste nível de gestão. Nos primeiros meses de 2001 outros 8 (oito) municípios foram habilitados em gestão plena totalizando 19 (dezenove).

Cabe ressaltar que com a intensificação do processo de descentralização estimulado a partir de 2003 pelo Ministério da Saúde o Estado da Bahia assumiu a gestão plena em outubro de 2004 e aumentou o número de municípios habilitados, além de passar o comando único sobre os procedimentos de alta complexidade ambulatorial que continuavam até então sob gestão estadual mesmo quando efetivados em municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde.

Ao final de setembro de 2005 o total de municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde era de 27 (vinte e sete municípios): Alagoinhas, Amargosa, Barra do Choça, Barreiras, Camaçari, Catu, Cruz das Almas, Dias D'Ávila, Eunapólis, Feira de Santana, Guanambi, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Jequié, Juazeiro, Laje, Madre de Deus, Medeiros Neto, Porto Seguro, Santo Antônio de Jesus, São Sebastião do Passé, Santa Cruz de Cabrália, Senhor do Bonfim, Teixeira de Freitas e Vitória da Conquista. Chama atenção o fato de que municípios com mais de 100 mil habitantes e pólos regionais no Estado encontravam-se ainda fora deste grupo: a capital (Salvador), Lauro de Freitas e Paulo Afonso.

Em maio de 2006 este número tinha chegado a 34 com as habilitações de Bom Jesus da Lapa, Brumado, Itabela, Lauro de Freitas, Salvador, São Félix e Vera Cruz, todas elas ocorridas entre janeiro e abril daquele ano. Assim, o Estado da Bahia tinha naquele momento 16 municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal de saúde pela NOB 96 e 18 pela NOAS.

A partir de janeiro de 2007, com a posse do Governador Jaques Wagner, implementou-se um processo de mudança na gestão estadual com reflexos importantes no setor saúde. O Estado vem tentando construir uma política de descentralização mais efetiva e solidária, buscando dividir responsabilidades com as gestões municipais e fortalecer os processos de cooperação técnica e financeira intergestores.

Para tanto, espaços como a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e o Conselho Municipal de Saúde têm sido reforçados. Em 2007 ocorreu a maior Conferência Estadual de Saúde já realizada na Bahia com delegados eleitos em Conferências Municipais de Saúde em 393 dos 417 municípios baianos, aprovando as principais políticas para o Plano Estadual de Saúde.

Desde 2007 o Estado vem repassando recursos regularmente para os Fundos Municipais de Saúde participando do financiamento do Programa de Saúde da Família, do SAMU 192 e para capacitação de agentes comunitários de saúde, além de regularizar suas contrapartidas na assistência farmacêutica, que nas gestões anteriores não eram asseguradas.

Está em curso a maior expansão da rede pública até então efetivada no Estado, com construção com recursos do governo estadual de mais de 400 novas unidades de saúde da família, fortalecendo a atenção básica e mais de 1.100 novos leitos hospitalares em unidades públicas estaduais.

Também vêm sendo feitos investimentos na qualificação dos trabalhadores do SUS, com diversos cursos de formação (mais de 12.000 agentes comunitários já freqüentaram), cursos de especialização (atualmente mais de 1.000 profissionais de

nível superiores estão se especializando em cursos oferecidos pela Secretaria da Saúde do Estado) e atividades de educação permanente em saúde.

O Estado da Bahia firmou a adesão estadual ao Pacto de Gestão através de portaria do Ministério da Saúde de outubro de 2007 (Portaria Nº 2.581 de 10/10/2007) e até o final de 2008 36 municípios tinham suas adesões ao Pacto publicadas (8,6% dos 417 municípios do estado).

Cabe registrar que além da relevância do objeto deste estudo existiu previamente uma aproximação direta do autor desta temática, na medida em que, enquanto Secretário Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, um dos municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde na Bahia, tivemos que nos enfrentar com a realidade encontrada, com a herança nefasta recebida, uma rede de serviços repleta de vícios e distorções, e um pequeno acúmulo de novas tecnologias de gestão que permitisse a reversão deste processo.

Ao assumirmos o desafio de implementar as proposições estabelecidas pela NOB/SUS - 01/96 e radicalizar na organização do sistema municipal de saúde, buscando alterar os modelos de gestão e de atenção à saúde tivemos oportunidade de vivenciar uma experiência impar. Este estudo construiu a oportunidade de desenvolvermos uma avaliação deste trabalho realizado em Vitória da Conquista, refletindo sobre a implantação e o desenvolvimento do sistema municipal de saúde neste município, identificando os avanços obtidos, as modificações implementadas, as deficiências e impasses e os novos horizontes a serem almejados, contribuindo assim para o avanço da construção do Sistema Único de Saúde, para o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e para alcançarmos um novo formato para o modelo assistencial a ser concretamente estabelecido na atenção à saúde da população.

6.2 Vitória da Conquista e a construção do Sistema Municipal de Saúde

Vitória da Conquista, localizado na Região Sudoeste, é o terceiro maior município da Bahia, com uma população de 308.204 habitantes segundo a contagem populacional realizada pelo IBGE em 2007 e estimada em 294.203 habitantes para 2007 (estimativas feitas pelo IBGE a partir dos dados do Censo de 2000) (Tabela I e Figura I).

Tabela I
Estimativa populacional segundo faixa etária, Município de Vitória da Conquista (Bahia), 2007

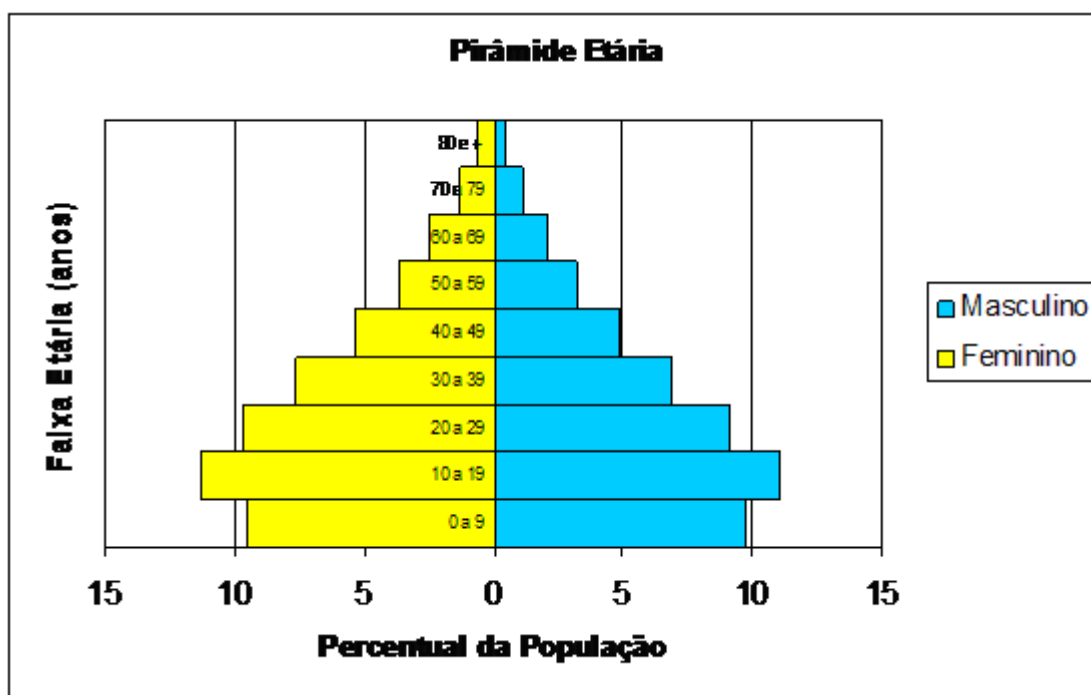
População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2007			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	3.018	2.775	5.793
1 a 4	11.481	10.965	22.446
5 a 9	14.212	14.106	28.318
10 a 14	15.568	15.364	30.932
15 a 19	17.059	17.867	34.926
20 a 29	26.940	28.396	55.336
30 a 39	20.403	22.498	42.901
40 a 49	14.322	15.660	29.982
50 a 59	9.442	10.574	20.016
60 a 69	6.035	7.235	13.270
70 a 79	3.241	3.755	6.996
80 e +	1.335	1.952	3.287
Ignorada	-	-	-
Total	143.056	151.147	294.203

Fonte: DATASUS/MS, baseado no IBGE (censo de 2000).

As terras do Município, em sua maioria, estão situadas no semi-árido e sofrem os efeitos da seca periódica. Vitória da Conquista tem clima tropical, com grandes variações climáticas, é amenizado pela altitude, que em alguns lugares,

chega a atingir mais de 900 metros. É uma das cidades que registram as temperaturas mais amenas no estado da Bahia, com temperatura média anual em torno de 18 graus centígrados.

Figura I
Pirâmide etária, Município de Vitória da Conquista (Bahia), 2007



Fonte: DATASUS/MS, baseado no IBGE (censo de 2000).

Apesar de sua alta taxa de urbanização (80%), Vitória da Conquista possui uma grande população rural, distribuída por 284 povoados em doze distritos da zona rural, com extensão territorial de 3.204 km² (IBGE).

Sua localização possibilita grande concentração de migrantes, em decorrência do entroncamento de várias rodovias, polarizando uma região de mais de 80 municípios, correspondendo a uma população de cerca de 2 milhões de habitantes. Dista 510 km da capital do Estado e sua posição é estratégica por se constituir num grande tronco rodoviário, que liga pela BR 116 o Norte ao Sul do país,

e por estrada estadual, o Leste ao Oeste, constituindo-se num ponto de passagem para as principais cidades da Bahia, do Nordeste, e do Norte de Minas Gerais.

Seu primeiro núcleo populacional remonta ao ano de 1752. O território onde hoje está localizado era habitado por povos indígenas (Mongoyó, Ymboré e Pataxó). Os primeiros aldeamentos se espalhavam por uma faixa que vai das margens do Rio Pardo até o Rio das Contas.

No final do século XVIII, o Arraial da Conquista ainda se resumia a uma igreja e algumas dezenas de casas. Com o ciclo do gado as matas foram derrubadas para dar lugar aos pastos e o Arraial virou passagem para o gado trazido pelos tropeiros de Minas Gerais que iam em direção ao litoral. A Vila passou a cidade em 1891, quando passou a se chamar Conquista. Nos anos 40, com a construção da ligação de Ilhéus a Bom Jesus da Lapa a cidade intensifica o comércio e o crescimento da população. É neste período que passa a se chamar Vitória da Conquista. A inauguração da Rodovia Rio-Bahia (Avenida Presidente Dutra) em 1963 determinou um novo impulso no crescimento da cidade.

Vitória da Conquista é um pólo comercial importante. Seu Produto interno bruto – PIB é estimado para o ano de 2008 em R\$ 1,8 bilhões. A partir dos anos setenta, foi implantada uma produção agrícola comercial, baseada na produção do café. Os incentivos a ampliação da cafeicultura, produto bastante valorizado nesse período, fez com que muita gente passasse a cultivar café na região, nos municípios de Vitória da Conquista, Planalto, Poções, Barra do Choça, entre outros, levando a multiplicação das lavouras de café em poucos anos.

Em paralelo à expansão da lavoura cafeeira, um pólo industrial passou a se formar em no município com a criação do Centro Industrial dos Imborés. A partir dos

anos 1990, os setores de cerâmica, mármore, óleo vegetal, produtos de limpeza e estofados entram em expansão.

Hoje o setor terciário de comércio e serviços é o que mais cresce e é também, o mais dinâmico da economia municipal. Sua participação na renda está estimada em mais de 50%, sendo o setor que mais tem criado novos empregos.

A abertura da Faculdade de Formação de Professores, precursora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), em 1969, respondeu à demanda regional e a partir da década de 90 esta universidade multiplicou o número de cursos oferecidos. Também nessa década, surgiram três instituições privadas de ensino superior.

O desenvolvimento recente de Vitória da Conquista é atestado pelos índices econômicos e sociais. O IDE - Índice de Desenvolvimento Econômico subiu do 11º lugar no ranking baiano, em 1996, para 9º, em 2000. O IDS - Índice de Desenvolvimento Social deu um salto: subiu do 24º para o 6º lugar. O IDH - Índice de Desenvolvimento Humano também saltou do 30º lugar em 1991 para 18º em 2000. Neste período, dos 20 melhores IDHs baianos, Vitória da Conquista foi o que mais melhorou.

O Município é o principal centro regional na prestação de serviços nas áreas de educação e saúde, contando com serviços médicos especializados, uma universidade pública estadual (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB), três instituições privadas de ensino superior e um total de 330 estabelecimentos de ensino fundamental, com 70.581 matrículas no ano 2000. Recentemente foi implantado um Campus da Universidade Federal da Bahia (2006), com cursos na área de saúde (inicialmente Farmácia, Enfermagem e Nutrição). Em 2005 foram computadas 8.370 matrículas no ensino pré-escolar, 54.510 matrículas

no ensino fundamental (das quais 31.360 na rede municipal de ensino), 16.012 alunos no ensino médio, e 7.413 matrículas em instituições de ensino superior no município, sendo 3.721 na UESB e 3.692 em 3 escolas privadas. Segundo dados do IBGE para os dois últimos Censos Demográficos, a proporção de alfabetizados em Vitória da Conquista aumentou entre 1991 e 2000, passando de 57,95% para 70,63%.

Em 2005, segundo dados do IBGE (Pesquisa de Assistência Médica Sanitária de 2005), Vitória da Conquista contava com 306 estabelecimentos de saúde, sendo que 255 incorporados ao SUS. Eram na ocasião 223 estabelecimentos públicos, dos quais 215 da rede municipal de saúde (com 1.904 servidores). Os estabelecimentos privados eram 83, com 32 deles mantendo atendimento pelo SUS. Existiam 14 unidades de saúde com internação, incluindo 8 delas privadas com internamentos pelo SUS. No total 11 estabelecimentos internam pacientes pelo SUS.

Ainda conforme dados da pesquisa do IBGE de 2005 existiam no município 889 leitos hospitalares, sendo 287 públicos (182 estaduais e 105 municipais) e 602 privados (590 deles em unidades contratadas/conveniadas com o SUS). A rede de saúde de Vitória da Conquista neste ano possuía 6 mamógrafos, 3 equipamentos para densitometria óssea, 3 tomógrafos (1 público e 1 privado contratado pelo SUS), 1 equipamento de ressonância magnética, 15 ultrasonógrafos doppler colorido, 27 eletrocardiógrafos, 7 equipamentos para eletroencefalografia, 39 máquinas de hemodiálise e 30 de radiologia (22 deles com mais de 100 mA). Existiam 8 serviços com atendimento de emergência e 3 unidades de terapia intensiva (uma UTI adulto, uma pediátrica e uma neonatal).

O Nordeste Brasileiro tem se caracterizado por práticas administrativas tradicionais, baseadas no clientelismo e na política do favor. Os processos de

modernização não foram suficientes para romper com essas práticas que, ao contrário, quase sempre serviam de espaços para reatualização das formas de controle estabelecidos. Apesar dessa tendência histórica, é possível encontrar experiências de gestão pública que fogem à lógica dominante.

Vitória da Conquista vem experimentando outras possibilidades de exercício do poder local, que buscam contribuir com a ampliação da cidadania. A atual administração, de perfil democrático-popular, vem se pautando nos princípios da transparência administrativa, na inversão de prioridades, na participação popular e no trabalho em parceria, buscando fomentar a co-responsabilidade social. É possível fazer um balanço extremamente positivo das ações que contribuem com esses objetivos.

Sendo Vitória da Conquista um município de porte médio do Nordeste Brasileiro, vive as condições de uma cidade dessa dimensão, agravadas ainda, por ser um pólo de migração regional.

Nos anos 70 e 80 o município se destacou na resistência ao regime militar com força política marcante do antigo MDB. Contudo, posteriormente, a maior parte deste grupo político oposicionista foi cooptada pelo grupo político conservador hegemônico no Estado por décadas.

Em 1996 ocorreu a grande ruptura na gestão local com a eleição do médico Guilherme Menezes, que havia concorrido quatro anos antes, se elegendo nesta segunda tentativa, coordenando uma coligação majoritariamente formada por partidos de esquerda, entre eles o Partido dos Trabalhadores (PT) ao qual o prefeito eleito era filiado.

Guilherme Menezes havia sido eleito deputado estadual pelo PT em 1994 e sua eleição para a Prefeitura de Vitória da Conquista se deu de forma expressiva. Seria reeleito prefeito em 2000 com 15 mil votos a mais que em 1996 (30% de acréscimo) ⁸.

Gestões anteriores, vinculadas à tradição clientelista, por vários anos, foram acumulando problemas, ao mesmo tempo em que comprometiam os recursos municipais em obras sem finalidade social. Na transição de governo, as dívidas alcançavam a cifra de R\$ 83 milhões, para uma arrecadação anual inferior a R\$ 30 milhões, naquele período. Com os serviços básicos paralisados, inclusive os de creche, saúde e educação, com cinco meses de salários atrasados, coube à nova administração a tarefa de sanear as finanças públicas e definir metas de ação que fugisse às regras dominantes.

No início da gestão municipal, autodenominada “Governo Participativo”, em janeiro de 1997, eram apenas 06 unidades básicas de saúde na rede pública municipal, com um quadro de 195 funcionários na Secretaria Municipal de Saúde, com baixa oferta de ações e serviços de saúde. Nesse quadro, existiam apenas 09 médicos contratados pelo Município, todos com carga horária parcial (20 horas semanais), que não eram cumpridas. Essas unidades foram encontradas em precário estado de funcionamento, com profissionais desmotivados, com salários atrasados (cinco meses sem pagamento) e aqueles cedidos pela Secretaria Estadual de Saúde com baixos vencimentos. Os agentes rurais de saúde que durante vários anos desenvolviam um trabalho importante em suas comunidades, encontravam-se sem receber salários e sem suporte e estímulo para sua atuação.

⁸ Em 2002 Guilherme Menezes foi eleito deputado federal, sendo sucedido por seu vice-prefeito José Raimundo Fontes, o qual seria eleito prefeito em 2004. A continuidade do “Governo Participativo” se deu novamente na última eleição municipal com a vitória de Guilherme Menezes para prefeito, retomando o executivo deste município a partir de janeiro de 2009.

As maiorias das unidades de saúde estavam com fornecimento de água e luz suspensos por falta de pagamento, desabastecidas em termos de medicamentos e material de consumo e sem condições de trabalho adequadas. Dívidas com todo o conjunto de fornecedores inviabilizavam o funcionamento dos serviços. Existiam débitos pendentes com os impostos e os encargos sociais, que há vários anos, não eram depositados. O mesmo quadro estendia-se a todas as áreas de atuação do Executivo Municipal.

As atividades de Vigilância Epidemiológica e Sanitária estavam desativadas ou não haviam sequer, sido implantadas efetivamente. Não existiam ações de combate às carências nutricionais. A cobertura vacinal em gestantes e em crianças era muito baixa e o atendimento médico só era programado em 05 unidades de saúde da sede do Município. O Conselho Municipal de Saúde estava desativado.

A rede contratada/conveniada de serviços do SUS estava sob gestão estadual, observando-se ausência total de ações de regulação, controle, avaliação e auditoria. Era conformada por nove hospitais e elenco de clínicas e consultórios médicos, a maior parte credenciada desde o período do antigo INAMPS.

Rompendo com as formas tradicionais da política praticadas no Nordeste, a atual administração assumiu como prioridade políticas públicas de caráter social, especialmente aquelas voltadas para a educação e a saúde.

Dentro dessas prioridades destacam-se também as ações voltadas para a proteção das crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social. Para concretizar essa meta, o primeiro passo foi de reestruturar e implantar os conselhos que tratam das políticas para esses setores. Assim, foram dadas as condições para

o pleno funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, de Educação, de Assistência Social, dos Direitos da Criança e do Adolescente e o Conselho Tutelar.

A Prefeitura Municipal debruçou-se sobre atividades de saneamento da situação financeira, conseguindo já no final do primeiro ano desta administração colocar em dia a folha salarial, os débitos com os principais fornecedores e renegociar as dívidas de previdência, FGTS e outras. Este quadro inibiu uma expansão imediata da oferta de serviços durante o ano de 1997. Contudo, as ações desenvolvidas permitiram recuperar a capacidade de funcionamento das unidades de saúde existentes e tornar o município adiplente, possibilitando a negociação de projetos e os processos de municipalização da saúde e da educação.

A busca de melhorias na situação financeira municipal com medidas de modernização da gestão tributária determinou o aumento da receita do IPTU, que triplicou entre 1997 (R\$ 677 mil) e 1999. Outras receitas municipais, como o ISS, dobraram a arrecadação nos primeiros três anos do novo governo. O município conseguiu também captar recursos externos. Entre estes se destacaram o financiamento de um projeto de informática para menores carentes bancado pela Telefônica (empresa espanhola) e o “Programa de Modernização da Administração Tributária”, que em 2000, contou com a liberação por parte do BNDES de cerca de R\$ 1,6 milhão. Neste processo de saneamento a prefeitura passou a cumprir todas as exigências oficiais a respeito da responsabilidade fiscal. (LESSA, 2000)

Na área de educação os investimentos municipais na rede escolar pública ampliaram de 29 mil para mais de 40 mil matriculados em apenas três anos e passou a incluir em programas de alfabetização milhares de jovens e adultos. Foram implantados programas sociais que tiveram destaque, em especial aqueles voltados para crianças carentes, aos idosos e para gerar alternativas de emprego e renda.

A grande meta da saúde foi assegurar a municipalização, com a configuração de um Sistema Municipal de Saúde, buscando que a gestão deste sistema fosse assumida pelo município, permitindo, em um primeiro momento, a implantação dos vários serviços e programas de atenção básica, especialmente aqueles voltados para o atendimento das famílias dos bairros populares e da zona rural, através de profissionais de nível superior, de nível médio e dos Agentes Comunitários de Saúde, e posteriormente a ampliação da oferta de atenção especializada e a reorientação da atenção hospitalar. Priorizou-se oferecer uma assistência integral que pudesse dar cobertura à maioria absoluta das famílias do Município. A política de saúde previu o aumento dos técnicos e profissionais, a ampliação dos serviços e equipamentos, ações na área de prevenção, de cobertura vacinal e redução da mortalidade infantil. Para isso, foi elaborado o Plano Municipal de Saúde, através de fóruns populares coordenados pelo Conselho Municipal de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde 1998 - 2001 teve como premissas a mudança na estratégia de intervenção sobre os problemas de saúde com a reorientação do modelo assistencial e a descentralização das ações de saúde e teve suas metas totalmente cumpridas, e em muito superadas. Em 1999, a realização da IV Conferência Municipal de Saúde, com grande participação popular, definiu as diretrizes para a política de saúde municipal, no cenário de habilitação em gestão plena do sistema municipal de saúde, conforme preconizado pela NOB 01/96.

A decisão da gestão municipal de efetivar a municipalização da saúde não contou com um cenário favorável, tendo que enfrentar resistências fortes do Governo Estadual e no âmbito local, principalmente por parte de empresários privados da saúde, meios de comunicação e grupos políticos de oposição ao governo municipal e aliados do grupo hegemônico na política estadual. Apesar de já

dispor dos requisitos necessários para assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde agosto de 1988, quando apresentou o pleito de habilitação, diversos entraves foram sendo colocados para a aprovação pela Secretaria Estadual de Saúde e pela Comissão Intergestora Bipartite Estadual, atrasando o processo em 14 meses. (TEIXEIRA & SOLLA, 2003)

Com a gestão plena o município ampliou a capacidade instalada pública, fortaleceu as ações de vigilância da saúde, reconfigurou a rede contratada, efetivou mecanismos de regulação, controle, avaliação e auditoria, ampliando a capacidade do sistema de saúde em dar respostas adequadas aos principais problemas de saúde da população.

Desde o início do “Governo Participativo” a administração municipal buscou viabilizar a proposta de ‘Vigilância da Saúde’, empregando a estratégia de ‘Saúde da Família’ e incorporando tanto as ‘ações programáticas de saúde’ quanto o ‘acolhimento’ na rede de serviços. As proposições sistematizadas como no âmbito da ‘promoção da saúde’ e de ‘cidades saudáveis’ também estiveram fortemente presentes na construção do sistema municipal de saúde. Foi implantado um sistema municipal de saúde centrado no usuário, buscando humanizar as relações entre gestores, usuários e trabalhadores da saúde e viabilizar o ‘acolhimento’ em todos os pontos de atenção.

A rede básica foi sendo montada com base na estratégia de Saúde da Família e atuam hoje 37 equipes, sendo 23 na zona urbana (que trabalham em 13 unidades de saúde da família) e 14 na zona rural, que contam com 13 unidades de saúde da família, 44 postos de saúde e uma unidade móvel, como locais de atendimento em função do grande território rural e a dispersão da população.

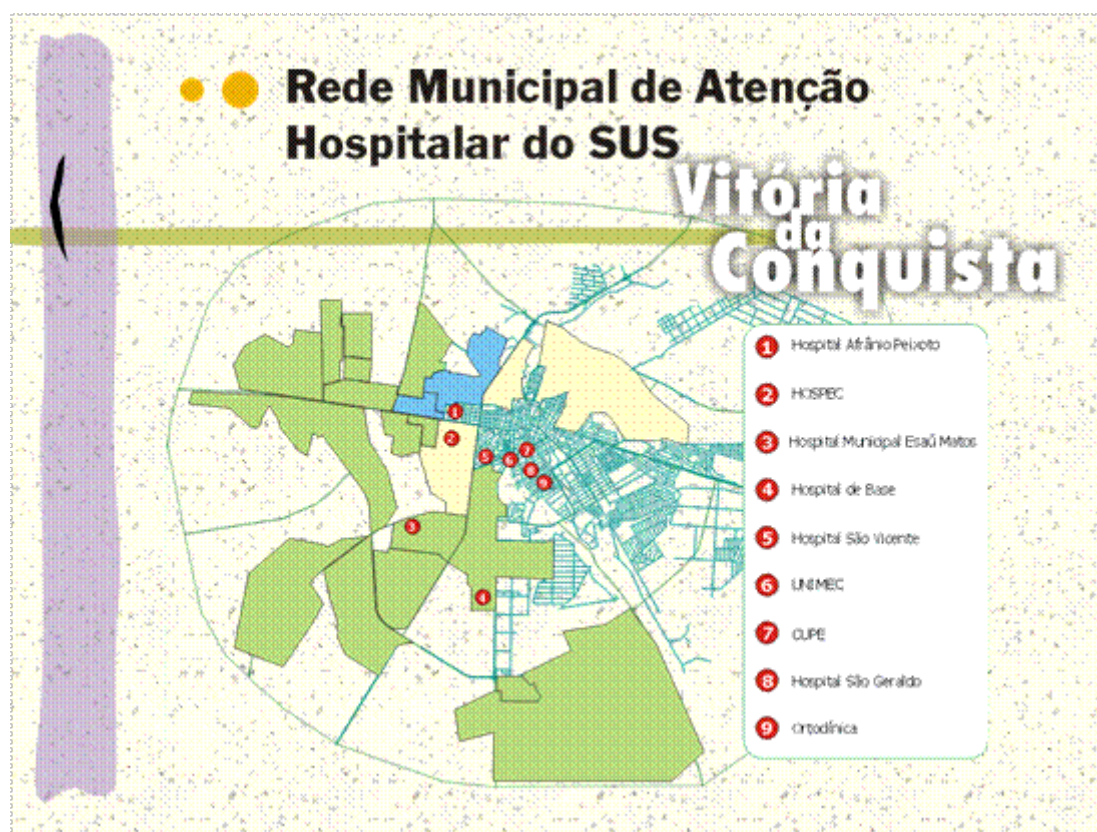
Odontólogos e auxiliares de consultório dentário estão presentes em todas as equipes de saúde da família, realizando atividades preventivas e tratamento odontológico, sendo que 15 equipes de saúde bucal (ESB) estão diretamente vinculadas a uma equipe de saúde da família (ESF) e 12 equipes de saúde bucal atuam cada uma com duas equipes de saúde da família (razão ESB / ESF = 0,73). Em 2007 atuavam no município 432 agentes comunitários de saúde (ACS). Existem também 06 Centros de Saúde (já com suas respectivas populações adscritas e áreas de abrangência definidas e apesar de não contarem com equipes de saúde da família já têm agentes comunitários atuando), a Unidade de Vigilância Sanitária e o Centro de Controle de Endemias. A cobertura populacional pelo PSF alcançava 51,7% da população e a cobertura exclusivamente por agentes comunitários de saúde vinculados a Centros de Saúde era de 22,4% da população.

O município de Vitória da Conquista possui uma população quilombola (remanescente de quilombos) de 8.491 pessoas e uma população rural assentada de 3.311 pessoas. Em 2007 a cobertura com PSF da população quilombola era de 95,4% e entre os assentados era igual a 87%. As áreas quilombolas e de assentamento não atendidas pelo PSF possuíam cobertura total de agentes comunitários de saúde.

A rede hospitalar que antes da municipalização era marcada pela atuação isolada de cada serviço, por alta ocorrência de fraudes e cobrança aos usuários, pela triagem de pacientes em função de procedimentos mais “lucrativos”, pela baixa qualidade da assistência prestada, pela característica de principal porta de entrada na ausência de uma rede básica e de mecanismos de regulação do acesso, e pelo predomínio dos interesses privados lucrativos das empresas que atuam no setor,

passou por profundas mudanças a partir do momento em que o município assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal.

Figura II
Rede Municipal de Atenção Hospitalar do SUS,
Vitória da Conquista (Bahia), 2007



O município retomou o Hospital Municipal Esaú Matos que estava entregue em comodato a Santa Casa, totalmente sucateado e com baixa capacidade de atendimento, e após reforma de todas suas instalações, aquisição de equipamentos e contratação de profissionais foi reinaugurado em 2001 com atendimento materno-infantil e cirurgias eletivas, incluindo emergência pediátrica, referência para gravidez de alto risco, banco de leite e UTI neonatal. Esta unidade oferece hoje programas de residência médica em Obstetrícia/Ginecologia e em Pediatria, únicos cursos de especialização médica existentes na região sudoeste do Estado da Bahia.

A rede passou a contar efetivamente com 9 unidades hospitalares, 3 públicas - Hospital Geral de Vitória da Conquista (Hospital de Base) e Hospital Psiquiátrico Afrânio Peixoto (ambos estaduais) e o Hospital Municipal Esaú Matos – e 6 privados, sendo um deles filantrópico (Hospital São Vicente, que tem como mantenedora a Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista) (Figura II).

A Secretaria Municipal de Saúde além de redimensionar a rede de serviços privados contratados hospitalares e ambulatoriais especializados realizou investimentos na criação de uma capacidade instalada própria. Foram implantados o **Laboratório Municipal** (o maior laboratório público municipal do Estado, perdendo apenas para o Laboratório Central Estadual, já passou por três grandes processos de ampliação, totalmente automatizado, funcionando hoje em novas instalações em prédio anexo ao hospital municipal), um **Laboratório de Citopatologia** (exames de citologia oncológica para Vitória da Conquista e diversos municípios da região), o **Centro de Referência em DST/AIDS** (maior e mais completo do interior da Bahia), um **Centro de Atenção às Dependências Químicas** (CAPS ad – CEAD), um **Centro de Atenção Psico-Social** (CAPS II), um **Centro de Referência em Pneumologia e Dermatologia Sanitária** (especializado em tuberculose e hanseníase), um **Serviço de referência para diagnóstico e tratamento das Hepatites**, um **Centro de Referência em Reabilitação Física** (que realiza inclusive protetização), um **Centro de Diagnóstico por Imagem** (radiologia, mamografia, endoscopia digestiva, colonoscopia, laringoscopia, eletrocardiografia, eletroencefalografia e ultrasonografia - em prédio anexo ao hospital municipal), um **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador**, um **Pronto Socorro Municipal**, um **Centro Especializado em Odontologia** (CEO), em parceria com a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e um **Centro Municipal de Atenção Especializada**

(CEMAE), contando em 2007 com 60 médicos em 27 especialidades. Recentemente foi implantado um **Centro de Referência em Saúde Auditiva**. Vitória da Conquista foi o primeiro município baiano (único antes do Ministério da Saúde desenvolver o projeto do SAMU 192) a contar com **Serviço de atendimento pré-hospitalar** pelo SUS (**SAMU 192**), conta hoje com 6 ambulâncias de suporte básico e 2 de suporte avançado. O município conta também com duas unidades da **Farmácia Popular do Brasil**. Todos estes serviços e os privados contratados pelo SUS disponibilizam suas agendas para uma **Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializada** totalmente informatizada (primeira implantada no SUS na Bahia) que atende solicitações de todas as equipes de saúde da família do município e de municípios da Região Sudoeste. O município possui também Serviço de Ouvidoria e o Sistema de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS, incluindo o Serviço de Autorização de Internações Eletivas e Procedimentos de Alto Custo e a Central de Internações Hospitalares.

A gestão dos recursos de alta complexidade ambulatorial e hospitalar em Vitória da Conquista estava com o Estado. (OLIVEIRA, 2003). A partir de novembro de 2003 em função da negociação para a entrada do estado da Bahia em gestão plena foi repassada a gestão dos serviços de alta complexidade para os municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde no estado, o que até então estava retido na gestão estadual. Em outubro de 1999, existia apenas um serviço de Hemodiálise na rede SUS. Atualmente, estão disponibilizados dois serviços **Hemodiálise**, dois de **Quimioterapia**, um de **Radioterapia**, dois de **Hemoterapia** e dois de **Tomografia Computadorizada**. São ainda oferecidos pelo município procedimentos de **Litotripsia Extracorpórea e Biópsia Teleguiada de Próstata, Mama e Tireóide**.

Mas ainda se faz necessário o cadastramento do Município em alta complexidade para Neurocirurgia, que além de já contar com profissionais capacitados, evitaria muitos casos de seqüelas e mortes prematuras. Outra habilitação de alta complexidade em andamento é do serviço Cardio-Vascular da Santa Casa. A mesma situação ocorre com a Ressonância Magnética, Cintilografia e Densitometria Óssea (ainda não credenciados ao SUS), gerando deslocamentos para Itabuna, Ilhéus e Salvador. A falta do cadastramento da Cirurgia Oncológica será resolvida com a implantação da UNACON – Unidade de Atendimento em Oncologia, no Hospital Regional de Vitória da Conquista em 2009, que promoverá uma atenção integral ao paciente com câncer.

De extrema importância para a toda a região Sudoeste, vale a pena destacar a implantação da 1ª UTI adulto pública com 07 leitos no Hospital Regional (gerência estadual), em setembro de 2002. Em novembro de 2003 esta UTI foi ampliada para 09 leitos e implantada a 1ª UTI pediátrica com 05 leitos, também no Hospital Regional. Em 2008 foi inaugurada uma segunda UTI adulto no Hospital Regional, dobrando o número de leitos de terapia intensiva para adultos anteriormente existentes, além de ampliação do número de leitos em enfermarias e reforma em vários setores desta unidade hospitalar. Além destas funciona uma UTI neonatal do Hospital Esaú Matos, com 06 leitos e 09 de semi-intensiva inaugurada em 2001, a qual foi ampliada ganhando novas instalações em 2008.

Em Vitória da Conquista, a atenção especializada é disponibilizada para a população própria e para a população de 78 municípios da Região Sudoeste que pactuaram tais procedimentos na PPI mediante a Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados que regula a oferta disponível na Rede SUS.

A participação do setor público na oferta de ações especializadas passou a ser majoritária após a habilitação de Vitória da Conquista na Gestão Plena do Sistema Municipal. Desde que o município entrou em gestão plena do sistema municipal de saúde mais da metade da oferta dos procedimentos ambulatoriais especializados são realizados pelo setor público.

Em Vitória da Conquista a participação popular e o controle social têm sido fomentados com a criação e fortalecimento de diversos espaços como os Conselhos e Conferências Municipais, os Conselhos Locais de Saúde, o Orçamento Participativo e o Congresso da Cidade.

Em 2002 o Conselho Municipal de Saúde aprovou o Plano Municipal de Saúde para o período 2002 – 2005 definindo problemas prioritários a serem enfrentados e metas para este quadriênio. Incluiu ainda a previsão de recursos orçamentários, em consonância com o Plano Plurianual de Ação. Em 2003 a realização da V Conferência Municipal de Saúde permitiu uma avaliação das ações desenvolvidas com a participação de um amplo conjunto de atores sociais e o fortalecimento e respaldo das propostas aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde e definidas no Plano Municipal.

Apesar de atender a todos os municípios da Macro Região Sudoeste e vários do norte de Minas Gerais que buscam serviços especializados de saúde pelo SUS, Vitória da Conquista tem enfrentado diversas dificuldades para o financiamento do sistema. A condução da Programação Pactuada Integrada (PPI) no Estado da Bahia não garantiu um financiamento razoável para atender as necessidades mais essenciais dos serviços garantidos pela gestão municipal. Em setembro de 2003 foi feita uma revisão da Programação Pactuada Integrada (PPI) saltando de 40 para 75 municípios pactuados. Contudo os parâmetros empregados pela Secretaria Estadual

de Saúde na PPI prejudicaram os municípios que tinham empregado esforços para reduzir internações hospitalares desnecessárias fazendo com que o valor médio programado para cada internação hospitalar para a população própria do município continuasse o mesmo programado em 1999, sem qualquer reajuste. Além disso, serviços como o Centro de Referência em DST/AIDS que têm uma abrangência superior aos 75 municípios pactuados não foram levados em consideração.

Entre 2000 e 2003 os repasses federais para média e alta complexidade ficaram praticamente estacionários enquanto ocorria uma importante expansão e qualificação da rede, inclusive com implantação de complexos reguladores, com ações intensas de controle, avaliação e auditoria. Mesmo os aumentos de tabela determinados pelo Ministério da Saúde em 2003 e 2004 não conseguiram equacionar esta diferença acumulada. A maior parte do aumento do teto entre 2003 e 2004 esteve determinado pelo repasse para a gestão municipal dos serviços ambulatoriais de alta complexidade (especialmente quimioterapia e radioterapia) que anteriormente entravam na remuneração por serviços produzidos sob gestão estadual.

Somente em 2007 com a mudança da gestão estadual⁹ foi possível amenizar as dificuldades em relação ao financiamento federal transferido com uma negociação que ampliou os repasses para todos os municípios em gestão plena do sistema municipal de saúde na Bahia, além do estado passar a cumprir suas contrapartidas no financiamento da equipes de saúde da família e do SAMU. Em 2007 a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia repassou para os municípios com o

⁹ Em outubro de 2006 Jaques Wagner foi eleito governador da Bahia pelo Partido dos Trabalhadores (PT) derrotando as forças conservadoras que hegemonizaram o quadro político no Estado durante muitos anos. A gestão municipal de Vitória da Conquista foi uma referência importante neste processo eleitoral, servindo inclusive como “vitrine” para a campanha do PT e disponibilizando posteriormente vários quadros que passaram pela gestão municipal para ocuparem postos no governo estadual a partir de janeiro de 2007.

SAMU implantado o equivalente a 3 anos da participação do Estado no financiamento deste serviço. A gestão anterior tinha deixado 2 anos sem repassar os recursos da contrapartida estadual para esta finalidade.

A realidade de Vitória da Conquista foi sendo mudada ao longo desses anos de administração. Com a reeleição do Prefeito Dr. Guilherme Menezes em 2000 foi possível dar continuidade a este projeto no município de Vitória da Conquista. Em 2002 o Dr. Guilherme Menezes foi eleito deputado federal, assumindo como Prefeito o vice Prof. José Raimundo Fontes, o qual foi reconduzido para novo mandato no executivo municipal na eleição de 2004. Assim as forças políticas que implantaram o “Governo Participativo” na administração municipal de Vitória da Conquista têm continuaram a condução da gestão deste município, completando em 2008 12 anos a frente desta administração ¹⁰.

A experiência de Vitória da Conquista na implantação de um Sistema Municipal de Saúde coerente com os princípios e diretrizes estabelecidos para o Sistema Único de Saúde é identificada como um dos mais importantes e bem sucedidos processos de municipalização da saúde no Estado da Bahia.

Os resultados obtidos têm sido extremamente positivos no que diz respeito a configuração de uma rede de serviços de saúde potente para atender as necessidades da atenção básica, especializada e hospitalar.

¹⁰ Em outubro de 2008 o deputado federal e ex-prefeito de Vitória da Conquista Guilherme Menezes foi eleito novamente prefeito do município para o período 2009-2012 e pela primeira vez o “Governo Participativo” elegeu ampla maioria de vereadores.

6.3 Avanços na Situação de Saúde

No ano de 2007 ocorreram em Vitória da Conquista 5.271 nascimentos, com apenas 0,68% deles tendo sido partos domiciliares, correspondente a 36 partos. Dos partos ocorridos, 92,5% foram a termo e 1,4% ocorridos entre a 22ª semana de gestação até a 37ª semana. Das gestantes acompanhadas na rede básica 45,2% fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal; 8,89% dos recém nascidos apresentaram baixo peso ao nascer (469 crianças) e 3,9% nasceram com sobrepeso – peso acima de 4.000 gramas.

Em 2007 em Vitória da Conquista foram registrados os seguintes casos de ocorrência de doenças imunopreveníveis: 74 casos notificados de Sarampo (todos descartados), 43 casos notificados de Rubéola (01 confirmado por critérios clínicos em criança de 9 meses de idade), 82 casos notificados de hepatites virais (nenhum caso de hepatite B em criança), 64 casos notificados de meningite (nenhum caso de meningite por haemophilus).

Foram registrados em 2007 em Vitória da Conquista 317 casos suspeitos de dengue, correspondendo a um aumento de 246 % comparando com o ano de 2006, onde ocorreram 129 casos suspeitos desta doença. Cabe registrar o aparecimento de casos suspeitos de dengue em crianças menores de 1 ano e o surgimento de formas graves da doença, como 1 caso suspeito de febre hemorrágica do dengue. Esta situação fez com que o município adotasse medidas emergenciais para reforçar o combate a dengue, entre elas a utilização do carro “fumacê” e a contratação de mais 50 novos agentes. O monitoramento da circulação viral demonstra que o sorotipo DENV3 continua sendo predominante, contudo observa-se no município a circulação dos três sorotipos DENV1, DENV2 e DENV3.

Em 2007 foram diagnosticados 109 casos de Hanseníase em Vitória da Conquista, destes, 49 pacientes residentes neste município e 60 pacientes residentes em outros municípios. O coeficiente de detecção de casos novos no ano de 2007 foi de 1,66%, a proporção de cura foi de 89,7%, a taxa de abandono foi de 4,2%.

No ano de 2007 foram diagnosticados 91 casos de tuberculose, sendo 46,2% destes pulmonar positivo, 24,1% pulmonar negativo, 9,9% pulmonar sem baciloscopia e 19,8% extra pulmonares. O coeficiente de incidência foi de 30,9/100.000 habitantes com 75,6% dos casos com alta por cura.

Durante o ano de 2007 foram notificados 90 casos novos de AIDS, destes 42,2% residentes em Vitória da Conquista e sendo 37,7% do sexo feminino. Em 1988 foi notificado o primeiro caso de AIDS no município. Deste ano até dezembro de 2007 já foram diagnosticados 663 casos, sendo que devido à transferência, abandono e óbitos existiam em 2007 460 pacientes HIV positivos sendo acompanhados pelo Centro Municipal de Referência em DST/AIDS.

Uma das principais prioridades do Ministério da Saúde é reduzir a Transmissão Vertical do HIV para taxas abaixo de 5%. Nos últimos anos, esta taxa tem sido mantida em zero % no município de Vitória da Conquista. Em 2007 foram acompanhadas 17 gestantes com HIV/AIDS, sendo 9 residentes no município. O serviço de pediatria acompanha cerca de 100 crianças expostas ao HIV. Durante o ano de 2007 foram distribuídas 534 latas de fórmula láctea para as crianças expostas com idade inferior a 2 anos, uma vez que através do aleitamento materno é possível a transmissão do HIV. Em relação às crianças portadoras de HIV/AIDS, estão sendo acompanhadas pelo infecto-pediatra 43 pacientes.

A cobertura vacinal em menores de 1 ano tem se mantido em todos os anos analisados em patamares elevados, o que é corroborado pelas informações de ocorrência de doenças imunopreveníveis notificadas. Tais resultados positivos são observados tanto na vacinação de rotina quanto nos resultados das campanhas (Tabela II).

Os dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) apontam para uma redução da Taxa de Natalidade no município, caindo de 23,8 em 1998 para 18,0 em 2007. A proporção de mães de 10 a 19 anos também reduziu de 24,7% para 20,7%. Já a proporção de partos cesáreos aumentou de 22% em 1998 para 37,2% em 2007, o que acompanha tendência preocupante observada em todo o país. A proporção de recém nascidos de baixo peso tem se mantido em patamares semelhantes neste período estudado (Tabela III).

Tabela II

Cobertura Vacinal (%) por Tipo de Imunobiológico em Menores de 1 ano, Vitória da Conquista (Bahia), 1997 a 2006

Imunobiológicos	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BCG (BCG)	128,4	183,3	191,7	187,0	155,6	169,4	144,6	151,7	148,9	119,0
Contra Febre Amarela (FA)	-	0,2	47,8	109,4	99,8	100,0	99,1	102,5	96,8	99,6
Contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	-	-	3,2	92,9	90,3	54,8	5,4	-	-	-
Contra Hepatite B (HB)	-	20,8	127,6	109,8	88,7	96,7	101,1	96,8	93,1	92,0
Contra Influenza (Campanha) (INF)	-	-	117,9	66,7	78,9	79,1	84,2	89,2	80,1	83,3
Contra Sarampo	85,5	100,2	122,1	117,3	94,5	102,6	10,7	-	-	-
Oral Contra Poliomielite (VOP)	76,4	89,2	98,0	121,0	97,0	95,2	98,1	98,7	95,8	97,1
Oral Contra Poliomielite (Campanha 1ª etapa)	120,7	126,6	100,5	98,7	105,8	106,1	100,2	97,3	95,4	91,5
Oral Contra Poliomielite (Campanha 2ª etapa)	113,3	134,4	97,1	101,4	109,3	98,8	103,1	103,0	99,0	96,0
Oral de Rotavírus Humano (RR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25,2
Tetraivalente (DTP/Hib) (TETRA)	-	-	-	-	-	33,5	98,2	100,5	92,9	97,0
Tríplice Bacteriana (DTP)	55,3	98,5	95,6	112,3	101,3	64,0	3,3	-	0,4	0,5
Tríplice Viral (SCR)	-	-	-	236,9	114,6	105,0	117,3	126,2	103,5	106,0
Tríplice Viral (campanha) (SCR)	-	-	-	-	-	-	-	26,6	-	-

Fonte: SI/PNI

Tabela III

Indicadores relacionados aos Nascidos Vivos no município de Vitória da Conquista (Bahia), 1998 a 2007.

Condições	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Número de nascidos vivos	5.941	6.299	5.937	5.791	5.844	5.752	5.909	5.649	5.355	5.299
Taxa Bruta de Natalidade	23,8	24,8	22,6	21,7	21,6	21,0	21,3	19,8	18,5	18,0
% com prematuridade	5,7	3,5	6,6	5,1	4,5	5,1	5,5	5,5	5,5	5,9
% de partos cesáreos	22,0	22,3	24,0	25,5	26,7	27,7	27,8	27,8	33,9	37,2
% de mães de 10-19 anos	24,7	24,7	25,1	24,8	23,5	22,0	22,2	20,8	21,8	20,7
% de mães de 10-14 anos	0,8	0,7	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,6	1,0	0,7
% com baixo peso ao nascer										
- geral	10,1	8,5	8,0	9,2	9,7	10,0	10,7	9,7	10,3	9,1
- partos cesáreos	10,6	8,7	8,3	8,9	10,7	8,9	11,8	10,0	9,9	8,9
- partos vaginais	10,0	8,4	8,0	9,3	9,3	10,5	10,3	9,6	10,5	9,3

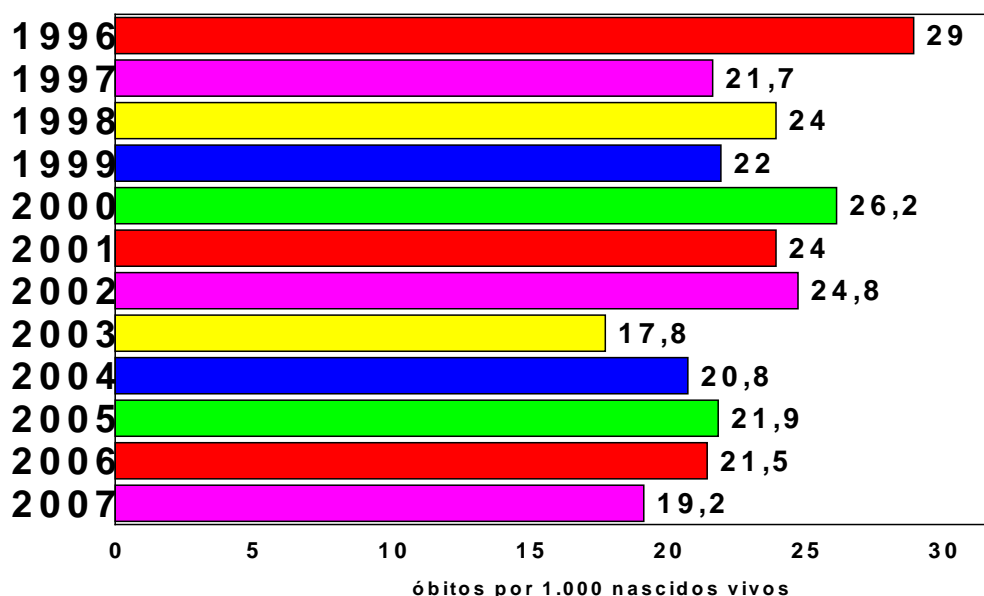
Fonte: SINASC

Os indicadores de mortalidade apresentaram uma evolução positiva no município durante o período estudado. A mortalidade infantil, segundo dados do Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista para o ano de 2007, apresentou uma diminuição acentuada, caindo de 29 por mil nascidos vivos em 1996 para 19,2 em 2007 (Gráfico I).

A Taxa de Mortalidade Materna em Vitória da Conquista reduziu na metade entre 2001 e 2006, passando de 122,6 por 100.000 nascidos vivos no primeiro ano para 56,4 por 100.000 nascidos vivos no último ano desta série. Observa-se alta proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados (em torno de 95%), apontando eficiência das ações de vigilância no município (Tabela IV).

Gráfico I

Coeficiente de Mortalidade Infantil (por 1.000 vivos), Vitória da Conquista (BA), 1996 a



Fonte: Relatório de Gestão 2007 - Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia)

Tabela IV

Indicadores de Mortalidade Materna no município de Vitória da Conquista (Bahia), 2001 a 2006

<i>INDICADORES</i>	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nº DE ÓBITOS DE MIF	119	106	118	104	101	108
% DE ÓBITOS INVESTIGADOS	100%	97,1%	97,4%	96,88%	84%	95%
Nº DE ÓBITOS MATERNOS	05	03	02	07	03	03
TAXA DE MORTALIDADE MATERNA (/100.000)	122,6	53	35,4	116,7	52,3	56,4

Fonte: Relatório de Gestão 2007 – Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista (Bahia)

A Taxa de Mortalidade Geral sofreu uma pequena redução (de 5,8 para 5,5 por 1.000 habitantes) entre 1998 e 2007. Observa-se grande queda na proporção de óbitos por causas mal definidas (reduziram na metade), indicando melhoria da capacidade do sistema de saúde em diagnosticar e registrar esta informação, e também, em geral, pode sinalizar a ocorrência de uma ampliação do acesso a serviços de saúde. Esta proporção que era igual a 37,7% em 1998 caiu para 18,3% em 2007. O mesmo é verificado entre os óbitos infantis, onde esta redução na proporção dos óbitos por causas mal definidas fez com que este indicador saísse de 15,2% em 1998 para 7,9% em 2007. O coeficiente de mortalidade infantil proporcional reduziu de 11% em 1998 para 7,7% em 2007 (Tabela V).

O perfil de mortalidade da população de Vitória da Conquista apresenta padrão semelhante à tendência nacional com alta participação das doenças crônico-degenerativas, especialmente cardiovasculares. Chama atenção o aumento ocorrido na mortalidade por causas externas. O coeficiente de mortalidade por agressões subiu de 15,6 por 100.000 habitantes em 1998 para 37,4 por 100.000 habitantes em 2007. A evolução da mortalidade proporcional aponta que desde o grupo com 1 ano

de idade até o de 49 anos completos mais de 40% dos óbitos foram por causas externas, alcançando 75,8% na faixa de 15 a 19 anos. As doenças cardiovasculares a partir dos 50 anos predominam (30,5% entre 50 e 64 anos e 48,2% entre os com 65 anos e mais), seguidas das neoplasias (23% entre 50 e 64 anos) (Tabelas VI e VII).

Tabela V

Indicadores de Mortalidade no município de Vitória da Conquista (Bahia), 1998 a 2007

Outros Indicadores de Mortalidade	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total de óbitos	1.439	1.346	1.419	1.506	1.517	1.571	1.673	1.531	1.662	1.627
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	5,8	5,3	5,4	5,6	5,6	5,7	6,0	5,4	5,7	5,5
% óbitos por causas mal definidas	37,7	35,0	31,5	26,1	26,0	28,3	28,5	28,6	12,2	18,3
Total de óbitos infantis	158	154	158	153	161	119	129	127	126	126
Nº de óbitos infantis causas mal definidas	24	15	21	4	9	6	6	6	7	10
% de óbitos infantis no total de óbitos *	11,0	11,4	11,1	10,2	10,6	7,6	7,7	8,3	7,6	7,7
% de óbitos infantis causas mal definidas	15,2	9,7	13,3	2,6	5,6	5,0	4,7	4,7	5,6	7,9

* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

**considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC

Fonte: SIM/SINASC – Ministério da Saúde

Tabela VI

Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes), Vitória da Conquista (Bahia), 1998 a 2007

Causa do Óbito	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Aids	1,6	1,6	2,3	3,7	2,6	4,4	3,6	1,4	2,8	3,1
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	0,8	4,6	2,2	8,0	5,8	5,7	5,6	6,8	7,3	-
Neoplasia maligna colo do útero (/100.000 mulh)	1,5	1,5	1,5	2,9	4,3	7,1	4,2	2,7	4,0	-
Infarto agudo do miocárdio	20,0	15,4	19,0	18,7	19,6	23,4	22,0	19,2	26,9	25,5
Doenças cerebrovasculares	43,6	45,7	47,2	49,8	50,3	51,8	51,1	47,2	59,3	55,1
Diabetes mellitus	12,8	16,6	14,1	18,7	17,8	19,7	15,8	17,1	25,2	19,7
Acidentes de transporte	16,8	20,1	28,2	26,2	26,3	20,4	16,6	15,7	17,2	18,4
Agressões	15,6	12,2	18,3	23,6	25,5	35,8	40,3	30,4	31,7	37,4

Fonte: SIM

Tabela VII

Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária e segundo Grupos de Causas (CID 10), Vitória da Conquista (Bahia), 1998 a 2007

Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6,0	10,0	-	40,0	-	6,0	3,2	4,3	4,1	4,7
II. Neoplasias (tumores)	-	-	18,2	-	6,1	7,8	23,0	13,5	14,3	12,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,9	-	9,1	-	12,1	15,8	36,5	48,2	47,2	32,2
X. Doenças do aparelho respiratório	3,4	10,0	9,1	-	3,0	4,5	6,8	13,4	13,0	8,8
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	65,5	-	-	-	-	-	-	-	-	5,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1,7	40,0	36,4	40,0	75,8	45,1	12,2	4,0	4,7	18,0
Demais causas definidas	22,4	40,0	27,3	20,0	3,0	20,9	18,5	16,6	16,8	18,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIM

6.4 Ampliando o acesso da população aos serviços de saúde

O município de Vitória da Conquista vem alcançando, em geral, as metas pactuadas a cada ano junto com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e com o Ministério da Saúde para avaliação do desempenho da rede de saúde, especialmente no que diz respeito à atenção básica.

Analisando o comportamento dos indicadores do Pacto pela Saúde para o ano de 2007, observa-se que foi alcançado um bom resultado, tendo ficado abaixo do proposto em apenas 1/3 dos indicadores pactuados, assim mesmo com resultados próximos às metas programadas (Tabela VIII).

Os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) referentes ao acompanhamento da população coberta pela estratégia de saúde da família (PACS / PSF) também indicam uma melhoria progressiva na situação de saúde deste município. A população coberta pelo PSF variou entre 53,4% em 2001 e 65% em 2006. Aquela acompanhada por agentes comunitários de saúde (em equipes do PSF ou atuando em com a retaguarda de unidades básicas tradicionais e com supervisão de enfermeiro – PACS) chegou a 88,9% em 2006. Nesta população acompanhada a proporção de crianças menores de um ano com esquema vacinal básico em dia aumentou de 75,9% em 2001 para 92,7% em 2006; a proporção de crianças até 4 meses com aleitamento materno exclusivo passou de 57,7% (2001) para 68,1% (2006); a proporção de gestantes com consultas de pré-natal em dia subiu de 81,2% em 2001 para 86,6% em 2006; a prevalência de desnutrição em menores de dois anos reduziu de 11,3% em 2001 para 4,9% em 2006. Já as taxas de hospitalização de menores de cinco anos por pneumonia e desidratação depois

de ficarem mantidas elevadas entre 2001 e 2005, tiveram redução importante em 2006 (Tabelas IX e X).

Tabela VIII

Indicadores do Pacto pela Saúde, metas propostas e resultados alcançados, Vitória da Conquista (Bahia), 2007.

INDICADORES	META 2007 PROPOSTA	ALCANÇADA EM 2007
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal (%)	86	85,4
Coefficiente de mortalidade infantil (/1.000 NV)	21,5	19,2
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados (%)	75	71
Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade	95	95,7
Taxa de cura de hanseníase nos anos das coortes	95	89,7
Taxa de cura dos casos novos de tuberculose bacilífera	85	75,6
Incidência parasitária anual de malária	0	0
Proporção de amostras clínicas para diagnóstico do vírus influenza em relação ao preconizado	0	0
Taxa de notificação de casos de paralisia flácida aguda – PFA em menores de 15 anos	100	100
Proporção de casos notificados, encerrados oportunamente após notificação, exceto dengue-clássico	80	98,9
Proporção de casos de leishmaniose visceral curados	85	100
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	95	90
Coefficiente de mortalidade neonatal	16	13,9
Coefficiente de mortalidade infantil por doença diarreica	16	0
Coefficiente de mortalidade infantil por pneumonia	48	0,34
Razão de mortalidade materna	48	(*)
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	47	45,2
COMPLEMENTAR	META PROPOSTA 2007	ALCANÇADA EM 2007
Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer	18	8,89
Coefficiente de mortalidade neonatal tardia (/1.000 NV)	3	2,7
Proporção de partos cesáreos	33	37
INDICADORES ACRESCIDOS PELO MUNICÍPIO	META PROPOSTA 2007	ALCANÇADA EM 2007
Taxa de detecção de casos novos de hanseníase	2	1,66
Número de casos confirmados de tétano neonatal	0	0

Fonte: SINAN

Obs: Dados preliminares para o ano de 2007

(*) Dados ainda não disponíveis

Tabela IX

Indicadores de Atenção Básica entre população acompanhada pelo PACS e PSF, Vitória da Conquista (Bahia), 2001 a 2006

Ano	Modelo de Atenção	População coberta	% população coberta pelo programa	Média mensal de visitas por família	% de crianças c/ esq.vacinal básico em dia	% de crianças c/aleit. materno exclusivo	% de cobertura de consultas de pré-natal
2001	PACS	73.709	27,6	0,07	74,8	50,6	77,8
	PSF	142.663	53,4	0,08	76,4	61,0	82,7
	Total	216.372	81,0	0,08	75,9	57,7	81,2
2002	PACS	73.709	27,3	0,07	78,5	53,5	77,8
	PSF	142.663	52,8	0,07	78,0	62,6	83,4
	Total	216.372	80,0	0,07	78,1	59,9	81,8
2003	PACS	85.214	31,1	0,07	84,3	56,3	78,7
	PSF	160.307	58,5	0,07	85,3	64,8	81,9
	Total	245.521	89,6	0,07	85,0	62,2	80,9
2004	PACS	74.364	26,8	0,07	86,2	63,0	83,3
	PSF	176.094	63,4	0,07	88,4	66,5	88,0
	Total	250.458	90,2	0,07	87,8	65,5	86,8
2005	PACS	69.005	24,1	0,07	89,6	67,7	85,8
	PSF	190.266	66,5	0,07	90,6	70,0	86,0
	Total	259.271	90,7	0,07	90,4	69,5	85,9
2006	PACS	69.255	23,9	0,06	93,0	68,9	87,0
	PSF	188.726	65,0	0,06	92,6	67,9	86,5
	Total	257.981	88,9	0,06	92,7	68,1	86,6

Fonte: SIAB

Tabela X

Indicadores de Atenção Básica entre população acompanhada pelo PACS e PSF, Vitória da Conquista (Bahia), 2001 a 2006

Ano	Modelo de Atenção	População coberta	Taxa mortalidade infantil por diarreia por 1000 NV	Prevalência de desnutrição em menores de 2 anos	Taxa hospitalização por pneumonia em menores de 5 anos	Taxa hospitalização por desidratação em menores de 5 anos
2001	PACS	73.709	-	8,6	38,9	21,2
	PSF	142.663	0,4	12,3	41,1	18,3
	Outros	-	-	-	-	-
	Total	216.372	0,3	11,3	40,4	19,2
2002	PACS	73.709	1,0	10,6	43,7	28,2
	PSF	142.663	2,1	11,6	41,1	23,4
	Outros	-	-	-	-	-
	Total	216.372	1,8	11,3	41,9	24,8
2003	PACS	85.214	-	8,3	37,7	18,4
	PSF	160.307	4,2	9,5	41,7	18,5
	Outros	-	-	-	-	-
	Total	245.521	3,0	9,3	40,4	18,5
2004	PACS	74.364	0,9	8,7	56,9	29,9
	PSF	176.094	2,8	8,4	52,1	21,5
	Outros	-	-	-	-	-
	Total	250.458	2,3	8,5	53,3	23,7
2005	PACS	69.005	-	4,9	72,0	32,3
	PSF	190.266	1,5	5,4	55,2	24,4
	Outros	-	-	-	-	-
	Total	259.271	1,1	5,3	57,8	25,7
2006	PACS	69.255	-	2,1	16,4	10,8
	PSF	188.726	-	5,5	27,5	13,7
	Outros	-	-	-	-	-
	Total	257.981	-	4,9	24,9	13,0

Fonte: SIAB

Não foram observadas diferenças importantes na evolução destes indicadores do SIAB neste período estudado entre a população coberta pelo PSF e aquela acompanhada pelo PACS. É importante lembrar que esta última também conta com acesso a unidades básicas de saúde que realizam atendimentos com médico, odontólogo, enfermeiro e outros profissionais de saúde, e que a população mais carente na zona urbana e todos os residentes na zona rural estão entre os cobertos por equipes do PSF.

A seguir iremos apresentar dados de produção de serviços de saúde na rede municipal de Vitória da Conquista no período analisado. Para tanto iniciamos a série histórica construída com o ano de 1996, último ano antes do início da gestão do “Governo Participativo” e disponibilizamos os dados para todos os anos até 2007. Cabe lembrar que em 1998 inicia a implantação do Programa de Saúde da Família neste município, tendo a partir deste marco uma evolução marcante da atenção básica à saúde e que outubro de 1999 foi o primeiro mês da gestão plena do sistema municipal de saúde, tendo na seqüência profundas mudanças na atenção especializada e hospitalar.

A Vigilância Sanitária Municipal realizou em 2007 426 notificações às empresas em situação irregular mediante ausência e/ou data de validade expirada do Alvará Sanitário. As equipes de trabalho notificaram as empresas existentes na sede do município, iniciando dos bairros periféricos para o centro, que estivessem sendo alvo de fiscalização. Durante todo o ano, foram realizadas 15.427 inspeções de baixa, média e alta complexidade (incluindo inspeções em feiras livres, micaretas, exposição agropecuária e outros eventos populares). Após capacitação dos técnicos em serviço de radiologia, a VISA municipal assumiu as inspeções destes estabelecimentos em 2007 (Tabela XI).

Tabela XI

Número de procedimentos realizados pela vigilância sanitária do município de Vitória da Conquista, 2004 a 2007.

PROCEDIMENTOS	2004	2005	2006	2007
Inspeções Realizadas	12.313	10.805	11.412	15.427
Licença Inicial	272	276	281	351
Renovação de Alvará	344	419	479	432
Alvarás Emitidos	616	563	760	783
Notificações	296	516	465	426
Reclamações Recebidas	385	357	387	282
Reclamações Resolvidas	305	221	318	261
Auto de Apreensão	137	106	140	85
Interdição de Produtos	77	28	151	98
Arrecadação Anual (R\$)	37.102,15	33.351,42	35.584,00	39.535,60

Fonte: Relatório de Gestão 2007 – Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista

Tabela XII
 Procedimentos de Atenção Básica realizados pela Rede Pública Municipal, Vitória da Conquista (Bahia), 1996 a 2007

Procedimentos	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total de Procedimentos de Atenção Básica	151.049	146.528	330.213	864.042	1.308.454	1.688.864	1.630.249	1.580.360	1.444.809	1.409.739	1.422.019	1.624.747
Consultas Médicas Básicas	37.808	32.138	63.842	133.109	183.830	236.170	254.891	229.008	246.929	209.681	210.082	270.964
Procedimentos Odontológicos Básicos	13.144	13.695	48.732	47.298	116.815	226.381	258.157	169.006	226.798	236.213	351.850	435.243
Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Atos Não Médicos	100.097	100.695	217.639	671.661	1.007.809	1.226.313	1.117.201	1.182.346	971.082	963.845	860.087	918.540
Vigilância Sanitária (*)					19.767	31.684	44.442	40.178	28.332	27.185	29.393	30.368

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) / DATASUS / Ministério da Saúde

(*) Especificados na Tabela SIA/SUS a partir de novembro/99 e também incluídos no grupo anterior

Tabela XIII
 Procedimentos Ambulatoriais Especializados de Média Complexidade realizados pela Rede SUS,
 Vitória da Conquista (Bahia), 1999 a 2007

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total de Procedimentos Especializados Ambulatoriais de Média Complexidade	731.351	923.969	1.099.685	1.227.978	1.126.309	1.301.235	1.231.659	1.048.071	1.279.309
Procedimentos Especializados Médicos e de outros profissionais de nível superior	144.141	276.297	350.576	363.516	334.462	358.546	355.397	348.333	353.124
Traumato-Ortopédicos e Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	10.346	21.586	21.478	17.241	19.314	21.231	17.920	16.759	16.678
Ações Especializadas em Odontologia	1.272	1.902	3.343	8.072	6.681	8.293	11.223	10.265	11.127
Procedimentos de Patologia Clínica	278.961	446.938	506.012	598.404	545.980	643.224	562.419	427.246	580.246
Anatomia Patológica e Citopatologia	497	14.564	13.603	31.160	17.028	28.164	26.545	19.105	21.833
Procedimentos de Radiodiagnóstico	27.075	21.902	27.128	32.073	35.926	36.551	36.651	36.728	46.298
Procedimentos Ultrasonográficos	7.154	26.126	38.125	31.413	34.007	38.154	31.148	25.196	23.341
Procedimentos de Diagnose Especializada	40.768	38.553	66.512	62.839	39.463	39.107	20.153	13.921	23.534
Procedimentos de Fisioterapia	179.021	75.292	69.386	61.483	47.100	57.058	79.925	83.534	102.578

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) / DATASUS / Ministério da Saúde

Tabela XIV
 Procedimentos Ambulatoriais Especializados de Alta Complexidade realizados pela Rede SUS,
 Vitória da Conquista (Bahia), 1999 a 2007

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade	10.346	35.155	46.297	62.690	127.939	181.685	163.340	180.306	178.235
Procedimentos de Terapia Renal Substitutiva	7.724	11.638	13.050	16.774	20.968	25.343	28.665	33.134	39.499
Procedimentos de Tomografia Computadorizada		571	975	1.199	2.314	2.285	2.253	2.382	2.300
Procedimentos Ambulatoriais de Quimioterapia		941	3.962	6.101	8.200	9.383	11.647	10.810	9.448
Procedimentos Ambulatoriais de Radioterapia					40.037	71.227	55.842	73.946	34.988

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) / DATASUS / Ministério da Saúde

A oferta de procedimentos de atenção básica pela rede pública municipal teve um aumento gigantesco no período estudado. De um total de 151.049 procedimentos realizados em 1996 passou para 1.624.747 em 2007 (10,8 vezes mais). As consultas médicas básicas saíram de 37.808 em 1996 para 270.964 em 2007 (aumentando em 7,2 vezes). Destaque para a odontologia que de 13.144 procedimentos no primeiro ano desta série histórica chegou a 435.243 no último, revelando uma oferta 33,1 vezes superior. As atividades de vigilância epidemiológica, sanitária e atos não médicos registraram 100.097 procedimentos em 1996 e 918.540 em 2007 (Tabela XII).

Os procedimentos de vigilância sanitária que passaram a ter registro específico a partir de novembro de 1999 tiveram 19.767 ocorrências em 2000 e aumentaram para 30.368 em 2007 (Tabela XII).

A evolução dos procedimentos ambulatoriais especializados de média complexidade realizados pela rede SUS em Vitória da Conquista evidenciam, por um lado a ampliação de acesso da população e, por outro uma indução diferenciada no aumento da produção em função da busca da correção de distorções no padrão de oferta anteriormente vigente com a viabilização de procedimentos que eram pouco realizados.

No total o aumento foi de 75% entre 1999 e 2007: de 731.351 procedimentos para 1.279.309. O grupo de procedimentos médicos e de outros profissionais de nível superior (consultas e atos correlatos) ampliou em 145% (de 144.141 para 353.124). Neste caso cabe registrar que antes da municipalização este grupo era basicamente conformado por procedimentos de urgência/emergência (Tabela XIII).

Com a viabilização da implantação do Centro Municipal de Atenção Especializada (CEMAE) e de outros serviços públicos especializados foram incorporadas consultas médicas especializadas eletivas nas mais diversas especialidades mudando o perfil dos procedimentos realizados. Os procedimentos de traumatologia e cirurgias ambulatoriais especializadas ampliaram de uma oferta anual de 10.346 para 16.678 procedimentos neste período (+ 61%). As ações de odontologia ganham também destaque no âmbito da atenção especializada. De uma produção ínfima (1.272 procedimentos em 1999) chegou a 11.127 em 2007 (+ 775%) (Tabela XIII).

Os procedimentos de patologia clínica ampliaram em 108% (de 278.961 para 580.246), sendo importante também destacar o perfil dos exames realizados que passou de um elenco relativamente restrito para a produção de um amplo leque de exames de laboratório em todas as áreas da patologia clínica, sendo o Laboratório Municipal o segundo maior laboratório público do estado da Bahia, totalmente automatizado e informatizado. A anatomia patológica e citopatologia quase inexistente em 1999 (apenas 497 procedimentos/ano) ampliou para 21.833 em 2007 (+ 4.293%) com importância para as atividades realizadas pelo Laboratório de Citopatologia, criado pelo município, e hoje incorporado ao Laboratório Municipal, e a contratação de procedimentos de anatomia patológica terceirizada por este serviço (Tabela XIII).

Os procedimentos de radiodiagnóstico aumentaram sua realização em 71% e os ultrasonográficos em 226%. Aqui também não apenas aumentou a quantidade dos procedimentos realizados, mas houve um ganho no elenco de alternativas oferecidas de diagnóstico por imagem, saindo de um padrão basicamente conformado por radiologia simples e ultrasonografia abdominal e obstétrica para

uma oferta que inclui diversos tipos de exames, inclusive alguns mais diferenciados como ecocardiograma (Tabela XIII).

Uma situação bastante diversa é verificada no comportamento da realização de procedimentos de fisioterapia. De uma oferta desproporcional de 179.021 procedimentos em 1999 foi reduzindo chegando a 47.100 procedimentos em 2003 e ampliando posteriormente, chegando a 102.578 em 2007. Como não havia ações de regulação, controle e avaliação até 1999, a oferta era determinada pelos interesses dos prestadores de serviços contratados e muitos procedimentos registrados não eram efetivamente realizados. A ampliação posterior está associada à implantação de serviços públicos de referência em reabilitação física (Tabela XIII).

As ações de prevenção do câncer do colo de útero e mama são desenvolvidas na rede de serviços do município. A coleta de material para realização de citologia oncológica vem sendo disponibilizada em 100% das unidades básicas de saúde e no Hospital Municipal Esaú Matos. Dos 14.814 exames colhidos, 9.240 foram de mulheres na faixa etária de risco (25 a 59 anos). Todas as lâminas colhidas foram enviadas ao laboratório municipal de citopatologia, onde foram realizadas as leituras por citopatologistas e citotécnico. Os procedimentos de colposcopia e biópsia são realizados em 02 unidades de saúde com marcação prévia pela central de marcação de consultas e procedimentos especializados. O laboratório municipal de citopatologia atendeu também à demanda de 15 municípios da macrorregião, realizando a leitura de 7.480 lâminas e encaminhamento dos resultados. Em 2007 o laboratório municipal recebeu um total de 22.304 amostras de exames para análise. Destes, 14.824 foram colhidas nas unidades de saúde municipais e 9.858 lâminas encaminhadas pelos municípios pactuados da macrorregião.

O município de Vitória da Conquista tem avançado bastante com uma proposta que viabiliza a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, adotando um modelo que visa substituir as internações que cronificam o problema mental. Em 2007 contava com um hospital psiquiátrico público estadual (Hospital Afrânio Peixoto) - que vinha progressivamente reduzindo o número de internações e apresentando uma mudança importante no perfil dos pacientes internados, resultado da expansão dos serviços extra-hospitalares na região, um ambulatório de psiquiatria no Centro Municipal de Atenção Especializada (CEMAE), um outro no Centro de Referência Crescêncio Silveira e um Centro de Atenção Psicossocial II (inaugurado em setembro de 2002), além do Centro de Estudos e Atenção as Dependências Químicas (CEAD / CAPSad).

Em 1999 em termos de procedimentos do grupo de procedimentos denominado como ambulatorial de alta complexidade na tabela do SUS eram realizados apenas procedimentos de Hemoterapia através de bancos de sangue (um privado lucrativo ¹¹ e outro filantrópico) e um serviço privado de terapia renal substitutiva (realizando hemodiálise). No período estudado foram incorporados serviços essenciais e a quantidade destes procedimentos saltou de 10.346 em 1999 para 178.235 em 2007 (+ 1.623%) (Tabela XIV).

A Terapia Renal Substitutiva ganhou um segundo serviço contratado aumentando em 411% sua oferta (de 7.724 procedimentos em 1999 para 39.499 em 2007). A partir de 2000 começou a ser realizada Tomografia Computadorizada pelo SUS, inicialmente com o credenciamento de um prestador privado, hoje existindo dois tomógrafos, um deles no Hospital Regional. Este exame teve um aumento na produção da ordem de 303% entre 2000 e 2007 (Tabela XIV).

¹¹ Cabe registrar que este serviço foi posteriormente descredenciado do SUS, ainda sob a gestão estadual, em função de diversos achados da auditoria estadual que apontavam irregularidades importantes.

O tratamento ambulatorial em oncologia também passou a ser oferecido, com a quimioterapia iniciada em 2000 e a radioterapia em 2003. Estas são feitas em serviços privados contratados até o momento, contudo a partir de 2009 o Hospital Regional (público estadual) estará implantando uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). A quimioterapia teve produção ampliada em 904% entre 2000 e 2007. Já a radioterapia começou com uma oferta anual de 40.037 procedimentos, chegando a 73.946 em 2006 e reduzindo para 34.988 em 2007. Ocorreram readequações das ações de regulação do serviço contratado em função de recomendações de avaliações e auditorias realizados, inclusive por equipe do Instituto Nacional do Câncer / Ministério da Saúde (Tabela XIV).

Cabe destacar que até a habilitação do município em gestão plena do sistema de saúde a oferta de procedimentos ambulatoriais especializados realizados pelo SUS em Vitória da Conquista era predominantemente realizada por unidades privadas contratadas, em especial por serviços de urgência/emergência.

Em 1996 87,48% destes procedimentos foram feitos pela rede privada, se mantendo este padrão inclusive no período de janeiro a setembro de 1999 (81,72%). No primeiro trimestre de gestão plena (último trimestre de 1999) já foi evidenciada uma grande mudança, passando o setor público a realizar 56,8% e o privado 43,2%. Tal alteração brusca esteve associada, de um lado, a abertura de serviços públicos especializados (entre eles o CEMAE), grande ampliação do laboratório municipal e, de outro, às medidas de regulação e controle que reduziram o registro de procedimentos cobrados sem a devida realização dos mesmos. A partir de 2000 a proporção de realização destes procedimentos ambulatoriais especializados pelas unidades públicas tem ficado acima de 60% (com exceção de 2006, quando foi igual a 57,96%), sendo o maior valor observado em 2002 (69,34%) (Tabela XV).

Tabela XV
 Procedimentos ambulatoriais especializados de acordo com a natureza do prestador, Vitória da Conquista (Bahia), 1996 a 2007

	Público	Privado
1996	12,52	87,48
1997	10,52	89,48
1998	13,04	86,96
Jan a Set / 1999	18,28	81,72
Out a Dez / 1999	56,80	43,20
2000	62,76	37,24
2001	67,80	32,20
2002	69,34	30,66
2003	64,38	35,62
2004	61,68	38,32
2005	66,15	33,85
2006	57,96	42,04
2007	64,24	35,76

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) / DATASUS / Ministério da Saúde

A evolução da realização de internações hospitalares apresentou redução significativa nesta série histórica, bastante maior que as tendências verificadas em nível estadual e nacional. De um total de 45.506 internações realizadas em 1996, este número caiu para 28.789 em 2007. Chama atenção que a maior queda se deu entre os anos de 1999 e 2000, com o início da gestão plena municipal ¹², passando de 41.557 para 31.872 (- 23,3%). Comparando a produção de 1996 com a de 2007 a

¹² Registra-se que logo no início da gestão plena municipal foram tomadas medidas importantes para coibir a cobrança de internações não realizadas efetivamente e implantado serviço de autorização prévia de internações hospitalares eletivas com médicos autorizadores avaliando os pacientes e as indicações feitas.

redução foi de 36,7% e entre 1999 e 2007 de 30,7%. A oferta per capita também caiu, passando de 18,75 por 100 habitantes em 1996 para 9,34 por 100 habitantes em 2007 ¹³ (reduzindo em 50,2% entre 1996 e 2007 e em 43,0% no período 1999-2007). A diminuição na realização de internações hospitalares se deu em todas as especialidades. As internações cirúrgicas caíram de 12.439 em 1996 para 8.143 em 2007 (- 34,5%), as pediátricas (maior quantitativo realizado antes da gestão plena municipal) reduziram de 14.189 em 1996 para 7.671 em 2007 (- 46,6%), as de clínica médica de 8.204 para 4.674 (- 43,0%), as obstétricas saíram de 9.157 em 1996 para 7.894 em 2007 (menor redução – 13,8%) e as internações psiquiátricas apresentaram a maior redução proporcional, diminuindo 66,6% (de 1.517 em 1996 para 507 em 2007) (Tabelas XVI e XVII).

Ocorreu uma mudança significativa também na distribuição das internações hospitalares realizadas em Vitória da Conquista de acordo com o tipo de prestador. Em 1996 a oferta pública era mínima, representando apenas 8,6% (3.913 internações). O setor privado respondia por 91,4%, sendo que os privados lucrativos haviam realizado 21.987 internações (48,32% do total) e o filantrópico feito 19.606 (43,08%). Estas proporções foram sendo alteradas no curso da série histórica analisada chegando em 2007 com mais de 1/3 (33,57%) das internações hospitalares realizadas em unidades públicas (9.664), sendo 5.244 (18,22% do total) em unidades estaduais e 4.420 (15,35%) no hospital municipal. Os hospitais privados em 2007 realizaram 19.125 internações pelo SUS (66,43%), sendo que 11.376 foram em privados lucrativos (39,52%) e 7.749 (26,92%) no Hospital São

¹³ Neste cálculo não foram diferenciadas as internações hospitalares de residentes e de não-residentes (população referenciada), empregando no denominador o total de internações e no denominador apenas a população residente no município.

Vicente, mantido pela Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista (Tabela XVIII).

Cabe destacar que houve uma queda da ordem de 26,7% nas internações em unidades filantrópicas entre 2000 e 2001, período da retomada do Hospital Esaú Matos pela Prefeitura Municipal, reassumindo esta unidade que estava entregue em comodato a Santa Casa de Misericórdia. Já os privados lucrativos tiveram a maior redução no número de internações entre 1999 e 2000 (-31%) com a entrada da gestão plena municipal. (Tabela XVIII).

Tabela XVI
 Percentual de redução nas Internações Hospitalares realizadas pelo SUS,
 Vitória da Conquista (Bahia), 1996 X 2007 e 1999 X 2007

	1996 X 2007	1999 X 2007
Total de Internações	- 36,7%	- 30,7%
Total per capita	- 50,2%	- 43,0%
Cirúrgicas	- 34,5%	- 14,3%
Obstétricas	- 13,8%	- 17,2%
Clínica Médica	- 43,0%	- 36,0%
Pediátricas	- 46,6%	- 46,4%
Psiquiátricas	- 66,6%	- 54,1%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) / DATASUS / Ministério da Saúde

Tabela XVII
 Internações Hospitalares realizadas pelo SUS e segundo a especialidade, Vitória da Conquista (Bahia), 1996 a 2007

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total de Internações Hospitalares	45.506	41.077	43.608	41.557	31.872	31.218	31.637	32.534	31.553	31.672	28.939	28.789
Internações Hospitalares por 100 habitantes (*)	18,75	16,67	17,44	16,39	12,39	11,68	11,70	11,87	11,20	11,08	9,98	9,34
Internações Cirúrgicas	12.439	10.474	10.672	9.505	6.680	6.475	7.439	8.691	9.014	8.937	8.410	8.143
Internações Obstétricas	9.157	8.852	8.619	9.531	8.963	8.570	8.366	8.879	8.588	8.829	7.857	7.894
Internações em Clínica Médica	8.204	7.143	7.822	7.303	6.070	6.532	6.698	6.846	5.875	5.221	4.211	4.674
Internações Pediátricas	14.189	13.462	15.386	14.114	9.384	8.760	8.524	7.599	7.596	8.286	8.041	7.571
Internações Psiquiátricas	1.517	1.146	1.109	1.104	775	881	610	519	480	399	420	507

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) / DATASUS / Ministério da Saúde

(*) Empregando no denominador o total de internações e no denominador apenas a população residente no município

Tabela XVIII

Internações Hospitalares realizadas pelo SUS segundo o tipo de prestador, Vitória da Conquista (Bahia), 1996 a 2007

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total de Internações Hospitalares		45.506	41.077	43.608	41.557	31.872	31.218	31.637	32.534	31.553	31.672	28.939	28.789
Privados Lucrativos	(N)	21.987	20.302	20.533	19.586	13.523	15.452	13.296	12.041	12.004	11.558	11.319	11.376
	(%)	48,32	49,42	47,09	47,13	42,43	49,50	42,03	37,01	38,04	36,49	39,11	39,52
Filantrópicos	(N)	19.606	17.323	19.024	17.930	14.381	10.545	10.086	11.670	10.622	9.681	8.839	7.749
	(%)	43,08	42,17	43,63	43,15	45,12	33,78	31,88	35,87	33,66	30,57	30,54	26,92
Total Hospitais Privados	(N)	41.593	37.625	39.557	37.516	27.904	25.997	23.382	23.711	22.626	21.239	20.158	19.125
	(%)	91,40	91,60	90,71	90,28	87,55	83,28	73,91	72,88	71,71	67,06	69,66	66,43
Público Municipal	(N)	0	0	0	0	0	854	4.018	4.809	4.624	5.234	4.281	4.420
	(%)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,74	12,70	14,78	14,65	16,53	14,79	15,35
Público Estadual	(N)	3.913	3.452	4.051	4.041	3.968	4.367	4.237	4.014	4.303	5.199	4.500	5.244
	(%)	8,60	8,40	9,29	9,72	12,45	13,99	13,39	12,34	13,64	16,42	15,55	18,22
Total Hospitais Públicos	(N)	3.913	3.452	4.051	4.041	3.968	5.221	8.255	8.823	8.927	10.433	8.781	9.664
	(%)	8,60	8,40	9,29	9,72	12,45	16,72	26,09	27,12	28,29	32,94	30,34	33,57

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) / DATASUS / Ministério da Saúde

O Hospital Esaú Matos já municipalizado passou em 2002 a responder por 48,7% das internações realizadas em unidades públicas e realizou a maioria destas internações em 2003, 2004 e 2005, produzindo mais internações que a produção do Hospital Regional de Vitória da Conquista e do Hospital Afrânio Peixoto (públicos estaduais) somadas. Em 2006 e, principalmente, em 2007, com o aumento da produção do Hospital Regional, o hospital municipal caiu proporcionalmente para 48,8% e 45,7%, respectivamente da produção pública de internações hospitalares em Vitória da Conquista (Tabela XVIII).

Assim, entre 1996 e 2007, enquanto os hospitais privados reduziram em 54% a produção de internações, a oferta pública foi expandida em 147%. Dentre os privados, os lucrativos diminuíram as internações em 48,3% e o setor filantrópico em 60,5%. Os hospitais estaduais aumentaram a produção de internações em 34% e o Hospital Municipal Esaú Matos desde 2002 realiza mais de 4.000 internações anuais, tendo sua maior produção em 2005, quando foram efetivadas 5,234 internações. Chama atenção que o número de internações hospitalares no Hospital São Vicente (filantrópico) que vinha se mantendo em torno de 10 a 11 mil anuais entre 2001 e 2004, passou a reduzir em torno de 1.000 internações por ano entre 2004 e 2007 (- 27%), chegando a 7.749 realizadas neste último ano estudado. Tal fato é preocupante frente ao peso desta unidade no sistema de saúde em Vitória da Conquista (Tabela XVIII).

Além do registro de internações não realizadas e da existência de internações desnecessárias, o período anterior a gestão plena do sistema municipal de saúde evidenciava na rede hospitalar do SUS em Vitória da Conquista a prática de cobrança de internações com diagnósticos alterados visando aumentar os valores pagos pelo SUS e para realização de procedimentos sem autorização prévia.

A Tabela XIX apresenta dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) sistematizados em relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista mostrando o número de internações hospitalares pelo SUS neste município por causas selecionadas em três períodos distintos: o primeiro entre outubro/1998 e fevereiro/1999 (antes da gestão plena municipal), o segundo de outubro/1999 a fevereiro/2000 (os primeiros meses da gestão municipal sobre a rede hospitalar) e o terceiro de outubro/2000 a fevereiro/2001. Foram empregados os mesmos meses para afastar possíveis efeitos de sazonalidade.

Como pode ser observado, internações por parto normal, crise asmática e diabetes não sofreram grandes variações entre estes períodos. Os casos de internações por desnutrição grave (Marasmo, Kwashiokor e Kwashiokor-Marasmático), que somados significaram 2.038 internações no primeiro período estudado reduziram para apenas 2,6% deste total no segundo e para menos de 1% no terceiro período. Comparando os dois primeiros períodos analisados as internações por broncopneumonias de lactentes reduziram em 33%, as por enteroinfecções de lactentes em 40,2% e as septicemias em pediatria em 65,4%. As internações por pneumonias estafilocócicas, as por perda de substância e lesões extensas e as devido a gravidez ectópica reduziram em torno de 90% nos primeiros meses de gestão plena municipal em relação ao período anterior e as internações cirúrgicas devidas à torção de testículo, que registraram 70 casos no primeiro período, não ocorreram nos outros dois períodos. As internações por insuficiência respiratória aguda caíram de 635 para 309 e no último período registraram apenas 20 casos internados pelo SUS com este quadro em Vitória da Conquista (Tabela XIX).

Tabela XIX

Número de internações realizadas pelo SUS em Vitória da Conquista (BA), por causas selecionadas, outubro/98 a fevereiro/99, outubro/99 a fevereiro/2000, outubro/2000 a fevereiro/2001

	Out/98 a Fev/99	Out/99 a Fev/00	Out/00 a Fev/01
Parto Normal	2.540	2.370	2.443
Marasmo	1.120	30	17
Broncopneumonia Lactente	963	645	574
Kwashiokor	881	23	1
Crise Asmática	768	580	849
Entero-infecções do Lactente	644	385	369
Insuficiência Respiratória Aguda	635	309	20
Septicemias (Pediatria)	399	138	104
Pneumonia Estafilocócica	273	26	34
Perda de Substância e Lesões Extensas	233	28	52
Diabetes	136	130	111
Torção de Testículo	70	0	0
Gravidez Ectópica	53	5	7
Kwashiokor-Marasmático	37	0	2
Colecistite Aguda	32	27	23

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) / DATASUS / Ministério da Saúde

6.5 Investindo na saúde: evolução dos recursos financeiros

O investimento em saúde tem sido intenso por parte da gestão municipal em Vitória da Conquista e ampliado progressivamente a participação dos recursos próprios no custeio das ações e serviços de saúde. De uma proporção de apenas 4,34% do tesouro municipal aplicado em saúde em 1998, este percentual subiu para mais de 6% em 1999 e também em 2000, 8,62% em 2001, chegando a valores em torno de 14% em 2002 e em 2003, superiores a 16% no ano de 2004, quase 17% em 2005, reduzindo em 2006 para 15% e voltando em 2007 a patamar maior que 16% (Tabela XX).

A proporção dos gastos totais com saúde do total geral da receita (incluindo transferências de outras esferas de governo) subiu de 10,83% em 1998 para algo em torno de 40% em 2000 e 2001 e alcançou 45,71% em 2002. Com a ampliação de recursos captados em outros setores, a partir de então esta participação relativa reduziu, ficando entre 2004 e 2007 em valores em torno de 34 a 37% (Tabela XX).

Comportamento semelhante pode ser observado em relação a evolução dos gastos de outras fontes com saúde (repasses do SUS e convênios) do total geral da receita, o qual foi sendo aumentado de 1998 (6,94%) até 2002 (37,22%), caindo progressivamente até 27,86% em 2007 (Tabela XX).

As despesas totais com saúde cresceram de R\$ 1.222.550,15 em 1996 para R\$ 77.152.899,51 em 2007. Estas despesas quase triplicaram entre 1997 e 1998, ano em que o município assumiu a gestão plena da atenção básica. Em 1999, com a entrada na gestão plena do sistema municipal de saúde a partir de outubro, teve um aumento, passando para R\$ 6.801.413,53. Um grande salto seria dado em 2000

(primeiro ano completo em gestão plena municipal), quando totalizou mais de 26 milhões de reais em despesas no setor saúde (+ 290,3% em relação ao ano anterior). A partir daí, as despesas cresceram em 27,27% em 2001, 12,44% em 2002 e 11,39% em 2003. Em 2004 houve um incremento maior, chegando a acrescentar 38,73% em relação a 2003, estando relacionado ao momento em que passou a gestão dos procedimentos de alta complexidade para o município. Em 2005 aumentou a despesa em 15,1%. No ano seguinte (2006), de forma atípica, houve uma retração da despesa com saúde no município, com seus valores nominais tendo sido 2,3% menores que os de 2005. Em 2007 voltaram a crescer, incrementando em 16,87% em relação a 2006 ¹⁴ (Tabelas XXI e XXII).

Em 1996 e 1997 as despesas de pessoal em saúde representaram respectivamente 89,31% e 80,30% do total do gasto na área de saúde. Em 1998 esta proporção reduziu para 45,14%, apesar de ter crescido nominalmente em cerca de 50% em relação a despesa de pessoal em 1997. Com a gestão plena municipal a proporção das despesas de pessoal do total das despesas em saúde reduziu, ficando em torno de 30 a 35% entre 2001 e 2007. Do primeiro ano em gestão plena (2000) para o ano seguinte, o gasto com pessoal cresceu 73% e entre 2001 e 2002 aumentou 40%. Se compararmos a despesa de pessoal entre 2000 e 2007, teremos um incremento da ordem de 3,6 vezes em 7 anos (Tabelas XXI, XXII e XXIII).

As despesas com pessoal em saúde feitas pela Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista nos anos de 1996 e 1997 eram bancadas exclusivamente com recursos do tesouro municipal. A partir de 1998, com a habilitação na gestão plena da atenção básica e o início dos repasses dos recursos do Piso de Atenção Básica (PAB), e no ano seguinte com os repasses referentes a gestão plena do sistema

¹⁴ Estes percentuais de crescimento foram todos calculados a partir dos valores nominais, sem nenhuma correção inflacionária ter sido apurada.

municipal de saúde iniciado em outubro, estes gastos passaram a serem divididos entres as duas fontes: transferências federais do SUS e recursos próprios do município. A participação dos recursos próprios nestas despesas ficou em 51,43% em 1998, 57,27% em 1999, reduzindo nos anos subseqüentes para 32,24% em 2000, 28,76% em 2001 e 24,46% em 2002 (menor participação). A partir de 2003 voltou a crescer (32,65%), ficando nos anos seguintes em patamares em torno de 50%: 51,68% em 2004, 50,82% em 2005, 48,49% em 2006 e 52,64% em 2007 (Tabela XXIII).

Os gastos classificados como “outros custeios”, os quais incluem toda a manutenção da rede própria (exceto pessoal) e todos os serviços contratados do SUS, tiveram grande incremento após a gestão plena do sistema municipal, representando quase 19 milhões aplicados em 2000 e crescendo progressivamente, chegando a mais de 46 milhões em 2007 (+ 142,4%) (Tabelas XXI e XXII). As despesas com serviços de terceiros (pessoa jurídica) nos últimos quatro anos (2004 a 2007) representaram em torno de 53% da despesa total em saúde.

Em 2007 os gastos do tesouro municipal em saúde foram R\$ 14.851.283,53, superiores em 12% ao programado inicialmente no orçamento daquele ano. As despesas totais foram de mais de 77 milhões, sendo que 55,7 milhões foram cobertos com transferências federais do SUS, através de “repasses fundo a fundo” (72,3%). Se acrescentarmos os recursos federais repassados mediante convênios teremos um percentual de 77,3% de participação dos recursos federais no total das despesas em saúde em Vitória da Conquista em 2007. Os repasses do tesouro estadual foram de R\$ 2.648.343,83 (3,43%). Importante destacar que a previsão de ampliação de repasses federais no orçamento de 2007 não se executou, alcançando 83% nos repasses “fundo a fundo” e 43% nos previstos para repasses de convênios

federais. Já em relação a repasses estaduais, que até 2006 não eram cumpridos efetivamente, a execução foi equivalente a 535% do previsto (Tabela XXIV e XXV).

As Tabelas XXVI e XXVII apresentam as receitas de transferências do SUS para o Fundo Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. Cabe ressaltar que não guardam correspondência direta com a execução das despesas, pelo fato de que uma parcela ou mais termina sendo transferida no exercício subsequente, e que parte do “teto livre” da gestão plena para custear os serviços de média e alta complexidade ambulatoriais e hospitalares (MAC) são repassados diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde, em função do programado através de Termo de Compromisso entre Entes Públicos (TCEP) referente aos Hospitais Regional e Afrânio Peixoto (públicos estaduais).

Podemos observar três períodos distintos: os anos de 1996 e 1997, quando o município ainda era prestador de serviços ao SUS, sendo remunerado pelos poucos serviços que sua exígua rede produzia e eram credenciados ao SUS naquela ocasião; os anos de 1998 e 1999, de transição, com no primeiro sendo iniciados os repasses da atenção básica e a partir de outubro do segundo ano os repasses para o Fundo Municipal de Saúde dos valores referentes ao “teto livre” da gestão plena do sistema municipal; e o terceiro, de 2000 a 2007, com o município recebendo plenamente todos os repasses federais em função da habilitação obtida na gestão do SUS. Chama atenção o fato de que entre 1998 e 2007 o repasse do PAB fixo (com base populacional) aumentou em 91,7% e os repasses para média e alta complexidade (MAC) entre 2000 e 2007 dobraram seu valor. Enquanto isso, no período (2000 a 2007) o gasto com pessoal aumentou 4,6 vezes e a despesa total do SUS no município cresceu 2,9 vezes. Os repasses federais para média e alta complexidade (MAC) através do “teto livre” da gestão plena do sistema municipal de

saúde, que representaram em 2000 79,6% das transferências federais tiveram esta proporção reduzida para 62,4% em 2007 (Tabelas XXVI e XXVII).

Registra-se que outros repasses federais passaram a ser feitos, contudo, no âmbito da atenção básica estão associados à ampliação da cobertura de ações através do PACS/ PSF e saúde bucal (PAB variável), vigilância sanitária, controle de endemias, assistência farmacêutica, etc. No que diz respeito à atenção especializada, entre os demais repasses o único mais expressivo destina-se ao custeio dos serviços de terapia renal substitutiva (TRS), correspondendo a mais de 4 milhões de reais anuais a partir de 2006. Além disso, o ano que teve o maior aumento do “teto” da gestão plena municipal (2004), com uma elevação da ordem de 39,6% em relação a 2003, foi quando os serviços de alta complexidade existentes passaram para a gestão municipal que ficou a partir daí com a responsabilidade de arcar com as despesas correspondentes a esta oferta (Tabelas XXVI e XXVII).

As transferências federais para o SUS em Vitória da Conquista aumentaram em 329% entre 1997 e 2006. Não ocorreram variações proporcionais importantes nos recursos financeiros repasses por transferências federais para o SUS neste município comparando o primeiro ano totalmente sob gestão plena do sistema municipal de saúde (2000) e o ano de 2006: no primeiro a somatória das transferências para média e alta complexidade, incluindo o repassado por remuneração de serviços produzidos na alta complexidade para a gestão estadual, representou 80,36% e os repasses para a atenção básica foram equivalentes a 19,64% do total. Em 2006 os valores para média e alta complexidade, incluindo as transferências de ações estratégicas (pagas por produção) representaram 81,33% contra 18,68% das transferências para atenção básica (Tabela XXVIII).

Tabela XX
Participação (%) do Tesouro Municipal e dos repasses federais nos Gastos com Atenção à Saúde,
Vitória da Conquista, 1998 a 2007

Percentual	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
dos gastos municipais com saúde no total da receita municipal (Fonte: PMVC)	4,34	6,14	6,61	8,62	14,07	13,69	16,11	16,97	15,00	16,18
dos gastos municipais com saúde no total da receita municipal (Fonte: SIOPS)	---	---	4,30	12,17	10,47	12,96	16,11	16,49	15,00	15,89
dos gastos de outras fontes com saúde (repasses do SUS e convênios federais) do total geral da receita	6,94	12,72	36,82	35,69	37,22	34,80	30,46	27,69	28,61	27,86
dos gastos totais com saúde do total geral da receita	10,83	17,71	40,73	40,90	45,71	43,38	37,21	34,38	35,21	34,50

FONTES: SMS / Secretaria de Administração / PMVC e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

Tabela XXI
Despesa por Elemento, Vitória da Conquista (BA), 1996 a 2001

DESP. CORRENTE	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Pessoal	1.091.849,70	1.102.941,60	1.660.751,00	2.694.185,90	5.903.164,53	10.160.506,60
Outros custeios	127.701,51	175.454,51	1.109.022,91	3.794.589,04	18.997.777,60	22.412.828,10
DESP. DE CAPITAL						
Investimentos	2.998,94	95.190,15	905.132,20	312.638,59	1.645.795,70	1.209.659,83
TOTAL:	1.222.550,15	1.373.586,26	3.674.906,11	6.801.413,53	26.546.737,83	33.784.995,53

FONTE: SMS / Secretaria de Administração / PMVC

Tabela XXII
Despesa por Elemento, Vitória da Conquista (BA), 2002 a 2007

DESP. CORRENTE	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Pessoal	14.222.888,74	16.041.669,39	19.762.591,40	23.252.825,60	24.974.792,84	27.299.517,68
Outros custeios	22.157.420,54	25.788.982,73	36.316.474,88	41.494.644,37	39.417.638,14	46.050.538,23
DESP. DE CAPITAL						
Investimentos	1.607.059,46	484.536,36	2.625.147,06	2.821.625,17	1.621.005,50	3.802.843,60
TOTAL:	37.989.370,74	42.317.191,48	58.706.217,34	67.569.095,14	66.015.442,48	77.152.899,51

FONTE: SMS / Secretaria de Administração / PMVC

Tabela XXIII
Gastos com Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde por fonte,
Vitória da Conquista, 1997 a 2007

ANO	VALORES R\$	FONTE	
		Repasses Federais SUS	Tesouro Municipal PMVC
1996	1.091.849,70	-	1.091.849,70
1997	1.102.941,60	-	1.102.941,60
1998	1.660.751,00	806.671,30	854.079,70
1999	2.694.185,90	1.151.127,49	1.543.058,41
2000	5.903.164,53	3.999.989,91	1.903.174,62
2001	10.160.506,60	7.238.533,04	2.921.973,56
2002	14.222.888,74	10.744.655,36	3.478.233,38
2003	16.041.669,39	10.804.099,44	5.237.569,95
2004	19.762.591,40	9.548.601,77	10.213.989,63
2005	23.252.825,60	11.435.357,01	11.817.468,59
2006	24.974.792,84	12.864.450,04	12.110.342,80
2007	27.299.517,68	12.928.428,41	14.371.089,27

FONTE: SMS / Secretaria de Administração / PMVC

Tabela XXIV
Recursos programados e executados por fonte de receita na Saúde,
Vitória da Conquista, 2007

RECURSOS	PROGRAMADO (A)	EXECUTADO (B)	% (B/A)
Tesouro Municipal	13.225.037,36	14.851.283,53	112
Federal (SUS)	67.724.705,87	55.713.713,09	86
Convênios Federais	9.189.164,22	3.939.559,06	43
Estado Samu/Psf	416.834,12	2.648.343,83	35
TOTAL	90.138.907,45	77.152.899,51	

FONTE: SMS / Secretaria de Administração / PMVC

Tabela XXV
Despesa orçamentária por Elemento e de acordo com a fonte dos recursos,
Vitória da Conquista (BA), 2007

	Despesas com Saúde			
	Pessoal	Outros Custeios	Investimentos	TOTAL
Tesouro Municipal	14.371.089,27	480.194,26	-	14.851.283,53
RECURSOS	10.347,344,63	44.915.579,34	450.789,12	55.713.713,09
Convênios Federais	-	592.010,58	3.347.548,48	3.939.559,06
Estado Samu/Psf	2.581.083,78-	62.754,05	4.506,00	2.648.343,83
TOTAL	27.299.517,68	46.050.538,23	3.802.843,60	77.152.899,51

FONTE: SMS / Secretaria de Administração / PMVC

Tabela XXVI
Receita de Transferências para a Secretaria Municipal de Saúde, Vitória da Conquista (BA), 1996 a 2001

TIPO DE RECEITA	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PAB Fixo			2.258.758,37	2.505.963,33	2.535.876,00	2.596.899,00
Incentivo PSF Estado						
Incentivo SAMU Estado						
PACS			211.199,99	653.400,00	752.388,36	830.680,86
PSF			46.666,68	140.006,70	986.660,00	1.299.190,00
Saúde Bucal						210.416,67
PCCN			235.260,00	352.890,00	352.890,00	352.890,00
Vigilância. Sanitária			56.468,94	62.649,00	63.396,72	64.922,49
E C D					300.202,05	720.484,92
Ass. Farmacêutica				168.160,49	253.587,00	259.689,75
Terapia Renal Substitutiva						
Cad. Nac. de Usuários.SUS						9.073,50
SAMU 192						
Incen. Comp. Reguladores						
C. Ref. Saúde Trabalhador						
Prog. Nacional Aids/Dst						
Méd. asma/hipertensão						
Centro Esp. Odontológica						
Centro de Reabilitação						
Acompanhamento Paciente						
Farmácia Popular						
Pré-Natal						
Centro Atenção Psicocial						
Convênios federais			386.937,28	526.182,96	390.565,01	1.871.988,20
Out. Prog. Fundo a Fundo						
Convênios estaduais						
Faturamento SIA / SUS	185.158,08	167.593,37	116.465,23	186.201,17		
FAEC-Mut. e Campanhas				136.714,58	235.780,61	810.271,74
Teto Livre Gestão Plena				4.281.918,00	21.753.087,00	23.294.892,00
TOTAL	185.158,08	167.593,37	3.311.756,49	9.014.086,23	27.324.230,70	32.321.399,13

FONTE: SMS / Secretaria de Administração / PMVC

Tabela XXVII
Receita de Transferências para a Secretaria Municipal de Saúde, Vitória da Conquista (BA), 2002 a 2007

TIPO DE RECEITA	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PAB Fixo	2.670.250,10	2.963.422,00	3.506.907,51	3.570.033,96	3.864.711,20	4.329.487,50
Incentivo PSF Estado	208.145,90	524.694,00	334.200,00	487.932,00	243.966,00	532.008,00
Incentivo SAMU Estado						2.160.900,00
PACS	993.150,01	1.190.000,00	1.490.680,00	1.826.260,00	1.945.250,00	2.421.268,00
PSF	1.322.725,00	1.652.910,00	2.098.700,00	2.572.928,00	2.408.896,00	2.462.400,00
Saúde Bucal	211.250,00	198.250,00	405.900,00	611.200,00	571.200,00	571.200,00
PCCN	235.260,00	-	-	-	-	-
Vigilância. Sanitária	66.797,28	61.693,82	67.971,41	138.149,87	167.817,78	390.473,10
E C D	720.484,92	695.731,72	815.060,12	908.660,70	903.883,12	728.457,27
Ass. Farmacêutica	267.189,00	246.775,31	292.894,29	335.822,71	560.715,80	450.126,40
Terapia Renal Substitutiva	-	-	-	-	4.008.833,96	4.699.788,78
Cad. Nac. de Usuários.SUS	42.625,50	-	-	-	-	-
SAMU 192	-	-	-	1.158.000,00	1.157.000,00	1.158.000,00
Incen. Comp. Reguladores						97.600,99
C. Ref. Saúde Trabalhador						300.000,00
Prog. Nacional Aids/Dst	-	-	-	-	387.301,44	458.151,68
Méd. asma/hipertensão						591.536,40
Centro Esp. Odontológica	-	-	-	114.400,00	151.800,00	184.800,00
Centro de Reabilitação						1.467.616,80
Acompanhamento Paciente						690.499,15
Farmácia Popular	-	-	-	90.000,00	110.000,00	120.000,00
Pré-Natal						137.131,50
Centro Atenção Psicocial	-	-	-	45.749,00	-	-
Convênios federais	884.128,11	351.479,93	5.358.543,99	2.321.394,23	1.960.860,06	1.614.838,35
Out. Prog. Fundo a Fundo	-	-	-	3.826.302,36	-	-
Convênios estaduais	-	-	-	-	-	-
Faturamento SIA / SUS	-	-	-	-	-	-
FAEC-Mut. e Campanhas	1.744.892,60	2.008.061,29	5.969.281,74	7.807.032,40	3.720.247,99	765.660,72
Teto Livre Gestão Plena	23.705.022,55	26.456.034,49	36.922.142,60	38.315.314,74	40.483.641,14	43.649.353,04
TOTAL	33.071.920,97	36.349.052,56	57.262.281,66	64.129.179,97	62.646.124,49	69.981.297,68

FONTE: SMS / Secretaria de Administração / PMVC

Tabela XXVIII
Transferências Federais para o SUS no Município de Vitória da Conquista
(Bahia), 1997 a 2006

Ano de Competência	Remuneração por serviços produzidos	Transferências - média e alta complexidade	Transferências atenção básica	Transferências ações estratégicas	Total
1997	12.604.201,46	0,00	0,00	0,00	12.604.201,46
1998	14.969.602,41	0,00	2.808.353,98	0,00	17.777.956,39
1999	13.651.739,18	4.418.632,58	3.883.069,52	0,00	21.953.441,28
2000	2.114.070,86	19.957.951,18	5.395.272,23	0,00	27.467.294,27
2001	4.073.206,62	23.600.110,02	6.322.814,69	505.053,72	34.501.185,05
2002	5.720.694,50	23.884.624,77	6.549.877,88	1.812.696,32	37.967.893,47
2003	5.506.218,25	29.748.225,92	7.767.715,53	2.093.822,23	45.115.981,93
2004	0,00	35.773.922,12	8.795.740,06	5.726.572,61	50.296.234,79
2005	0,00	40.317.640,77	9.858.338,95	6.876.460,13	57.052.439,85
2006	0,00	38.606.748,48	10.102.371,51	5.385.169,90	54.094.289,89

Fonte: DATASUS, Ministério da Saúde

6.6 O 'Acolhimento' no Sistema de Saúde em Vitória da Conquista

Desde o início do "Governo Participativo" a administração municipal buscou viabilizar a proposta de "Vigilância da Saúde", empregando a estratégia de "Saúde da Família" e incorporando tanto as "ações programáticas de saúde" quanto o "acolhimento" na rede de serviços. As proposições sistematizadas como no âmbito da "promoção da saúde" e de "cidades saudáveis" também estiveram fortemente presentes na construção do sistema municipal de saúde. Foi implantado um sistema municipal de saúde centrado no usuário, buscando humanizar as relações entre gestores, usuários e trabalhadores da saúde e viabilizar o "acolhimento" em todos os pontos de atenção.

A seguir será apresentada uma breve descrição das ações de "acolhimento" nos diversos pontos de atenção do sistema municipal de saúde em Vitória da Conquista destacando as particularidades da implantação desta diretriz nos processos de trabalho concretos em cada tipo de serviço de saúde, iniciando pela rede de atenção básica à saúde.

A rede básica foi sendo montada com base na estratégia de Saúde da Família e em 2007 atuavam 37 equipes, sendo 23 na zona urbana (que trabalham em 12 unidades de saúde da família) e 14 na zona rural, que contam com 13 unidades de saúde da família, 44 postos de saúde e uma unidade móvel, como locais de atendimento em função do grande território rural e a dispersão da população. Odontólogos e auxiliares de consultório dentário estão presentes em todas as equipes de saúde da família, realizando atividades preventivas e tratamento odontológico. Existem também 6 Centros de Saúde (já com suas respectivas populações adscritas e áreas de abrangência

definidas e apesar de não contarem com equipes de saúde da família já têm agentes comunitários atuando), a Unidade de Vigilância Sanitária e o Centro de Controle de Endemias.

Na rede básica várias ações caracterizam o “acolhimento”, dizendo respeito a sete âmbitos diferenciados:

- Recepção, escuta, identificação de demandas e respostas adequadas aos pacientes pelos trabalhadores de saúde, que devem se empenhar em entender e resolver os problemas trazidos pela população de seu território. Não existe um padrão único para todas as unidades na forma de desempenhar esta tarefa, contudo todas têm agendas contemplando a oferta organizada e com espaço para atender a demandas identificadas que precisam de respostas imediatas;

- Estrutura física das unidades, com ambiente adequado para as diversas ações e para espera dos usuários; quase todas as unidades básicas foram construídas a partir de um projeto básico que serviu de matriz, com algumas variações em função de particularidades locais, do terreno disponível e do número de profissionais;

- Organização de oferta programática: atividades individuais e em grupos para hipertensos e diabéticos; triagem neonatal; pré-natal e puericultura; ações de diagnóstico e prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas; planejamento familiar; diagnóstico e tratamento de tuberculose, hanseníase e DST por todas as equipes; em algumas áreas, em função da identificação da alta prevalência, ações para controle de parasitoses intestinais; atividades de vigilância epidemiológica, controle de doenças e vigilância nutricional; imunização em todas as unidades e horários, inclusive na zona rural;

- Realização na própria unidade de pequenos procedimentos, coleta de material para exames e dispensação de medicamentos básicos evitando que o paciente tenha que buscar estas ações em outros serviços de saúde - implantação de postos de coletas para exames laboratoriais nas unidades de saúde da família; realização de curativos, nebulização e outros procedimentos; coleta de material para citopatológico cérvico-uterino; e dispensação de medicamentos de todo o elenco básico que no município foi ampliado incorporando alguns medicamentos que não fazem parte da lista nacional;

- Realização de atenção a pequenas urgências - atenção às urgências, evitando a busca por serviços de pronto-socorro em situações que podem ser resolvidas na rede básica; com isso é reduzida a sobrecarga aos pronto-socorros;

- Articulação com os serviços de urgência / emergência, com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e com a Central de Regulação de Urgência/Emergência; A portaria do Ministério da Saúde que normatizou os sistemas de urgência e emergência estabelece como atribuições da atenção primária à saúde (unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família) o acolhimento e atendimento das urgências de baixa gravidade e cuja complexidade seja compatível com este nível de atenção, com o acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura (BRASIL, 2004).

- Acesso as Centrais de Regulação para marcação de consultas e procedimentos especializados e de internações hospitalares eletivas a partir das unidades básicas - a porta de entrada para a atenção ambulatorial especializada eletiva é a unidade básica a partir de onde os usuários têm

acesso, com a unidade sendo a responsável por acionar a central e agendar os procedimentos solicitados.

Na zona urbana o contato é feito "on-line" em algumas unidades básicas e por telefone acionando videofonistas da Central por outras. Na zona rural as equipes de saúde da família trazem diariamente as solicitações de procedimentos a marcar e levam os pedidos já agendados; quando atendido em serviços de urgência/emergência e necessitam marcar consultas e procedimentos especializados os usuários são encaminhados a suas respectivas unidades básicas de saúde para a partir delas ter acesso a atenção especializada eletiva. Da mesma forma a solicitação de uma internação eletiva leva a unidade básica, através da Central, a agendar uma consulta do paciente com um dos médicos autorizadores. Os casos que necessitarem de tratamento fora do domicílio, medicamentos especiais e apoio terapêutico e social são agendados para o serviço social que tem a finalidade de atender estas demandas, a partir da unidade básica e mediada pela Central, que também administra esta agenda;

- Implantação de Conselhos Locais de Saúde - estes conselhos discutem os problemas enfrentados pela equipe de saúde, a programação das ações e inclusive o aperfeiçoamento das relações entre usuários e trabalhadores de saúde; é importante também registrar uma interrelação entre os conselhos locais de saúde, a atuação dos agentes comunitários de saúde e a realização do "orçamento participativo".

O perfil da rede básica de Vitória da Conquista, apesar de não assegurar a priori e em todas as situações o pleno sucesso das estratégias de acolhimento e humanização amplia o leque de possibilidades de resultados

positivos, principalmente levando em conta que a atenção básica à saúde reúne certas características que estabelecem relevância especial com este tipo de propostas em função da:

extensão e capilaridade da rede de serviços de atenção primária à saúde, que não encontra paralelo em nenhum outro equipamento da rede de serviços de saúde, (...) a sua atuação referida às demandas de saúde mais freqüentes, que se encontram muitas vezes na fronteira entre os "problemas da vida" e a "patologia" objetivamente definida e que, portanto, nem sempre estão claramente configuradas como demandas cuja resposta mais adequada possa ser encontrada exclusivamente no arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina; desta última característica decorrem duas outras, fundamentais: a importância excepcional que adquire neste espaço o que Deslandes, chamou "[...] tecnologias de escuta e de negociação das regras comportamentais e organizacionais" ou, em outras palavras, a importância das "tecnologias de conversa" que facilitarão a identificação, elaboração e negociação com os usuários das necessidades que podem vir a ser satisfeitas naquele ou em outros espaços institucionais; e a importância da ação multiprofissional e da articulação intersetorial, já que a atenção primária possui inevitavelmente essa vocação de "porta de entrada" não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde ou simplesmente aí se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão. (TEIXEIRA, 2005, p.592).

Além da rede básica também são portas de entrada no sistema municipal de saúde os serviços de urgência/emergência (pronto-socorros e Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e algumas unidades especializadas ambulatoriais que por suas características particulares foram definidas como de acesso direto - Centro de Estudos e Atenção às Dependências Químicas (CEAD - CAPS ad), Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em DST/AIDS e o Centro de Pneumologia e Dermatologia Sanitária. O Laboratório Central de Análises Clínicas além de receber material coletado nas unidades básicas de saúde também realizada coleta em sua sede com acesso direto aos pacientes que assim demandarem. Aqui temos três situações diferentes em relação a implantação do acolhimento nestes tipos de serviços que ilustram bem a necessidade de adequar as ações de acolhimento ao tipo do serviço de saúde

levando em consideração as peculiaridades da demanda espontânea e do fluxo referenciado.

Além da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e da Central de Regulação de Urgência/Emergência, foram criados "Postos Avançados" nos principais pronto-socorros com prepostos da Secretaria Municipal de Saúde atuando 24 horas na identificação de problemas e de soluções para sua superação, orientando os pacientes e apoiando os profissionais de saúde desses serviços. Estes funcionários foram treinados e atuam ajudando a resolver problemas no atendimento nestes serviços e fazendo a conexão imediata e direta destes com o restante da rede SUS, em especial com as Centrais de Regulação. Assim, demandas como, por exemplo, realização de tomografia computadorizada para pacientes atendidos nos serviços de emergência são autorizadas a qualquer hora e contam com apoio para remoção interhospitalar. A ação desses profissionais em conjunto com as equipes do SAMU e da Central de Regulação de Urgência/Emergência potencializam os recursos disponíveis, podem convocar recursos extraordinários e ampliam o potencial de acolhimento dos usuários nos principais pronto-socorros da cidade. A implantação do SAMU em Vitória da Conquista foi iniciada ainda em 2000 sob a denominação de "Resgate Médico", bem antes do Ministério da Saúde conformar uma proposta nacional - em janeiro de 2003 existiam apenas 16 municípios no Brasil com serviços deste tipo em funcionamento.

No caso dos serviços extra-hospitalares em saúde mental o "acolhimento" tem um papel especial e diferenciado, ganhando destaque a qualidade da primeira abordagem a todas as pessoas que procuram estas

unidades tanto aos pacientes quanto aos seus familiares para a construção de vínculos efetivos com estes serviços. Tanto recebem pacientes por demanda espontânea como referenciados a partir da rede básica, de serviços ambulatoriais especializados, dos serviços de urgência/emergência e egressos de internação hospitalar. No caso do CAPS ad (CEAD) destaca-se ainda o 'acolhimento' extramuros através do "Consultório de Rua" para acolher e acompanhar crianças e adolescentes em situação de rua envolvidas com o consumo de drogas.

O Centro de Referência em DST/AIDS trabalha uma estratégia particular para o “acolhimento”, recepcionando o usuário, o atendendo no Centro de Testagem Anônima (CTA), com acolhimento individual e coletivo através dos quais é identificada a demanda e são prestadas orientações sobre prevenção de DSTs. O serviço faz também ações de busca ativa para mapear, convidar e acolher populações de risco como o caso de profissionais do sexo.

Aqui também aparece o “acolhimento” fora dos muros da unidade. Com apoio dos agentes comunitários de saúde os pontos de prostituição no município foram identificados e através de profissionais do serviço e alunos universitários as profissionais do sexo foram entrevistadas e convidadas a comparecer ao serviço e a freqüentarem regularmente, inclusive para receberem mensalmente um quantitativo de preservativos. Esse centro tem atuação forte junto a comunidade e articulação com a rede básica e hospitais. Caso o usuário seja portador de HIV passa a ser acompanhado nesse centro de referência pelas equipes do Serviço de Assistência Especializada/SAE, Hospital Dia/HD e Assistência Domiciliar Terapêutica/ADT.

Mesmo com as equipes de saúde da família realizando diagnóstico e tratamento de tuberculose e hanseníase foi viabilizado um Centro de Referência em Pneumologia e Dermatologia Sanitária, que além de ser uma referência especializada para casos de tuberculose e hanseníase, apoiando as equipes da atenção básica, acompanhando uma parte dos casos e atendendo pacientes de outros municípios da região, também atua no diagnóstico e tratamento de outras endemias (como leishmaniose). Recebe pacientes referenciados pela rede e também provenientes de demanda espontânea. Também coordena e supervisiona os casos de tratamento supervisionado e providencia apoio social quando necessário. É importante registrar que pelo estigma social relacionado a essas patologias a qualidade do “acolhimento” no primeiro contato e na continuidade do acompanhamento são fundamentais para o sucesso do processo terapêutico.

Entre as unidades especializadas com acesso mediado pela Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados destaca-se o Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE), um grande ambulatório com 30 especialidades diferentes, onde são realizadas sessões para os usuários visando informar sobre os recursos colocados a disposição pelo sistema municipal de saúde e orientando sobre seus fluxos e sua utilização adequada. Em 2004 essa ação envolveu mais de 30.000 usuários do serviço. Neste centro os pacientes que precisam agendar retorno ou a realização de outros procedimentos solicitados pelos especialistas fazem a marcação pessoalmente em balcão da Central de Marcação, não necessitando se dirigir a sua unidade básica para contacto com a Central.

No CEMAE funciona também o Serviço Social para Tratamento Fora do Domicílio, Dispensação de Medicamentos Especiais e Apoio Terapêutico e Social (incluindo transporte social para pacientes em situações especiais). Em 2004 este serviço atendeu 3776 usuários que apresentavam demandas não passíveis de resolução pelos outros serviços existentes. Aqui o 'acolhimento' guarda a especificidade de atender, situações mais diferenciadas, de usuários que passaram por outros serviços e não alcançaram plena resolutividade no atendimento de demandas e necessidades. Cabe ressaltar que as situações de tratamento fora do domicílio são restritas a algumas ações de alta complexidade que ainda não são ofertadas na rede municipal, o que pode ser observado pelo baixo percentual de internações de residentes do município em hospitais fora de Vitória da Conquista, que vem inclusive reduzindo a cada ano, tendo representado 2,43% em 2000, caindo para apenas 1,87% do total de internações hospitalares em 2004, conforme dados levantados dos relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista.

Algumas medidas inovadoras implantadas representaram redução de deslocamento dos pacientes entre os pontos de atenção, como a implantação de posto de coleta de exames laboratoriais para os pacientes nos serviços de quimioterapia e prioridade para a pronta realização destes exames por parte do Laboratório Central.

A rede hospitalar é conformada por três unidades públicas, um hospital geral filantrópico, e cinco serviços privados contratados pelo SUS. Destacam-se as ações de 'acolhimento' no Hospital Municipal Esaú Matos. Este serviço estava entregue em comodato à Santa Casa de Misericórdia há oito anos. Em 2001 a administração municipal o retomou, realizou grandes reformas,

ampliação e, o reequipou. Neste serviço foram implantadas várias iniciativas importantes que já levaram ao título de Hospital Amigo da Criança, menção honrosa do Prêmio Fernando Figueira além de ter ficado entre os finalistas do Prêmio Galba de Araújo. Dentre as iniciativas importantes destacam-se a criação de um Núcleo de Humanização e de Comissão de Ética, a presença regular de acompanhante nas internações pediátricas com o suporte necessário, alojamento conjunto na maternidade, adequação de espaço físico e 'doulas' (voluntárias) no pré-parto, incentivo ao aleitamento materno em todos os seus serviços, implantação de Banco de Leite Humano, realização sistemática de pesquisa de satisfação entre os usuários internados e uma programação de educação continuada que visa em especial fortalecer o acolhimento e a humanização.

A rede hospitalar que antes da municipalização era marcada pela atuação isolada de cada serviço, por alta ocorrência de fraudes e cobrança aos usuários, pela triagem de pacientes em função de procedimentos mais "lucrativos", pela baixa qualidade da assistência prestada, pela característica de principal porta de entrada na ausência de uma rede básica e de mecanismos de regulação do acesso, e pelo predomínio dos interesses privados lucrativos das empresas que atuam no setor, passou por profundas mudanças a partir do momento em que o município assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal.

Todas as internações eletivas passam por autorização prévia após exame médico feito em serviço específico para tal finalidade, existe uma equipe médica de supervisão hospitalar que avalia em cada hospital diariamente as internações realizadas em regime de urgência/emergência, a programação de

oferta destes serviços passou por profunda reformulação visando a melhor adequação às necessidades da população do município e da região, e a cobrança "por fora" deixou de existir. Assim o acesso da população à rede hospitalar foi ampliado e qualificado, incorporando medidas que resultam em melhor acolhimento dos pacientes e humanização dos serviços.

Em Vitória da Conquista a participação popular e o controle social têm sido fomentados com a criação e fortalecimento de diversos espaços como os Conselhos e Conferências Municipais, os Conselhos Locais de Saúde, o Orçamento Participativo e o Congresso da Cidade. Na relação com o 'acolhimento' os conselhos locais de saúde merecem ser destacados. Os três primeiros foram implantados em 1998 e em 2004 já funcionavam 23 Conselhos Locais de Saúde, sendo 17 na zona urbana e 06 na zona rural, com 152 Conselheiros Titulares e 152 suplentes. Os conselhos locais, entre outras atribuições, discutem o funcionamento dos serviços e definem propostas para melhorar o 'acolhimento' dos usuários e superar os problemas detectados, apoiando, em algumas situações, a superação de conflitos entre trabalhadores de saúde e usuários.

Outro instrumento importante é a Ouvidoria criada no Sistema Municipal de Saúde. Através deste espaço em 2003 foram acolhidos 301 usuários, com medidas tomadas para superar problemas identificados. Em 2004 foram 262 os atendidos pela Ouvidoria. Esse é também um espaço de 'acolhimento' diferenciado que, via de regra, recebe usuários trazendo situações de não-acesso, conflitos com trabalhadores ou outras ordens de questões geralmente já tencionadas.

Como descrito anteriormente o “acolhimento”, além de compreender uma postura do profissional de saúde frente ao usuário, significa também uma ação gerencial de reorganização do processo de trabalho e uma diretriz para as políticas de saúde. (SOLLA, 2005)

Em Vitória da Conquista foram feitos vários esforços visando fortalecer esta última perspectiva (sem abrir mão das duas primeiras), buscando criar os pontos de atenção necessários para dar respostas às demandas e necessidades dos usuários tentando ampliar a resolutividade do sistema municipal de saúde, práticas de acolhimento em todos os pontos de atenção, grande ampliação da capacidade instalada pública, organização de ações de regulação, controle e avaliação, um trabalho junto aos profissionais com vistas a mudanças de práticas na relação com os usuários, e adoção de mecanismos e fluxos de encaminhamentos de pacientes entre os serviços. Impõe-se ainda muito a construir para melhorar a qualidade das ações já implementadas, implantar outras ações ainda não efetivadas e continuar aperfeiçoando os fluxos e os mecanismos de controle social.

Entre as limitações existentes destacam-se as impostas pelo financiamento, relacionadas com as dificuldades para continuar expandindo a arrecadação própria do município e o limitado crescimento dos repasses federais.

Uma preocupação forte diz respeito a continuar o investimento em educação permanente dos trabalhadores da saúde. Esse trabalho foi reforçado com a inauguração da Escola de Saúde da Família, uma unidade do Sistema Municipal de Saúde voltada para esse tipo de atuação, e com a implantação

em Vitória da Conquista de um campus da Universidade Federal da Bahia com cursos da área de saúde.

Estas ações descritas anteriormente fazem parte de um conjunto de medidas voltadas para introdução de mudanças no modelo de atenção à saúde, entre as quais podemos identificar a priorização da atenção básica (enquanto porta de entrada resolutive do sistema de saúde), a disponibilização e articulação em rede de diversas opções tecnológicas para atender às principais necessidades de atenção à saúde que demandam cuidado especializado e a conformação de linhas de cuidado que se articulam inter e entre níveis de atenção.

Cabe destacar ainda a identificação nos diversos níveis de atenção um esforço de ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde, buscando incorporar os usuários no sistema de saúde e possibilitar as melhores alternativas tecnológicas disponíveis para a solução das demandas e dos problemas identificados.

7. Cenário da gestão municipal em Vitória da Conquista

7.1 Conjuntura local anterior ao “Governo Participativo”¹⁵

O cenário anterior à eleição de Guilherme Menezes para prefeito de Vitória da Conquista apresentou uma situação bastante peculiar (Quadro III). Por um lado uma profunda crise no município com situação econômica bastante desfavorável frente à crise profunda da cultura cafeeira que predominava na região, inclusive com endividamento de grandes produtores rurais e grande redução de postos de trabalho.

A administração municipal não conseguia dar minimamente respostas através das principais políticas públicas sob sua responsabilidade, tanto nas áreas sociais, quanto em serviços públicos essenciais como a limpeza pública e o transporte coletivo, além de apresentar grande desequilíbrio financeiro.

Do ponto de vista político-partidário o município que tinha longa tradição de se confrontar e resistir aos grupos hegemônicos estaduais dominados a longa data pelo que se convencionou chamar de “carlismo” viu suas principais lideranças locais serem cooptadas pelas forças conservadoras, perdendo suas principais bandeiras e esvaziando sua capacidade de construir um projeto alternativo.

Como principal pólo regional da região sudoeste da Bahia, centro comercial e de serviços referência para um grande conjunto de municípios, sua população sentia o esvaziamento econômico, político e social gerado por este processo.

¹⁵ “Governo Participativo” é a denominação dada à administração municipal de Vitória da Conquista inaugurada com a eleição do Prefeito Guilherme Menezes que tomou posse em janeiro de 1997.

Por outro lado, tanto nacionalmente como em nível local, as forças de esquerda apresentavam um nítido processo de crescimento e de fortalecimento de sua legitimidade social. A candidatura de Guilherme Menezes em 1992 pelo Partido Verde (PV) - com apoio do Partido dos Trabalhadores (PT) e outros partidos de esquerda - para prefeito municipal já tinha representado a novidade naquele cenário eleitoral, tendo alcançado grande votação (segundo mais votado), e posteriormente em 1994, já filiado ao PT, ele se elege deputado estadual.

Não podemos deixar de registrar um papel importante desempenhado pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e outras instituições públicas e privadas que contribuíram para atrair e formar quadros e ampliar na população a massa crítica e reforçar junto aos principais formadores de opinião a necessidade de mudanças. Depois a UESB viria inclusive a contribuir com importantes quadros para o futuro governo.

Nesta conjuntura a eleição de Guilherme Menezes pelo Partido dos Trabalhadores coligado com outros partidos aliados, vai ser o canal de expressão de diversos sentimentos por mudanças. Podemos afirmar que o grupo político capitaneado por Guilherme Menezes, naquele cenário em Vitória da Conquista, assumiu o papel de “portadores de futuro” (empregando o conceito de Sonia Draibe anteriormente discutido), criando uma referência programática para a superação da crise existente e hegemonizando as forças opositoras para construir a vitória eleitoral que iria realizar uma profunda ruptura com a trajetória anterior da política local.

Quadro III
Principais elementos da conjuntura local anterior ao “Governo Participativo”

- Ocaso dos grupos políticos hegemônicos locais (adesão ao “carlismo”)
- Crescimento das forças de esquerda no cenário político nacional e local
- Administração municipal desastrosa, em especial, na oferta de serviços públicos essenciais (grande desequilíbrio financeiro)
- Crise econômica regional (declínio do café)
- Massa crítica de formadores de opinião crescente na sociedade local (especialmente com a UESB)
- Tradição / sentimento oposicionista da política local na população
- Pólo regional de comércio e serviços com peso econômico e político

7.2 As condições iniciais de governo

O médico Guilherme Menezes eleito prefeito municipal, apesar de não ser natural de Vitória da Conquista (nascido em Iguai – Bahia), já tinha fortes laços com o município, tendo antes mesmo de freqüentar a escola médica sido professor na zona rural de Vitória da Conquista. Depois, atuando como médico desenvolveu uma referência importante, tanto com sua atividade assistencial, quanto, quando trabalhando na Secretaria Municipal de Saúde criou, de forma pioneira um programa de agentes rurais de saúde com grande repercussão junto às comunidades da zona rural do município. Uma liderança de perfil carismático, que construiu por vários anos elos com diversos setores da população local viria a representar a herança de organização popular e partidária de oposição que vinha sendo construída. Seu perfil deu grande credibilidade não apenas para a vitória eleitoral, como também para viabilizar o programa de governo.

O governo eleito constituiu uma equipe que teve capacidade de atrair quadros experientes, com formação técnica e intelectual muitas vezes diferenciada, alguns com larga experiência na militância em organizações de esquerda, alguns deles que inclusive tinham atravessado o período ditatorial nesta militância e quadros com formação teórica sólida, alguns docentes da UESB, outros formados nesta instituição, além de militantes de origem em organizações religiosas e populares e quadros técnicos que viram neste projeto a probabilidade de gerar uma grande virada na situação difícil que o município atravessava.

O “Governo Participativo” como sua própria marca sinalizava, pautou forte relação com os setores populares organizados, fortalecendo e ampliando os espaços de participação popular, como os conselhos e conferências, criando

conselhos locais, incorporando propostas avançadas implantadas em outras administrações do PT, como o Orçamento Participativo (OP).

Sobre o emprego do Orçamento Participativo (OP) em Vitória da Conquista, em artigo sobre políticas públicas locais e participação na Bahia, MILANI (2006) resume algumas características deste processo entre 1997 e 2002: “No primeiro ano de plenárias e assembléias, não houve deliberação sobre recursos, somente foram feitos esclarecimentos sobre a precária situação financeira do município. A partir do segundo ano, uma pequena parte do orçamento (3,3%) foi discutida, e os pleitos do OP foram encaminhados para execução. Apesar dos percalços, a vontade política do Executivo foi, neste momento, decisiva no sentido de implantar e dar continuidade ao processo. Entre 1998 e 1999, aproximadamente 80% das obras indicadas como prioridade no âmbito do OP foram executadas. No ano de 2000, no entanto, muitos investimentos aprovados pelo OP ficaram sem conclusão, o que motivou a não-realização das plenárias e assembléias no ano de 2001 e a promessa de retomada do OP a partir de 2002, quando as obras pendentes teriam sido concluídas.”

O “Governo Participativo” vai também pautar, com as diretrizes de priorizar as políticas sociais e realizar uma “inversão de prioridades”, um fortalecimento de ações com reflexos diretos no cotidiano da população, especialmente os grupos mais excluídos, inclusive conseguindo, apesar das grandes dificuldades financeiras e administrativas encontradas na máquina governamental, construir respostas imediatas ou em curto prazo para questões relevantes como a limpeza urbana, e progressivamente sinalizar com alternativas de impacto em áreas como educação, saúde e políticas públicas para atenção às crianças, adolescentes e idosos.

Além disso, com pouco tempo, o governo local conseguiu aumentar a capacidade de arrecadação financeira, pagar muitos débitos e parcelar e negociar outros, captar recursos externos e com isso vir a alcançar não apenas o equilíbrio financeiro da administração municipal como até mesmo realizar alguns investimentos em áreas sociais prioritizadas.

Outra característica marcante e que teve reflexos para a gestão municipal do “Governo Participativo” foi a capacidade de abrir a administração para apoios externos os mais diversos, sejam eles individuais, técnicos, políticos e institucionais. Logo nos primeiros anos o “imã” dessa gestão municipal atraiu parceiros e gerou projetos importantes com instituições públicas e privadas de porte como o BNDES, UNICEF, UFBA, UESB, TELEFÔNICA, Fundação ABRINQ, entre outras.

Em artigo publicado na Gazeta Mercantil por LESSA (2000), este autor vai qualificar a administração local e suas ações como “capacidade de governar em condições adversas”, ressaltando a recuperação financeira da gestão municipal, as parcerias realizadas e os resultados nas diversas áreas sociais.

GOULART (2002) destaca o Partido dos Trabalhadores (PT) como um dos atores de destaque para o sucesso do “Governo Participativo”, ressaltando a capacidade partidária de “(...) dar apoio e assessoria aos municípios em que está no governo”, sendo para este autor um aspecto diferencial deste partido em relação aos demais naquela conjuntura no país. Tal capacidade fortaleceu gestões em que o PT estava presente, contribuindo também para a disseminação das experiências bem sucedidas como a de Vitória da Conquista.

Este mesmo autor aponta também como uma característica forte nos quadros do “Governo Participativo” o que ele chamou de “empreendedorismo militante”,

presente em especial, na sua observação, entre o conjunto de técnicos que vieram a se articular em torno do projeto de saúde da gestão municipal, tanto na equipe gestora, como em muitos profissionais com atuação assistencial. (GOULART, 2002)

Quadro IV **Condições iniciais do “Governo Participativo”**

- Líder carismático com atuação local junto a segmentos populares (médico)
- Equipe de governo com presença forte de quadros docentes e oriundos da UESB e militantes de esquerda experientes
- Abertura da gestão para apoios externos (individuais, técnicos, políticos e institucionais)
- Resposta imediata em ampliação importante do acesso a serviços essenciais (limpeza pública, atenção às crianças, educação e saúde)
- Projeto estratégico de fortalecimento das políticas sociais e inversão de prioridades
- Diálogo com diversos segmentos sociais (orçamento participativo, conselhos, conferências)
- Alcance em curto prazo do equilíbrio financeiro das contas públicas e de investimento nas áreas sociais

7.3 O Projeto do “Governo Participativo” para a Saúde

A partir da análise dos Planos Municipais de Saúde e dos Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista para o período estudado e outros documentos produzidos pela administração municipal consultados, procuramos sistematizar as que nos pareceram ser as principais características do projeto construído e implementado pelo “Governo Participativo” para a gestão da saúde em Vitória da Conquista (Quadro V).

Quadro V

Principais características do projeto do “Governo Participativo” para Saúde

- Ampliação progressiva e intensa do acesso das populações mais excluídas ao sistema de saúde
- Estratégia de Saúde da Família como “motor” da ampliação do acesso e da relação direta com a população
- Decisão política firme de assumir a gestão plena do sistema municipal de saúde em todas suas responsabilidades e prerrogativas
- Investimento na qualificação do corpo técnico, envolvimento dos profissionais no projeto e captação destes para assumir postos de direção do SUS
- Criação de capacidade instalada pública em diversas áreas (atenção básica e especializada ambulatorial e hospitalar)
- Desenvolvimento de forte ação de gestão nas áreas de controle, regulação, avaliação e auditoria, com criação de mecanismos inovadores e eficientes
- Articulação regional buscando adesão dos municípios pactuados e facilitando o acesso dos pacientes de outros municípios à atenção especializada
- Disputa do projeto de saúde na sociedade (conferências, conselhos e através dos meios de comunicação)
- Enfrentamento do setor privado e realocação de recursos antes empregados em oferta inexistente e fraudes
- Visibilidade interna e externa das ações e resultados alcançados pelo sistema de saúde sob gestão municipal
- Conquista de apoios locais e externos, inclusive institucionais, com forte articulação com o Ministério da Saúde e universidades
- Fortalecimento dos poderes técnico, administrativo e político para o projeto de saúde em implantação
- Envolvimento de todos os espaços da gestão municipal no projeto de saúde articulando apoios e interfaces com outras secretarias e órgãos da administração municipal e articulação com outros projetos sociais da gestão municipal

8. Prerrogativas e responsabilidades da gestão municipal em saúde

Com base nas informações coletadas a partir dos Relatórios Anuais de Gestão do período estudado e das entrevistas realizadas foram identificadas as principais informações acerca da condução da gestão local da saúde com vistas a observar se efetivamente a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista teve asseguradas as principais prerrogativas de gestão do SUS estabelecidas pelas NOB 96 e NOAS para municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, no que diz respeito à transferência de recursos federais, subordinação à gestão municipal do conjunto das unidades de saúde públicas e privadas da rede SUS em seu território e a autonomia para de forma complementar estabelecer normas para regulamentar a contratação de serviços de saúde (Quadro VI).

Também foram sistematizadas informações com objetivo de identificar o cumprimento por parte da gestão local do SUS das principais responsabilidades gestoras definidas por estas normas operacionais do SUS (NOB 96 e NOAS) (Quadro VII).

Quadro VI
Prerrogativas da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista, Bahia

PRERROGATIVAS	GARANTIAS
<p>Transferência dos recursos do SUS previstos para o município: transferência regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência e dos recursos de atenção básica (PAB, PBVS, assistência farmacêutica e incentivos para Saúde da Família - PACS/PSF), transferência de recursos para ações de epidemiologia e controle de doenças e remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade;</p>	<p>Realizada regularmente pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de todos os repasses previstos – vide informações sobre os valores repassados e a evolução destes nos anos estudados.</p>
<p>Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas, estabelecidas no território municipal;</p>	<p>Comando único sobre todos os prestadores no território municipal assegurado. Entre 1999 e 2003 estavam sob gestão estadual os serviços de alta complexidade então existentes (TRS e quimioterapia) que passaram para a gestão plena municipal em 2003 quando o Estado assumiu a gestão plena.</p>
<p>Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território (alteração de valores de procedimentos, inovações contratuais, etc.)</p>	<p>O município utilizou esta prerrogativa em várias situações estabelecendo o contrato de metas com a Santa Casa de Misericórdia (Hospital São Vicente) desde 2000 (primeiro na Bahia), experimentou uma tabela para procedimentos cirúrgicos em regime de hospital dia (antes do próprio Ministério da Saúde começar a normatizar esta modalidade), viabilizou licitação pública para contratação complementar de serviços privados de saúde, além dos mecanismos de regulação, controle e avaliação implantados.</p>

Quadro VII
Responsabilidades da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista, Bahia

RESPONSABILIDADES	CUMPRIMENTO
<p>Elaboração da programação municipal, incluindo a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual;</p>	<p>Com base na Programação Pactuada Integrada realizada em 1999 quando estava em processo de habilitação em gestão plena o município realizou uma programação para oferta de atenção ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios e para pacientes dos municípios pactuados. Esta programação serviu de base para a contratação de serviços realizada no ano 2000 através de procedimento licitatório (primeiro efetivado na Bahia) orientando a quantificação dos procedimentos contratados junto aos prestadores e organizando o acesso a estes procedimentos mediante o funcionamento de uma Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados (inaugurada em outubro de 1999; primeira a entrar em operação no Estado da Bahia) junto a qual os municípios de Vitória da Conquista tinham acesso através das unidades básicas de saúde e os de outros municípios mediante solicitação das Secretarias Municipais de Saúde respectivas. A central informatizada recebia demandas dos demais municípios através de videofonistas que agendavam os procedimentos. O software empregado pela central foi desenvolvido pelo Centro de Processamento de Dados da Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista desde a sua primeira versão de 1999 e na versão atual (em operação no momento) o sistema permite que o acesso já possa ser feito via web pelas secretarias municipais e unidades de saúde.</p>
<p>Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares próprias, do Estado e da União, inclusive as de referência (em conformidade com a divisão de responsabilidades estabelecida pela CIB);</p>	<p>Na divisão de responsabilidades estabelecida pela CIB os dois hospitais públicos estaduais existentes em Vitória da Conquista (o Hospital Geral de Vitória da Conquista (Hospital de Base) e o Hospital Afrânio Peixoto (Psiquiátrico) continuaram com a gerência estadual. Existe TCEP firmado entre o município e o Estado para definição do repasse de recursos federais para o Fundo Estadual de Saúde referente a estas unidades hospitalares públicas. O antigo Hospital Crescêncio Silveira que estava totalmente sob gerência estadual, depois de um grande período fechado foi reformado pelo governo estadual passando a funcionar como uma extensão do Hospital de Base. Mais recentemente, a partir de 2007 foi readequado para funcionamento de um CAPS (cedido ao município) e uma área ambulatorial especializada (que recebeu parte dos ambulatórios do Hospital de Base) a qual ainda continua sob gerência estadual.</p>

Quadro VII (continuação)
Responsabilidades da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista, Bahia

RESPONSABILIDADES	CUMPRIMENTO
<p>Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas) visando à vinculação de clientela e sistematização da oferta de serviços, introduzindo o cadastramento dos usuários do SUS;</p>	<p>Toda a população do município de Vitória da Conquista tem uma unidade básica de saúde responsável pela assistência em cada área de abrangência. A maior parte do território da zona urbana e toda a população rural têm a atenção básica efetivada por equipes de saúde da família. As áreas urbanas ainda não cobertas por equipes de saúde da família têm a atenção básica assegurada com vinculação de clientela definida para cada uma delas, inclusive com acompanhamento de agentes comunitários de saúde que são ligados a estas unidades básicas “tradicionais”. Foi feito o cadastramento dos usuários do SUS partindo de informações coletadas pelos agentes comunitários de saúde e digitadas empregando sistema desenvolvido pelo Centro de Processamento de Dados da Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista e exportando estes dados para o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e para o Cadastro do Cartão SUS.</p>
<p>Garantia de prestação de serviços em seu território, inclusive serviços de referência para os não-residentes, conforme estabelecido em programação pactuada com a SES e demais SMS;</p>	<p>Cada município pactuado com base na programação vigente tem mensalmente um conjunto de procedimentos a serem agendados para sua população própria a serem realizados por prestadores do SUS em Vitória da Conquista. Através da Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados estes procedimentos são agendados. O paciente só precisa vir a Vitória da Conquista na data agendada para a realização do procedimento. Diariamente cada prestador recebe a agenda com os pacientes previamente marcados. Periodicamente são realizadas reuniões com os secretários municipais de saúde dos municípios pactuados para avaliar o trabalho, identificar nós críticos e alternativas para sua superação. Para assegurar a oferta necessária o município realizou uma grande ampliação da oferta pública especializada, inclusive de consultas médicas especializadas e procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico – vide informações sobre serviços implantados.</p>

Quadro VII (continuação)
Responsabilidades da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista, Bahia

RESPONSABILIDADES	CUMPRIMENTO
<p>Garantia de referência externa ao município para os demais serviços a serem prestados aos seus munícipes, conforme estabelecido em programação pactuada com a SES e demais SMS;</p>	<p>O município tem alcançado uma relativa auto-suficiência na oferta de serviços de saúde. A quantidade de pacientes referenciados para atenção hospitalar é muito pequena e continua a reduzir. A lacuna que vem progressivamente sendo preenchida diz respeito a procedimentos de alta complexidade. Inicialmente toda a demanda de atendimento em neurocirurgia e oncologia era referenciada para Itabuna. Em 2008 existiam dois serviços isolados de quimioterapia, um de radioterapia e dois de terapia renal substitutiva.. Os pacientes que demandam procedimentos de alta complexidade em cardiologia são referenciados para Salvador e para o Estado de São Paulo e os pacientes para transplante são referenciados para Salvador. Existe um serviço de apoio aos pacientes para Tratamento Fora do Domicílio (TFD) em pleno funcionamento na Secretaria Municipal de Saúde e o Hospital de Base em 2008 passou a contar com uma UTI móvel para remoção de pacientes em estado crítico.</p>
<p>Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (centrais de regulação) relativos à assistência aos munícipes e a referência intermunicipal;</p>	<p>Como referido anteriormente desde outubro de 1999 (primeiro mês em gestão plena municipal) entrou em funcionamento a Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados de Vitória da Conquista que agenda estes procedimentos para pacientes residentes neste município e referenciados pelos municípios pactuados. Cada equipe de saúde da família tem uma cota mensal de procedimentos especializados assim como cada um dos municípios pactuados. Em situações excepcionais, mediante justificativa, a cota pode ser ampliada através de negociação com a coordenação da central. O município implantou em 2001 um serviço de resgate médico (atendimento pré-hospitalar – primeiro na Bahia pelo SUS) que posteriormente foi adequado a proposta nacional do SAMU 192. Vem mantendo em funcionamento a central de regulação de emergência articulada pelo SAMU. Faz também o gerenciamento de leitos hospitalares para os munícipes e população referenciada.</p>

Quadro VII (continuação)**Responsabilidades da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista, Bahia**

RESPONSABILIDADES	CUMPRIMENTO
<p>Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS sob gestão municipal;</p>	<p>Desde o início da gestão plena municipal o município vem garantindo o cumprimento destas responsabilidades de gestão. No primeiro momento foi feito um contrato emergencial com os prestadores da rede contratada anteriormente existente (seis meses). No início de 2000 foi feito um procedimento licitatório (inédito no Estado) redimensionando esta rede, com inclusão de novos prestadores que até então não tinham tido oportunidade de prestar serviços ao SUS no município pela ausência de mecanismos democráticos de contratação, saída de prestadores que não cumpriam os requisitos mínimos exigidos e nova programação do elenco e quantitativo de procedimentos contratados. Além disso, todos os procedimentos ambulatoriais eletivos passaram a ser obrigatoriamente agendados pela Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados com os prestadores perdendo o controle sobre o agendamento dos pacientes. Após a realização destes procedimentos os prestadores encaminham para a central as guias de atendimento na qual constam os códigos de agendamento de cada procedimento. Uma equipe da área de controle faz a conferência e a checagem com as informações consolidadas de cada prestador apresentadas através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e autoriza o encaminhamento para pagamento. O serviço de auditoria municipal do SUS funciona regularmente desde 1998 e com a gestão plena ampliou seu raio de atuação realizando auditorias programadas nos prestadores de serviço e em função de denúncias. As ações de regulação, controle e auditoria no município permitiram uma imensa redução na ocorrência de fraudes, cobrança de procedimentos não realizados e mesmo cobranças extras feitas diretamente a pacientes, as quais praticamente deixaram de existir. No Hospital São Vicente e na Unimec um posto avançado da Secretaria Municipal de Saúde funciona em regime de 24 horas orientando os pacientes e detectando situações de irregularidade, buscando saná-las.</p>
<p>Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme PPI;</p>	<p>Conforme registrado anteriormente a oferta de procedimentos de alta complexidade tem sido ampliada progressivamente. A maior parte dos procedimentos hoje oferecidos não havia sido programada na última PPI (2003) na medida em que só passaram a ser ofertados posteriormente. Com isso o município passou a estabelecer novas ofertas não programadas anteriormente beneficiando a população própria e a referenciada do Sudoeste do Estado.</p>

Quadro VII (continuação)
Responsabilidades da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista, Bahia

RESPONSABILIDADES	CUMPRIMENTO
Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme norma do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados nacionais;	A Secretaria Municipal de Saúde vem alimentando regularmente todos os sistemas de informação do SUS, inclusive o SIA e o SIH/SUS, cumprindo as normas do Ministério da Saúde. O município desenvolveu outros sistemas informatizados que assumiram funcionalidades importantes para a gestão da saúde e agregaram informação além de alimentarem as bases nacionais. Ainda há relato de sub-registro de procedimentos, em especial realizados em unidades públicas, inclusive no Hospital Geral de Vitória da Conquista.
Avaliação permanente do impacto das ações sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente;	Todos os anos a Secretaria Municipal de Saúde vem apresentando ao Conselho Municipal de Saúde o Relatório de Gestão Anual contendo, entre outras informações, uma avaliação do impacto das ações de saúde no município, inclusive em termos da evolução do quadro de morbi-mortalidade. A Coordenação de Vigilância à Saúde realiza monitoramento mensal de vários indicadores e acompanha a evolução da notificação de doenças e óbitos.
Execução das ações de vigilância sanitária (básicas, de média e alta complexidade);	Além da execução do conjunto de ações básicas em vigilância sanitária o município pactuou e realiza grande parte das ações de média e alta complexidade. Com uma forte ação a vigilância sanitária municipal conseguiu praticamente regularizar a situação das farmácias comerciais, atuou no combate a venda de carne proveniente de abate clandestino e realiza regularmente todos os processos de concessão de alvará sanitário e vistorias aos estabelecimentos sob sua responsabilidade sanitária. Tem uma equipe ampla e multiprofissional e investiu em qualificação.
Execução de ações de epidemiologia e controle de doenças.	O município tem uma ação intensa em imunização alcançando todas as metas estabelecidas em rotina e campanhas e desenvolve regularmente ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças. Destacam-se os resultados obtidos no combate a dengue, nas ações voltadas para DST/AIDS, para controle de tuberculose e hanseníase e na realização de investigação epidemiológica. O Laboratório Central Municipal realiza sorologia para confirmação diagnóstica de doenças de notificação compulsória. A vigilância epidemiológica tem uma boa integração com a rede básica, em especial com as equipes de saúde da família, as quais assumem parte das ações de vigilância com a sua população adscrita. Regularmente são feitas atividades de capacitação dos profissionais de saúde para controle de doenças. Todas as ações de vigilância epidemiológica são realizadas pela gestão municipal.

9. Mergulhando no contexto local através das falas dos atores

9.1 A política de saúde no ideário da gestão municipal

A vitória eleitoral de um novo grupo em Vitória da Conquista que não tinha passado vinculado às classes dominantes, às elites locais, às famílias tradicionais, representou um rompimento com as forças econômicas e políticas até então hegemônicas e com as alianças convencionais.

“Os que tinham dinheiro, poder e terras controlavam a economia e a sociedade local”. (E6)

O novo governo rompia com isso, capitaneado por um dirigente político, médico, com sensibilidade muito forte com a questão da saúde. A vontade política do prefeito e de todo o grupo dirigente foi um grande trunfo no processo de implantação do sistema municipal de saúde.

“A Saúde se tornou carro-chefe da gestão. A vontade política era fator preponderante de fazer as coisas acontecerem. Ampliamos a Saúde da Família, foi um momento de crescimento, de expansão. Chegamos a cobrir cem por cento da zona rural.” (E4)

“Até mesmo aquelas pessoas que vieram de outras secretarias, e não tinham essa origem na Saúde, tinham como compreensão que o governo tinha como prioridade principal dentre aquelas eleitas, a Saúde. (...) Existia sim, por parte de todos, um entendimento de que essa prioridade era do governo e que nos iríamos fazer todo o esforço necessário para que a Saúde viesse a ser desenvolvida.” (E7)

Mesmo com um peso marcante na política de saúde é importante destacar a prioridade da gestão municipal para o conjunto das áreas sociais (saúde, educação e assistência social), pautando a inversão de prioridades, passando o foco para o atendimento às necessidades da população menos favorecida sócio-economicamente.

“Foi decisiva porque foi uma política pública que universalizou direitos, criou um mercado de demandas que foi atendido. Ou seja, a população procurou e encontrou na rede municipal a solução de muitos de seus problemas, com um grau relativamente elevado de satisfação da população para com os serviços. E foi decisivo no reconhecimento na legitimação do nosso grupo político, do nosso

governo. Da mesma forma que algumas outras políticas ajudaram também: eu diria que a Saúde, Assistência à Criança e ao Adolescente, as nossas políticas sociais como um todo. (E3)”

Assim, o projeto de governo conduzido em Vitória da Conquista pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e partidos aliados teve como central a ampliação da oferta de ações e serviços de saúde, educação e assistência social desde seu primeiro ano de gestão (1997). Na primeira gestão (1997-2000) além destas áreas tiveram também destaque as ações de recuperação financeira, limpeza pública e transporte coletivo (urbano e escolar rural), frente às grandes carências e no caso do transporte urbano ao enfrentamento ao monopólio anteriormente existente e a precariedade da oferta.

Na segunda gestão (2001-2004), além de ampliar as políticas sociais, implementando e fortalecendo os projetos iniciados na primeira, observou-se especialmente a partir de 2003 um enfoque em obras de infraestrutura urbana (em especial saneamento e habitação popular) possibilitadas a partir da mudança da gestão federal com o Governo Lula, abrindo alternativas de captação de recursos para tal finalidade.

“O nosso primeiro e segundo governos praticamente foram duas gestões fincadas no social. Foi a partir do social que nós criamos todo o dinamismo. Claro que houve outras conquistas importantes para a cidade como o Transporte Coletivo, uma política na área do idoso, as políticas setoriais como a da Mulher. As duas grandes ações, os dois grandes eixos estruturados que legitimaram o nosso governo, sobretudo com a população de baixa renda, entre as pessoas pobres, da periferia e da zona rural, foram a Saúde e a Educação. E são dois setores que constituem permanentemente um desafio. Dois setores onde nós temos hoje algum tipo de dificuldade porque como nós não freamos, não limitamos a demanda, (...). Aqui a gente investe o que tem e o que não tem para criar um grau bastante razoável de satisfação da população. E isso legitima o nosso grupo e projeto político. Tenho a absoluta convicção de que ainda serão duas políticas públicas decisivas para o futuro do nosso grupo. (E3)”

A terceira gestão (2005-2008) manteve o enfoque prioritário nas áreas sociais, apesar de ganhar força propósitos de contenção da expansão de serviços em face de limitações financeiras para sua sustentação. Ganhou peso marcante

projetos de infraestrutura, despontando também projetos voltados para o planejamento urbano e desenvolvimento econômico.

No âmbito da Saúde, cabe ressaltar o valor simbólico da medicina na política local, com os médicos ocupando um espaço de alta valorização social junto à população e tradicionalmente empregando este capital social para ocuparem espaços de poder político. Nesse cenário, as características do dirigente municipal tiveram um peso importante na definição das prioridades de governo.

Guilherme Menezes ¹⁶, o primeiro prefeito, tinha trajetória marcante como médico no município, grande respaldo junto aos segmentos populares organizados e forte carisma e liderança, assumiu a Saúde como marca importante de sua gestão.

“E dada até a formação e o perfil de Guilherme como dirigente, como prefeito, esse plano estava extremamente voltado para a Saúde. Saúde era um marco fundamental.” (E6)

“Uma coisa que sempre me chamou muito a atenção é que o município teve uma coisa que eu acho fundamental que foi a decisão política do primeiro prefeito, sem a qual, ele não teria levado as pessoas que ele levou, e até pela figura que é Guilherme. Ele é um símbolo naquela região. Naquelas pessoas ele exercia um poder simbólico até muito maior do que o poder político dos profissionais.” (E30)

Para além da vontade política o “Governo Participativo” contou com um grupo importante de profissionais de saúde, muitos deles com legitimidade junto à população conquistada por vários anos de atuação profissional e com uma concepção de saúde e de implantação do SUS que impulsionou o projeto do grupo dirigente. Vários destes profissionais já apresentavam adesão ao campo partidário que conformou este governo e/ou histórico de atuação em movimento estudantil e entidades profissionais, com compromisso explícito com a construção do Sistema Único de Saúde. Também se destaca a presença no governo de quadros docentes

¹⁶ Guilherme Menezes foi eleito prefeito para a primeira gestão do “Governo Participativo” (1997-2000). Anteriormente havia sido candidato a prefeito deste município nas eleições de 1992, ficando em segundo lugar e em seguida eleito deputado estadual pelo PT em 1994. Foi reeleito prefeito de Vitória da Conquista em 2000 e em 2002 foi consagrado deputado federal com grande votação, a qual repetiria na sua reeleição para deputado em 2006. Em 2008 foi novamente vitorioso na eleição para reassumir o cargo de Prefeito de Vitória da Conquista.

da UESB, profissionais formados nesta instituição de ensino superior e militantes de esquerda experientes.

“Por outro lado tivemos também algumas condições objetivas bastante interessantes: um corpo de profissionais novo, vindo de gerações mais jovens que tinham uma visão de saúde mais modernizada – grande número de profissionais com esta visão de saúde mais moderna, aberta e democrática, com sensibilidade social muito grande. Esse pessoal teve capacidade, teve peito para bancar essa reviravolta.” (E6)

Não basta a vontade política do prefeito, se você não tem uma retaguarda técnica, de profissionais comprometidos com essa visão de mundo, que possam dar viabilidade técnica e política ao projeto e enquanto referências setoriais galvanizarem apoio ao programa em disputa. Profissionais com credibilidade junto à população pela sua trajetória e com capacidade de contribuir para que a sociedade apostasse neste projeto em construção que conseguiu incorporar os anseios da população de ampliação do acesso e de melhoria das condições do sistema de saúde de responder às suas principais necessidades, aglutinando inclusive forças sociais para ampliar o espaço de legitimidade política do governo municipal.

“Aquele núcleo conseguiu criar, arregimentar forças políticas, ter visibilidade, ampliar um espaço de legitimidade política. Algo que transcende a dimensão da Saúde. A Saúde como tal vira Política Pública no sentido, também da palavra 'Política'. No sentido de uma ação pública. Até então ela não tinha. Quase sempre, Saúde fica como aspecto técnico de um governo, setorial. Ela passou a ser uma dimensão mesmo da política. (E6)”

“Acho que foi o cálculo estratégico permanente da equipe dirigente da Secretaria, que eu localizaria especialmente na figura dos secretários, dos subsecretários e de um pequeno grupo mais vinculado técnico e politicamente a eles. Acho que foi o cálculo estratégico na visão mesmo malthusiana, do tópico que precede e preside a ação, o cálculo estratégico com uma racionalidade em valores éticos e políticos. Foi o que sustentou e acho que sustenta o sistema até hoje. (...) Acho que a possibilidade que o próprio primeiro prefeito conseguiu, de agrupar pessoas que se reuniram em torno de um ideal, acho que isso faz muita diferença.” (E30)

A construção de um projeto para o Sistema Municipal de Saúde abarcando seus diversos níveis, atacando as principais prioridades definidas e conseguindo envolver diversos segmentos da sociedade para apoiá-la, através dos conselhos de saúde e da conferência municipal de saúde foi fundamental neste processo. O

projeto buscou atender as principais expectativas da população, ampliando o acesso e superando as limitações até então existentes.

“Outro elemento importante é que a proposta tinha uma nitidez para a sociedade. Ela não parecia algo muito obscuro. Ela tinha um apelo, uma capacidade de chegar à população com uma proposta coerente, que era possível de ser implementada.” (E6)

“A proposta ia ao encontro de um desejo, uma expectativa, uma demanda que a população tinha. Em nenhum momento tivemos uma manifestação da população contrária ao processo. O que você tinha era a favor. (...) Você tinha uma expectativa positiva da população de que aquilo fosse melhorar. O que realmente aconteceu.” (E6)

O projeto de Saúde do governo municipal se mostrou criativo e inovador criando oportunidades para suprir as carências existentes com implantação de ações e serviços resolutivos e articulados nos diversos níveis de atenção e desenvolvendo ações preventivas, fortalecendo as práticas de vigilância à saúde, associada a uma gigantesca ampliação da oferta assistencial desde a atenção primária resolutiva, empregando a estratégia de saúde da família, até a garantia de diversos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares.

“Eu acho que tem um ponto aí que é a primeira gestão. Ela foi muito inovadora. Teve a capacidade de propor novas coisas para o município. Foi inovadora a partir do quadro que existia. A administração criou uma imagem de um governo de credibilidade. De certa forma, isso facilitou. Ela foi inovadora, conseguiu ter uma equipe técnica que teve a capacidade de estar pensando futuramente. De estar articulando e pensando projetos que fortalecessem essa gestão. Acho que houve muitos projetos. O DST AIDS é um exemplo. O Centro de Hanseníase e Tuberculose, o Hospital Esaú Matos, o Laboratório. Vários sistemas foram implementados para vários projetos desenvolvidos, que fortaleceram e deram credibilidade à gestão.” (E9)

“A implantação do Sistema moralizou a repartição dos recursos, permitiu que os recursos destinados ao Município de Vitória da Conquista fossem melhor utilizados, melhor distribuídos, permitindo o oferecimento de uma gama enorme de novos serviços que, anteriormente, não eram disponibilizados à comunidade. (...) Eu destacaria a democratização do acesso, especialmente da população pobre. Pude perceber em relatos de pessoas da comunidade. (...) Elogios também quanto à descentralização do sistema de Saúde com a implantação das unidades de Saúde da Família que, do ponto de vista ambulatorial, permitiu a ampliação extraordinária do acesso da população ao Sistema de Saúde. Também elogio quanto ao crescimento extraordinário do papel, da atuação dos agentes comunitários de Saúde, na educação preventiva.” (E17)

O projeto do “Governo Participativo” para a Saúde foi traduzido em dois Planos Municipais de Saúde (1998-2001 e 2002-2005), tendo como objetivo principal a implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), com políticas de

expansão de serviços nos diversos níveis de atenção, articulando ações preventivas com curativo-assistenciais e fortalecendo a capacidade gestora da Secretaria Municipal de Saúde.

A valorização e fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde e a implantação dos Conselhos Locais de Saúde teve prioridade entre as estratégias empregadas para implantação dos projetos do “Governo Participativo”, em especial na Saúde. A participação popular tem sido uma arca importante no projeto de governo com Conselhos Municipais implantados em várias áreas de políticas públicas, conferências municipais setoriais e a realização do Orçamento Participativo, este último incorporado a partir da experiência petista da gestão municipal de Porto Alegre (RS).

“Eu destacaria muito a questão da participação e do controle social. A Saúde potencializou a participação popular. A gente percebe que em Conquista existe muito a organização de entidades, a organização social é muito forte. E a Saúde potencializou, deu concretude a essas ações desses organismos.” (E7)

“A forma como o Conselho Municipal de Saúde passou a ser tratado pela administração, pela Secretaria de Saúde, sempre estimulando para que ele fosse mais autônomo, independente, livre para cumprir o seu papel da forma mais competente, representando de forma paritária a comunidade, todos os setores da comunidade.” (E1)

Os agentes conservadores da saúde (especialmente representadas pelas instituições privadas do setor) queriam barrar as mudanças até para continuar o controle da política. Reagiram e tiveram apoio inclusive dos meios de comunicação, cuja maioria absoluta era ligada às forças conservadoras que tinham sido derrotadas na eleição municipal, mas continuavam hegemônicas na política estadual e com forte relação com o governo federal. Estas forças sociais conseguiram levar um discurso à sociedade de que tudo era simplesmente controle do Estado em um período em que o discurso neoliberal era muito forte e praticamente hegemônico.

“Vivíamos aquela situação do discurso neoliberal forte. Um pavor a tudo que era estatal.” (E6)

“Bom, opositor tinha as instituições privadas que se opuseram muito, e eu acho que algumas ainda se opõem. E de aliado, a própria vontade política foi o único aliado, acredito, e, talvez, a população.” (E13)

Participação popular e capacidade de mostrar uma proposta factível, além da retaguarda de profissionais foram elementos fundamentais. Este tripé possibilitou ao projeto de saúde pautado pela gestão municipal alcançar capacidade de disputa de hegemonia na sociedade se confrontando com o modelo anterior e ampliando sua base de sustentação apesar das fortes resistências enfrentadas.

A valorização dos espaços de participação popular foi uma marca importante. Na verdade, todas as diretrizes do processo de municipalização das ações e serviços de saúde foram alvo de debates em Conferência Municipal de Saúde realizada em abril de 1999, antes de o município assumir a gestão plena. Esta Conferência foi marcada, além da ampla participação popular com 200 delegados e mais de 600 outros participantes, por um grande debate preparatório nos diversos espaços sociais do município, com 76 pré-conferências realizadas por áreas de abrangência das unidades básicas de saúde, organizadas por associações de moradores, sindicatos e categorias de profissionais de saúde. O próprio setor privado da saúde, contrário à municipalização do SUS participou ativamente com delegados eleitos, intervindo nos debates e disputando projetos dentro da Conferência.

“Eu destacaria a participação social que foi importante. Implantamos o Conselho Municipal de Saúde. Fizemos uma Conferência Municipal de Saúde que teve a participação, nas pré-conferências, de mais de cinco mil e 400 pessoas. Foram dois dias de Conferência que o Centro de Cultura permaneceu com todos os seus espaços lotados de pessoas participando. Então, foi amplamente discutida a Municipalização.” (E5)

Diferentemente da Conferência Municipal de Saúde de 1999, onde a polarização se deu em cima do projeto de municipalização da saúde e do enfrentamento com a reação do setor privado e dos grupos políticos conservadores opositores a gestão municipal, a Conferência de 2003 foi marcada pela disputa

interna, no seio da rede pública de saúde, entre propostas de expansão de determinadas ações e serviços que buscavam ser priorizadas na política de saúde municipal.

“As pessoas iam, mas não tinham aquela coisa efervescente que eu via em outros momentos, quando fui lá anos atrás. Aquela coisa meio burocrática. Quero destacar também as conferências. Tive o prazer de ir à histórica de 99 e na de 2003, em que houve uma mudança de padrão de lobby. A rede privada fazendo lobby contra o SUS em 1999 estava agora totalmente subsumida. Os lobistas eram os técnicos da Secretaria disputando espaço político e técnico para garantir recursos para as suas propostas de expansão do sistema.” (E30)

O Programa de Governo teve como fundamentos a inversão das prioridades e o objetivo de fazer com que as políticas públicas fossem de natureza mais social, voltadas para um público com mais dificuldade ou mesmo excluídos do acesso aos serviços de saúde.

Pelas próprias características da descentralização das políticas de saúde e educação e do alcance junto à população, especialmente os segmentos mais excluídos desta, a Saúde e a Educação são os dois elementos mais universalizantes no âmbito municipal. O cenário de avanço da descentralização das políticas de saúde e educação gerou também um terreno fértil para criar oportunidades de viabilizar estes propósitos pautados pela gestão local de Vitória da Conquista de assumir as prerrogativas e responsabilidades da condução destas políticas.

“Foi uma prioridade do governo. Foi o eixo, o coração do governo. Um dado importante: em meados da década de 1990, o SUS estava começando a ser implantado de acordo com os princípios da municipalização, do controle social, da universalização. Claro que já havia outros modelos possíveis de implantação, outras alternativas possíveis para implantar o SUS. Poderíamos tê-lo implantado terceirizando, por exemplo. Contratando prestadores de serviço. Mas a nossa opção foi uma opção político-social de controle efetivo das ações por parte do governo municipal. Foi uma decisão nossa. No início dos anos 1990, naquela crise fiscal geral no Brasil e em seus municípios, duas políticas públicas se mostravam viáveis: o SUS e o FUNDEF, que é a universalização do Ensino Fundamental. Fora isso, os municípios tinham poucas alternativas para responder às demandas populacionais. Nós, politicamente comprometidos com esses ideais, da Educação e da Saúde, abraçamos esses procedimentos como proposta e como método de universalizar, de interagir com o povo, de atender suas necessidades básicas, sempre a partir desse princípio político de não abdicar do controle do sistema. Por isso, o conflito com alguns segmentos da indústria empresarial, da indústria privada, da indústria da Saúde, se é que podemos usar esta expressão. Os empresários da saúde, que viam nesta uma mera fonte de lucro. Daí esse conflito

para garantir o controle público e uma universalização de forma socialmente justa. (E3)”

Cabe destacar ainda que no final dos anos 90 diversas inovações ganhavam espaço em experiências municipais na área de saúde, muitas delas dirigidas pelo Partido dos Trabalhadores e aliados (CAMPOS, 1991; CAMPOS et al., 1998; CAMPOS & HENRIQUES, 1996; CAPISTRANO FILHO, 1995; FERLA & FAGUNDES, 2002; FRANCO et al., 1999; FRANCO et al., 2004; GOULART, 2007; JAEGER et al., 1999; MALTA, 2001; MAGALHÃES JR, 2006; PIMENTA, 2000; SILVA, 1996). Entre estas experiências se destacaram ganhando forte visibilidade e influenciando as políticas de saúde pautadas pelo SUS as efetivadas em Santos (SP), Belo Horizonte (MG) e Porto Alegre (RS).

O próprio Ministério da Saúde fomentava mudanças importantes na oferta de atenção básica através da indução à incorporação de agentes comunitários de saúde, implantação do Programa de Saúde da Família e com a Norma Operacional Básica (NOB 96) ocorreu um grande impulso à municipalização das ações e serviços de saúde, especialmente a partir de 1998, quando efetivamente começou a ser implantada. Com a NOB 96 os municípios deixavam de serem prestadores de serviços de saúde para começarem a assumir de forma mais ampla e efetiva a gestão do sistema local de saúde.

Além disso, no caso de Vitória da Conquista a rede de saúde pública não estava implantada, com um número muito reduzido de unidades e de profissionais.

“Então a Saúde era o campo que mais tinha possibilidade de avançar e era aquele que mais trazia uma inovação imediata e que dava uma visibilidade à sensibilidade social que o governo se propunha a fazer. Então a Saúde foi realmente o fundamento da política de governo.” (E6)

“Então pôde cavar alguns projetos complementares ao processo de municipalização. Pôde receber algumas quantias de alguns apoios. (...) conseguimos aliar com terceiros escalões do Ministério, que tiveram uma visão mais técnica. (...) O certo é que conseguimos ter mais acesso do que se esperava. (E6)”

Cabe ressaltar que na Bahia Vitória da Conquista foi o primeiro dos grandes municípios, pólos regionais, a assumir a gestão plena, em um estado onde a gestão da saúde não tinha acumulado uma experiência de descentralização e no qual os mecanismos de gestão do SUS ainda eram bastante tímidos.

A gestão municipal buscou desenvolver um aprendizado institucional para enfrentar este desafio, visitou municípios mais avançados como Belo Horizonte e Porto Alegre e construiu ferramentas importantes para a gestão do local do SUS. Abrindo a gestão para apoios externos (individuais, técnicos, políticos e institucionais) veio a contar também com consultores externos que potencializaram este processo, como o Dr. Davi Capristano Filho (ex-secretário municipal e saúde e ex-prefeito de Santos), profissionais da equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e quadros do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Além disso, uma articulação com outras secretarias municipais de saúde, através do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS – BA) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), criou um acesso direto para experiências positivas de outros municípios e por outro lado foram também dando visibilidade ao sucesso progressivamente alcançado pelo trabalho desenvolvido em Vitória da Conquista e fortalecendo politicamente a gestão da saúde local, inclusive para enfrentar a resistência do setor privado ao processo de municipalização da saúde.

“Conquista foi a primeira cidade de grande porte a assumir o Sistema Pleno de Saúde, e pegou todas aquelas dificuldades que existiam para implantar um Sistema Pleno de Saúde. Falta de profissionais especializados em diversas áreas, na área de Vigilância em Saúde, principalmente na área de Vigilância Sanitária, na área de Vigilância Epidemiológica. Adaptar todo o Sistema Municipal de Saúde para receber a Gestão Plena. (...) Eu acho que a Municipalização daqui serviu, inclusive, de base para a Municipalização de muitos outros municípios.” (E5)

A disputa do público contra o privado teve um papel central na conformação dos projetos em disputa e embalada pela retórica ideológica do liberalismo naquela época rádios, televisão local e jornais tiveram um forte comprometimento com a visão conservadora.

“É a estatização. São os comunistas que chegaram para estatizar a política de saúde. É a visão de esquerda, a visão retórica estatista. Isso não vai dar certo porque não vai funcionar. Diziam também que queríamos quebrar as clínicas locais.” (E6)

“De alguma forma, nós tínhamos um discurso pró-estatal. Nosso discurso era mais voltado para isso. O outro lado tinha um discurso privatista da questão da Saúde.” (E6)

Apesar do discurso conservador propalado de que a gestão municipal queria destruir a oferta privada de serviços de saúde, não se tratava de uma disputa do “público” contra o “privado” e sim a luta pela “publicização” do SUS.

A implantação de uma rede pública de qualidade além de criar uma robusta capacidade instalada à disposição dos usuários do SUS também pautou o espaço da assistência privada à saúde. Tanto no que diz respeito aos serviços privados contratados pelo SUS quanto à oferta privada mediada por planos de saúde ou disponível para compra direta.

“Você pega o Cema, o Centro de Fisioterapia, altamente sofisticado, e você vai para uma clínica de fisioterapia e você pergunta: Qual aqui é pública e qual é a privada? Quer dizer o nosso público é o mais qualificado e melhor do que o privado. Então, como é que eu vou fazer investimento na área privada se a área pública oferece de forma melhor e com mais qualidade? Então, é possível você ter esse modelo, e você aprofunda as contradições. A contradição do modelo privado. Quem esperava ganhar muito dinheiro fazendo isso, não há mais espaço em Vitória da Conquista. Tem espaço para todos, mas não tem espaço da forma que tinha antes.” (E2)

“Isso mudou tanto na minha clínica particular, onde hoje eu só atendo convênio e tal, mas eu vejo que onde eu atendo pelo SUS se igualou. Por exemplo, eu estou dando plantão e a paciente que está chegando para mim de pré-natal de consultório e pré-natal no SUS me apresenta um cartão que é o mesmo. Com a mesma quantidade de consultas, com a mesma quantidade... Vai depender só do interesse daquela paciente e não do que é oferecido para ela. Isso mudou.” (E11)

Cabe destacar o papel fundamental da equipe dirigente da Secretaria Municipal de Saúde na condução e continuidade do processo de implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista. Formada em sua ampla

maioria por profissionais que iniciaram sua atividade na assistência, especialmente em unidades de saúde da família, foram progressivamente se qualificando para exercer o papel de gestão do sistema de saúde.

“Mas, na verdade, o que a gente sentiu foi uma continuidade. A equipe dirigente se qualificou, conseguiu interagir. Em alguns momentos não tinha experiência política de relação com o Estado e com o Governo Federal, mas com o tempo essas pessoas foram se qualificando e interagindo de forma melhor.” (E2)

“Nós conseguimos formar excelentes quadros profissionais. Quadros extremamente dedicados e capazes, e acho que nós temos um quadro de excelente qualidade. Sobretudo com a experiência acumulada ao longo dos anos. E tanto é assim que os municípios da região, e de diversos pontos de nosso estado, muitas vezes requisitam técnicos nossos para ir até esses municípios orientar, prestar consultoria e ajudar na capacitação dos seus profissionais. (...) Tenho uma avaliação extremamente positiva desses quadros da Secretaria de Saúde. Inclusive acho que aí está uma das explicações do porque nós termos conseguido avançar tanto. (E15)

A prioridade dada à saúde pela gestão municipal em Vitória da Conquista criou possibilidades para uma ousada política de atração e formação de recursos humanos em serviço, com oferta de cursos de capacitação, aperfeiçoamento e especialização, que foram progressivamente qualificando a equipe da Secretaria Municipal de Saúde para as diversas tarefas assistenciais e de gestão do SUS. A absoluta maioria da equipe dirigente desta secretaria iniciou suas ações na assistência, especialmente em equipes de saúde da família e posteriormente assumiu atividades na gestão. Uma forte interface com a academia a partir da criação de espaços de práticas para estágios de residentes e estudantes em parceria com a UFBA, UESB e outras instituições de ensino de nível superior foi decisiva neste processo.

“A melhoria dos recursos humanos foi uma estratégia importante, a melhoria da equipe técnica que trabalha, tem acontecido muito de uma forma positiva. Nós temos aqui na Secretaria, por exemplo, profissionais que foram da ponta e hoje estão na gestão. Para eles estarem aqui hoje teve um investimento. Claro que se abriram oportunidades para todos, mas alguns tiveram o interesse de trabalhar com outro tipo de atividade. Mas o investimento nos recursos humanos é uma coisa muito positiva para a consolidação. (...) Esses profissionais que atualmente estão na Secretaria têm um conhecimento enorme de todo o processo.” (E29)

9.2 A atenção básica e o PSF enquanto propulsores do projeto para a saúde

Colocando o processo de municipalização da saúde enquanto uma prioridade, ao tempo em que enfrentava a precária situação da rede existente quando do início do governo, a gestão municipal durante o primeiro ano (1997) assentou as bases para criar as condições para a agenda estratégica e foi progressivamente ampliando a oferta de serviços básicos de saúde.

Vitória da Conquista, ainda em 1985, teve um programa pioneiro de agentes rurais de saúde implantado quando Guilherme Menezes era diretor médico da Secretaria Municipal de Saúde. Os agentes rurais, selecionados dentro da própria comunidade onde residiam, desenvolviam ações de prevenção e promoção da saúde e acompanhavam pacientes a unidades de saúde na sede municipal quando havia necessidade. Naquele ano havia também sido desenvolvida uma parceria com a Universidade Federal da Bahia (UFBA) através da Residência em Medicina Social, com estágios de médicos residentes no município, que contribuíram na formação dos agentes rurais, entre outros projetos.

Em 1996, o Prefeito Guilherme Menezes, após eleito, foi a Santos (SP) para observar os avanços na saúde viabilizados pelo Sistema Municipal de Saúde daquele município em oito anos de administração do Partido dos Trabalhadores (PT).

Tomando a habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica como primeiro passo neste processo o município alcançou esta condição em fevereiro de 1998, passando a ter a gestão sobre os recursos repassados pelo Ministério da Saúde

através do Piso de Atenção Básica (PAB) e concentrando a alocação destes na rede pública municipal. Anteriormente tais recursos estavam dispersos em prestadores privados e até mesmo em hospitais públicos estaduais. Esta decisão permitiu a realocação de recursos que contribuiu para a implantação das primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e contratação de agentes comunitários de saúde, impulsionando a ampliação da atenção básica no município. Cabe lembrar que neste ano (1998) entrou em vigência a NOB 96 com a implantação do Piso de Atenção Básica e incentivos financeiros para a estratégia de saúde da família.

Passando a realizar diretamente toda a oferta de procedimentos básicos através da rede pública municipal a gestão local tomou a estratégia de saúde da família como central para a reorganização e ampliação desta rede. Para tanto, o município contou com a assessoria do Dr. Davi Capistrano Filho (Ex-Secretário Municipal de Saúde de Bauru/SP, Ex-Secretário Municipal de Saúde e ex-prefeito de Santos/SP), o qual naquela oportunidade era Coordenador do Projeto QUALIS em São Paulo (projeto desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo o qual implantou e manteve equipes de saúde da família em algumas regiões da capital paulista).

Em Vitória da Conquista a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) iniciou em abril de 1998 através da primeira seleção de agentes comunitários de saúde, e na seqüência, com a implantação em setembro daquele ano das cinco primeiras equipes do PSF em bairros periféricos da zona urbana. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) definiu as áreas a serem priorizadas para implantação do PSF naquele primeiro momento.

“A implantação do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde tiveram uma grande importância, e podemos dizer que revolucionaram a Saúde aqui no município. Conquista passou a ser uma

referência, não só no estado, como no país, enquanto serviço público de equidade, de participação, de controle social.” (E19)

Cabe destacar que estas equipes além de médico, enfermeiro, três auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, auxiliares de limpeza e de serviços gerais e vigilantes, contava de forma pioneira com odontólogos e auxiliares de consultório dentário. Foi o primeiro município na Bahia a incorporar a odontologia nas equipes de saúde da família.

Também é importante registrar que estas primeiras equipes tiveram a sua disposição novas unidades de saúde construídas para tal finalidade com boa infraestrutura e condições adequadas para atendimento a população das áreas de abrangência, as quais haviam sido selecionadas como regiões de carência de oferta de serviços de saúde, onde não existia nenhuma unidade básica.

Nos anos seguintes o município foi ampliando o número de equipes de saúde da família. Entre dezembro de 1999 e março de 2001 foram incorporadas mais 25 equipes, sendo que 13 para atuação na zona urbana e 12 na zona rural. Esta expansão teve uma atenção em particular com a necessidade de levar atendimento básico através do PSF para os moradores da zona rural, e possibilitou que todos os distritos da zona rural viessem a contar com equipes do PSF atendendo sua população. Posteriormente novas equipes foram sendo implantadas aumentando a população coberta.

“Dentro de todas as políticas, acho que a gente poderia destacar uma principal estratégia que foi eleger a Atenção Básica como o carro-chefe. E eu tenho muito em minha mente que a estratégia utilizada dentro dessa eleita pela gente, que era começar sempre na periferia e nas áreas rurais mais distantes. A área rural de Conquista é enorme, com vários distritos e povoados. Começamos a preencher esses vazios assistenciais primeiro, antes do centro e dos bairros que teriam um potencial de Saúde muito maior, com serviços implantados.” (E7)

A solução da carência anteriormente existente em termos de atenção à saúde através da implantação do PSF, com equipes comprometidas com o cuidado dos

usuários, novas unidades de saúde contando com boa infra-estrutura física e equipamentos e uma ação inovadora e de qualidade na prestação dos cuidados básicos em saúde levaram a uma avaliação extremamente positiva por parte da população dos serviços de saúde prestados pela gestão municipal.

“Um PSF na zona rural, imaginar 100 quilômetros e o cara ir lá e voltar todo o dia. Não é brincadeira. É fantástico. E a gente se emociona ao saber disso, saber que a gente tem vontade de fazer diferente. (...) Se tem alguma falha, uma ou outra falha, mas com estas equipes que estão funcionando você sente aí a vontade de fazer uma Saúde diferente. (...) E essa diferença vai numa relação de respeito também do gestor de Saúde. Os gestores que passaram dirigindo a Saúde conseguiram manter essa relação com o PSF, que foi fundamental inclusive para a manutenção do serviço.” (E2)

Estudo feito com usuários do PSF no município mostrou que cerca de 80% dos entrevistados estavam satisfeitos (77% na zona urbana e 90% na zona rural), avaliando cada um dos setores e serviços das unidades de saúde da família, mais de 75% dos entrevistados aprovaram o desempenho destes, aproximadamente metade dos usuários pesquisados sabiam da existência dos conselhos locais de saúde e 80% consideraram que a saúde das famílias havia melhorado com a implantação do PSF (TEIXEIRA, 2001).

Merece destaque o efetivo papel do PSF em Vitória da Conquista como porta de entrada do sistema municipal de saúde. O agendamento de consultas e procedimentos especializados foi montado com a utilização de uma central informatizada a partir das demandas geradas pelas equipes de saúde da família. Cada equipe passou a contar com uma quota mensal destes procedimentos e as solicitações serem atendidas pela central, com o paciente recebendo sua consulta ou exame previamente agendado. Excepcionalmente, mediante justificativa as equipes podem ter quotas extras. Todo o fluxo se inicia a partir da atenção básica.

“O cidadão, o usuário procura a unidade mais próxima. Ele vai até a unidade especializada a partir da unidade mais próxima. Isto aí existe um fluxo que foi definido e que as pessoas não precisam sair procurando para achar o serviço.” (E2)

Em Vitória da Conquista os profissionais de saúde que atuam na estratégia de saúde da família – PACS/PSF (médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e de consultório dentário, e agentes comunitários de saúde) desde o início das suas atividades foram contratados por uma organização não-governamental conveniada com a Prefeitura Municipal, a Associação de Apoio a Saúde Conquistense (ASAS). Esta instituição foi criada em 1998 visando apoiar o processo de implantação e funcionamento do PSF neste município. Sua constituição foi organizada por lideranças de diversos setores da comunidade, tendo entre seus associados dirigentes do movimento sindical e de entidades populares, profissionais de saúde, radialistas e militantes do movimento populares e representantes de igrejas.

“Acho que fizemos diversas alianças. Uma aliança importante foi com a ASAS, que é a Associação de Apoio à Saúde Conquistense, que é uma ONG que, se não me engano, é de 98. E, através dessa ONG que conseguimos potencializar principalmente as ações do PACS e do PSF. Ela é formada ainda hoje por vários expoentes da comunidade, pessoas de representação de sindicatos, de associações, pessoas ligadas a áreas como Educação, como Comunicação. Foi importante ter esse apoio.” (E7)

Esta iniciativa permitiu a contratação dos profissionais em regime CLT com a garantia de todos os direitos trabalhistas e uma política salarial que atraiu profissionais de nível superior para virem a atuar no município, diferentemente do processo intenso de precarização da contratação de trabalhadores para o PSF nos outros municípios. Além disso, o envolvimento de diversas lideranças comunitárias estreitou os elos entre as ações desenvolvidas pela gestão municipal em saúde através da estratégia de saúde da família e a comunidade local.

“Quando eu vim, por exemplo, para cá, eu não vim porque eu achei que o PSF era muito bonito somente. Eu vim para cá porque eu tive informações de que estava se implantando essa estratégia de maneira organizada e séria. Eu achava que à medida que essas pessoas se sentem atraídas por uma estrutura que se mostra séria, esta seriedade contamina. Então, as pessoas que passam a integrar o sistema abraçam a causa e fazem daquilo sua bandeira. E fazem com a maior seriedade possível. Mas foi um evento tão positivo que esses profissionais que se sentiram atraídos contaminaram outros e trouxeram outros profissionais. Eu vim

por informação de uma colega, que já participava do processo. E aí eu acreditei e vim. Dessa forma também fiz com outros colegas, que também contaminei, entre aspas, com o bom trabalho e a seriedade com que a gestão ia implantando e exercendo gradativamente.” (E29)

Outra iniciativa interessante foi a forte relação estabelecida pela gestão municipal em saúde entre o PSF e universidades públicas. Várias unidades de saúde da família se constituíram em campos de prática e estágios de alunos de cursos de graduação da área de saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e de graduação e pós-graduação da Universidade Federal da Bahia, em especial nesta última através da Residência em Saúde da Família, oferecida pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), que iniciou esta atuação em Vitória da Conquista ainda em 1998.

A partir de 2002 alunos do internato de Medicina da UFBA passaram a fazer parte do internato de forma optativa neste sistema municipal de saúde e semestralmente grupos de “calouros” deste curso eram convidados a conhecer o SUS em Vitória da Conquista. Mais recentemente também tem se convertido em campo de práticas para alunos dos cursos de graduação do Campus da UFBA em Vitória da Conquista e de cursos de saúde de faculdades privadas implantadas no município.

O Prefeito Guilherme Menezes, ainda em 2007, no início de seu governo, retomou a articulação com a Universidade Federal da Bahia (UFBA), viabilizando um trabalho com a Escola Politécnica (através da participação de docentes do curso de Engenharia Sanitária) para elaboração do Plano Municipal de Saneamento. Foi também retomada a relação com a área de saúde da UFBA, principalmente através da Residência de Medicina Social do Instituto de Saúde Coletiva, curso este que tinha iniciado uma mudança no seu formato para contribuir para a formação de profissionais para o Programa de Saúde da Família.

Assim, tanto a experiência profissional anterior do Prefeito, quanto os avanços acumulados em administrações do PT e a participação de docentes e alunos da Residência em Medicina Social da UFBA deram contribuições importantes para a implantação do projeto de municipalização da saúde em Vitória da Conquista. Alguns profissionais da rede municipal de saúde passaram inclusive a ter vínculo docente com as instituições de ensino contribuindo para a integração ensino-serviço.

Estas parcerias com instituições acadêmicas vieram também a propiciar a implantação do Pólo de Capacitação em Saúde da Família em Vitória da Conquista (posteriormente Pólo de Educação Permanente em Saúde, a partir das mudanças implementadas nas políticas do Ministério da Saúde), com oferta de treinamento introdutório das equipes, cursos de especialização e atividades de educação à distância para profissionais que atuam no PACS/PSF.

“Atualmente o que a gente tem o de melhor em termos de Educação em Saúde que é a Educação Permanente. O município, numa grande articulação macro-regional, e sendo pólo dessa macro-região sudoeste, conseguiu fazer uma articulação grande e implantou o Pólo de Educação Permanente” (E29).

A gestão municipal de saúde desenvolveu diversas ações para viabilizar a criação de Conselhos Locais de Saúde em todas as unidades do PSF com participação de representantes da população de cada área de abrangência e dos profissionais da respectiva equipe. Estes conselhos têm responsabilidade de realizar o acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes e da rede municipal de saúde, subsidiando, inclusive, a atuação do Conselho Municipal de Saúde. O próprio processo de implantação do PSF aprovado em reuniões do Conselho Municipal de Saúde gerou uma articulação direta com a comunidade local na medida em que precedendo o início das atividades de cada equipe eram realizadas reuniões com a população da área de abrangência para apresentar a

equipe responsável pela atuação na área e discutir a proposta de trabalho a ser desenvolvida.

“Uma maravilha. Antigamente o Conselho era assim: o prefeito indicava preocupado com a conta matemática para que tudo dele fosse apoiado. Hoje não. Você não vê prefeito patrulhando os conselhos, seja o Municipal, sejam os locais. O Guilherme não patrulhou e muito menos o atual prefeito. Aliás, o Guilherme fez questão de dizer que ele não estaria influenciando, tentando partidizar as ações dos conselhos. E deu independência aos conselhos. Especificamente ao Conselho Municipal, que você me perguntou antes, tem sido muito atuante. Tem sido uma peça importante nessa engrenagem.” (E24)

O processo de participação popular teve destaque, entre outros momentos, em abril de 1999, quando da realização da IV Conferência Municipal de Saúde, que teve participação de mais de 4 mil pessoas nas pré-conferências realizadas, com todas as áreas que tinham equipes do PSF em atividade realizando pré-conferências com a população da sua área adscrita e elegendo delegados para a conferência. Cabe registrar que esta conferência municipal foi um marco importante ao ter definido a política de saúde a ser empregada quando o município viesse a assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde o que ocorreu em outubro daquele ano. Este processo com grande participação popular e com definições aprovadas na IV Conferência Municipal de Saúde, fortaleceu em muito a gestão municipal para viabilizar as mudanças necessárias a serem implantadas no sistema de saúde.

Dentro desta conferência estiveram representadas todas as forças políticas e sociais envolvidas na saúde no município, inclusive as opositoras à gestão municipal, seja no plano político partidário, seja no plano empresarial, com presença de delegados eleitos representando os interesses do setor privado na saúde, o qual era contrário a municipalização da saúde, com receio de perder os privilégios que então gozavam de volume de recursos alocados e ausência de regulação, controle, avaliação e auditoria efetivos.

“A oitava conferência foi o nascimento do SUS e a quarta conferência, a nossa partida. Teve toda essa participação. E o que aconteceu mesmo de oposição foi a

iniciativa privada: “O SUS não vai dar certo, vai acabar, vai falir a gente, fulano vai tentar suicídio, vai ter gente indo pros EUA, vai ter gente indo pra Salvador porque não dá mais pra trabalhar em Conquista”. E eles perderam. (...) Essas forças trouxeram outras forças de fora, como o Sindicato dos Hospitais Privados, de Salvador, pra ser contra. E a população saiu vencedora.” (E26)

Assim a implantação do PSF e do Sistema Municipal de Saúde como um todo, teve a participação de diversos atores sociais em um quadro, inclusive, bastante heterogêneo e de intensa disputa política e conquista progressiva de novos aliados.

“Como diretor do Sindicato dos Médicos, o que a gente pôde observar é que o processo de implantação do PSF em Conquista foi um processo muito transparente do ponto de vista da proposta apresentada pela Secretaria. A gente sabe que as dificuldades em outros locais foram muito grandes, mas, em termos de Conquista, a gente pôde notar uma consciência, uma clareza dos méritos, da importância de um Programa como esse, que pôde facilitar, do ponto de vista da Secretaria, a implementação desse projeto.” (E20)

Em Vitória da Conquista se confrontaram projetos distintos para o SUS. Mais do que tentar evitar a perda de privilégios o setor privado tinha um modelo de oferta de serviços de saúde que originário do período do INAMPS não tinha sofrido qualquer alteração, mesmo após o processo de implantação do SUS estar em curso.

A destinação dos fundos públicos para saúde e a forma de sua aplicação terminou materializando o confronto entre distintos modelos assistenciais. A implantação do PSF e o fortalecimento da gestão municipal definindo o espectro de serviços a serem oferecidos e regulando a oferta e o acesso a estes serviços ocupa espaço destacado neste confronto.

A disputa de hegemonia do projeto de saúde, tendo a implantação do PSF destaque, foi iniciativa do Governo Municipal, inicialmente da direção da Secretaria Municipal de Saúde e do próprio prefeito, tendo de imediato alcançado o envolvimento das demais secretarias de governo e o apoio dos vereadores dos partidos ligados ao governo municipal, que eram minoritários na Câmara Municipal naquele período.

Cabe destacar que a agenda política do Governo Municipal desde o início do chamado “Governo Participativo” tinha pautado o desafio de assumir a responsabilidade sobre a gestão do sistema municipal de saúde e implantar a estratégia de saúde da família. A importância política concedida a este processo pela direção do Governo Municipal pode ser evidenciada nas falas dos prefeitos.

“A gente sente como caiu no apressado da população, a população sentindo que aquela equipe é dela, eu sentia muito isso na época que começou, que as primeiras equipes começaram a ir para o interior do município. É claro que no lugar parece que a equipe ainda era mais a depender deste ou daquele profissional, do perfil, daquele enfermeiro, daquela enfermeira, daquele médico, os agentes de saúde, mas, essa é a ideia das equipes de saúde da família, dos agentes comunitários de saúde, isso é uma coisa revolucionária.” (E1)

“Eu acho que o Programa de Saúde da Família vem se mostrando como uma grande experiência, como um grande modelo que se enraíza realmente na base da população. Se enraíza no cotidiano das populações em todas as suas localidades, em todos os espaços geográficos do município. Acredito que, sobretudo para a zona rural e para as zonas de população assalariada como um todo. É um modelo definitivo. Nossa cobertura só não contempla os setores de classe média. O que não quer dizer que essa experiência não possa ocorrer mais tarde. Hoje, cobrimos algo como cinquenta e cinco por cento da população com esse programa. Em compensação, com o modelo mais tradicional, as Unidades de Atenção Básica, cobrimos praticamente toda Vitória da Conquista. (...) Então, já que o modelo se mostrou extremamente eficiente, demanda muitos esforços dos profissionais, e demanda uma logística muito grande, precisa ser melhor apoiado financeiramente por parte dos governos Federal e Estadual. Acho que essa experiência brasileira do PSF é definitiva. Só temos que lutar com os prefeitos do Brasil inteiro para que tenhamos mais recursos e, assim, dar continuidade a todo esse avanço que construímos aqui ao longo desses anos. (E3)”

Contudo no período inicial de governo estas decisões não tiveram unanimidade dentro da administração municipal, com alguns posicionamentos contrários considerando preocupações relacionadas ao custo do PSF e a capacidade de viabilizar a gestão municipal do sistema de saúde.

Também eram levantadas questões acerca das dificuldades de vencer obstáculos relativos às dificuldades de ordem legal para a contratação dos profissionais do PSF dentro dos limites vigentes dos Planos de Cargos, Carreira e Salários nos marcos do regime jurídico único.

A posição decidida do Prefeito Guilherme Menezes e do então Secretário Municipal de Saúde Dr. Ademir Abreu Magalhães, associada aos apoios externos,

expressaram certa visão do papel do Estado e da conformação de suas políticas, desenharam os tipos de apostas que viriam a ser feitas, fortaleceram a gestão municipal nos confrontos e disputas a serem travados e viabilizaram a hegemonia do projeto político neste momento inicial.

“Lembro-me uma vez, acho que ainda foi em 98, houve um processo político lá, institucional, que algumas pessoas queriam acabar com o PSF. (...) Lembro-me que Ademir era o secretário, e acho que nós conseguimos convencer o grupo a não deixar de investir no PSF.” (E30)

Neste processo o apoio prestado pelo médico David Capistrano Filho, ex-secretário de Saúde do município de Santos e ex-prefeito de Santos, nome expressivo do Partido dos Trabalhadores na área de saúde, tendo sido um dos expoentes do movimento pela Reforma Sanitária, foi de grande importância, não apenas como consultor na construção da política de saúde, como também por sua articulação com outros atores.

A expectativa de viabilizar uma experiência inovadora em saúde na terceira maior cidade da Bahia e naquele período inicial, maior cidade administrada pelo Partido dos Trabalhadores na Região Nordeste era grande e se expressa no interesse político demonstrado pelo Governo Municipal. Era a oportunidade de implementar uma ação diferenciada em uma conjuntura em que nas eleições municipais de 1996 tinham sido eleitos prefeitos em sua ampla maioria ligados ao então Partido da Frente Liberal (PFL) que comandava a administração estadual. Vitória da Conquista era um dos poucos municípios baianos com um governo local de oposição ao Governo Estadual.

A implantação do PSF em Vitória da Conquista representou um motor importante para impulsionar o acesso da população ao sistema de saúde e levar a política municipal de saúde para cada uma das comunidades, tanto na zona urbana quanto nas localidades da zona rural.

“O PSF pra mim é tudo. O dia que eu deixar de acreditar no PSF e no SUS eu vou ter que trabalhar em outra coisa. Porque realmente eu não consigo pensar nem enxergar outra forma de melhoria de qualidade de vida para esse povo brasileiro que a gente tem sem ser através de uma estratégia dessa, do PSF. Acho, sim, que têm muitos problemas. Ele ainda é um sonho da forma como ele foi pensado e escrito, mas a gente está caminhando em direção a isso. Então, a minha avaliação do PSF é indescritível. Eu não tenho como dizer o tanto que eu acredito. O tanto que eu acho que funciona. E a gente ter alguns números, como eu disse no início, que na área que eu trabalhava, por exemplo, tinha muita criança com diarreia, com infecção respiratória. Tinha óbitos por desnutrição infantil. A gente já não tem mais isso. É um ganho.” (E13)

“Eu acredito que a Saúde, pelos avanços alcançados, pela ampliação dos serviços prestados, pela abrangência que esses serviços atingiram no contexto da população, foi o carro-chefe das políticas públicas oferecidas pelo município. Sem dúvida nenhuma, passou a representar a principal política pública municipal, seguida pela Educação e pelo Transporte Coletivo. A Saúde, sem dúvida nenhuma, do ponto de vista político, possibilitou uma maior relação da administração com a sociedade, com a população, com um maior contingente da população, tendo em vista essa relação intrínseca existente entre os serviços de Saúde e as carências, as demandas da população.” (E17)

9.3 Mudanças implantadas no modelo de gestão da saúde

A implantação do sistema municipal de saúde em Vitória da Conquista foi marcada por um processo intenso de inovação, de incorporação de novos instrumentos de gestão e por uma ousadia do projeto para o setor saúde que implicava em riscos para o novo governo e em uma aposta de transformação. Isto, certamente, mesmo com a forte decisão política do governo não deixou de gerar dúvidas e apreensão na equipe dirigente e aliados políticos partidários e na comunidade organizada no município.

“Pareceu que estávamos dando um passo maior do que as pernas naquele momento. Uma espécie de ousadia que acabou dando certo. (...) Poderia ter riscos claros de colapso no sistema.” (E6).

O novo sistema foi construído baseado em uma prioridade da oferta estatal de serviços, em uma cidade onde o Estado não tinha estrutura para fazer isso, associada a parcerias com o setor privado, sob regulação estatal. Era, portanto, uma proposta ousada de mudança das principais características da gestão na passagem do Estado para o Município. Enquanto o Estado tinha mantido a mesma rede de serviços privados credenciados oriunda do antigo INAMPS, sem nenhuma mudança, nem incorporação de processos de regulação, controle e avaliação, o município se propunha a reverter este quadro criando uma forte capacidade de gestão do sistema local de saúde que permitiu priorizar a oferta pública, realocar recursos para atender a este objetivo e regular efetivamente a rede privada contratada de forma complementar.

“O sistema privado e conservador poderia, de alguma forma, bloquear o aparecimento do SUS, criar um colapso e desgaste político. (...) Se conseguiu superar esses limites de forma rica e inovadora. (...) Passagem rápida, brusca e inovadora, quase que revolucionária, sem criar um colapso do sistema.” (E6)

“Eu sempre falava que Conquista estava 20 anos atrás de Itabuna. Essa era a sensação que eu tinha. Era uma sensação, mas também muitos falavam para mim. Antigamente, o médico de Conquista em primeiro lugar era cafeicultor, em

segundo lugar, cafeicultor; em terceiro lugar, empresário do café; em quinto, cafeicultor; em sexto, empresário do café; e medicina ele fazia um bico. Não dava a mínima para a medicina. Não saía para se reciclar. Não fazia nada, absolutamente nada. A iniciativa privada não saía do lugar. Era uma iniciativa privada capenga, doente e dependente de um sistema de trocar papel por dinheiro. A gente sabe que existe isso.” (E24)

No sistema anterior, para a pessoa ter acesso aos serviços de saúde passava por diversas mediações políticas, comerciais, dependências pessoais, e política de favores, clientelismo. Para romper com estas barreiras o sistema municipal de saúde investiu pesadamente na incorporação de mecanismos de regulação que trouxeram do prestador privado de serviços para a gestão pública o controle da programação dos procedimentos a serem executados e do agendamento da oferta dos mesmos, desprivatizando as decisões sobre o que fazer, para qual usuário e quando realizar determinado procedimento.

“De repente, a população vê um serviço que ela pode ter um acesso direto, ser usuário do serviço sem passar por nenhum desses mecanismos, dessas mediações de controle que a sociedade utilizava até então. (E6)”

“Os donos dos hospitais contra a Municipalização. Porque antigamente, quem faturava era o próprio hospital direto pra Brasília. Por exemplo, você fazia uma cirurgia de apendicite. Você pagava uma taxa, a metade da cirurgia, e a outra era pelo SUS. Tinha um exame, você pagava quinze reais, e a outra era pelo SUS. E existia o furto, o crime contra o Ministério da Saúde.” (E26)

O fortalecimento e valorização dos espaços de controle social em saúde se constituíram em um fator importante para a legitimação das políticas implantadas neste setor pela gestão municipal. A Conferência Municipal de Saúde realizada em 1999, além de grande participação popular, foi o palco da disputa entre opções em conflito e as principais propostas em debate se fizeram representar com delegados, inclusive representantes do setor privado em saúde.

“Aquela Conferência Municipal de Saúde de 1999, eu acho que foi um momento grande da implantação do Sistema Único de Saúde, porque foi um debate com participação real por parte das pessoas, das lideranças das periferias e lideranças da zona rural.” (E1)

“Bom, eu considero que o controle social é uma tecnologia inovadora. E como é muito difícil a gente trabalhar com lugares que incentivem o controle social, eu acho que essa foi a grande tecnologia utilizada pelo sistema, pela administração, pela escolha política aqui. (...) Eu acho que o que tem de mais inovador é o controle social.” (E13)

Da mesma forma o Conselho Municipal de Saúde foi palco da construção das políticas e do monitoramento e avaliação das ações implantadas. Foram também viabilizados conselhos locais de saúde nas unidades de saúde da família ampliando os espaços de participação da população na saúde.

“Eles colocaram em prática o controle social. Em razão disso, com as conferências municipais de Saúde, houve esse avanço. Porque a população foi exigir o que eles sentiram que estava faltando. Isso também em razão do trabalho que a prefeitura fez na área de Saúde, mostrando ao povo que eles estavam com a vontade popular, criando conselhos locais de Saúde em todos os bairros. (...) Em pleno funcionamento. Todos eles. Como eu disse anteriormente, me parece que tem duas unidades de Saúde que não têm o conselho local, mas ele está por ser implantado. Mas as outras funcionam todas, e nós do Conselho Municipal sempre visitamos. (...) O Conselho Municipal de Saúde, eu já participo dele há algum tempo, funciona bem, regularmente. (...) Há muito debate. Principalmente quando é época de prestação de contas. Eu não vejo nenhuma falha do conselho para que ele seja considerado sem eficácia. A mesma coisa acontece com os conselhos locais de Saúde.” (E25)

“Eu não o consideraria um Conselho cartorial. Ele é um Conselho democrático realmente. Os usuários, os trabalhadores, todos os segmentos que têm lá, não têm nenhuma direção do governo. Agora vai muito longe de ser um conselho que desenvolva suas funções como devem ser desenvolvidas. Acho que é ainda um conselho cooptado, no sentido que ainda vale-se e pesa-se muito do que a gestão coloca e leva. A pauta é construída basicamente pela gestão. Eu não acho que seja culpa da gestão. Acho que as forças políticas, as forças que existem dentro da Saúde, que são criadas ali, os usuários não conseguiram por diversas questões, inclusive de informação mesmo. Então muitos dos usuários ali, por gozarem de influência na gestão, por estarem aliados à gestão, também não se colocam. Não cria essa independência.” (E9)

Contudo, também surgiu entre alguns entrevistados posicionamentos questionando a efetividade da atuação dos conselhos locais de saúde, inclusive referindo desgaste com o passar do tempo e dificuldade de manter o envolvimento dos representantes, assim como a existência de limitações na atuação do Conselho Municipal de Saúde, que frente a marcante legitimidade dos dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde teriam uma atuação tímida.

“Os conselhos locais, os que eu participei, eu vi pouca efetividade. Está tendo um movimento atual de revitalização dos conselhos, da formação dos conselhos com outra visão, o controle social tem que ter... Isso que eu estou colocando sobre o Conselho Local tem um ciclo. No início tinha um funcionamento maravilhoso. Eu cheguei a alcançar isso quando implantei o conselho de Cercadinho. Depois, com uma expansão muito grande, os conselhos foram se desfazendo, muitos passaram a não ter funcionamento. Se você me perguntar por que eu vou te responder que eu não sei. Não sei identificar exatamente os problemas que levaram a isso. Talvez essa desmotivação por causa desse rodízio de pessoal das unidades. Eu acho que por tabela esse tenha sido o motivo.” (E29)

“Eu acho que o Conselho Municipal de Saúde teve, no início, uma participação fundamental no processo de implantação do SUS. Mas acho que a legitimidade técnica e política dos dirigentes, de certo modo, inibiam a participação dos conselheiros. Eu li todas as atas. Não me lembro de ter visto nada que significasse uma oposição em termos de substância técnica das propostas. Todas as vezes que eu vi relatos de conselheiros se opondo, era para fazer confusão porque estavam lá fazendo oposição política e partidária ao grupo que estava lá. Mesmo assim, era totalmente submissa.” (E30)

A gestão municipal adotou mecanismos importantes de ampliação dos espaços democráticos que permitem a participação popular. Podemos destacar o Orçamento Participativo entre estes mecanismos implantados.

“Na verdade, o Orçamento Participativo é um mecanismo de invenção democrática e um processo constante de reflexão sobre a cidade, de demandas. É um processo que constantemente precisa ser revisto. Não há um modelo acabado, não há um modelo engessado. Ele é paradigmático em termos de princípios. Mas em termos operacionais e metodológicos ele deixa uma possibilidade muito grande de invenções e criações. E nós temos experimentado ao longo desses anos algumas facetas. Procurando sempre inovar um pouco, reinventar, com a finalidade de ouvir e de fazer um balanço com a população. Foi uma grande novidade. Hoje, ele corre o risco de também ficar cristalizado, congelado. Por isso mesmo nós estamos nesse ano dando esse conteúdo de capacitação aos conselheiros, em parceria com a Saúde. Em uma linha de controle social. (E3)”

“O OP é uma experiência de absoluta importância, acho que tem um papel pedagógico grande, já tive oportunidade de ver alguns debates e decisões importantes, a ponto de um bairro abrir mão de ter uma escola para que outro bairro tivesse, embora aquele que estava abrindo mão não tivesse, mas que possuía uma escola mais próxima... Então acho que ele cria um sentimento de solidariedade entre as pessoas, e dá para a população a idéia clara de que o gestor municipal não pode tudo e muitas vezes ele tem que priorizar e tem que definir, dentro da escassez de recursos, o que é possível fazer. (...) O governo tem, naquele ano, a previsão para construir três unidades de saúde e muitas vezes para definir quais os bairros, qual o distrito, que será beneficiado com aquilo, o OP tem opinado e cumprido seu papel.” (E15)

“O OP é sensacional. Ele faz um chamamento da população e dá a ela a responsabilidade e o direito de escolha. Mostra como é difícil gerir uma cidade e com isso a comunidade começa a perceber as dificuldades e a ser mais parceira do município. Dá transparência às ações da prefeitura. Eu acho que é uma das melhores ferramentas implantadas no município.” (E18)

Para alguns dos entrevistados o Orçamento Participativo apresentou efetividade não apenas criando espaços de participação para a população nas decisões sobre os investimentos a serem realizados, como também tem apresentado respostas concretas às demandas aprovadas.

“Foi outra revolução do PT esse envolvimento da cidade, o Congresso do OP, de você procurar saber das populações, da população aqui de Conquista, como ela gostaria que fosse aplicado o recurso. E através dessa participação a gente está

vendo o crescimento e as unidades de Saúde chegando nos bairros e na zona rural em função da indicação dessas plenárias.” (E24)

“Eu vejo todo ano essas reuniões do Orçamento Participativo. Eu posso lhe dizer que dentro do bairro em que eu trabalho as demandas do Orçamento Participativo, como quadra poliesportiva, ambientes de lazer, foram cumpridas. Algumas respostas já foram dadas em nível do bairro em que eu trabalho. Não sei se tudo se deu resposta em relação a isso, mas existe boa vontade de realmente ouvir a comunidade e não fazer simplesmente o que a gestão municipal acha que deve ser feito, mas realmente ouvir essas populações e procurar fazer segundo a demanda dessas populações.” (E12)

Outros entrevistados destacaram a participação da Secretaria da Saúde nos processos de Orçamento Participativo, considerando que por um lado valorizou este instrumento de participação popular e por outro contribuiu para legitimar o projeto municipal para a Saúde.

“Todas as solicitações que foram feitas nas assembléias e nos encontros de OP a Secretaria de Saúde conseguiu responder. E conseguiu responder por que ela tinha capilaridade e capacidade, inclusive, de responder à demanda da população. Com isso as associações e os conselhos, não só o de Saúde, mas o de mulheres, de crianças, a vinculação inclusive com outros projetos sociais; fizeram com que fortalecesse também a posição da Secretaria de Saúde.” (E2)

“Sou membro do Conselho Municipal de Saúde e fui membro por muito tempo do conselho do OP. Todas as decisões do Conselho Municipal de Saúde foram aprovadas na Saúde. Mini-postos foram dezessete mini-postos na zona rural. Já foram construídos todos do OP. O OP agora está discutindo colocar unidade de Saúde da Família do lado da Urbis I pra cá. E vai ser aprovado este ano. E a Secretaria de Saúde já determinou que todas as demandas do OP vão ser atendidas. Porque o OP é o olho do povo. É o povo que está falando e orientando o governo.” (E26)

“Eu acho interessantíssimo. Avaliação não poderia ser melhor. Eu acho muito boa essa parte do OP. E o orçamento vai até onde as pessoas estão. Reúne comunidade por comunidade, apresenta prestação de contas do município das secretarias e tudo. Eu avalio de uma forma muito positiva. E a população reconhece. Alguns chegam e dizem: “Ah, isso aqui fui eu que botei”. Então, é muito interessante. E há os investimentos na Saúde também. Hoje a população trabalha com a questão da Saúde de uma forma mais ampla. Tanto que a gente consegue relacionar que se ele ganha uma quadra de esportes isso vai ser uma questão que vai refletir na Saúde das pessoas. Tirar os jovens da ociosidade, do contato com drogas. Então, a população reconhece que até esses ganhos que são de lazer e que se reverterem também para a Saúde da população.” (E13)

O Orçamento Participativo permite criar espaços para participação da população em decisões sobre a gestão e destinação dos fundos públicos e de certa forma termina contribuindo para a publicização destes.

Contudo, houve entre os entrevistados divergências em relação a esta avaliação sobre o desenvolvimento do Orçamento Participativo, surgindo também

posições que consideram a existência de limitações neste processo relacionadas a limitações de recursos municipais para investimentos e dificuldades e demora para a execução dos investimentos aprovados.

“Em relação ao Orçamento Participativo, a impressão que eu tenho é que ainda é um processo que merece muito trabalho do ponto de vista técnico. Técnico no sentido de oferecer instrumentos para que a decisão política possa ser feita com mais qualidade em relação aos mecanismos de priorização dos projetos. E tem algo no Orçamento Participativo que restringe muito: o município é muito pobre. Você tem uma demanda enorme que é totalmente dependente de orçamento federal. E aí, como você vai escolher? Fica muito difícil. Mas vi lá uma participação muito forte do grupo da Saúde no Orçamento Participativo. Dos técnicos. Isso me chamou muito a atenção. Mas acho que é uma coisa que ainda vai precisar melhorar muito.” (E30)

“Eu acho o seguinte: assim como os conselhos locais o OP depois de um tempo começa a ser repetitivo. A depender de como é a condução e a depender da quantidade de pessoas que participam e da continuidade dessas pessoas, você termina viciando o processo. Eu acho que tem que construir outra forma de OP. (...) Mas eu acho que também tem que oxigenar o nível de atendimento. Porque quando você faz o terceiro, o quarto OP as pessoas já sabem exatamente os pontos que interessam e passa despercebida uma discussão que eu acho que interessaria muito mais a cidade. E aí passa a conduzir e a fazer alguns pactos, alguns acordos para fortalecer determinados temas.” (E2)

Com vistas a superar estas limitações, mais recentemente o município tem buscado integrar recursos federais para investimentos no escopo do Orçamento Participativo e construiu o Congresso da Cidade, uma experiência inovadora, integrando agendas de várias áreas, realizando em paralelo diversas conferências e articulando as propostas setoriais com a construção do Plano Diretor Urbano e a discussão da Agenda 21.

“Eu tenho acompanhado o Orçamento Participativo também com preocupação. Porque participei agora inclusive de várias plenárias e em algumas plenárias há uma participação pequena da comunidade. Na minha opinião, está havendo um desgaste do modelo, principalmente tendo em vista a não realização das decisões tomadas. A prefeitura tem destinado um volume pequeno de investimentos para o Orçamento Participativo até pelas restrições da própria administração. Recentemente, a prefeitura decidiu integrar mais os programas para incluí-los dentro do Orçamento Participativo. (...) Os recursos federais têm apresentado um maior volume de investimentos. Então há a necessidade de integrar esses programas para incluí-los dentro do Orçamento Participativo. É uma medida correta, mas revela a redução dos recursos próprios da administração para destinação ao Orçamento Participativo. Como eu falava, a não-realização de muitas decisões tomadas anteriormente tem desgastado, desacreditado o modelo. (...) Acaba desestimulando a população a utilizar esse instrumento que nós consideramos um dos mais importantes para democratizar o processo de decisão.” (E17)

“O Congresso da Cidade foi um momento extremamente positivo para a vida democrática do nosso governo e para a interação. Foi de certa maneira, a somatória das diversas conferências que o Governo Federal convocou no âmbito dos municípios. Como nós tínhamos uma série de compromissos com a cidade, como a discussão do plano diretor, a discussão da Agenda 21, além das políticas setoriais, que as conferências já vinham fazendo, então nós reunimos mais de doze conferências setoriais e discutimos, sobretudo, dois grandes temas que foram a Agenda 21, que é pensar a cidade para 20, 30 anos, e o Plano Diretor, as diretrizes gerais do Plano Diretor, que é pensar a cidade na sua regulamentação, e os instrumentos legais que possam contribuir para uma cidade mais generosa, mais fraterna, mais controlada do ponto de vista da sociedade. (E3)”

Outro aspecto importante a ser destacado diz respeito à articulação regional.

O município conduziu o processo de gestão plena, desde seu início, considerando que Vitória da Conquista, com seu papel de pólo regional necessitava de um modelo de gestão de saúde que viabilizasse o acesso a atenção especializada para o conjunto da população da região sudoeste.

“Conquista se consolidou como um centro [regional] de saúde, com pactuação, começando já com 43 municípios, depois chegaríamos a mais de 60,70, beirando os 80 municípios pactuados, ou seja, um verdadeiro pólo de saúde.” (E1)

A implantação de mecanismos de regulação, controle e avaliação dos serviços na área de saúde alterou a dinâmica da relação entre o setor público e privado e contribuiu de forma decisiva para ampliar e garantir o acesso da população a serviços especializados, para a ampliação da oferta pública e até mesmo para a modernização dos serviços privados.

“Os hospitais privados só andavam empipinados mesmo, sem pagar a receita tributária, sem cumprir com a obrigação. Viviam na ilegalidade subornando e corrompendo os recursos do SUS. (...) Ou seja, iniciativas diversas foram tomadas e gradativamente houve uma aproximação desde o estabelecimento de um padrão de relacionamento entre o SUS, a prefeitura e os prestadores de serviço, com licitação, com exigência de uma estrutura legal administrativa, com certidões, com atualização das obrigações tributárias, de todos esses fornecedores não só para com o município, mas, também, para com todos os outros órgãos estaduais e federais. Até mesmo a revelação de que havia um nicho de atividades para serviços que não estavam sendo implantados em Vitória da Conquista, que não eram oferecidos em Vitória da Conquista. E superada essa fase inicial, o setor privado cresceu, se qualificou, se capacitou graças exatamente à expansão da rede pública. O exemplo hoje que nós temos aí: serviços da alta complexidade que não tínhamos antes.” (E3)

“A regulação começou a funcionar a partir do estabelecimento do fluxo. Quando você definiu que a porta de entrada era a unidade, a regulação começou a partir daí. Ela já começou ao você montar o modelo a partir daí. Quando ela vem para a Central de Marcação de Consultas, e que ela já vinha passando pela unidade, não é uma coisa, vamos dizer, espontânea, ela não nascia do nada, nascia da unidade, que tinha que passar pelo médico generalista da unidade. Então a

regulação já começou aí. O sistema de informação ele colaborou em organizar mais essa fila.” (E2)

Foram introduzidos mecanismos de acompanhamento, de autorização prévia das internações, de supervisão hospitalar e monitoramento de vagas. Novos saberes e instrumentos contribuíram para criar capacidade de gestão da Secretaria Municipal de Saúde sobre o conjunto dos serviços disponibilizados, tanto públicos, quanto privados contratados.

“Aqui em Conquista, no início, teve um dos maiores embates com a rede privada e conveniada para ajustar o sistema, repactuar e fazer os novos contratos, novas relações, com a nova filosofia de trabalho voltada para a assistência à comunidade. (...) Então, eu acho que a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria têm um papel fundamental. Eu acho que seria um caos hoje se nós não tivéssemos a regulação médica. Eu, que dou plantão no sistema público, na ponta, para mim é uma grande segurança saber que tem a regulação médica.” (E29)

“A regulação e a emergência do SAMU 192 são coisas muito importantes. A Central de Leitos, também. O nosso setor de auditoria e de controle e avaliação, que é junto. Nele eu acho que o processo autorizativo in loco das eletivas que são feitas, periciando o paciente é muito importante. (...) Eu também destaco a supervisão hospitalar. Uma coisa muito boa. Porque se você investe no controle e avaliação vai gerar muito menos auditorias futuras. Então, a gente investe muito no processo autorizativo.” (E8)

Criar capacidade de gestão, capacidade de governar, depende diretamente do projeto de governo e da governabilidade do ator em situação de governo. Implica em uma visão política estratégica, empregando as ferramentas e técnicas necessárias para viabilizar suas apostas e fazer com que seu projeto seja hegemônico.

Tomando como referências as normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e as definições da NOB 96 a gestão municipal estabeleceu fluxos de autorização para realização de procedimentos especializados e internações hospitalares, assim como mecanismos de referência entre os pacientes (municípios e residentes em municípios pactuados) a partir da Programação Pactuada Integrada vigente. Isto representou um grande esforço de gestão que em 2004 já envolvia diretamente mais de 100 funcionários em ações de regulação, controle, avaliação e auditoria.

Entre outras medidas, foram contratados médicos supervisores para monitorar os hospitais contratados avaliando as internações realizadas em regime de urgência/emergência, médicos autorizadores para avaliarem e autorizarem ou não as solicitações de internações eletivas realizando exame dos pacientes e analisando os exames apresentados, foram criados “postos avançados” nas principais emergências hospitalares para coibir as cobranças de taxas aos usuários do SUS e fiscalizar as altas hospitalares identificando os leitos disponíveis para serem utilizados, criada uma Central de Leitos articulada com a Central do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (“Resgate Médico”, depois adequado para SAMU 192 após a criação desta política pelo Ministério de Saúde) e montada uma Central Informatizada de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados, a qual concentra todas as vagas da rede pública e as contratadas junto aos serviços privados agendando estes procedimentos a partir das solicitações das unidades de saúde da família e oriundas de secretarias de saúde dos municípios pactuados.

“Através da supervisão dos hospitais, a incorporação do que nós chamamos de agente orientador, que era uma pessoa da Prefeitura na porta dos principais hospitais orientando a comunidade, de estar fazendo um processo de até mesmo verificar a alta do leito, se existe a vaga, se não existe a vaga. Um médico supervisor dentro olhando o prontuário, fazendo todo o processo de liberação de vagas, fazendo a avaliação de como estavam sendo os períodos de internamento. Enfim, foi fundamental.” (E7)

“Em termos de tecnologia de gestão, tem algumas ferramentas tecnológicas que foram fundamentais. Destacamos a própria Central de Marcação de Consultas, que veio contribuir de forma bastante inovadora à gestão, o próprio sistema operacional da Central. Hoje, estamos passando por uma proposta de estar otimizando, melhorando, aperfeiçoando essa ferramenta.” (E4)

Com o trabalho desenvolvido pelo Centro de Processamento de Dados (CPD) da Prefeitura Municipal foi possível construir softwares que foram indispensáveis enquanto ferramentas de regulação, controle e avaliação. A Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados desenvolvida em Conquista se tornou modelo para as que vieram a ser implantadas em outros municípios em gestão plena no Estado da Bahia e até mesmo em outros estados posteriormente.

Estas ferramentas contribuíram decisivamente para fortalecer a capacidade de governo, criando condições mais favoráveis para a governabilidade sobre o projeto em implantação. Não se trata simplesmente de um aumento do domínio técnico sobre os processos de gestão. São instrumentos que foram imprescindíveis para o redirecionamento dos processos e para o alcance dos objetivos estabelecidos pelo projeto de saúde do governo municipal.

“Agora, eu acho que do ponto de vista da contribuição tecnológica nós fizemos algumas coisas importantes, como a Central, o sistema de regulação, como a Central de Saúde, o do almoxarifado. (...) Eu acho que nós avançamos em outros pequenos softwares que terminam resolvendo rapidamente algumas questões na área de Saúde, e o nosso grande embate, que a gente não conseguiu avançar mais, foi a própria dificuldade que o Ministério tinha de definir uma política de informática, de sistema. Você tem diversos sistemas fazendo um bocado de coisa e, como todo mundo já sabe, fazendo cada um do seu lado. E até hoje não se conseguiu atacar essa coisa como uma unidade. Aí ela permanece sendo fracionária.” (E2)

“Foi colocada aqui em Conquista uma central de regulação de leitos. Qualquer paciente dos setenta e seis municípios que venha, primeiro passa por essa central. Por exemplo, tem um cidadão em Planalto com uma pancreatite. Manda o fax para a central de leitos, a central de leitos procura uma vaga entre os três hospitais conveniados para trazer esse paciente. Quando o paciente vem, já tem o seu leito garantido, sua vaga garantida em determinado hospital.” (E26)

Este processo de informatização desenvolvido em parceria entre a Secretaria da Saúde e o CPD municipal gerou ferramentas importantes, além do sistema informatizado da Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados, o qual ganhou prêmio nacional de software para gestão pública, desenvolveu tecnologia nesta área e preparou profissionais que vieram a contribuir também em outros processos. Vitória da Conquista foi um dos primeiros municípios a empregar geoprocessamento informatizado a partir de fotos aéreas para realizar a delimitação das áreas de atuação de cada agente comunitário de saúde e de cada equipe de saúde da família.

“Eu conheci a Central de Regulação de lá, o funcionamento. Na época que eu fui visitar o município quando ele já estava recém pleno. Conheci. Foi modelo também. O modelo da Central de Regulação de lá subsidiou muitos, a implantação de muitos municípios da Bahia, a regulação de lá. O modelo implantado lá.” (E27)

“Eu acho que foi uma das coisas mais ricas que o Município já teve. Ela não somente enriqueceu os profissionais que trabalham aqui comigo, como também os

profissionais passaram a ter um mundo muito maior do que aquele de quando eles entraram. Então, foi muito positivo. A maioria dos profissionais que trabalhavam aqui no CPD foi para grandes empresas privadas, estão trabalhando para grandes empresas privadas. Inclusive, desenvolvendo nesta área de Informática em Saúde, fruto desse aprendizado. Eu achei que foi um dos processos mais ricos que a Prefeitura de Conquista viveu, desde a Municipalização até o momento atual. Ainda continua sendo um momento de muita riqueza de muita produção de inteligência, de tecnologia, de relações, também.” (E2)

Um dos entrevistados destacou o cálculo técnico-político realizado pela equipe dirigente da Secretaria Municipal de Saúde, enquanto ação de natureza estratégica como uma tecnologia de gestão que contribuiu para o fortalecimento do projeto de governo municipal para a área da saúde.

“Para mim, é uma tecnologia você ser um estrategista. Calcular tudo o que você faz com direcionalidade, mesmo que seja preencher planilhas. Acho que essa é a grande inovação tecnológica no campo do planejamento da gestão. E construir isso na base de legitimidade política e técnica. Acho que essa é a grande inovação.” (E30)

Também o próprio Programa de Saúde da Família, a incorporação do acolhimento nas unidades de saúde da família, o investimento na atenção qualificada ao parto e ao nascimento no Hospital Esaú Matos e a Ouvidoria Municipal são destacadas pelos entrevistados como novas tecnologias incorporadas pela gestão local com resultados positivos.

“Eu acho que o PSF de certa forma já é uma tecnologia inovadora. A Central de Marcação de Consultas, embora a gente ainda tenha muito problema com relação a isso, também é uma tecnologia inovadora. Tecnologia não é só máquina, é uma maneira de agir, de fazer. Dentro do PSF, por exemplo, eu acho que o acolhimento é uma tecnologia inovadora. Porque todo mundo que chega é escutado. Ele pode não ser atendido naquele dia, mas ele vai ser ouvido pelo menos por um membro da equipe e ter uma resposta. Isso para mim é tecnologia inovadora também.” (E12)

“Nós sabemos que o Hospital Esaú Matos tem uma excelente UTI Neonatal, e eu conheci. O Esaú é premiado, tem lá o banco de aleitamento materno, que é outra revolução. E sobre a UTI também: eu vi, eu olhei, eu observei. Tenho conversado com pessoas e sei que há, também, além da tecnologia, um tratamento diferente, para melhor, das famílias, das pessoas, lá no hospital. Tem inclusive Hospital-Escola, porque tem a Residência Médica também lá.” (E24)

“Sobre a ouvidoria, eu acho muito interessante. Porque é uma das formas que a gente tem de controle daquilo que a gente está fazendo. Às vezes a gente pensa que é perfeito. E a pessoa vai lá e reclama de um ponto que passa despercebido. Acho que essa é uma forma de serviço que pode ser ampliada. Lá no hospital, inclusive, a gente construiu uma ouvidoria hospitalar. Tanto para o funcionário quanto para o usuário. Há coisas que a gente acha que está bom e não está bom coisíssima nenhuma. Pra pessoa que está usando não está legal. Acho importantíssimo.” (E11)

Cabe destacar ainda a implantação em 2001 do serviço de atendimento pré-hospitalar (denominado na ocasião de “Resgate Médico”), inspirado na experiência na ocasião já em funcionamento em Porto Alegre (RS). Vitória da Conquista foi o primeiro município da Bahia a ter este serviço pelo SUS e quando o Ministério da Saúde implantou o SAMU 192 era um dos 13 municípios em todo o país que já possuíam este tipo de modalidade assistencial implantada. Posteriormente o serviço foi adequado e incorporado a Rede SAMU 192. Com o pré-hospitalar foi implantada uma central de urgência/emergência 24 horas qualificando o atendimento de emergência na rede SUS no município e articulando com uma central de leitos para potencializar as vagas hospitalares existentes e melhor utilizá-las.

“Com a vinda do SAMU 192... Na época eu fui experiência vivida, porque eu tive um acidente na rua e quem me deu assistência foi esse serviço. Então, meu Deus, se não fosse isso o que seria da gente? Então, a gente percebe. É público e notório. Agora a gente quer mais.” (E21)

9.4 Obstáculos iniciais à municipalização da saúde em Vitória da Conquista

O processo desenvolvido pelo Governo Municipal de Vitória da Conquista para viabilizar a municipalização da saúde, em um primeiro momento assumindo a Gestão Plena da Atenção Básica e em seguida a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, ocorreu enfrentando grandes resistências do Governo Estadual, e de forças conservadoras dentro do município, em especial dos empresários privados da área de saúde. Estes últimos fizeram diversas articulações políticas junto ao Governo Estadual e até mesmo com o Ministério da Saúde tentando impedir que a municipalização do SUS viesse a se concretizar em Vitória da Conquista.

Apesar de ter viabilizado todos os requisitos estabelecidos pela NOB-96 para assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde agosto de 1998 o município só veio a alcançar este estágio da municipalização da saúde em outubro de 1999. Muitos entraves foram interpostos pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) que vieram a adiar em 14 meses este processo.

Ainda assim o município teve que assumir a gestão plena com um volume de recursos financeiros federais alocados inferiores ao que antes era aplicado no pagamento dos serviços contratados pelo SUS na atenção especializada ambulatorial e hospitalar no município.

A resistência da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia gerou inclusive a construção do que viria a ser a primeira experiência de Programação Pactuada Integrada (PPI), com o teto financeiro de média e alta complexidade de Vitória da Conquista sendo construído com definição dos valores para atendimento da

população própria e aqueles para a população referenciada. Foi o primeiro município a assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde na Bahia com este processo de programação efetivado. Os municípios anteriormente habilitados herdaram o volume total de recursos que vinha sendo aplicado nos serviços em seu território sem qualquer amarra de programação nem redução do volume repassado.

É importante registrar que muitos destes entraves foram superados contando com apoios de técnicos do Ministério da Saúde e da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e dos Conselhos Estadual e Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

“O processo ia bem encaminhado, e os vereadores procuravam senadores, procuravam as lideranças políticas deles no Estado, e a gente sabe que o processo ficava obstruído na Comissão Intergestores Bipartite. Para entrar em pauta era a maior dificuldade, a gente sabia da má vontade que existia por processo político.” (E1)

Dentre os opositores ao projeto da gestão municipal para a saúde a iniciativa privada do setor saúde merece destaque. Anteriormente à municipalização plena da saúde em Vitória da Conquista atenção especializada e hospitalar não tinha uma adequada gestão pública. Não existiam ações efetivas de controle, avaliação e auditoria, permitindo que a rede privada contratada realizasse em muitas situações cobrança direta aos pacientes atendidos pelo SUS. Também eram cobrados ao SUS procedimentos e internações não realizadas, alterados diagnósticos e procedimentos das internações visando aumentar os valores pagos. Além disso, não havia critérios técnicos para contratação de serviços privados e a programação de oferta de serviços apresentava grandes distorções.

Os prestadores privados contratados pelo SUS, originários da rede contratada pelo INAMPS, estabeleciam na prática as regras do jogo, não se submetendo às normas do Sistema Único de Saúde (SUS). Como o Estado, que estava com a gestão da atenção especializada e hospitalar do SUS no município não assegurava

suas prerrogativas de gestão a rede privada contratada gerava uma série de distorções.

“Existia um acordo não escrito entre as empresas privadas, vereadores e candidatos a Câmara de Vereadores (...) internamento grátis entre aspas para ajudar aquele candidato, o que eles queriam em troca? (...) ninguém ia falar em processo de municipalização, o dinheiro continuava indo para as empresas privadas de saúde, e bastava preencher aqueles formulários, mandar para Brasília, não tinha fiscalização, não tinha nada.” (E1)

Cabe registrar a articulação forte entre o setor privado na área de saúde e os grupos políticos conservadores locais. Tradicionalmente estes se interdependiam, um assegurando os privilégios dos outros e até mesmo garantindo a eleição de representantes dos interesses privados no legislativo municipal.

“As forças opositoras aqui dentro de Conquista tiveram uma linha política. Não interessava realmente a Municipalização porque tinha um mercado muito fechado e muito útil. Tanto para a parte política quanto na parte financeira. Esses dias a gente estava comentando, eu e uma colega minha, do que era o processo eleitoral em Conquista antes. A ligadura vinha para a gente com bilhetinhos. As consultas vinham para a gente com os bilhetinhos. Eu tenho caixa de sapatos com bilhetinho escrito “vale uma consulta”. Porque era a única forma que o pessoal tinha de conseguir uma consulta com o doutor fulano, com o tal serviço, não sei o quê. E isso era útil para quem na época estava detendo o poder. Era extremamente útil.” (E11)

A partir de outubro de 1999, quando assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, a gestão local introduziu uma série de iniciativas inovadoras visando fortalecer a gestão pública do SUS.

No primeiro momento estabeleceu contratos emergenciais com duração de seis meses com todos os prestadores da rede SUS no município e preparou processo licitatório para contratação regular destes, a partir de abril de 2000, o qual foi realizado entre janeiro e fevereiro daquele ano. Logo no primeiro mês de gestão plena o município viabilizou uma Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados passando a autorizar previamente e agendar todos os procedimentos eletivos.

Cabe destacar que o processo de licitação para contratação de serviços de saúde junto a prestadores privados para a rede SUS realizado em Vitória da Conquista foi o primeiro da Bahia.

Inovadora também foi a implantação da Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados, essencial para viabilizar o controle efetivo sobre a realização dos procedimentos contratados, com a capacidade de assegurar que foi realizado, para assegurar o acesso aos pacientes aos procedimentos especializados tendo como porta de entrada, de um lado, a atenção básica e de outro, os serviços de urgência/emergência, e retirar do prestador privado a capacidade de decidir qual o usuário será atendido.

Os novos marcos regulatórios introduzidos pela gestão municipal determinaram a solução de vários problemas com correção de diversas distorções anteriormente existentes no tocante a alocação dos recursos financeiros do SUS e a oferta efetivada de serviços de saúde, assim como acabando a cobrança ilegal de taxas aos pacientes a serem atendidos pelo SUS.

Tais medidas não foram implementadas sem gerar enfrentamento. Muito pelo contrário. A resistência dos prestadores privados e seus aliados foi intensa. A readequação da rede contratada viabilizada através da licitação para contratação de serviços de saúde pelo SUS e a ações de Controle, Avaliação e Auditoria implantada coibiram as fraudes e cobranças indevidas.

“Inicialmente eu acho que foi meio traumático porque as pessoas ainda não sabiam o que era a Municipalização. Principalmente a Municipalização Plena. Então, houve, não uma rejeição, mas um medo geral por parte dos prestadores de serviço. Principalmente os hospitais. Os maiores hospitais. Então, criou-se aquele impasse, houve uma greve, uma paralisação, (...). O pessoal já estava acostumado com aquele tipo, o tipo de gerenciamento que já vinha há muito tempo. Então, o novo sempre amedronta um pouco. A gente não sabia o que estava por vir. Então, a Saúde com o SUS pagando muito baixo. A gente com os hospitais devendo, devendo impostos e tudo. E a gente não sabia o que a gente iria vislumbrar.” (E21)

“Eu diria assim, por a gente não conhecer como era a Municipalização qualquer coisa que nos dissessem nos deixava em dúvida e atrasava as nossas decisões. Tipo assim: Com a Municipalização a idéia é tomar os hospitais privados. Será que a prefeitura vai tomar o nosso hospital? Você não conhecia! Vai cortar a AIH, vai ser pacote. Não vão liberar as cirurgias eletivas!” (E22)

“Os conflitos que houve inicial é que a realidade que havia no começo, como eu havia dito, era uma prestação de serviços na cidade basicamente pela iniciativa privada. Nós não tínhamos serviços públicos, antes da Municipalização, na área da Saúde. A atuação era muito pequena. Isso gerou o conflito da readaptação. E nesse momento a gestão municipal ela foi bastante competente porque ela procurou, no município, os principais atores do serviço privado e filantrópico de saúde, as pessoas que pudessem colaborar, e tirando aos poucos os obstáculos que pudessem impedir o avanço na Municipalização.” (E23)

Em fevereiro de 2000, durante o curso do processo licitatório, seis hospitais privados contratados pelo SUS fizeram um “lockout”, paralisando inclusive os atendimentos de urgência/emergência. É importante registrar que estas unidades hospitalares privadas eram sócias entre si de um plano privado de saúde. Entre outros problemas, se observava que profissionais e serviços oferecidos aos segurados deste plano eram também contratados do SUS, e em muitas situações foi identificada dupla cobrança, do mesmo paciente e procedimento pelo SUS e por um plano privado de saúde.

Para garantir o atendimento, em especial às situações de urgência/emergência, durante a paralisação dos hospitais privados a gestão municipal ampliou a oferta nas unidades públicas e no Hospital São Vicente (filantrópico, cuja mantenedora é a Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista).

A Prefeitura entrou com uma ação judicial contra os prestadores privados que tinham paralisado suas atividades e fez o enfrentamento através dos meios de comunicação.

Depois de 12 dias de “lockout” os hospitais voltaram a atender pelo SUS, após assinatura de um acordo judicial. Neste acordo os prestadores expressaram a concordância com as medidas de regulação, controle e avaliação implantadas pela

gestão municipal, em especial aquelas relativas aos procedimentos de licitação, com os termos estabelecidos no contrato de prestação de serviços e com os mecanismos de autorização prévia de internações eletivas e de funcionamento da Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados do SUS.

Com a progressiva consolidação dos mecanismos de gestão implantados a relação com os prestadores privados foi sendo estabelecida em novas bases e levando a um distensionamento e até mesmo, especialmente, com alguns deles a construção de mecanismos de cooperação, potencializando o emprego da capacidade instalada contratada pelo SUS e a introdução de mecanismos inovadores como a contratualização feita com a Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista em 2000. Este foi o primeiro processo implantado pelo SUS na Bahia a introduzir contrato de metas e orçamentação, neste caso do pronto-socorro do Hospital São Vicente cuja Santa Casa é a mantenedora.

“Inicialmente veio com a Municipalização Plena. Para nós todos que trabalhávamos na área da saúde foi um choque. Inicialmente ficamos surpresos com a mudança de mentalidade, novas regras. Com a mudança de comportamento, em todos os aspectos. Nós que praticamos saúde curativa, os prestadores de serviço dos hospitais, inicialmente tivemos muita dificuldade de nos adaptar. Por outro lado, como quando nós conhecemos um pouco as regras que viriam a ser implantadas, principalmente aqui em Conquista, com bastante sucesso; nós verificamos que o modelo de gestão naquele momento, com as pessoas que estavam no meio do sistema – eram pessoas bastante confiáveis – o que facilitou muito a implantação, principalmente a relação no hospital onde eu trabalho e no serviço municipal de Saúde. (...) Inclusive Conquista foi um pólo inovador. Algumas modificações feitas aqui em Conquista serviram de exemplo para o resto do país. Então, foi um aprendizado para todos nós. Não só para nós prestadores, mas também para o serviço público de Saúde.” (E23)

“Creio que a implantação do sistema [municipal de saúde] de fato, e até as negociações políticas para implantação do sistema ocorreu com um equilíbrio entre os dois elementos [público e privado]. Implantando de fato o sistema estatal, que não existia. Porém, na prática acabou sendo uma relação com o sistema privado. Não foi uma exclusão. E mais que isso, acabou tendo um efeito de sinergia bastante positivo tanto para um quanto para outro.” (E6)

Na disputa de hegemonia dentro do processo de municipalização das ações e serviços de saúde em Vitória da Conquista a reorganização das práticas de atenção à saúde, através do PSF, do fortalecimento das ações de vigilância à saúde e da

gestão do sistema municipal de saúde implementando um conjunto de práticas regulatórias que contribuíram para ampliar o acesso a atenção especializada foram sendo contrapostas ao “modelo médico assistencial privatista”.

Este modelo privatista teve como principais defensores de sua preservação nos marcos anteriormente vigentes os dirigentes das empresas médicas que prestavam aos SUS serviços de média complexidade, principalmente através de atendimentos de urgência e internações hospitalares.

“Os principais opositores foram aqueles que não concordavam com o modelo que estava sendo aplicado, e que anteriormente se beneficiavam hora pela corrupção, hora pela utilização indevida do recurso público, hora pelo nível de facilidade que eles encontravam já que não havia nenhum processo investigatório dos procedimentos que eram executados. Na medida que esses procedimentos começaram a ser averiguados, a ser auditados, então essas pessoas, donos de clínicas, começaram a chiadeira. (...) Com o passar do tempo eles mesmos reconheceram que a ação foi valiosa. E alguns deles conseguiram retornar fazendo autocrítica e trabalhando certo, dentro do modelo definido pela Secretaria de Saúde.” (E2)

Assim, este processo veio a ser extremamente qualificador da rede tanto pública quanto privada, a qual se viu forçada a se modernizar, incorporar novas tecnologias, readequar seu padrão de oferta e qualificar seus profissionais.

“Fez com que modernizasse o sistema. A própria concorrência se modernizou. Modernizou até no sentido mercantil do termo mesmo. No sentido de não utilizar mais elementos extra-econômicos, como o controle político, o clientelismo. Teve que modernizar no sentido de absorção de tecnologia, novos equipamentos, qualidade.” (E6)

“Os hospitais foram obrigados a modernizar, porque a Saúde de Conquista também se modernizou. Pode observar que as logomarcas foram modificadas. Logomarcas, por exemplo, como a do Samur. A Santa Casa mudou o seu comportamento em relação a cidade. Quer dizer, você modificou também o comportamento de tratamento da população como um todo.” (E2)

Ao contrário de inviabilizar o setor privado a expansão da oferta pública foi dinamizadora também do mercado privado, criando credibilidade para o conjunto dos serviços de saúde oferecido no município e ampliando a utilização dos mesmos por pacientes de toda a região sudoeste da Bahia. Registra-se que um grande contingente de novos profissionais de saúde veio a ser contratados pela rede pública

municipal e muitos deles passaram também a ter um vínculo em instituições privadas.

Na verdade o conflito central que gerou a forte contraposição inicial determinou a superação do modelo anterior, onde o sistema de saúde era controlado por poucos e utilizado como “moeda” de controle político e social bastante forte. Este rompimento libertou inclusive o setor empresarial da saúde da submissão aos “esquemas” historicamente dominados pelas forças políticas conservadoras que controlavam a gestão pública.

“Por mais que houvesse uma disputa ideológica, na prática o sistema estatal implantado foi dinamizador do sistema privado. E isso, para uma cidade como aquela é extremamente importante para a economia. E o rebatimento que isso tem no sentido de fortalecer e consolidar um pólo de Saúde foi vital. Se não tivesse tido esse processo, com certeza não estaríamos não só com uma defasagem extremamente grande do ponto de vista do atendimento à população, como o sistema seria aquele sistema conservador, arcaico.” (E6)

“No privado que o que se falava antigamente era que a prefeitura ia quebrar o serviço de Saúde da cidade. E foi o contrário. Hoje eu vejo, eu tenho a clínica privada, e a gente vê o seguinte: hoje a população da Saúde de Conquista é um milhão de habitantes. E essa população é real, tanto para o serviço do SUS, mas muito mais para os privados. Porque se o público, e o SUS, o movimento desenvolveu e é referência para o país, a rede privada entra nesse carro. Hoje, na clínica privada, a gente recebe pacientes dessas cidades pequenas todas. (...) Os consultórios dentários de Conquista, Salvador não tem igual mais. Então, é essa referência que dá o respaldo e fortalece a cidade, no financeiro, nos termos de conceito lá fora. Se você fala em qualquer lugar “Sou de Vitória da Conquista”, você é respeitado.” (E10)

Entrevistados apontaram como opositores do projeto municipal de saúde, além dos empresários do setor saúde, os políticos dos partidos de oposição ao Governo Municipal, inclusive a maioria dos vereadores daquele período. Os enfrentamentos com os vereadores de oposição eram uma constante e estes chegaram a tentar aprovar o *impeachment* do prefeito.

“Na verdade nós tínhamos uma relação em que a bancada de oposição tinha ampla maioria, houve uma resistência muito grande. (...) Havia uma grande resistência nesse sentido. Então, na verdade quem tinha o controle do Legislativo naquele momento resistiu a esse processo de mudança e só foi sendo demovido dessa posição na medida em que se percebeu o apoio da sociedade, e, paulatinamente, foi se avançando. Mas foi um processo difícil no ponto de vista da Câmara” (E15)

A Câmara de Vereadores apresentava na primeira administração de Guilherme Menezes um cenário extremamente desfavorável para a gestão municipal, com 14 vereadores de oposição e apenas 5 apoiadores. Na segunda gestão conseguiria diminuir esta diferença, ficando com 9 vereadores na situação e 10 opositores. A terceira gestão do “Governo Participativo” teve uma Câmara de Vereadores dividida exatamente ao meio, com a redução para 14 vereadores, ficando 7 a 7. Na gestão iniciada em janeiro de 2009, novamente contando com Guilherme Menezes como prefeito, o governo municipal passou a contar com absoluta maioria na Câmara de Vereadores.

“Foi um processo importante no qual tivemos momentos de tensão na medida em que a partir de 1997 se fez uma inversão do ponto de vista dos investimentos dos recursos destinados à Saúde do nosso município. Com o processo de Municipalização os recursos que até então, em sua maior parte, eram drenados para a rede particular passaram a ser direcionados para a rede pública, lógico que sem abrir mão das parcerias com a rede privada. Isso, em determinado momento, gerou uma grande tensão e resistência por parte desses setores, tensão que repercutiu claramente na Câmara de Vereadores. Mas acho que com o processo de mobilização popular, e com o apoio da sociedade foi possível avançar nesse sentido.” (E15)

No entanto, um dos vereadores que fazia oposição ao Governo Municipal entrevistado neste estudo, referiu apoiar a implantação do Programa de Saúde da Família e as ações do município na gestão da saúde. Teceu elogios ao acesso aos postos de saúde, ao PSF, ao trabalho dos agentes comunitários de saúde e ao Programa Conquista Criança. Destacou ainda as estratégias empregadas para “atrair a sociedade organizada e a comunidade em geral”. Teceu críticas ao Orçamento Participativo, ao acesso a exames de maior complexidade, que teriam que ser feitos em Salvador ou Belo Horizonte e aos repasses financeiros feitos pelo município aos hospitais contratados que não seriam suficientes para viabilizar a assistência prestada por estes.

“O acesso é muito bom aos postos de Saúde. (...) Em síntese, a Saúde mudou por completo aqui em Vitória da Conquista. (...) O atendimento do PSF, Programa de Saúde é bom, onde as agentes de Saúde vão às casas do pessoal da zona rural,

atendem divinamente bem, pesam os meninos. A alimentação está balanceada, muito boa, por orientação desses agentes de Saúde. É nota mil o PSF em Vitória da Conquista.” (E16)

“Olha, eu sou testemunha de que o usuário, o povo, me procura muito aqui na Câmara reclamando muito da questão de exames. Esses exames difíceis, em que é preciso mandar para Salvador, para Belo Horizonte, ou seja, para fora. (...) O Hospital Amic, que hoje é o Hospital Hospec, hoje está sofrendo muito sobre o repasse. A prefeitura não está correspondendo, ou seja, não está repassando o valor integral para o Hospec. Resultado: este hospital está indo à falência devido ao repasse que não está sendo repassado.” (E16)

A Câmara de Vereadores nos primeiros anos do Governo Participativo teve uma reação forte de resistência à municipalização da saúde, chegando inclusive a aprovar corte de recursos no orçamento municipal para saúde. Tais cortes ao final do ano 2000 levaram a atrasar o pagamento dos trabalhadores de saúde do PSF, até que mediante pressão da opinião pública e da cobrança feita pelos próprios trabalhadores e por representantes de outros setores da sociedade o legislativo municipal veio a aprovar a suplementação orçamentária necessária para repor parcialmente os recursos que haviam sido cortados.

“A implantação do SUS em Vitória da Conquista, é bom dizer que o município tinha pela primeira vez um prefeito do Partido dos Trabalhadores. E contra nós, tinha a Câmara de Vereadores, eu tinha apenas cinco vereadores e quatorze contra, a mídia praticamente toda contra a administração, a TV Sudoeste da família do então Senador Antônio Carlos Magalhães, e era o tempo todo batendo na administração.” (E1)

Muitos entrevistados registraram o papel de oposição que os meios de comunicação local exerceram fazendo forte enfrentamento com o governo municipal inclusive no que diz respeito ao projeto de municipalização da saúde, tendo se constituído em uma arena importante de luta político-ideológica.

Nos seus primeiros anos o Governo Participativo sofreu uma campanha intensa, em especial através da TV Sudoeste (repetidora da TV Bahia e do Sistema Globo) ligada ao grupo do ex-senador Antonio Carlos Magalhães, na ocasião líder do PFL e interessada em defender os interesses da elite no poder estadual. Assim esta emissora não divulgava as ações prestadas pela rede municipal de saúde, saiu em defesa do setor privado de saúde, inclusive durante a paralisação feita por estes

e tentava freqüentemente gerar “fatos” com falsas denúncias para denegrir a ação da gestão municipal.

Para enfrentar este cerco foram fundamentais estratégias empregadas de investir em comunicação através de emissora de rádio local que tinha uma forte credibilidade em seus espaços jornalísticos e onde a gestão municipal ocupou espaço. Além disso, a comunicação direta com a população através de informativos impressos e principalmente um destaque especial para os canais construídos de participação popular que foram essenciais, da mesma forma que o apoio viabilizado por entidades da sociedade civil na sua comunicação com seus membros (igrejas, sindicatos, associações de moradores, etc.)

9.5 Ampliação da base de apoio à política municipal de saúde

Como anteriormente registrado no início do “Governo Participativo” a base original de apoio ao projeto de municipalização da saúde foi composta pelos dirigentes municipais, vereadores da base do governo, representantes de movimentos sindicais e populares e forças sociais ligadas às Igrejas. Conforme pode ser identificado em várias entrevistas as forças sociais e políticas que viabilizaram a eleição de Guilherme Menezes como Prefeito de Vitória da Conquista confiaram e trabalharam pelo projeto de saúde pautado pela gestão municipal.

“Uma das mudanças mais significativas que eu vejo, especialmente enquanto vereador, portanto dentro do processo político, é que a gente conseguiu fazer com que a Saúde fosse vista como um direito do cidadão. Porque até então era uma prática muito comum no município se utilizar a Saúde como uma espécie de favor político, sobretudo por alguns políticos mais tradicionais da cidade.” (E15)

“Infelizmente algumas pessoas têm a memória muito curta, esquece. Mas se a gente pegar – eu estou há quase nove anos numa mesma comunidade – o histórico dessa comunidade que acompanhou o processo de implantação do Sistema Municipal de Saúde eu avalio de forma muito positiva. Principalmente em termos de vacinação, notificação de doenças, controle de hipertensos e diabéticos, pré-natal, diminuição de mortalidade infantil, diminuição de mortalidade materna. São vários indicadores que realmente permitem que eu faça uma avaliação positiva.” (E12)

Este projeto de saúde ao assegurar acesso da população de baixa renda, residente em bairros populares e na zona rural, áreas que até então não contavam com serviços públicos de saúde deu resposta a uma demanda importante destes segmentos populacionais que em grande parte haviam apoiado o projeto político eleitoral do Partido dos Trabalhadores.

Ao realizar extensão de cobertura de ações básicas de saúde, criando referência para o atendimento de procedimentos especializados e ampliando o acesso e a qualidade da atenção hospitalar a gestão municipal alcançou avaliação positiva por parte destes grupos populacionais.

“Eu acredito que a Saúde, pelos avanços alcançados, pela ampliação dos serviços prestados, pela abrangência que esses serviços atingiram no contexto da população, foi o carro-chefe das políticas públicas oferecidas pelo município. Sem dúvida nenhuma, passou a representar a principal política pública municipal, seguida pela Educação e pelo Transporte Coletivo. A Saúde, sem dúvida nenhuma, do ponto de vista político, possibilitou uma maior relação da administração com a sociedade, com a população, com um maior contingente da população, tendo em vista essa relação intrínseca existente entre os serviços de Saúde e as carências, as demandas da população.” (E17)

Os processos em curso no âmbito da saúde fortaleceram a entrada em cena de novos atores que viriam a influenciar no jogo político acrescentando novos elementos na disputa nesse campo de política social. Novos coletivos passaram de certa forma, a alcançar algum espaço de vocalização no ambiente social no município.

Em especial na medida em que a atenção básica foi aumentando sua cobertura incorporando novos contingentes da população com a atuação de equipes de saúde da família, com unidades básicas de saúde bem estruturadas passando a ser a porta de entrada do sistema de saúde, a base de apoio ao projeto municipal de saúde também foi sendo ampliado, passando a contar com profissionais de saúde que foram se incorporando ao quadro de servidores (contratados pela Prefeitura ou pela ASAS, no caso do PSF) e posteriormente, a funções de gerenciamento de unidades e de gestão do sistema municipal de saúde.

“Eu estava aqui no município desde o ano de 1991 e a gente, em 1997, começou a ver um movimento. Se falava da implantação do PSF, mas, então, era uma coisa muito nova para a gente. A gente só trabalhava em consultório particular e dificilmente a gente tinha uma perspectiva de emprego (...). E aí quando começou, principalmente a partir de 1998, a gente começou a abrir, assim, um leque de oportunidades de trabalho com a inserção das primeiras equipes, e aqui no município já começou com odontólogo.” (E14)

“A Municipalização da Saúde contrariava muitos interesses de grandes empresários de Saúde da cidade. E eu realmente estava encantada, Fiquei muito tempo fora de Conquista, e quando eu voltei à minha cidade eu realmente estava encantada de ver pessoas que tinham vontade e vontade política realmente de mudar o quadro da Saúde em Vitória da Conquista.” (E12)

Os profissionais e dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde entrevistados apontam que grande parte da motivação dos trabalhadores de saúde em aderir ao

PSF e mais amplamente ao projeto de municipalização da saúde esteve relacionada aos resultados que foram sendo alcançados com o aumento de acesso da população aos serviços e as relações estabelecidas entre as equipes e a população.

“A política municipal, deste período de 1997, teve algumas coisas que foram marcantes para a gente. Não só como profissional de Saúde, mas como cidadão aqui de Vitória da Conquista. Neste ano de 1997, início de 1998, a Política Municipal de Saúde teve um grande boom que foi a implantação do PSF, porque até então a gente só tinha as redes básicas tradicionais e nessas redes nós tínhamos poucos profissionais de Saúde lotados. Então, essa implantação do Programa é que realmente vem alavancar a Saúde do município. Não só na redução dos indicadores de morbi-mortalidade, mas, também, na perspectiva de aumento de empregos para toda a categoria da área de Saúde. Nesse processo o que eu poderia destacar foi mesmo a redução dos índices de mortalidade. De mortalidade infantil, o índice de CPOD, no caso nosso odontológico, que diminuiu muito por causa do aumento da assistência. É o índice de cárie, de dentes perdidos e de dentes cariados. Esse índice caiu muito quando foi implantado o PSF.” (E14)

“Talvez quem está ali na comunidade não consegue perceber - mas a gente que está ali no dia-a-dia vendo a melhora de todos esses índices que para a gente alegra muito: diminuição de mortalidade materna, infantil, cobertura – na minha área – vacinal quase de 100%, 100% de pré-natal, mais de 80% de crianças em aleitamento materno exclusivo. São algumas das coisas que realmente eu acho que vale à pena o trabalho da gente. É por isso que eu continuo, e já estou há oito anos, porque eu acho que isso compensa realmente.” (E12)

“Na área em que eu trabalho mesmo tem uma realidade completamente diferenciada hoje se comparada ao momento em que a gente chegou. Crianças que não tinham atendimento, um grande número de internações por diarreia, por infecções respiratórias que hoje não ocorrem mais. Além de cobertura vacinal, acesso ao serviço de pré-natal, planejamento familiar, prevenção ao câncer, tanto o de mama como o cérvico-uterino. São coisas mais da prática, mas do dia a dia que a gente vai percebendo. Então, a avaliação é positiva.” (E13)

Cabe também ressaltar que o processo de gestão permitiu o envolvimento direto dos profissionais nas decisões sobre o funcionamento dos serviços e conquistando os mesmos para as fileiras dos defensores do projeto em implantação. A valorização da gestão local para com os trabalhadores da saúde possibilitou um forte engajamento destes com a implantação do Sistema Municipal de Saúde.

“Uma coisa fundamental que aconteceu na Secretaria de Saúde foi a questão da valorização e desenvolvimento dos profissionais de Saúde. Foi uma estratégia importante porque os trabalhadores começaram a se sentir parte do processo. A se sentir sujeito. Não eram meramente trabalhadores que estavam ali desempenhando uma ação. Eles entraram no processo como defensores da Política de Saúde e como pessoas que estavam contribuindo para a implantação. Esse sentimento era um sentimento que alcançava a todos: desde os profissionais da ponta até os profissionais do nível central. Houve um processo de valorização, reconhecimento e incentivo, de formação, de capacitação desse conjunto de

trabalhadores. Isso foi vital para que a Política de Saúde também pudesse ser implantada.” (E4)

Também os profissionais de saúde entrevistados revelaram sua satisfação com o trabalho desenvolvido, destacando o fortalecimento da relação com a população a partir das ações executadas tanto na atenção básica quanto pela rede especializada ambulatorial e hospitalar.

“Vitória da Conquista projetou nacionalmente uma Saúde Pública de qualidade. Tudo isso trouxe também auto-estima, valorização pessoal, profissional, coletiva, dos vários grupos dentro da Saúde. Desde o agente comunitário até o profissional mais especializado. Por exemplo, os profissionais da UTI neonatal do Hospital Esaú Matos. Ou mesmo profissionais de outros hospitais que tiveram suas condições profissionais bem melhoradas.” (E3)

“Já tivemos oportunidade de aplicar alguns questionários. Na comunidade a avaliação é muito positiva de ter um posto perto de casa, de não ter que se deslocar e de realmente conseguir o atendimento. Realmente muito positiva.” (E12)

Segundo os entrevistados, a adesão dos profissionais de saúde ao projeto municipal em geral é muito forte, com as vozes contrárias ficando restritas a aqueles com militância política em grupos de oposição ao governo local.

“Só os profissionais radicais mesmo, aqueles envolvidos com a política partidária contrária a atual gestão, só eles, só os radicais, ainda não... Porque ainda tem colegas que criticam muito. Mas só os fanáticos, porque se você olhar o que está acontecendo você não tem nem termo de comparação entre como era e como está.” (E22)

“A minha avaliação é boa. Boa mesmo. É uma tranquilidade você trabalhar num lugar onde as pessoas acreditam no que fazem. Acreditam que isso vai se reverter numa mudança positiva do sistema como um todo. Isso é o que faz muita gente ficar aqui em Vitória da Conquista, a certeza que a gente não trabalha em vão, a gente trabalha vislumbrando um resultado muito maior que os problemas que a gente tem hoje. A gente trabalha pensando nisso. Então, acho que o grande patrimônio que Vitória da Conquista tem hoje é o quadro de funcionários. Porque é gente que trabalha e se compromete, se preocupa com as pessoas, com a população. Quando não tem recurso a gente corre atrás, se vira, improvisa, mas quer resolver. Então, eu acho que é isso que vale à pena. Porque o que faria a gente morar em Vitória da Conquista, nós que somos de fora. Uma cidade que não tem praia, super fria. Acho que isso segura aqui muita gente.” (E13)

Os relatos dos representantes da população apontam a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde como o motivo mais importante para a aceitação e legitimação do projeto para o sistema municipal de saúde. A grande ampliação da capacidade do sistema de saúde de assegurar o acesso a ações desde a atenção

básica até procedimentos especializados ambulatoriais e hospitalares fortaleceu o projeto de municipalização da saúde em Vitória da Conquista.

“Foi um avanço muito grande. Coisa que, eu, como morador e filho de Vitória da Conquista, nunca esperaria algo de tamanha envergadura. (...) O que eu poderia destacar foi a revolução que houve na implantação de vários postos de Saúde por todos os bairros. E a disponibilidade de uma farmácia com cesta básica de medicamentos para serem distribuídos. (...) Eu falei mais sobre os diabéticos porque convivo mais com eles. Mas nós temos os renais crônicos, foi um avanço. Hoje já tem mais clínicas, antes era uma só para atender os renais crônicos. As clínicas se multiplicaram. A saúde do idoso já tem um atendimento melhor. O Centro de Referência para Tuberculose, o Centro de Referência para os Dependentes Químicos. São coisas que a gente nunca iria esperar que fossem implantadas em Vitória da Conquista.” (E25)

“Antigamente pra conseguir um preventivo, eu mesmo quando pequeno pra conseguir um preventivo pra minha mãe, todo dia trinta eu ia pra uma fila, ficava dois dias em uma fila pra fazer o preventivo seis meses depois. Com essa implantação que veio pra Conquista, a gente via fazendo rápido. A minha vivência foi essa: o antes e o depois.” (E26)

As entrevistas com representantes da população nos conselhos de saúde e sindicatos de trabalhadores apontam também um aumento progressivo da avaliação positiva dos serviços públicos de saúde e do sistema municipal de saúde como um todo.

“Eu quero colocar que em 2000, Guilherme ganhou sua eleição de cacete por causa da Saúde. Nessa eleição de agora, de 2004, também houve vitória por causa da Saúde. E o papel político do desenvolvimento da Saúde no município é importante, porque o povo quer, o povo procura por isso. Tem uma rua precisando de asfalto, mas você coloca uma unidade de Saúde da Família, o povo procura a unidade de Saúde da Família. Porque a Saúde hoje é o que se pede mais.” (E26)

Assim, a interação entre equipes de saúde e população adscrita aponta um processo de satisfação de ambas as partes com os resultados alcançados, em termos de aumento de acesso, ampliação da oferta de ações básicas de saúde e demais ações e serviços oferecidos pelo SUS.

Ao avaliar positivamente este projeto de municipalização da saúde parcelas da população que passaram a consumir estes serviços podem participar de espaços de cidadania, como os conselhos locais de saúde, dentre outros, e passarem a ser sujeitos em defesa do projeto municipal de saúde e do governo municipal. Este processo de “mão dupla” é apontado por vários entrevistados, entre eles dirigentes

da Secretaria Municipal de Saúde, que registraram a “população” como sendo o maior aliado do PSF e do processo de municipalização da saúde em Vitória da Conquista.

“Eu acho que do primeiro mandato para o segundo, o slogan foi Saúde. Quem assegurou, não sei se ela teria papel hoje em uma nova eleição, mas até essas duas... Estamos na terceira. Na primeira foi a mais forte. A segunda também. Quando eu participo de reunião do OP eu vejo que é uma das secretarias menos criticadas. Porque reconhecem a questão do acesso.” (E9)

“Na minha opinião, isso foi fundamental para consolidar o projeto político do Governo Participativo em Vitória da Conquista, com repercussão regional. A eleição de Guilherme e a minha, também, tiveram na excelência da Saúde, papel fundamental no ponto de vista de votos, de reconhecimento da população, de reconhecimento das nossas candidaturas, e do próprio prefeito E3 em sua reeleição como personalidade que tinham um vínculo direto com esses avanços, esse ganho que a população teve a partir da implantação da gestão plena.” (E17)

“E as forças aliadas da administração municipal foram aquelas que, tradicionalmente, se vincularam ao processo de redemocratização do país e do estado: os sindicatos; a Igreja Católica e suas várias entidades como as Comunidades Eclesiásticas de Base, o CPT, a Comissão Diocesana de Justiça e Paz. Aqui, os sindicatos de trabalhadores, todos eles, o Fórum Sindical.” (E17)

Em algumas entrevistas foi realçada a importância dos Conselhos Locais de Saúde para reforçar junto à população os seus direitos e fortalecendo a presença do governo nos diversos espaços do território municipal, construindo inclusive a partir das ações e serviços de saúde canais diretos de interlocução entre a população e a gestão municipal.

“Eu acredito que é importante. A gente tem um Conselho Local de Saúde e lá surgem demandas que não são próprias à Secretaria Municipal de Saúde e a gente busca parceria com outras secretarias do município e tem tido resposta. Por exemplo, na minha realidade na Urbis VI a gente tinha um problema muito grande com o lixo acumulado na rua que chamava a atenção de qualquer um que chegasse lá. E a gente buscou, através do Conselho Local de Saúde, uma parceria com a Secretaria de Serviços Públicos e hoje existe uma coleta diária de lixo lá através de carroceiros.” (E12)

“Essa construção foi geral. Lembrando das reuniões que a gente já teve, todas as entidades, Maçonaria, a Igreja Católica principalmente, protestantes, acho que depois quando viram que poderiam confiar talvez, não sei, ou por não estarem engajados. O apoio foi geral, das entidades, e tudo. Até em reuniões em postos de Saúde com a comunidade.” (E10)

Contudo, para alguns entrevistados, a atuação dos Conselhos Locais de Saúde termina dando maior ênfase a busca de eficiência na gestão das unidades de saúde. Claro que a participação da população nestes espaços inclusive com

acompanhamento cotidiano permite maior visibilidade dos resultados positivos e dos problemas estimulando a melhoria do desempenho das equipes de saúde.

Com a ampliação da cobertura efetivada através das novas equipes do PSF e a implantação de serviços especializados na rede pública municipal, inclusive com a retomada do Hospital Esaú Matos para o município, houve uma grande ampliação do quantitativo de profissionais que prestavam serviços e eram contratados para atuar em unidades municipais de saúde. Estes profissionais tiveram papel destacado na defesa do projeto municipal de saúde tanto diretamente junto a população atendida quanto com outros segmentos da população exercendo um forte papel de formadores de opinião.

Dirigentes da ASAS entrevistados destacaram a realização por parte do governo municipal de contratações dos trabalhadores de saúde de forma a garantir seus direitos trabalhistas como um fator de adesão destes profissionais ao projeto municipal e de satisfação dos mesmos com seu trabalho.

“Nós passamos, durante seis meses nos debruçando sob as condições de se organizar uma associação, porquanto havia, também, o problema de natureza trabalhista, direitos do trabalhador, para que a gente não tivesse problemas no momento em que estivesse contratando a mão-de-obra, que é uma mão-de-obra especializada, da área médica, e nós precisávamos fazer contratos com esse pessoal para que a gente tivesse um embasamento legal, equilibrado e sereno. (...) Essa política, implementada pela ASAS, juntamente com a prefeitura, foi uma política que nos trouxe bastante ganhos. Porque começou-se a criar postos de serviços em todas as partes da cidade. (...) Muita gente querendo vir para Conquista, como se Conquista fosse um novo Eldorado da Saúde Pública.” (E18)

Ao contrário do que ocorria em Vitória da Conquista no período estudado de implantação da gestão municipal em saúde, a “precarização” das relações de trabalho dos trabalhadores de saúde era marcante em outros municípios.

A ASAS teve também um papel importante junto a vários segmentos da população defendendo o projeto em construção para o setor saúde. Criada por proposição do Dr. Davi Capistrano, foi inspirada em propostas semelhantes de

terceirização implantadas pelo Projeto Qualis na cidade de São Paulo (SP), onde a contratação dos profissionais do PSF se dava através de organizações sociais.

Com a contratação pela ASAS, todos os profissionais do PSF tiveram contratos regidos pela CLT, assegurando seus direitos trabalhistas (férias, décimo terceiro salário, licença gestação, licença saúde, etc.). Esta instituição tem obrigação de prestar contas trimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) da aplicação de todos os recursos repassados pela Prefeitura Municipal mediante convênio estabelecido. A ASAS obteve título de utilidade pública aprovado em nível municipal, estadual e nacional, tendo obtido seu registro junto ao Conselho Nacional de Assistência Social como instituição filantrópica em maio de 2002.

Apesar dos meios de comunicação de massa, na sua maioria absoluta, terem feito oposição ao Governo Participativo e ao projeto deste para a saúde, existiram alguns profissionais de rádio em Vitória da Conquista que estiveram na defesa do processo de municipalização da saúde, em função principalmente dos resultados alcançados.

“Para mim foi uma revolução. (...) Nós passamos, verdadeiramente, a ser uma referência e eu conheci esta realidade antes e depois. (...) sempre tem demanda, sempre tem necessidade, as pessoas buscando... Há insatisfação ainda, você não consegue atender à grande demanda. Mas, como tem melhorado! A gente consegue observar, verdadeiramente a melhora.” (E24)

“Com essa administração correta os recursos chegaram, a cidade avançou, a cidade cresceu. Economicamente foi importante e a iniciativa privada saiu daquela inércia. Graças ao Guilherme, sem ser sócio das clínicas, dos hospitais; ao governo, ao secretário de Saúde, à equipe de governo e, agora, ao E3 Fontes, a iniciativa privada de Conquista avançou. Observe o que era Conquista antes de doutor Guilherme, há dez anos, e o que é Conquista hoje. Foi uma mudança impressionante.” (E24)

O projeto de saúde do “Governo Participativo” contou com aliados externos importantes. Um deles, o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) teve marcante participação. Este grupo já havia atuado anteriormente em Vitória da Conquista através do Departamento de Medicina

Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA (de onde o ISC se originou) nos anos 80 realizando atividades da Residência de Medicina Social, entre elas participando do programa de agentes rurais de saúde, tendo participado do treinamento destes. O ISC teve presença intensa nos processos de qualificação de recursos humanos para o SUS na Bahia nos anos 90, tendo retomado as atividades em Vitória da Conquista a partir de 1998, por convite do Prefeito Guilherme Menezes, inicialmente para o treinamento introdutório das primeiras equipes do PSF, e depois com diversas atividades de educação permanente e assessoria para a Secretaria Municipal de Saúde. O município voltaria também a ser campo de práticas para os alunos da Residência de Medicina Social do ISC, naquela ocasião já remodelada para preparar profissionais para o PSF.

Também a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) foi um aliado que contribuiu para a gestão municipal, inclusive com alguns secretários de governo sendo docentes desta ou tendo sido formados por esta instituição.

Alguns dos entrevistados destacaram as alianças com as entidades da sociedade social como tendo tido um peso fundamental para a viabilidade do projeto implantado no setor saúde e ampliação das forças sociais a darem sustentação aos projetos do “Governo Participativo”.

“Os aliados principais foram todo o movimento social: sindicatos, igrejas dos vários credos religiosos... Todas as forças sociais do município e os partidos políticos que estavam no governo, os partidos de esquerda. Então, houve essa conspiração, no sentido positivo, do movimento social, que via nessa Municipalização da Saúde de Conquista uma grande sacada, uma grande quebra dos paradigmas anteriores.” (E19)

“As alianças estratégicas para mim eu já disse: foi a população. O governo foi muito sábio em chamar a população para perto. Teve também as associações, a igreja, mas elas ajudavam a convencer a puxar ainda mais a população. Então, para mim o ponto forte foi a população. Tiveram também os partidos políticos ligados ao governo. Eles foram fundamentais no apoio e na luta que tivemos que travar contra os empresários da saúde. Porque foram estes empresários os principais opositores e que criaram, junto com os partidos de direita os principais fatores de oposição. Os empresários queriam continuar ganhando muito dinheiro às custas da doença da população e os partidos políticos queriam travar uma luta

contra o governo, queriam manter seu espaço, queriam fazer a oposição. Mas era um a oposição burra. Como alguém pode ser contra algo que é bom para a população? E a população sentiu isso e virou as costas para estes políticos e para estes empresários.” (E18)

“O grande aliado, que sem ele nós não iríamos a lugar nenhum, é a comunidade, a população. Eu acho que essa gestão, essa gestão participativa, para mim é fundamental. Sem ela, a gente não caminha para nada. Na Saúde, em lugar nenhum. A confiança da população foi de fundamental importância. Ela viu que alguém estava preocupado com ela e que poderia confiar, que é o mais importante. Tudo que surgiu depois, a oposição não poderia falar nada. Nunca pôde bater de vez na Saúde mesmo. Bate, mas hoje até hoje com problemas que estão acontecendo não batem, pois sabem que não é verdade. A participação popular e a seriedade da gestão não abriram brecha nenhuma para a oposição ou alguém que quisesse derrubar o projeto.” (E10)

O Partido dos Trabalhadores (PT) foi um ator institucional importante na administração de Vitória da Conquista. A participação de David Capistrano e outros quadros do partido contribuíram em muito técnica e politicamente para o sucesso da administração e a construção de visibilidade de suas ações.

Mesmo com as dificuldades assinaladas, sem dúvida é digna de destaque a situação de visibilidade externa que a experiência de Vitória da Conquista foi capaz de alcançar, seja regional, estadual ou mesmo nacional. [...] Há que se enfatizar uma certa disposição cosmopolita praticada pela administração, dada não só por características pessoais do prefeito e de seus assessores, mas também pela verdadeira rede de contatos políticos e técnicos que o PT oferece às administrações que ocupa. É claro que os empreendimentos locais, na medida que foram bem-sucedidos, como ocorreu em várias situações, também serviram para despertar a atenção externa para o que acontecia localmente. Mas, inquestionavelmente, Vitória da Conquista faz parte de um conjunto seleto de cidades brasileiras que passaram a ter suas realizações divulgadas e acompanhadas amplamente no país. Os registros locais dão conta de dezenas de visitas de dirigentes e técnicos de outros municípios, de outros órgãos do sistema de saúde e, até mesmo de missões estrangeiras e de técnicos de organismos internacionais, que lá estiveram para conferir e aprender com as experiências ali desenvolvidas. (GOULART, 2002, p.287-288)

9.6 Relações intergestoras estabelecidas na implantação do sistema de saúde

Primeiro aspecto a ser demarcado diz respeito às características do governo municipal do ponto de vista do espectro partidário e o cenário dos governos estadual e federal.

“Nós estávamos implantando um governo petista naquela época e não tínhamos respaldo nem do Estado Carlista e nem do Estado Nacional, que não estava interessado, não tinha contato com Vitória da Conquista. Nós enfrentamos dificuldades do ponto de vista geral da política, não só da questão da Saúde, por não ter essa relação. Por exemplo, acesso a determinados convênios, acesso a determinadas fontes de recursos. Algumas políticas que iam ser implantadas foram barradas, a exemplo do aterro sanitário.” (E6)

Com o governo estadual a relação sempre foi muito difícil e tensa. O governo do Estado há quase quatro décadas (com um pequeno hiato no final dos anos 80) foi dominado por um grupo político conservador de espectro bastante autoritário com forte centralização das decisões.

As administrações municipais que tivessem a frente grupos de oposição ao que dominava o governo estadual eram discriminados sem acesso a recursos do Tesouro Estadual e muitas vezes sofrendo forte processo de perseguição política.

Além de ter retardado o processo de habilitação do município na gestão plena, a ausência em muitas situações da participação do Estado no apoio a ações e serviços essenciais causou dificuldades para a gestão local.

“Com o Estado tinha estas dificuldades, tinha a questão da pressão sob a Comissão Intergestora Bipartite, teve um momento que, mesmo tendo uma boa relação com o Secretário Estadual de Saúde de Dr. Professor Zezito Magalhães, mas havia entraves políticos, que impediam que muitas coisas fossem feitas, o próprio Secretário não tinha como resolver questões, eu me lembro que agente queria transformar o hospital de base lá de Vitória da Conquista, no hospital com a gestão intermunicipal na época e que o Secretário ficou muito simpático, mas dizia que não dependia dele, que tinha questões políticas mais serias. E aquela coisa da velha matriz política do Estado da Bahia, de transformar sempre a ação de saúde como moeda de troca política, o hospital que era aberto era para o chefe político local, entrava no hospital quem votava nos candidatos ligados aquele

chefe político Estadual, isso era uma característica em muitos municípios do Estado da Bahia, e a saúde era tratada assim, começar mudar essa lógica em Vitória da Conquista, foi muito difícil neste aspecto.” (E1)

“Entre Estado e Município sempre foram difíceis. Vitória da Conquista nunca pode contar muito com o apoio estadual. E entre Município e Governo Federal, depois da gestão de Lula, a gente percebe que tem melhorado. Mas tem um entrave aí no meio que é justamente o Estado, o papel que ele deveria exercer e não exerce e isso a gente vê refletivo na deficiência de alguns serviços. (...) A gente começou a perceber mesmo um apoio maior da gestão de Lula para cá.” (E13)

Por outro lado, esta ausência levou ao município assumir diretamente o papel de interlocução com os municípios pactuados, realizando regularmente reuniões para avaliar e programar as referências da região para atendimento especializado e os mecanismos de regulação, praticamente substituindo o papel de coordenação regional que deveria ser precipuamente da gestão estadual.

“A maior oposição, a gente sabe, foi do Governo Estadual. Mas como o Governo Estadual tem pouco impacto relativo sobre a expansão inicial do serviço, acho que isso não foi um problema. Contornou-se isso com grande competência política.” (E30)

“A relação com o Governo do Estado eu acho que sempre foi uma relação muito difícil. O Estado se negou a participar desse modelo. A participar, não só pela disputa política, de não admitir que eles não têm a mesma capacidade de elaborar e de formular essas utopias, e, ao mesmo tempo, confirmar aquelas coisas boas mesmo que estão sendo feitas por um governo de oposição. Ele não ajudou na construção regional do modelo. Seria um processo de articulação, também, com os outros municípios para fortalecer Vitória da Conquista como uma referência regional.” (E2)

Esta política estadual se perpetuou até a mudança processada a partir da eleição de 2006 com a derrota do grupo hegemônico por todo este período na direção do Estado. Além de não participar com repasses de recursos do Tesouro Estadual (até a participação devida no financiamento do SAMU o Estado não fez até final de 2006), como a alocação dos recursos federais passa por aprovação na Comissão Intergestores Bipartite, cujas decisões têm que ter necessariamente a concordância da Secretaria da Saúde do Estado, muitas dificuldades foram geradas também neste âmbito.

“Acho que falta dinheiro mesmo. Tem uma pressão enorme, tem um contexto regional em que os outros municípios não se desenvolveram no mesmo ritmo. Acho que isso é um grande obstáculo. A pressão política e partidária exercida pelo Governo Estadual permanece ali. Eles não perdem um minuto para utilizar isso para pressionar a relação com a bipartite. A fragilidade do COSEMS no Estado da

Bahia. Acho que são fatores que criam obstáculos sérios à sustentabilidade do sistema.” (E30)

“Eu creio que nós tivemos o boom da implantação do serviço de Saúde aqui no município, especialmente em 2002, 2003 e 2004. Houve um grande avanço, e como as demandas principais passaram a ser atendidas as pessoas passaram a buscar as questões de mais alta complexidade. Isso traz uma série de dificuldades para os municípios.” (E19)

“A partir daí aumentou muito o nosso recurso de diagnóstico na cidade. Botamos algumas coisas de alta complexidade, como tomografia. (...) E aí, cada vez mais, a cidade foi tendo uma cobertura maior em relação à Saúde. Paralelo a isso, as demandas cresceram muito. Nós atingimos um nível de complexidade grande em que o financiamento não acompanha.” (E8)

Esta postura do Governo do Estado se estendia também para outros municípios cujos prefeitos não estavam em sua base de apoio partidária, tentando evitar o fortalecimento destas gestões locais ou até mesmo inviabilizar as mesmas financeiramente.

“Com a gestão estadual, é uma relação muito difícil. A gente tem tensões em vários momentos. Durante o ano inteiro. Desde o momento em que se está definindo a questão do financiamento e a contrapartida estadual - o que não acontece. As contrapartidas estaduais não cumprem. (...) Observávamos que municípios como Lauro de Freitas, entraram em Plena de uma forma altamente comprometedora. Era assinando a sua falência. O sistema já começou comprometido.” (E4)

Apesar das dificuldades na relação com o governo estadual a gestão municipal de Vitória da Conquista conseguiu estabelecer boa relação com várias áreas técnicas da Secretaria da Saúde do Estado, com o seu sistema municipal de saúde tendo sido tomado como referência inclusive durante a elaboração do Projeto Saúde Bahia em parceria com o Banco Mundial.

A existência de atores dentro da “máquina” do governo estadual que gozando de certa autonomia relativa buscavam tentar abrir brechas para mudanças na política de saúde e de projetos induzidos pelo Ministério da Saúde (como o PSF) que alcançaram em Vitória da Conquista um processo bem sucedido de implantação e a ausência de resultados positivos em projetos de saúde de gestões municipais alinhadas politicamente com o governo estadual viriam a contribuir para fortalecer e

dar visibilidade ao projeto de saúde do “Governo Participativo” influenciando nas consequências das suas apostas, alianças e políticas.

“Conquista se consolidou como uma experiência modelo para os demais municípios do porte de Conquista. E isso foi uma experiência muito significativa e favorável para os municípios do entorno. Quando viram que a Atenção Básica estava organizada e o porquê disto.” (E27)

“Eu imagino e vejo, até por que sou da região - eu sou oriunda de um município que faz parte da região sudoeste – eu acho que a Saúde desenvolveu, sim, contribuiu, sim, para esse desenvolvimento econômico. Primeiro porque, acho que depois que Conquista assumiu essa liderança ela chamou para si uma série de serviços que antes não existiam no regional. E isso causa impacto na economia local. Na minha terra, por exemplo, que pactuou o serviço de média e alta complexidade com Conquista, as pessoas antes vinham aqui para Salvador. Tinham uma casa aqui. E isso fica lá em Conquista hoje. Já não vêm para Salvador. Passam a comprar lá. A comprar serviços a hotelaria, a morar, a comer, tudo enfim. E outra coisa, acho que trouxe também a questão da Universidade que para aquela região era uma lacuna imensa.” (E27)

As barreiras com o Estado não impediram que a experiência implantada em Vitória da Conquista fosse assumida como modelo por outros municípios e viesse a definir a base tecnológica empregada para a gestão local dos sistemas municipais de saúde em vários municípios.

“Além da ampliação ao acesso à Saúde da população carente e pobre, o Sistema de Saúde implantado em Vitória da Conquista foi exemplar para a disseminação, o incentivo e o estímulo da instalação de sistemas semelhantes em outras regiões, em outros municípios. Acompanhei, por exemplo, os sistemas de Saúde implantados em Juazeiro, em Alagoinhas, e até em Salvador, poderia afirmar. Tanto é que o João Henrique [prefeito de Salvador] quando foi eleito, veio conhecer o Sistema, aqui em Vitória da Conquista. E até mesmo em municípios que não são administrados pelo Partido dos Trabalhadores. Tive a oportunidade de acompanhar a visita do prefeito de Bom Jesus da Lapa, do prefeito de Brumado, dos prefeitos de outros municípios que são tradicionalmente administrados até pelo próprio PFL, ou por partidos vinculados ao ideal político do Governo do Estado da Bahia, que tomaram Vitória da Conquista como referência na implantação de seus sistemas de Saúde. Alguns deles, locais, e outros de abrangência regional. Portanto, a experiência de Vitória da Conquista foi vitoriosa, tanto é que tem sido inclusive alvo de pesquisas de estudo, teses e dissertações.” (E17)

Contudo ocorreu uma situação peculiar no setor saúde no que diz respeito especialmente à relação com o governo federal. A gestão municipal conseguiu conquistar um bom espaço de interlocução e legitimação junto ao Ministério da Saúde, implantando políticas prioritárias induzidas pela esfera federal do SUS e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com aprovação do CONASS e

do CONASEMS. Além disso, o secretário municipal de saúde de Vitória da Conquista ocupou o posto de vice-presidente Nordeste do CONASEMS, representando os secretários municipais desta região na CIT. Pesou também para esta relação com o Ministério da Saúde o apoio do Dr. Davi Capristano Filho, que na ocasião era consultor do Ministério, aproximando a gestão local do SUS da esfera federal, apesar das distâncias político-partidárias entre os dois governos.

“Na questão da saúde vale a pena fazer uma separação. Do ponto de vista do Governo Federal, ele teve uma atitude mais neutra sobre esse aspecto. Não sei se fez uma leitura mais técnica que política.” (E6)

“Nesses primeiros instantes, quando Vitória da Conquista passa a expressar uma grande referência nacional, ela sempre foi bem vista pelo Ministério. O Ministério da Saúde deu um apoio importantíssimo para fortalecer esse modelo.” (E2)

Além disso, houve um período de forte estreecimento nas relações políticas entre o grupo que estava a frente do governo federal e o que estava governando o Estado da Bahia, este último ferrenho opositor a administração municipal de Vitória da Conquista.

“O PSDB estava demarcando sua fronteira em relação ao PFL baiano. (...) houve um certo período em que houve um certo estreecimento entre ACM e FHC. (E6)”

Com a eleição do Presidente Lula e sua posse em janeiro de 2003 as relações entre a gestão municipal de Vitória da Conquista e o governo federal ficaram ainda mais estreitas, por um lado com o secretário municipal de saúde do município assumindo a direção da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e, por outro, com as medidas que este Ministério passou a tomar aumentando os repasses financeiros para os municípios, tanto para a atenção básica quanto para a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, implantando inclusive mecanismos de redução das desigualdades da alocação destes últimos recursos entre os estados. Esta última medida veio a beneficiar os estados do Norte e Nordeste, entre eles a Bahia e os municípios em gestão plena nestes estados.

Como a gestão local em Vitória da Conquista havia implantado de forma pioneira sem financiamento federal serviços como a atenção pré-hospitalar e o centro de especialidades em odontologia, com a implantação destas ações como políticas nacionais do SUS passou a contar com financiamento específico contribuindo para melhor viabilizar a rede municipal de saúde.

O peso das políticas definidas pelo Ministério da Saúde no financiamento do SUS é muito grande tendo reflexos diretos na capacidade de execução das ações e serviços de saúde mesmo em municípios de médio porte com gestões mais estruturadas. As decisões nacionais sobre a utilização dos fundos públicos influenciam, portanto a própria viabilidade de certos projetos nas gestões locais, sua disputa na sociedade e sua sustentabilidade.

“A relação entre o Município e o Estado na verdade ficou uma relação difícil. (...) O Governo Federal, ao contrário. E não digo isso apenas em função do Governo Lula, porque é parceiro do ponto político, inclusive. Mas desde o período de FHC, tendo José Serra à frente do Ministério da Saúde, a impressão que tenho é de, já naquele momento, o Governo Federal fez a sua parte, reconhecendo o trabalho que vinha sendo realizado aqui e agindo verdadeiramente como devem agir aqueles que ocupam o poder, separando as questões políticas das políticas públicas que devem ser implementadas.” (E15)

“Já com o Ministério da Saúde, nossa relação sempre foi muito boa. Historicamente desde 1998, desde a implantação (...) com a Plena, a relação sempre foi muito boa. A gente sempre conseguiu trabalhar na lógica do Sistema Único de Saúde e a política partidária nunca permeou essa relação. Durante o Governo Lula, de 2003 a meados de 2005, conseguimos avançar por conta de que, nós como município pólo, nos encaixávamos dentro da política do Ministério de fortalecimento dos pólos.” (E4)

9.7 A Saúde fortalecendo o projeto político do Governo Municipal

Se por um lado para se efetivar a proposta da municipalização da saúde contou com a força social que elegeu o “Governo Participativo” e todo o envolvimento da equipe gestora e seus aliados, por outro, os resultados positivos obtidos, inclusive em curto prazo propiciaram acúmulo de poder e legitimidade do projeto político do Governo Municipal. Assim a atuação na área de saúde pode ser apontada como uma das políticas mais bem sucedidas desta gestão, além de traduzir as propostas do bloco histórico que havia sido conformado e expressando politicamente junto à sociedade tal bloco.

“Eu acho que este é um dos ganhos que a população mais avaliou para a continuidade do projeto. A população não se deixou vencer pelo discurso fácil, pelas críticas, aos erros, as falhas que toda administração tem. Eu acho que foi um dos pontos mais fortes pra gente estar na terceira gestão em Vitória da Conquista.” (E1)

“A Saúde foi a principal perna de sustentação do novo governo e, sobretudo de dar visibilidade a essa disposição social do novo governo de levar políticas públicas para a população. (E6)”

Este processo intenso de mudança pode ser identificado em três âmbitos distintos: a mudança da cultura sanitária, a institucional e a política. (TEIXEIRA & SOLLA, 2003)

No âmbito da cultura sanitária, as características impulsionadas em Conquista abrem as possibilidades de concretizar uma nova prática junto à população, ao ampliar o conjunto de ações de promoção e prevenção, e incorporar práticas educativas. Se melhora a relação entre os usuários e os profissionais do serviço de saúde e se fortalecem as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, ao orientar uma mudança no modelo hegemônico de atenção à saúde. A mudança institucional se fez efetiva com a municipalização do sistema de saúde. Alterou em essência a estrutura deste sistema, recompondo a rede de serviços de saúde, ao tomar como referência as necessidades de atenção à saúde da população de forma integral e a busca da participação popular e da equidade no acesso ao sistema de saúde. Tal processo foi acompanhado da implantação de diversas ações de regulação do sistema de saúde ao reforçar a gestão pública das ações e serviços de saúde prestados pelo SUS. Por último, se destaca a mudança política dada na construção de alianças, para além da implantação da política de saúde setorial, com o fortalecimento dos nexos estratégicos para viabilização do conjunto das políticas de gestão municipal e sua continuidade. (TEIXEIRA & SOLLA, 2003, p.20)

É importante também ressaltar que esta articulação política funcionou em duas vias, por um lado viabilizando o projeto de implantação do sistema municipal de saúde em Vitória da Conquista e por outro o resultado bem sucedido que foi alcançado fortaleceu o projeto político do governo municipal contribuindo decisivamente para sua continuidade.

“E foi uma reeleição de certa forma até tranqüila pelos números do próprio resultado eleitoral. A Saúde foi o principal. Eu lembro que naquele período mesmo boa parte do programa de governo e boa parte do que a gente passava pra população como resultado dos primeiros quatro anos de governo, a Saúde dominava os cenários, em detrimento dos outros setores. Então, a Saúde teve um papel fundamental e importante em todo esse processo.” (E7)

“Foi fundamental. Foi o carro-chefe. Não fosse pela saúde o atual grupo político não estaria no poder no município por tanto tempo. E não é só isso, os partidos aliados também se fortaleceram e foram reconhecidos.” (E18)

“Olha, de alguma forma o trabalho desenvolvido na área de Saúde inicialmente, é claro, que foi reconhecido. É claro que ele serviu para a reeleição daqueles que estavam à frente do município. Evidente que uma boa gestão conduz o gestor a mais uma gestão. E a área de Saúde contribuiu com isso, para que houvesse um segundo mandato do prefeito, na época o prefeito Guilherme. Claro que não só a Saúde, mas a Saúde foi o carro-chefe. Outras ações também permitiram que Guilherme chegasse a um segundo mandato. É claro que tudo isso foi utilizado para a concepção de um terceiro mandato. É claro que tudo isso contribui para que um mandato subsequente aconteça. Isso de fato contribui, sim. Ajuda muito aquele que é o gestor. Se ele prestou um bom serviço na área de Saúde sem dúvida... E não é só em Vitória da Conquista, qualquer cidade desse país em que o gestor cuida muito bem da Saúde, da Educação, do Transporte Público, da Segurança, tudo isso contribui. Vai contar ponto para sua reeleição.” (E28)

O impacto desta experiência serviu também de reforço para a construção de outros projetos municipais de efetivação do Sistema Único de Saúde no Estado da Bahia, permitindo inclusive transferência de tecnologias de gestão e assessoria técnica a outros municípios que vieram posteriormente a assumir a gestão plena do sistema municipal de saúde.

A maioria absoluta dos entrevistados destacou a contribuição da área de saúde para o projeto político da gestão municipal e sua continuidade, inclusive com peso político, organizativo e credibilidade social, e influenciando decisivamente nos resultados eleitorais que permitiram a continuidade do projeto político do “Governo Participativo”.

“A melhoria na Saúde de Vitória da Conquista dá para manter o crédito de qualquer gestão, entendeu? A gente as vezes critica mas esquece de olhar o que realmente foi feito de verdade. E foi feita muita coisa nesses últimos tempos. A gente observa muito isso quando vem alguém de fora, um colega que já passou por aqui, porque nós no dia-a-dia muitas vezes deixamos de perceber. Aí o colega vem e diz: Mas em Conquista já tem isso? Conquista já faz isso?. Então, a Saúde em Vitória da Conquista tem uma força muito grande.” (E22)

“Acho que o carro-chefe da propaganda política foi a Saúde. (...) Na parte da Saúde, você compara, anos atrás era Itabuna. Itabuna hoje até a emergência da Santa Casa fechou. Todos os hospitais fecharam a emergência. Hoje a emergência de Itabuna só funciona no Hospital Geral [público]. O que não acontece aqui em Conquista. A gente mandava paciente daqui para Itabuna e agora está sendo o contrário.” (E21)

“A população começou também a entender que essa lógica de política inverteu. Quer dizer saiu de uma inexistência de uma política de saúde para uma política de saúde em que você retomava a cidadania. Que o povo não precisava de nenhum intermediário para marcar sua consulta. Não precisava de nenhuma interferência externa para usar o serviço. Isso aí a população reagiu de forma muito positiva. Tanto que as eleições, essas eleições foram marcadas inclusive com um fator muito forte que foi a ação da política de saúde.” (E2)

A implantação do SUS em Vitória da Conquista, de certa forma, questiona e enfrenta o poder simbólico do sistema de saúde. A Saúde tem historicamente sido tratada enquanto mercadoria no sentido capitalista, mercadoria de alto preço e taxa de retorno bastante alta para os médicos e os hospitais. O novo sistema quebra simbolicamente o efeito de manutenção dos interesses conservadores a partir da utilização clientelista forte do setor saúde e por outro lado mexe no lucro e no poder dessa mercadoria.

Ao viabilizar acesso a Saúde como bem universal, comum, necessário, disponibilizando a toda a população como parte do cotidiano vai alterar substancialmente a vida da população, especialmente daqueles setores historicamente excluídos dos bens e serviços existentes na sociedade.

“Quando a gente vai debater a política, naquele momento pré-eleitoral, a população para e reflete. (...) quando eu pergunto, por exemplo: há quanto tempo vocês não bebem um anjinho aqui? (...) então eu chego hoje em qualquer comunidade de Vitória da Conquista, em qualquer, a mais distante, a mais pobre, mais fragilizados socialmente, economicamente e pergunto há quanto tempo não têm licença de beber um anjinho? Ah! Aqui acabou!” (E1)

“Como eu tenho um monte de parente lá também, eu não tinha só a percepção de quem estava dentro da Secretaria. Eu ouvia todos os meus parentes de direita reconhecendo que estava acontecendo uma mudança significativa. Quando eu estava fazendo minha tese, tive uma experiência muito significativa. Eu tinha que fazer um exame de imagem e me dirigi ao serviço de excelência que meu

convênio pagava. Chegando lá, as pessoas que estavam lá eram em sua maioria pacientes do SUS. Claro que não perdi a oportunidade de saber como elas estavam se sentindo assistidas. E eram pessoas da zona rural que não tinham a mínima dificuldade de ter acesso aquele serviço. Eram pacientes portadores de câncer de colo de útero que estavam lá para fazer o procedimento de acompanhamento, segmento da sua doença. Isso chamou muito minha atenção também.” (E30)

Tais resultados, o impacto expressivo destas ações e serviços nas condições de vida da população associados a benefícios oriundos de outras políticas sociais, como educação, assistência social, saneamento, habitação, entre outros, levou o município a apresentar grande evolução nos principais indicadores sociais.

“Vitória da Conquista deu saltos enormes no ranking do IDH na Bahia. O elemento mais fundamental para que isso ocorresse foi esse papel da Saúde”. (E6)

A política implantada no setor saúde conseguiu construir um forte consenso entre os quadros da rede pública de saúde, tanto na equipe dirigente e técnicos do nível central, quanto com grande parte dos trabalhadores que atuam nas unidades de saúde, na defesa deste projeto. Esta defesa terminou gerando um engajamento político intenso da maioria destes profissionais com vistas a reeleger o projeto do “Governo Participativo” e buscar eleger representantes ligados a este projeto de saúde no poder legislativo.

Estes propósitos têm sido bem sucedidos com três reeleições do grupo condutor deste governo. Além disso, foi alcançada a eleição e reeleição de Guilherme Menezes como deputado federal e de Waldenor Pereira (ex-Reitor da UESB) como deputado estadual. No legislativo municipal representantes deste grupo da saúde conseguiram ser eleitos: Lygia Matos (2000-2004 e 2005-2008), Josete Menezes (2004-2008) e Ademir Magalhães (2009-2012). Este processo levou até a alcunharem esta militância setorial com sendo um “partido da saúde” ao interior do conjunto das forças que dão sustentação ao “Governo Participativo” em Vitória da Conquista.

“Esse núcleo ganha uma dimensão social, passa a ser visto socialmente. E ser legitimado socialmente. Isso vai desdobrar na eleição de Lígia Matos com uma votação extraordinária. Vai se desdobrar com o fato de que quando fazíamos algumas pesquisas para perguntar à população, para avaliar alguns setores do governo, a população tinha uma avaliação bastante positiva dos segmentos da saúde. Até quando você avaliava a visibilidade dos secretários, o secretário da saúde era o que tinha maior visibilidade e mais legitimidade do ponto de vista do governo.” (E6)

“Nós tivemos e temos ainda um grupo extremamente qualificado e comprometido, seja do ponto de vista técnico, seja do ponto de vista político-ideológico, seja do ponto de vista do compromisso social com a população. Possuímos dirigentes com essas três grandes características. Alguns, inclusive, são oriundos de ambientes completamente despolitizados. Foi a paixão pela Saúde, foi a experiência coletiva que os tornaram realmente comprometidos. Esses são os dirigentes responsáveis pelo nosso Sistema Municipal de Saúde. Naturalmente houve algumas substituições, mudanças, trocas, perdas. Alguns companheiros não puderam continuar à frente do projeto, mas deixaram um grupo muito coeso, muito diversificado, plural e com muita gente capacitada. Temos, agora, um momento de estabilização nesse quadro de dirigentes. Passamos por algumas dificuldades em função da perda de alguns quadros. Mesmo assim estamos reconduzindo e revelando novas lideranças profissionais, novas lideranças gerenciais e capacitando e qualificando cada vez mais o conjunto dos atores. Assim, poderemos ter um projeto contínuo sempre, independentemente de quem estiver nesta ou naquela função. (E3)”

Cabe registrar que os avanços do Governo Participativo não se deram exclusivamente no setor saúde. Muitos dos projetos levados a cabo por outros setores do executivo municipal têm uma forte interface com a saúde, com impacto importante na qualidade de vida e saúde da população, reduzindo os riscos existentes e potencializando os determinantes positivos da saúde.

“Fora da Secretaria de Saúde? Eu considero que alguns programas que foram implantados têm uma relação direta com a Saúde. Vinculados à área da Educação, por exemplo, temos a educação de jovens e adultos, a alfabetização, a educação no campo, o programa do Segundo Tempo, um programa federal. Eles têm uma relação direta com a melhoria das condições de Saúde da população. Temos programas vinculados à área de Desenvolvimento Social, como o PET, que também tem relação direta com a melhoria das condições de Saúde da população. Ainda destacaria uma série de programas na área de Saneamento, como a melhoria do saneamento de vários bairros e logradouros da cidade, que foram idealizados especialmente a partir da posse do presidente Luís Inácio Lula da Silva. Aqui em Vitória da Conquista estão sendo realizados investimentos de reordenamento urbano; de recuperação da pavimentação; de esgotamento sanitário; de implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água, inclusive com financiamento da FUNASA; de construção de mercados de carne, de melhoria nas condições das feiras livres. Temos a construção e, agora, a recente recuperação e estruturação do matadouro frigorífico municipal. Ou seja, segundo grande investimento feito em um matadouro num espaço de tão pouco tempo. No campo da Habitação Popular são mais de mil residências populares construídas recentemente. Construímos a Bacia das Bateias, que tem uma importância fundamental no escoamento das águas pluviais, o que, é claro, se relaciona com o saneamento da cidade. Esses foram os programas que me vieram à cabeça, mas sei que outros tantos estão sendo desenvolvidos. No campo

da Agricultura Familiar, por exemplo. Todas essas políticas repercutem positivamente na melhoria das condições de Saúde da nossa população.” (E17)

As mudanças geradas em Vitória da Conquista pelo governo municipal a partir de 1996, mesmo após tantos anos, e muitas vezes rompendo com a lógica conservadora de gestão pública, alteraram completamente as principais políticas públicas, com repercussão expressiva na vida da população conquistense.

“Quem era Conquista há oito, dez anos? Quando eu voltei para cá, inclusive não me esqueço disso, o pessoal da limpeza pública estava em greve, e com os salários atrasados só tinha lixo na cidade. Então, a gente pode ver aspectos: melhorou na questão do aterro sanitário, reciclagem do lixo. O pólo de Educação nem se fala. A diferença em dez anos que eu voltei é imensa. Economicamente eu acredito que tenha mudado muito com relação à agricultura familiar. Acho que há incentivo nesse aspecto. E acho que tem melhorado realmente a vida das pessoas.” (E12)

“Porque por mais que a gente pense que a população só enxerga obras prédios, coisas faraônicas, elefantes brancos, mas eles conseguem enxergar, também o outro lado. Se você investe em política de base, Saúde, Educação, a população reconhece, e reconhece muito. Tanto é que a gente brinca aqui que a Saúde é o carro-chefe da administração pública aqui de Conquista. Realmente foi um avanço que ninguém pode negar. Ninguém. Desde o morador da comunidade rural mais distante até o morador aqui do centro.” (E13)

9.8 Requalificação e ampliação das demandas por saúde

Uma questão que se coloca no cenário atual do Sistema Municipal de Saúde de Vitória da Conquista de forma marcante, aparecendo como preocupação da maioria absoluta dos entrevistados, é o enfrentamento da contínua ampliação das demandas na área da saúde e como tratar estas demandas frente à limitação de recursos para seu atendimento.

O termo “demanda” tem o sentido de ir em busca de um bem ou serviço de saúde. É a necessidade que se transforma em ação. A demanda está relacionada tanto à necessidade como à oferta. A percepção de um problema de saúde gera demanda, mas também a existência de um serviço provoca demanda. (PEREIRA, 1995, p.524)

Cabe registrar que as demandas prioritárias em cada conjuntura dependem por um lado do quadro de morbidade e mortalidade da população, mas de forma mais intensa dependem do nível já existente de capacidade de respostas a estas demandas, das ações e serviços de saúde viabilizados, a capacidade instalada assegurada, seu grau de cobertura e qualidade prestada, e, portanto, das demandas já atendidas, que em geral, terminam sendo incorporadas ao cotidiano da população, dando lugar a novas demandas. Portanto a geração de novas demandas é um processo que dificilmente poderíamos esperar que tivesse fim, por mais que os investimentos avancem para atender aquelas priorizadas em cada momento.

“Sabemos que as demandas são infinitas. Quando a população atinge um patamar de atendimento na área da Saúde, da Educação, do Social, qualquer recuo é considerado uma derrota. Por outro lado, esse patamar não complementa ou esgota as outras demandas. A população passa a ver o governo pelas demandas não-atendidas e não pelas atendidas. É um drama que vivemos: estar em constante evolução, transformação, em constante capacidade de atender novas demandas que a população coloca. Não só por dentro dos serviços colocados, mas também por outras áreas que a população passa a exigir.” (E3)

“A grande questão é que por mais que tenha se ampliado a oferta dos procedimentos, a oferta dos serviços, de uma maneira geral, a Saúde tem uma característica muito própria de que quanto mais se implanta os serviços, mais demanda se gera por um serviço mais especializado. O que ocorre é que a gente,

por mais que se tenha avançado, ainda tem uma demanda que é maior do que a oferta, especialmente nos últimos anos.” (E15)

A ampliação das demandas termina superando a capacidade do poder público de respondê-las, especialmente no caso do SUS, que se propõe a assegurar atendimento universalizado e gratuito, com um espectro tão amplo de ações e serviços de saúde a serem asseguradas a toda a população. A qualificação do sistema de saúde vai, portanto, atrair novos usuários, tanto entre segmentos da população que não usavam determinados tipos de procedimentos pelo SUS, quanto residentes em outros municípios que anteriormente estavam excluídos do acesso a estes serviços ou o utilizavam em outros centros, como na capital do estado. Dessa forma a própria qualificação da rede vai gerar aumento de demanda e colocar em risco sua sustentabilidade. Dessa forma, cada serviço colocado à disposição, a partir de determinado momento pode não conseguir atender a demanda reprimida que passa a procurá-lo e ter acesso, criando, depois de certo tempo, uma crise de legitimidade.

“O sistema foi crescendo até que chegou a um ponto de saturação. Então ele começa a ter problemas graves (...), a questão das demandas. Elas são novamente maiores do que a velocidade de resposta do Estado. Em um certo momento aquele sistema que atende hoje um grande número de pessoas, passou a ser muito demandado, não só localmente, mas por outros lugares. (...) ele foi utilizado por pessoas que tinham acesso a outras formas de Saúde.” (E6)

“Eu mesmo já procurei, sem utilizar em nada o fato de eu trabalhar na Prefeitura (...) e foi mais rápido marcar pelo SUS do que por outra via. Esse sistema tinha uma eficácia. Isso faz com que em um aperto da classe média, (...) ela comece a substituir o sistema privado por esse sistema [SUS].” (E6)

“O bom atendimento gerou o aumento da demanda. Se hoje realmente nós temos alguns desvios é porque a demanda ampliou e não houve realmente uma correspondência a esta demanda. (...) Claro que isso é resultado do bom trabalho e da procura crescente pelos serviços, inclusive pela população de outros municípios.” (E28)

Assim, mesmo em um cenário mais favorável do ponto de vista da disponibilidade de recursos necessários para a expansão da oferta, a tendência é de que diversos processos venham a levar a que as demandas ultrapassem a oferta possível de ser assegurada, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo.

Como há grandes limitações de financiamento no sistema público de saúde isso se torna ainda mais grave, sendo o crescimento dos recursos aplicados insuficiente para assegurar uma expansão crescente da oferta e sua diversificação e complexificação. Cabe lembrar que as limitações da disponibilidade de recursos humanos especializados geram barreiras ainda maiores para superar esta relação e oferta e demanda.

“Isso faz com que se tenha uma demanda muito grande no serviço. Em certo momento, essa demanda ultrapassa a oferta e começa a criar-se na população, aquela questão simbólica que falei no início. Uma sensação de que o serviço está estagnado, o serviço não tem a mesma força, a mesma dinâmica, a mesma pujança que tinha antes. Isso aparece claramente. Esse processo é real, é visível, ele mostra que o Estado brasileiro tem algumas limitações para ampliar cada vez mais esse acesso à Saúde, até por questão de financiamento.” (E6)

“Elas [as demandas] passam a ser mais qualificadas. Então você encontra alguns limites no sistema hoje. (...) Vamos imaginar que o Estado brasileiro colocasse mais recurso, mais recurso e ampliar. Como você universalizaria no sentido em que todo mundo passaria a utilizar só o sistema público hoje?” (E6)

“Claro que houve um aumento substancial da demanda e não há uma correspondência de recursos para bancar esse atendimento e, por força dessa realidade, a qualidade também cai. (...) De fato, houve uma queda substancial tanto quantitativamente quanto qualitativamente.” (E17)

Com o passar do tempo e a ampliação das ações e serviços de saúde pelo SUS a tendência é de que as demandas pautadas sejam mais complexas e, portanto mais difíceis de serem atendidas. Em um município como Vitória da Conquista, que alcançou uma grande capacidade instalada, qualquer redução da oferta é percebida facilmente como uma perda e a não continuidade da expansão no ritmo anterior passa a idéia de estagnação ou de perda de priorização.

“A queixa como sempre é porque a demanda cresce demais. E aí, é aquela história: aumenta a fila.” (E25)

“Você tem limitações que não dizem respeito apenas à situação de Vitória da Conquista. Não se tratam de coisas que possam ser resolvidas pura e simples localmente. São gargalos da política geral e a cidade encontra isso. Nas últimas pesquisas que tenho feito, as pessoas começam a perceber. O nível de aceitação do sistema cai e começam a fazer críticas mais fortes a aspectos do sistema. Interessante que a crítica mais forte que encontrei nas pesquisas diz respeito, sobretudo à entrada no sistema. (...) Quando você é atendido pelo médico a aceitação é muito alta. As pessoas inclusive se maravilham.” (E6)

Cabe ressaltar que as forças que pressionam por ampliação da oferta de ações e serviços de saúde têm além da população como geradora de demandas um papel muito decisivo das corporações profissionais, especialmente médicos (enquanto prescritores e demandadores de procedimentos) e as corporações empresariais, que tensionam para vender mais e oportunizar serviços e produtos mais onerosos (e com maior margem de rentabilidade) ao sistema público de saúde. Assim, demandas de maior complexidade e custo mais elevado muitas vezes (ou mesmo em geral) são objetivadas pela atuação destas pressões corporativas. Ganhou destaque no último processo eleitoral para a Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista o fato da oposição pautar uma forte crítica ao sistema municipal de saúde pelo fato de não realizar transplantes de órgãos no município até então.

“Acho que Conquista está enfrentando um momento muito frágil com essa questão do estrangulamento. Estou até um pouco assustada com a questão que nós chegamos nesse momento com o município. Acho que perdemos a mão em muitas coisas por conta de múltiplos fatores. Acho que o principal é o financiamento. Está muito difícil manter o sistema com qualidade e ampliação. Não falo mais nem em ampliação, mas as forças para ampliação existem de todos os lados. Tem o corporativismo profissional, o mercado de trabalho empurra para que o sistema cresça. Tem a demanda da população que empurra para que o sistema cresça. Tem a rede privada, que empurra para que o sistema cresça. Então ele sofre uma pressão e ao mesmo tempo é criticado por todos esses segmentos por não dar contento aos diferentes desejos de cada um desses segmentos. Mas, na realidade, todos pressionam a ampliação do sistema.” (E9)

“Ao mesmo tempo em que há elogios daqueles que têm a capacidade de acesso, há também a crítica daqueles que não conseguem o atendimento, a internação, a realização da cirurgia. Ou seja, houve um crescimento significativo, em progressão geométrica da demanda, graças à possibilidade concreta da oferta do serviço e até pela revelação daqueles que tiveram o acesso. Do elogio da possibilidade de acesso e um crescimento aritmético da oferta de serviço. Então essa contradição, esse contraponto entre o crescimento assustador da demanda e a capacidade do atendimento, está gerando em grande desgaste, especialmente para o sistema aqui de Vitória da Conquista.” (E17)

Outro aspecto a ser registrado é um deslocamento das demandas da área de saúde para atendimento por parte de outras políticas públicas sob gestão municipal. Em Vitória da Conquista, a demanda por intervenções em infraestrutura urbana é um bom exemplo. Tal processo guarda relação com o potencial existente em cada conjuntura para captação de recursos junto a outras esferas de governo e órgãos

financiadores de políticas públicas. Nos últimos anos houve, por um lado, uma forte ampliação da disponibilidade de recursos financeiros para ações de saneamento, infraestrutura viária urbana e habitação popular, enquanto não ocorreu um crescimento substantivo do aporte de recursos para a área de saúde. Assim, passa a idéia de que a política de saúde perdeu espaço, deixou de ter a prioridade devida, em detrimento de outras áreas, quando se trata, na verdade, de um processo relativo frente a viabilidade de expansão de políticas públicas que até então estavam bastante represadas.

“No caso específico de Vitória da Conquista, na medida em que a política de Saúde foi incorporada a um elemento da política municipal, em um certo momento começou a aparecer outras demandas. Tipo a questão da infraestrutura urbana. (...) você tem um deslocamento para esta área. Sobretudo quando já temos o Governo Lula, que facilita acesso a algum recurso para infraestrutura. Por exemplo, asfalto, drenagem. Isso que antes a Prefeitura não tinha acesso. (...) você tem um deslocamento do eixo central da política no sentido daquilo que é mais financiado. Não quer dizer que é mais financiado por recursos da própria Prefeitura. Mas que na busca de recursos novos a Prefeitura consegue.” (E6)

“A questão da Saúde, a Secretaria de Saúde, a Política de Saúde, fica mais secundarizada. Tem uma espécie de eclipse que reduz a visibilidade desse elemento Saúde, apesar da sua grande importância. Contudo, me parece que na última campanha eleitoral, a Saúde tinha uma espécie de retorno político bastante alto. Mesmo se você vê o resultado eleitoral de pessoas que tinham alguma vinculação com a Saúde, você nota que tinha uma legitimidade bastante grande.” (E6)

9.9 Saúde como motor do desenvolvimento local e regional

Em geral o setor saúde, e o Sistema Único de Saúde (SUS) em especial, é visto apenas pelo seu potencial de atender às demandas por ações e serviços visando reduzir os riscos de adoecimento, diagnosticar danos já instalados e recuperar a capacidade produtiva e de reinserção social dos pacientes acometidos de problemas de saúde.

Contudo, este setor tem um grande potencial enquanto propulsor do desenvolvimento econômico e social local e regional, gerando empregos em grande quantidade, com postos de trabalho bastante diversificados, desde aqueles que não requerem qualificação formal prévia (como os agentes comunitários de saúde), até postos que demandam trabalhadores com alto nível de especialização. Além disso, na saúde a incorporação tecnológica não tem sido fator de desemprego. O setor saúde pode ter (e em geral tem tido) impacto importante distribuindo renda e mobilizando uma cadeia produtiva com interfaces com várias áreas da economia, comércio, serviços, construção civil e indústria.

O conjunto dos entrevistados destacou o grande papel exercido pela implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista para o processo de desenvolvimento local e regional.

“Acredito que foram dois os principais vetores de expansão do desenvolvimento econômico regional. Um deles foi a Saúde, porque essa gestão plena, tendo em vista a pactuação com mais de sessenta municípios, tem representado uma dinamização grande da economia. Não só pelo oferecimento dos serviços de Saúde, pela especialização do serviço, pela implantação de novas clínicas e novos hospitais, com serviços altamente especializados. Mas também pela contribuição indireta, complementar de outros segmentos: o hoteleiro, o comércio, atividades de serviço e transporte, estão ganhando enormemente com essa ampliação. Hoje, eu, inclusive, tenho os dados estatísticos que comprovam essa afirmação. Vitória da Conquista teve um crescimento significativo dos serviços de Saúde, na participação da economia local e regional. Temos ainda o comércio como principal atividade econômica desse município, dessa região, mas a atividade de serviços, especialmente na área da Saúde, experimentou um

crescimento significativo a partir da implantação da Gestão Plena em nosso município. É importante destacar também que, em segundo lugar, foi, sem dúvida, o pólo educacional universitário que também tem permitido, tem se construído como um vetor de expansão da economia local e regional. E é importante destacar que a atividade de Saúde, a Gestão Plena de Saúde, acabou colaborando e contribuindo também com a expansão do ensino universitário na área de Saúde, a exemplo da instalação do campus da UFBA, e da instalação de outros cursos de Saúde tanto na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia quanto em instituições privadas.” (E17)

“A Saúde produz um efeito na cidade, um mercado profissional, uma demanda de consumo pela cidade e pela Saúde. Os nexos, os convênios, as parcerias que estabelecemos na montagem do sistema legitimou nosso sistema na relação com outras instituições parceiras que serviram, agora por uma decisão nacional, para transformar Vitória da Conquista em um grande pólo de formação científica e tecnológica, que é a presença da UFBA e do CEFET, para falar na área pública. Posso me referir aqui aos cursos de Saúde das particulares. (...) Essa presença, essa capilaridade, essa irradiação multifatorial, recortando os diversos níveis da realidade, com a explosão da procura na cidade, que tem uma cadeia já no espaço urbano, na explosão da construção de edifícios, na construção civil, de programas federais. Os indicadores estão dizendo é uma grande cidade para investimento, para se viver, para se procurar emprego, para a qualidade de vida. E a nossa ação política em função dessa projeção da cidade em outras áreas: na área de Saneamento, de Urbanização, de Habitação Popular. Os indicadores sociais têm sido a base.” (E3)

A ampliação e concentração de recursos financeiros no poder público viabilizada com a municipalização da saúde, associada a um modelo de implantação do SUS que impulsionou a abertura de muitos serviços criando capacidade instalada pública e ainda contratando serviços privados de forma complementar, gerou grande número de postos de trabalho com forte impacto na distribuição de renda.

“Eu acho que o modelo do SUS, porque tem isso também, acho que não é só o sistema em si, mas o sistema como implantado em Vitória da Conquista. Porque concentrou no Poder Público um conjunto de recursos, responsabilidades e ações. Por isso, houve uma universalização à Atenção Básica com a locação e contratação de profissionais. Uma folha que monta por ano, em torno de R\$ 45 milhões. Uma folha, portanto, extremamente distribuidora de renda e oportunidades. Esses recursos, quando aplicados dessa forma, significaram empregos para quase duas mil e quinhentas pessoas. Esses empregos refletiram no padrão de renda das famílias, no padrão de oportunidade das famílias. Significou a vinda de profissionais qualificados para a cidade. Ou seja, a construção de um mercado de classe média baixa e alta. Essa folha foi indutora de outras ações e serviços gerando empregos, gerando renda para inúmeras pessoas. Por outro lado, como o orçamento de Saúde é o dobro do da folha, houve a contratação de serviços, o oferecimento de oportunidades para outros profissionais que também redundaram em geração de renda para outras pessoas e outros grupos sociais. Essa foi a lógica da Saúde, da Educação. Foi a lógica dos programas sociais. Mas, sobretudo da Saúde, que foi a base financeira do município. Anteriormente, esses recursos estavam dispersos em vários fornecedores, mais concentrados do ponto de vista da apropriação privada. Não gerava renda, empregos, qualidade, serviços, demanda.” (E3)

“A gente sempre diz que a Saúde foi o carro-chefe para Conquista. E na questão do desenvolvimento do município ela também foi fundamental. Foi a partir da

implantação do sistema que vieram para cá novos quadros, novas clínicas, novos profissionais. O dinheiro da Saúde tem ficado aqui e isso tem movimentado a cidade como um todo. Veio a Universidade Federal, o mercado imobiliário não pára de crescer e tudo isso gera trabalho, gera emprego. Então, o social também tem se desenvolvido.” (E5)

“Quando a gente tem uma Unidade de Saúde num povoado as pessoas parecem a acreditar mais naquilo. Então, você olha pro lado daqui a pouco aparece um mercadinho, uma vendinha. O outro começa a pintar a casa dele também, para ficar bonitinha, ali na praça próxima ao posto. É uma coisa que mexe com a auto-estima das pessoas e acaba se refletindo em renda.” (E13)

Este grande conjunto de postos de trabalho gerados levou a uma atração importante de profissionais qualificados que vieram atuar no município, movimentando o comércio e demandando outros serviços. Também a ampliação do número de pacientes em busca por atendimento, originários de outros municípios, exerce uma forte indução para alavancar esta espiral produtiva ascendente.

“Distribuição de renda. Porque quando o serviço público de Saúde melhorou, veio muita gente de fora para ser atendido em Conquista. E isso traz novos recursos, nova tecnologia. Muitos dos que saíam de Conquista para fazer tratamento fora passaram a ficar em Conquista, e isso melhorou, certamente, contribuiu para melhorar, a renda na cidade ficando muitos recursos aqui. Se esses recursos ficam aqui, eles são automaticamente distribuídos para a população.” (E23)

“Agora você imagine a quantidade que veio de profissionais para cá. Imagine aí, 420 agentes comunitários. Imagine a quantidade de médicos, enfermeiras, assistentes de enfermagem. Imagine a quantidade de dinheiro que a Secretaria movimentou comprando no comércio local. Imagine a quantidade de empresas que se estabeleceram aqui para poder prestar serviço para a Secretaria de Saúde. O orçamento da Secretaria de Saúde mais tudo aquilo que movimentou. Eu acho que teve uma grande mudança econômica aí. (...) A expansão urbana que foi construída nos últimos tempos. Porque Vitória da Conquista se transformou numa cidade boa para morar, que começa a oferecer cursos na área federal fruto da política de saúde implementada.” (E2)

“Este sistema tem uma importância muito grande no desenvolvimento econômico, sim. Tem por quê? Porque nós temos hoje em Vitória da Conquista uma ampliação muito grande das clínicas que prestam serviço nas mais variadas especialidades. Isso é notório. Nós temos hoje uma população médica, uma população de enfermeiros, de fisioterapeutas que não tínhamos até um passado recente. Tudo isso é em função de um trabalho de uma cidade que apresenta este potencial. E que isso foi muito bem aproveitado de alguma forma. Se está melhorando a parte econômica do município, seguramente está contribuindo para a melhoria no campo social. Tanto isso é verdade que a chegada dos cursos de Saúde para Vitória da Conquista é realidade. O curso de Medicina. Os novos cursos de Saúde que estão sendo implantados até mesmo em escolas privadas. (...) Acho, ainda, que Vitória da Conquista será, muito em breve, um grande centro de Saúde. Não somente pra atendimento, para tratamento de saúde. Vitória da Conquista tem condições de ser um grande centro de produção de conhecimento na área da Saúde.” (E28)

Cabe ressaltar que várias políticas sociais se articulam com o setor saúde e na conjuntura atual, especialmente com as políticas implantadas pelo Governo Lula,

viabilizaram um forte papel dinamizador da economia local com transferência de renda e geração de outros postos de trabalho.

“O Social foi o núcleo dinamizador da economia, gerando empregos, renda, serviços. Desencadeou uma divisão social do trabalho, eu diria uma cadeia de ações e serviços que cria uma rede de possibilidades. Potencializa uma série de complementariedades. Pequenos serviços, pequenos empreendimentos, micro empreendimentos. Tudo isso em torno desses serviços de Saúde. O Social se constitui no pólo do Desenvolvimento Econômico. É algo que está ao alcance do Brasil com o Bolsa Família, o Luz para Todos, a Agricultura Familiar. São ações, entre outras, de transferência de renda, mas que se tornam rendas produtivas. A partir delas que pequenos estabelecimentos, pequenos arranjos produtivos estão surgindo no Brasil inteiro. A Saúde atingiu esse papel decisivo nos anos de 1997 até 1999, quando houve a Gestão Plena. O município passou a concentrar e alavancar e atrair recursos.” (E3)

“São efeitos extraordinários que sinalizam claramente a vocação de Vitória da Conquista como uma cidade prestadora de serviços. Já era uma cidade com forte perfil de intermediação comercial com uma presença significativa na agricultura. Temos agora, a Saúde e a Educação como motores do desenvolvimento econômico e social de todo o Sudoeste da Bahia.” (E3)

A capacidade instalada viabilizada pelo Sistema Municipal de Saúde e a política adotada pela gestão municipal de contribuir e até mesmo induzir a abertura de cursos de nível superior para formação de profissionais de saúde gerou outro grande vetor de expansão da economia local. O surgimento de novos cursos superiores públicos e privados criou também novos postos de trabalho e mobilizou o consumo e os serviços locais a partir das necessidades de docentes e alunos que vieram a se instalar no município.

“Há também toda uma repercussão para além da Saúde. Há criação de empregos; geração de renda; possibilidade profissional; um ambiente acadêmico interagindo com o Sistema Único de Saúde; um convênio com a Universidade Federal da Bahia; a própria vinda do curso de Medicina para a UESB; a vinda da Universidade Federal da Bahia para a região com oito cursos previstos para os próximos três anos; o CEFET, que começou os cursos superiores com Engenharia Elétrica, mas outros cursos virão, inclusive pensando em uma interação com o Sistema de Saúde; a rede privada se fortalecendo com serviços de alta tecnologia. Então, nosso projeto teve um efeito multiplicador. Não apenas nas pessoas, nos indicadores de saúde, mas também nos padrões socioculturais e tecnológicos da Saúde como um todo em Vitória da Conquista.” (E3)

“Eu acho que a implantação do SUS em Vitória da Conquista provocou profundas marcas no desenvolvimento econômico, porque é uma cidade que se sustenta pelos serviços de economia do terceiro setor - comércio e serviços - e como o sistema de Saúde funciona lá melhor do que em qualquer outra parte do estado, viabilizou a implantação dos cursos de ensino superior que tem um poder simbólico talvez maior que o do setor de Saúde. O fato de a UESB ter criado o curso de Medicina, da UFBA estar indo para lá, o CEFET. Todo aquele entorno se

consolidou como um pólo de serviço de educação e ensino. Ensinos de Saúde que tem tudo a ver com a implantação do SUS.” (E30)

“Não querendo puxar sardinha para nossa brasa, mas acho que o Sistema de Saúde foi vital para fomentar esse movimento e desenvolvimento do município. (...) Conquista hoje está se transformando em um pólo de Educação, de ensino. Um pólo de formação universitária. E eu não tenho dúvidas nenhuma ao afirmar que isso foi graças ao Sistema Municipal de Saúde, às políticas implantadas no município. (...) A gente começou a trabalhar com a formação de quadros no Sistema de Saúde. E isso deu credibilidade na relação entre a Academia e o serviço. A gente valorizou muito essa relação, não só com a UFBA, mas também com a UESB, com as faculdades privadas que começaram a trazer cursos na área de Saúde exatamente por encontrar um campo fértil pra essas profissões.” (E4)

“Hoje, Conquista está se tornando um pólo de Educação. Principalmente em cursos ligados à Saúde. Com a implantação dos cursos de Medicina, alguns cursos de Enfermagem e, hoje, acho que tem crescido muito em relação a isso. Acho que a Saúde hoje tem condições de ser campo de estágio de muitos estudantes. Nós vivenciamos essa realidade com estudantes de Medicina já há três anos na unidade que é campo de estágio. Se não tivéssemos o sistema de Saúde montado, isso seria totalmente inviável em Vitória da Conquista.” (E12)

“Acho que foi um salto imenso. E tem também a abertura dessa gestão para o campo de estágios de universidades e escolas técnicas. No passado isso não era possível se permitir com a estrutura que se tinha. Hoje nós temos 90 alunos de medicina espalhados pelas unidades de Saúde da Família. Nós temos outra quantidade grande que eu não sei precisar de alunos de enfermagem e de curso técnico também nessas unidades. Isso é um ganho imenso para a gente.” (E29)

Por outro lado, cabe registrar que também outros projetos com relação com a saúde que estão em curso, especialmente nas áreas de saneamento e habitação têm reflexos diretos no desenvolvimento local e contribuem em mão dupla com a saúde. De um lado a expansão do setor saúde gera demandas de intervenções desse tipo e do outro estes investimentos favorecem a atração de novos profissionais e viabilizam infraestrutura urbana adequada com impacto nas condições de saúde.

“Porque foi este tamanho, esta Gestão Plena, este modelo que construímos, que nos fez alavancar investimentos fora dos recursos da Saúde, no sentido de emendas parlamentares para a construção de unidades habitacionais, unidades de Saúde, programas outros de outros fundos do Ministério, que nos enviam pela transferência direta que nós conseguimos. O aterro sanitário, Saneamento Básico. Muitas outras fontes. Alavancamos mais recentemente também projetos de captação de esgoto de uma área socialmente excluída. São elementos que ajudam nessa interface para melhorar os índices de salubridade da nossa população. Tudo isso só foi possível a partir dessa política de assumir a Gestão Plena nessas características da hierarquia, da priorização do básico, da assistência lá na ponta, dos serviços lá na ponta, do sistema de vigilância à Saúde, do controle das endemias, do controle das causas primeiras até chegar à Saúde Hospitalar. Esse modelo não só trouxe em si, mas produziu efeitos externos na alocação de outros recursos na nossa cidade.” (E3)

Por todos estes aspectos anteriormente elencados torna-se evidente nas falas dos atores entrevistados o papel desenvolvido a partir do setor saúde para superar o processo de estagnação econômica e social que Vitória da Conquista vivia antes do “Governo Participativo”.

“Conquista hoje é um canteiro de obras por conta disso. O comércio de Conquista hoje, os hotéis, as pensões, os restaurantes, as lojas. É shopping abrindo. Então, foi assim um boom. (...) Essa pessoa que vem do interior ele vem fazer o exame, mas ele faz a feira do mercado, ele se hospeda numa pensão, ele compra no comércio. Então, a Saúde é como um imã realmente para a economia da cidade.” (E22)

“Eu já falei que Conquista hoje é um pólo de saúde, mas não era antes. Se transformou depois que o sistema público foi implantado, porque aí os prestadores privados começaram a buscar alternativas e implantaram novos serviços, serviços mais especializados. Isso porque passamos a atender toda a região. Tem médico vindo de todos os cantos do Brasil trabalhar aqui, implantar seu negócio aqui. E a construção civil? Eu trabalho com imóveis e nunca se viu construir tanto como hoje e a procura também aumentou. A cidade deu um salto de qualidade, tem emprego que antes não tinha, tem um desenvolvimento que antes não tinha. E tudo isso por causa da saúde, não há outra explicação.” (E18)

“Acho super importante porque com o crescimento da Saúde, o volume de pessoas que passaram a vir para Vitória da Conquista aumentou muito. A gente vê que aumenta muito o fluxo de pessoas. A gente vê que trouxe faculdades de Saúde. E com as faculdades, vieram os estudantes. E com os estudantes, a necessidade de pousadas, apartamentos e construções. Então, de dois anos para cá a gente vê uma diferença muito grande da cidade. Ontem, me chamou a atenção um amigo que saiu daqui e foi morar em Barreiras e voltou ontem para cá. Não vinha à cidade há dois anos e ele se surpreendeu como a cidade cresceu e se desenvolveu a olhos vistos. A parte física mesmo, sabe? De construção e tal. Isso tem um atrativo muito grande. Para o comércio é super importante.” (E8)

Mesmo a vereadora de oposição entrevistada reconhece a grande contribuição da Saúde a partir do processo de municipalização levado a cabo pelo governo municipal para o desenvolvimento social e econômico do município.

“Tem sido muito bom porque nossa cidade desenvolveu muito em matéria de construção civil. Aumentou o número de clínicas. A Rua Otávio Santos hoje... Antes só tinha residências, hoje só tem clínicas. Aumentou muito. E isso é fundamental para Vitória da Conquista, sem falar nos cursos que vieram: UFBA, Curso de Medicina, essa coisa toda. Conquista está desenvolvendo muito devido à essa questão da política de Saúde Pública.” (E16)

9.10 Dificuldades para sustentabilidade financeira

Vitória da Conquista, como demonstrado anteriormente através dos dados dos principais sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) e através das falas dos entrevistados, atores fundamentais deste processo, apresentou uma grande expansão da capacidade de oferta de ações e serviços de saúde em todos os níveis, desde a atenção básica até a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, se legitimando enquanto importante pólo regional de serviços de saúde.

Esta capacidade instalada pública e a oferta privada contratada demandam para sua manutenção e continuidade da assistência prestada um grande esforço envolvendo um amplo e diversificado conjunto de profissionais e um fluxo de aquisição e disponibilização de insumos e medicamentos adequado, exigindo, portanto, uma importante aplicação de recursos financeiros.

O padrão atual de recursos disponíveis tem se mostrado insuficiente frente às grandes necessidades, a elevada inflação do setor saúde e ao baixo nível de financiamento aportado pelas três esferas de governo na saúde. Este processo gera diversos problemas, desde dificuldades para manter regularmente a oferta de serviços, o abastecimento dos mesmos e viabilizar salários em padrões de mercado que contribuam para manter o quadro de servidores, evitando alta rotatividade e a motivação do conjunto dos trabalhadores e a adesão dos mesmos ao projeto.

*“Então, já que o modelo se mostrou extremamente eficiente, demanda muitos esforços dos profissionais, e demanda uma logística muito grande, precisa ser melhor apoiado financeiramente por parte dos governos Federal e Estadual. Acho que essa experiência brasileira do PSF é definitiva. Só temos que lutar com os prefeitos do Brasil inteiro para que tenhamos mais recursos e, assim, dar continuidade a todo esse avanço que construímos aqui ao longo desses anos.”
(E3)*

“Eu acho que o nosso sistema continua sendo uma referência nacional. Basicamente, nós temos apenas duas questões que nos preocupam constantemente. A primeira é a do financiamento. Essa não podemos abrir mão. O

padrão de financiamento do nosso sistema, ele deixa muitas incertezas, dúvidas. Porque o volume dos serviços, a qualidade dos serviços, a intensidade dos serviços, estão todos montados, estruturados ao longo desses anos, estão funcionando aí metodologicamente do meio correto. O nosso único desafio é conseguir mais recursos para manter esses serviços com a qualidade de sua implantação e para oferecer mais serviços. Porque o que é bom as pessoas procuram. Acho que esse é um padrão recorrente na Saúde, em qualquer área, mesmo na particular, privada. As pessoas procuram, os municípios querem pactuar. Então esse é o nosso primeiro desafio. O desafio de termos mais recursos para o financiamento de um sistema permanente. O outro, que eu diria que não é problema, é manter a motivação e o envolvimento dos profissionais, dos agentes, dos sujeitos, dos atores diretos comprometidos em uma dimensão ética, profissional e em uma dimensão social.” (E3)

“Talvez o problema financeiro tenha agravado bastante. Talvez tenha desanimado muita gente porque a gente não consegue fazer as coisas como fazia antes. Às vezes compra de material, esses negócios. Sempre influencia. Talvez o crescimento, não tem como parar o crescimento da Saúde, esse grande avanço. Porque é uma coisa necessária.” (E10)

A quase totalidade dos entrevistados registrou preocupação importante com a sustentabilidade financeira do sistema municipal de saúde em Vitória da Conquista. Muitos relataram o impacto que a escassez do financiamento vem determinando nos últimos anos, comprometendo a oferta existente, limitando ou mesmo impedindo a capacidade de ampliação e levando a uma queda da qualidade dos serviços.

Tal situação guarda característica peculiar pelo fato de que o modelo aplicado pelo município para construção do sistema municipal de saúde teve opção de criar uma capacidade instalada pública municipal robusta, com grande número de serviços próprios e elevado quantitativo de trabalhadores da saúde contratados pelo município.

“Acho que nós temos avançado muito, temos hoje uma rede de saúde invejável, com serviços de grande qualidade prestados à população, agora, acho que por conta da crise financeira que a Secretaria de Saúde enfrenta, tendo um déficit em suas contas, tendo necessidade de equilibrar essas contas, isso tem feito com que de certa forma o sistema como um todo perca um pouco de qualidade. Sobretudo do ponto de vista da oferta dos serviços.” (E15)

“Hoje: falta de medicamento, falta de médicos em determinados postos de Saúde. Nós tivemos uma fase melhor. E hoje é essa a grita na cidade: por falta de médicos nos postos de Saúde e por falta de medicamentos” (E24)

Estas repercussões se fazem sentir através de crescente insatisfação dos usuários, compromete as relações internas na gestão da Secretaria Municipal de Saúde e a relação entre o governo municipal e o conjunto dos trabalhadores da

saúde e limita a governabilidade de um sistema de saúde que já tinha alcançado um nível importante de cobertura e complexidade.

“Nós temos uma crescente insatisfação dos usuários, quer pela redução da oferta, quer pela demora em se agendar determinados procedimentos. Então, acho que a gente vive um momento de dificuldade e teremos que buscar mecanismos no sentido de superar essas dificuldades. Porque aquilo que foi algo extremamente positivo para o governo municipal, hoje, do que tenho conversado, do que tenho colhido com diversas pessoas, acho que é um dos pontos de desgaste.” (E15)

“É como se tivéssemos algumas coisas que hoje não temos mais. Tínhamos algumas conquistas anteriores que não conseguem mais determinadas facilidades que tinham antes no acesso. Isso tudo fica comprometido. Do ponto de vista político, isso é muito ruim. Porque compromete o projeto. Do ponto de vista interno, de relação, também é, porque de certa maneira, nos últimos anos, isso tem comprometido a relação interna da Secretaria de Saúde, dos próprios gestores, das coordenações, das gerências, enfim... E agora chega o momento do comprometimento na relação com os trabalhadores de Saúde. Isso macula um pouco do que nós falamos antes. Que era o que nós tínhamos de forte, dos principais atores que contribuíram para o Sistema. Hoje isso está um pouco comprometido.” (E4)

“Eu vejo que o grande feito do município foi a universalização do acesso da população aos serviços de Saúde. E o município se constitui como ator político e estratégico na região. Ao mesmo tempo isso gerou governabilidade para o município, mas ao mesmo tempo limitou essa governabilidade porque a escassez do financiamento que está fora do controle dos governantes do município gera uma eterna e permanente tensão entre o desejo político de ampliar sistematicamente a oferta com a escassez de recursos financeiros. Acho que isso é uma coisa importante.” (E30)

Trabalhadores das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e outros entrevistados referem às dificuldades resultantes da grande rotatividade de profissionais, em especial de médicos nas equipes de saúde da família, referem insatisfação com os atuais níveis salariais, considerando que ocorreu um “achatamento” do padrão de remuneração dos trabalhadores, apontando ainda preocupação com a crescente desmotivação dos profissionais e perda de vínculo entre trabalhadores e usuários.

“No período da implantação nós vivemos um período de paixão. Para trabalhar nesse Programa a gente precisa ter um perfil. Então a gente se apaixonou, vestiu a camisa. (...) O que a gente tem sentido hoje é que os problemas começaram a aparecer por causa da inconstância do profissional médico no município, a rotatividade desses profissionais dentro da equipe. (...) Tem também os nossos salários. Na época em que foi implantado nós tínhamos salários que eram vantajosos (...). Hoje houve um achatamento muito grande. Isso tem levado a uma inconsistência das pessoas no trabalho, uma desmotivação, uma rotatividade de profissionais, porque a gente tem que ter um vínculo com a comunidade e, de repente, essa rotatividade tem gerado problema na quebra desse vínculo com a comunidade.” (E14)

“A rotatividade de profissionais, também. Principalmente da categoria médica, tem sido grande para algumas equipes, algumas instituições. Eu acho que isso se caracteriza num problema porque você cria um vínculo, investe num profissional que não fica. Então, a Secretaria permite que ele faça cursos, treinamentos e especializações, e essas pessoas, depois, simplesmente vão embora sem retribuir ou restituir o investimento que o município fez.” (E13)

“Em relação aos trabalhadores, tem aquele orgulho de ser profissional de Saúde em um SUS que é totalmente diferente de qualquer pedaço do estado da Bahia. Acho que é um fator simbólico muito importante. Ao mesmo tempo em que há esse sentimento, há uma grande insatisfação em relação a precarização do trabalho. As pessoas sempre cobrando por concurso. E na época que eu estava lá, certa insatisfação com os níveis salariais. O município conseguiu começar com um patamar interessante e diferenciado, mas inclusive com o próprio Projeto Saúde Bahia do Estado, que começou a pagar muito para o pessoal ao redor [o Estado disponibilizou bolsas para os médicos dos pequenos municípios vizinhos], foi uma coisa totalmente desagregadora. Muita gente boa saiu por uma diferença de R\$ 2 mil, e muita gente voltou porque não valeu a pena entrar não sei aonde para fazer algo sem nenhuma condição técnica. Acho que tem uma relação um pouco ambígua com isso, que acho que é própria do trabalhador de Saúde.” (E30)

Também no setor privado contratado pelo Sistema Único de Saúde em Vitória da Conquista se fazem sentir as queixas quanto à insuficiência dos recursos financeiros que se refletem em baixos valores pagos pelos procedimentos realizados, na escassez de recursos para custeio frente à crescente complexidade dos problemas atendidos pelos serviços onerando as unidades contratadas que muitas vezes terminam com patamares de despesas superiores aos pagamentos recebidos.

“Em relação ao repasse de recursos aos hospitais públicos da nossa cidade. Usualmente esses recursos são insuficientes para atender à sua demanda. E, muitas vezes, se faz um atendimento e o valor recebido não é equivalente ao que deve ser recebido. Eu acho que talvez esse seja o maior problema que a gente enfrenta hoje.” (E28)

“O principal problema que eu vejo é a falta de recursos e continuidade dos processos iniciais. O Ministério da Saúde, como fonte pagadora, ele incentiva que os municípios... ele inicia alguns serviços. Aí vêm os recursos adequados para a construção, mas não vêm os recursos adequados à manutenção (...). Infelizmente, como eu volto a dizer, não existe nunca recursos suficientes para a Saúde. Os problemas que nós tínhamos há oito anos nós não temos hoje, mas hoje nós temos problemas mais caros (...). Como Conquista é uma cidade diferenciada no aspecto de gestão, porque ela é bem gerida, é bem dimensionada; o que falta em Conquista são os recursos.” (E23)

Tais problemas vão ter também repercussões internas no governo, na relação com outras secretarias, especialmente com a de finanças, surgindo embates em busca de alternativas. De um lado a Secretaria Municipal de Saúde buscando

ampliar o percentual de aplicação dos recursos do Tesouro Municipal para além dos patamares mínimos exigidos constitucionalmente para a Saúde, e de outro recebendo forte pressão para contenção e “enxugamento” da oferta de ações e serviços de saúde, com vistas a tentar equilibrar a equação entre despesas e receitas.

“De 1997 até 2002 a Política de Saúde é a prioritária do governo. Neste tempo, nós conseguimos garantir as conquistas e garantir essa priorização de uma forma muito efetiva, muito clara. De metade de 2002 para cá começamos a ter algumas dificuldades. Principalmente a partir de 2003. Então, agora a política social do governo, e não só a Saúde, é prioridade. Mas se analisarmos no ideário da gestão municipal, até pelo próprio grupo gestor, secretariado, enfim, hoje existe uma relação muito direta da questão do comprometimento do financiamento. Na área da Saúde, a tentativa, principalmente nos últimos dois anos, era de certa contenção. Uma tentativa de enxugamento e contenção. Começamos a ter alguns comprometimentos da resposta que gostaríamos que a Saúde tivesse junto à população. Ficou comprometido. Acho que não podemos dizer que deixou de ser prioridade. Prioridade é quando todos os esforços estão direcionados para que se mude essa realidade. E vemos que nós temos alguns embates que são grandes dentro da gestão municipal. Principalmente com Finanças. Aquela velha lógica: Finanças existem para arrecadar e o entendimento de Finanças é que Saúde, Educação, Desenvolvimento Social existem para gastar.” (E4)

“Mas hoje uma questão grave que a gente briga dentro do governo, é que os 15% ainda são vistos como teto. Ninguém enxerga como piso. Acho que não é só Vitória da Conquista, a Secretaria de Conquista, que vive esse drama, mas maioria dos municípios brasileiros tem a limitação dos recursos financeiros. O nosso município é um município pobre, semi-árido. O forte da economia é o comércio. Não temos riquezas naturais ou nada mais que possa ser agregado à receita. Só o orçamento da Saúde corresponde a 40% do orçamento da prefeitura.” (E4)

“Às vezes, a impressão que dá é que existe um pouco de ciúme em relação à Secretaria de Saúde no sentido dos gastos. Todo mundo fala: “Ah, a Saúde gasta demais”. “É para onde vão todos os recursos da Administração Pública, é para a Saúde”. “Os melhores salários são dos funcionários da Saúde”. Então, tem isso. A gente que está trabalhando sente muito, principalmente quando você vai buscar o apoio.” (E13)

Esta situação é extremamente complexa de ser enfrentada, especialmente em virtude do tamanho da capacidade instalada pública municipal que foi viabilizada, do padrão de qualidade e resolutividade implantados, do amplo espectro de ações e serviços existente e do papel de Vitória da Conquista para oferta de serviços especializados na área de saúde enquanto pólo macroregional, envolvendo quatro microregiões do Sudoeste Baiano que dependem deste sistema de saúde.

“O que parece é que os nossos esforços devem ser de conter a Saúde para ajustar o governo. Isso compromete porque, para fazer isso hoje, ou cortamos o serviço ou sucateamos. Não tem saída. Acaba comprometendo medicamento, material, relação de trabalhadores, a questão de salário. Isso compromete o sistema como um todo. Compromete o cerne porque se você não tem aliados, os que eram outrora aliados passam a ser pessoas que podem não estar no campo dos opositores, mas passam a dar voz e vez aos opositores. O sistema não está funcionando como outrora e isso traz muitas dificuldades para a gestão.” (E4)

“Eu acho que o Sistema de Saúde de Vitória da Conquista, na verdade, foi um modelo. Um trabalho pioneiro, podemos dizer, na Bahia e no Brasil. Que serviu de inspiração para modelos de vários outros municípios se estruturarem. E é uma responsabilidade muito grande que este governo tem de não deixar esse sistema desmoronar. Porque essa perspectiva pode sim acontecer. Tanto a questão de vontade política, de financiamento. A gente hoje no nível central vê isso com preocupação. A sustentabilidade desse sistema municipal que tem papel super importante na região, na Bahia. É uma perda, um dano irreparável o comprometimento deste sistema. (...) Então, a gente lamenta a forma que está sendo conduzida a prioridade da Saúde hoje em Vitória da Conquista.” (E8)

Além das alternativas mais imediatas como aumentar os recursos próprios aplicados em saúde, a qual é limitada pelas carências do município, e do corte de serviços, difícil de ser implantado frente ao impacto assistencial e político que isso representaria, aparecem entre os entrevistados a necessidade de ampliar a busca da ampliação dos repasses de recursos federais, a indicação de ações para qualificação dos gestores, com vistas a melhorar e aperfeiçoar ainda mais a gestão local da saúde e a ampliação de parcerias fortalecendo a relação com outras instituições, especialmente as universidades públicas.

“Não são só alternativas financeiras, de financiamento. Essa é uma briga constante que temos dentro da bipartite: estar buscando o Ministério, tentando ver alguma saída. Melhorar a gestão, otimizar a gestão, fechar alguns rachas que observamos estar presentes em alguns pontos. Capacitar mais os gestores, trabalhar com a questão da qualificação dos gestores que é tudo na Saúde. Mas isso só não vai dar conta. Porque não podemos ficar limitados à questão do financiamento. É uma questão de postura, de entendimento do processo. Porque se o financiamento melhora, a gente só vai trabalhar bem no sistema se o financiamento for a contento. E nunca vai ser.” (E4)

“Então, eu acho que as alternativas para buscar essa sustentabilidade existem. Eu acho que a própria implantação da Escola de Medicina da UESB. A própria implantação dos cursos na área de Saúde que estão sendo propostos pela UFBA aqui em Vitória da Conquista, e outros que certamente virão - até mesmo da iniciativa privada - são fundamentais. São alternativas importantes para tornar a Saúde em Vitória da Conquista e região, sustentável. Seguramente essas novas alternativas ligadas à Saúde vão permitir que nós possamos não só avançar no atendimento à população, mas também aprimorar a tecnologia alcançada na área de Saúde.” (E28)

Mesmo sabendo que os resultados de políticas públicas que tenham impacto na qualidade de vida da população podendo implicar em redução das necessidades de ações curativas assistenciais só poderiam ser alcançadas a médio e longo prazo, estas medidas também são apontadas por alguns dos entrevistados.

“Na minha opinião não há outra alternativa que não seja a ampliação dos recursos para manutenção e investimentos. Sinceramente, eu não vejo como cortar serviços nessa altura. O corte de serviços representa, naturalmente, a redução de atendimento, o que é inconcebível, porque concretamente a população necessita desses serviços. Então, só vejo duas saídas: a ampliação de recursos para manutenção e investimento e, é claro, a implementação de outras políticas públicas que melhorem a qualidade de vida da população, como, por exemplo, os investimentos em saneamento, em habitação popular, geração de empregos e ampliação de renda, que como se sabe, reduz a necessidade de serviços de Saúde. A população uma vez mais saudável reduz, diminui a demanda por serviços de Saúde. Mas como essas possibilidades são de médio prazo, os impactos não são imediatos, em curto prazo a saída seria trabalharmos firmemente para ampliarmos os recursos para manutenção e investimentos.” (E17)

9.11 Dilemas para a continuidade do projeto

Entre as dificuldades impostas a deficiência do padrão de financiamento é a que mais apareceu no discurso dos entrevistados. Contudo, despontam com importância nas falas destes atores diversas preocupações, tanto como o futuro do Sistema Municipal de Saúde implantado em Vitória da Conquista, quanto com a continuidade do projeto político que vem sendo conduzido pelas forças sociais que desde 1996 assumiram a gestão municipal.

A própria longevidade do “Governo Participativo”, que neste momento atravessa o primeiro ano de sua quarta gestão à frente do município gera apreensão sob seus rumos futuros. Afinal são poucos os municípios brasileiros que já experimentaram no passado recente, pós governo militar, a continuidade de um mesmo grupo político por quatro gestões levando a dezesseis anos consecutivos de administração municipal, e mais raro ainda sendo este grupo conformado por forças de esquerda, em que a grande vitrine eleitoral é especialmente formada pelos resultados em termos de mudanças na qualidade de vida da população.

Cabe lembrar que depois de tantos anos, grande parte do eleitorado não viveu o cenário anterior de carências e não acompanhou a implantação progressiva das políticas públicas levadas a cabo pela gestão municipal, pelo fato de que eram bastante jovens ou por terem vindo residir no município mais recentemente. Mesmo os que vivenciaram todo o processo estão expostos ao risco de se iludirem com discursos populistas ou serem ludibriados pelo progressivo esquecimento natural pelo distanciamento temporal do processo.

O desgaste de uma continuidade tão longa de gestão pode levar a um enfraquecimento e fracionamento do grupo dirigente, a uma burocratização da gestão com perda da capacidade de politização das ações no cotidiano, um esgarçamento das alianças forjadas que permitiram sua sustentação e até mesmo, um esgotamento do projeto político se o mesmo não consegue se renovar e atualizar.

“No nosso caso, uma cidade que nos últimos dez anos, onze anos, passou uma revolução na Saúde e Educação, e na plástica urbana, está querendo mais. E esse querer mais implica em recursos, em novas fontes de financiamento, que muitas vezes o padrão de repasse dos governos federal ou estadual, não mantêm. Só a política pode resolver esse desafio. Podemos politizar nossas ações, construir uma aliança estratégica independente da não-possibilidade transitória do atendimento de algumas questões. É vital para que o projeto continue. Mas nós temos ainda muito fôlego, muita base social, para continuar como direção política do município. O que pode levar a uma preocupação maior é se o grupo não continuar unido. Essa permanência, ao longo do tempo, cria distensões, que se tornam responsáveis pelo enfraquecimento do grupo original. Em Porto Alegre, ocorreu isso. Em certa altura, uma unidade formal mais do que uma unidade real sentida, do grupo dirigente do PT em Porto Alegre, contribuiu para que houvesse um fracionamento das energias e das forças sociais no entorno do projeto. Nosso esforço é para que continuemos um grupo coeso, um grupo forte. Do ponto de vista da minha ação, farei de tudo para superar essas dificuldades. Sobretudo, estou trabalhando em duas grandes frentes, que é a frente na ação junto ao ministério e as alternativas locais que entre nós, na gestão, na melhoria dos indicadores de controle dos nossos organismos, na racionalização de algumas atividades, para ver se mantemos um bom padrão de funcionamento.” (E3)

“Acho que o governo perdeu essa aliança [com a população]. São dez anos de gestão que, em minha opinião, posso estar divagando aqui, poderiam ter articulado politicamente melhor essa sociedade, ponderado melhor essa sociedade. Ela, na realidade, sempre foi muito aberta. (...) Eu acho que já perdeu, mas não em um grau que comprometa não enxergar que alguma coisa foi feita. É presente ainda. Não perdeu totalmente, mas acho que a população está caminhando para um desgaste. Eu acho até que é natural em todas as administrações de muito tempo.” (E9)

“A prefeitura hoje, que aí vai refletir o esgotamento do modelo. Vai refletir o esgotamento das pessoas. Eu acho que tem que oxigenar. Tinha que mudar aí. Botar uns camaradas para um lado, outros camaradas para outro. Tem que ter uma mudança. O projeto político não está esgotado. Ele não está esgotado porque nós não perdemos o grande eixo que nos move. Não é esgotamento do projeto, é esgotamento das pessoas e da relação das pessoas com os postos que elas estão ocupando. Quer dizer, nós precisávamos ousar mais, investir mais nas pessoas e acreditar mais nelas, e dizer: O momento nacional que é de destruição de qualquer utopia, nós temos a nossa”. É aquela coisa de dizer que o sonho ainda não acabou. Seu Toninho ainda deita e sonha às seis horas da tarde.” (E2)

“O que eu acho é que não é esgotamento de projeto político. Eu acho que os conceitos de que a defesa da liberdade, a luta contra a opressão, a construção da democracia, a luta pelo socialismo, não acabaram. (...) Tem que continuar a luta porque nós precisamos construir essa sociedade para os nossos filhos, e nós não podemos dizer que em cima da nossa acomodação a gente não pode fazer o melhor. Eu acho que a gente pode fazer o melhor. A gente pode mobilizar mais, e

a gente pode mostrar às pessoas que há uma esperança política e que nós somos diferentes.” (E2)

Com a importância que a saúde teve para o fortalecimento do projeto político do governo municipal, o enfraquecimento do sistema local de saúde pode gerar danos à continuidade do projeto de governo. É sintomático o aparecimento entre alguns dos entrevistados de críticas a uma “centralização” da gestão da Secretaria Municipal de Saúde e sinalizarem para uma falta de capacidade desta secretaria de lidar com o próprio crescimento, perdendo de certa forma, vitalidade nas relações internas.

“O papel da Saúde foi vital. A Saúde se transformou no que chamamos de carro-chefe da administração. E isso fortaleceu o projeto político. Porque durante todos esses anos foi o que deu mais visibilidade ao governo, o que deu mais visibilidade ao projeto político. Ele se fortaleceu em cima desse processo. A questão central é que hoje a gente sente esse projeto enfraquecido e não é coincidentemente que a Saúde está enfraquecida. Essa falta de compreensão de que as coisas estão bem amarradas, bem atadas. Então, se o sistema de Saúde começa a ser comprometido em algum momento por questão do financiamento, do entendimento, da condição, fatalmente o projeto político também fica. Porque um dos elementos fortes, a indução que a Saúde fez dentro do projeto político, foi vital para que o projeto avançasse. Porque foi a área que mais teve visibilidade, que mais projetou o governo.” (E4)

“Acho que a administração hoje é centralizadora, trabalha em cima dessa questão política, dessa articulação. Ela não ouve. Quando ela chama para reunião dos quadros é para passar informes. Sempre para passar informes. As decisões não são feitas de forma a dar acesso à participação de todos. Uma administração centralizadora ao máximo.” (E9)

“Não sei se até pelo próprio crescimento da secretaria, hoje está caminhando tudo isolado. A gente não tem notícias mais dos outros setores. A não ser alguns que às vezes você tem uma amizade, você vai e frequenta. Mas hoje você não tem mais essa relação de encontrar, de saber o que está acontecendo, o que foi implantado. Hoje se perdeu. Perdeu muito dessa relação. E essa relação era importante, eu acho. Você chegar no setor e saber tudo sobre ele. Você teria que saber tudo do setor, da secretaria. E hoje você não sabe o que a prefeitura está fazendo ali do outro lado.” (E10)

Também chama atenção que este cenário de dificuldades na sustentação financeira do Sistema Municipal de Saúde levou até a expressão de receio sobre possíveis repercussões negativas para os processos eleitorais que estariam por vir em 2006 (deputados, senador e governador) e em 2008 (prefeito e vereadores).

“Essa dificuldade temporária que a Saúde atravessa hoje também terá repercussão negativa nos resultados eleitorais dessa próxima eleição, tanto para o companheiro Guilherme Menezes, quanto para a minha candidatura. Talvez até muito mais para a minha. Porque para a candidatura de Guilherme, a população

ainda vincula: “Com doutor Guilherme era diferente!”, e isentam Guilherme das responsabilidades atuais. Eu, como mais vinculado diretamente ao prefeito E3, acredito que serei mais penalizado no julgamento da população com essas dificuldades temporárias que a Saúde vem atravessando, até por força do próprio crescimento do serviço e das dificuldades que advêm dos tantos serviços que foram ampliados. E que a população passa a cobrar, naturalmente, dos novos serviços, que se não existissem, a população sequer teria conhecimento, e talvez não estivessem cobrando a existência deles.” (E17)

Alguns entrevistados (tanto gestores quanto trabalhadores), apontando grande compromisso com a continuidade do projeto e apostando na superação das dificuldades enfrentadas pelo Sistema Municipal de Saúde, apontaram a necessidade de renovar a “paixão”, construir novos projetos, reaquecer a politização da gestão, e outros consideraram que a superação da “fase da paixão” implicaria em uma fase de “maturidade e compromisso”.

“A paixão vem nesse contexto. Se a gente tem esses dois elementos, a paixão a gente descobre, tem que redescobrir algumas formas do enamoramento. Porque já está dito que se não tivermos imaginação, nós entramos em crise. Precisamos superar esse realismo da imaginação. A imaginação tem que ser um pouco além do dia-a-dia para aguçarmos a paixão, os sentimentos, e novas idéias, novos projetos. Além do pragmático, do racional, do planejamento, da obrigação do gestor. Você tem que ter esses elementos subjetivos por trás da política. E que não seja o subjetivo de cada um, mas sim o subjetivo mais coletivo, mais grupal. Por tudo isso, acredito que nós conseguiremos superar provisoriamente as dificuldades. E no conjunto do governo, como está em jogo o projeto, temos outras conquistas, outros avanços em outras áreas que, com sinergia, manteremos o grupo atuante e motivado.” (E3)

“O PSF é um programa que ainda pode dar certo. É um programa que a gente, todos nós, como profissionais, passou de uma fase, a fase da paixão, e estamos numa fase agora de que precisamos viver não da paixão mais, mas pela maturidade e pelo compromisso.” (E14)

Cabe lembrar que apesar da ansiedade presente nas falas de grande parte dos atores em relação à continuidade do projeto do “Governo Participativo” quando entrevistados em 2006, após aquele momento dois processos eleitorais foram efetivados. O primeiro em 2006 teve não apenas a reeleição de Guilherme Menezes para deputado federal e de Waldenor Pereira para deputado estadual (ambos com votações bastante expressivas), mas também mudou o cenário político baiano com a vitória de Jaques Wagner para governador do Estado, derrotando o grupo conservador até então hegemônico, além da reeleição do Presidente Lula. Em 2008

Guilherme Menezes foi reeleito prefeito de Vitória da Conquista com ampla maioria de votos e a sua coalisão fez pela primeira vez maioria ampla na Câmara de Vereadores do município.

Estes resultados eleitorais implicaram em alterações importantes na relação entre o governo municipal e o estadual e nas políticas levadas a cabo pela gestão estadual a partir de 2007.

Mesmo com todas as dificuldades e dilemas vivenciados pelo Sistema Único de Saúde em Vitória da Conquista, fica evidente no discurso dos entrevistados a força mantida pelo projeto político, a vitalidade vivenciada pela cidade, que cresce em todas as suas dimensões e a possibilidade do sistema municipal de saúde enfrentar estes desafios e se superar construindo sua continuidade.

“Esse foi uma marca do processo inicial e sem esse compromisso, esse envolvimento, sem essa dimensão, evidentemente que a Saúde não terá mais serviços, mais recursos, mais tecnologias. A Saúde se faz, sobretudo, com pessoas. É claro que você pode ter uma Saúde burocrática, muitos serviços com a população razoavelmente satisfeita, mas o sistema talvez não funcione plenamente sem esse compromisso. E, esse compromisso, acreditamos que é resultante de vários aspectos para com a relação governo com profissionais de Saúde. Que parte pela questão salarial, profissional, que volta para a questão do financiamento, mas passa também - e isso talvez seja o indicador mais importante e singular de Vitória da Conquista - é que temos oportunidade, instrumentos, caminhos e espaços que nenhum outro município tem. Temos uma cidade que cresce do ponto de vista econômico, do ponto de vista social, que está explodindo no ponto de vista cultural e científico e eu tenho discutido isso diretamente com nossos colaboradores, militantes, e com nossos parceiros, colaboradores da área de Saúde, que muitas vezes, um salário que não é aparentemente aquilo que o profissional espera, mas você tem a cidade em uma verdadeira explosão de oportunidades profissionais, de projeção profissional, de projeção como cidadãos. Uma cidade que tem esses componentes.” (E3)

10. Discussão

Os resultados identificados no presente estudo atestam os avanços obtidos na Saúde em Vitória da Conquista com a implantação do Sistema Municipal de Saúde no período analisado.

Tais avanços tiveram como consequências aumentos de eficiência, qualidade e equidade, apresentando mecanismos e processos mais efetivos de gestão da saúde.

Os dados analisados permitiram evidenciar uma substancial melhoria da performance do sistema de saúde em Vitória da Conquista com ampliação da receptividade da gestão do SUS para com as necessidades locais (implicando em ganhos de efetividade e equidade), da responsabilização do sistema de saúde para com seus usuários (com melhoria efetiva do cuidado prestado), da utilização dos recursos do sistema de saúde local (ampliando tanto em direção do aumento de eficiência quanto de equidade) e da qualidade do cuidado oferecido nos serviços de saúde.

Diversos estudos e pesquisas têm sido feitos sobre aspectos relacionados à implantação do sistema municipal de saúde em Vitória da Conquista durante as gestões do “Governo Participativo” (1997-2000, 2001-2004 e 2005-2008).

Alguns deles foram levados a cabo por atores que participaram diretamente do processo. Entre estes destacamos: CUNHA & SOLLA, 2001; MOLTENI et al., 2002a; MOLTENI et al., 2002b; QUEIROZ JÚNIOR & SOLLA, 2001; OLIVEIRA & GUSMÃO, 2004; SOLLA & MENEZES, 2000; SOLLA et al., 2002; SOLLA & COUTO, 2002; SOLLA, 2002; SOUZA & SOLLA, 2001; e TEIXEIRA & SOLLA, 2003.

Outros estudos foram efetivados como dissertações de mestrado ou teses de doutorado, entre eles: FONSECA, 2007; GOULART, 2002; MEDINA, 2006; PESTANA, 2002; VILASBÔAS, 2006; SILVA, 2002; SILVA, 2003; TEIXEIRA, 2001 e TEIXEIRA, 2004.

Todas estas investigações destacaram resultados positivos alcançados pela gestão local do SUS, corroborando com os achados da presente investigação. Cabe destacar que este rol de pesquisas abarcou diversos aspectos da gestão do sistema municipal de saúde: saúde da família, vigilância sanitária, imunização/cobertura vacinal, controle de hipertensão arterial e de outras doenças, participação social, regulação, controle, avaliação e auditoria, informatização, relação público/privado, dispensação e suprimento de medicamentos, vigilância à saúde, financiamento, planejamento, etc.

A situação de saúde em Vitória da Conquista no período estudado apresentou evolução bastante positiva com melhora progressiva dos principais indicadores de morbidade e de mortalidade da população residente no município, com substantiva alteração do perfil epidemiológico.

Foi observado um eficiente controle das doenças imunopreveníveis, inclusive com ausência de casos de sarampo e de tétano neonatal nos últimos anos, em função da elevada cobertura vacinal alcançada pela rede municipal. Também foram verificados bons resultados no controle de tuberculose, hanseníase, dengue (com baixos índices de infestação predial e de ocorrência de casos), HIV/AIDS (transmissão vertical zerada), tratamento de todos os casos de leishmanioses diagnosticados, avanços no diagnóstico e tratamento das hepatites, entre outras doenças prioritárias.

O município apresentou redução da taxa de natalidade, na proporção de mães adolescentes, grande redução da taxa de mortalidade infantil (inclusive com queda também na taxa de mortalidade neonatal), do coeficiente de mortalidade infantil proporcional e da taxa de mortalidade materna.

Houve importante melhoria na informação em saúde, reduzindo em geral a subnotificação e caindo pela metade a proporção de óbitos por causas mal definidas. O perfil atual de mortalidade no município tem predomínio bem marcante das doenças do aparelho circulatório, seguidas das causas externas e das neoplasias.

Houve uma gigantesca ampliação do acesso da população as ações e serviços de saúde. A gestão municipal conseguiu montar uma potente rede básica priorizando a estratégia de saúde da família, alcançando em 2007 um total de 37 equipes em atividade, cobrindo toda a zona rural e grande parte da área urbana, atuando em unidades de saúde bem estruturadas do ponto de vista físico e de equipamentos, além de seis centros de saúde, cada um deles com território de abrangência definido e população adscrita.

O sistema municipal de saúde intensificou a atuação através das vigilâncias epidemiológica e sanitária, implantou medidas visando incorporar o acolhimento no conjunto da rede, priorizou um amplo conjunto de ações preventivas e alcançou resultados positivos em diversas avaliações realizadas, tendo conseguido atingir as metas estabelecidas pelo Pacto pela Saúde em 2007 para 2/3 dos indicadores, sendo que para os demais teve resultados próximos do programado.

Houve um gigantesco aumento da oferta de procedimentos na atenção básica prestada pela rede pública municipal, incluindo consultas médicas básicas e

procedimentos odontológicos. A ampliação da rede básica possibilitou entre outros resultados um importante aumento da proporção de nascidos vivos filhos de mães que haviam feito quatro ou mais consultas de pré-natal.

O progressivo aumento da cobertura e da qualidade e resolutividade da atuação das equipes de saúde da família geraram entre a população acompanhada aumento da cobertura vacinal, do aleitamento materno e da cobertura de pré-natal, além de ter sido acompanhada por grande redução da prevalência de desnutrição em crianças.

A ampliação do acesso também se deu de forma marcante na atenção ambulatorial especializada, acompanhada de correção de distorções no padrão de oferta anterior. Houve aumento de consultas médicas em diversas especialidades, a maioria delas que não era sequer oferecida antes da gestão plena municipal, e dos diversos grupos de procedimentos de diagnose e terapêutica especializada.

Foram implantados na rede pública municipal diversos serviços especializados (inclusive em odontologia) e centros de referência (reabilitação física, saúde auditiva, saúde do trabalhador), um potente laboratório central, duas unidades da Farmácia Popular do Brasil, SAMU, centro de diagnóstico por imagem, pronto socorro municipal, banco de leite humano e centros de atenção psico-social, entre outros. Na área de saúde mental foram alcançados expressivos resultados com redução de internações psiquiátricas e mudança no perfil dos pacientes internados a partir da implantação dos serviços substitutivos.

O sistema municipal de saúde passou a incorporar procedimentos de alta complexidade, anteriormente inexistente, entre eles, tomografia, quimioterapia,

radioterapia, ampliou a oferta de hemodiálise e em 2008 estavam em processo de credenciamento serviços de alta complexidade em neurocirurgia e cardiovascular.

Houve marcante inversão da proporção da oferta especializada ambulatorial entre a rede pública e a privada, invertendo o jogo com o crescimento vigoroso da oferta pública, a partir da implantação dos novos serviços pelo município.

As internações hospitalares reduziram no geral em mais de um terço em relação a oferta anterior, sendo ainda maior para as pediátricas e no caso das psiquiátricas dois terços deixaram de existir. Neste cenário de redução de internações a rede pública hospitalar cresceu sua oferta mais do que dobrando o número de internações realizadas nestas unidades, não apenas em função do aumento de oferta no hospital estadual (mais recentemente), como principalmente pela retomada do Hospital Esaú Matos para a gerência e gestão municipal e sua reforma, ampliação e requalificação.

Esta unidade hospitalar municipal hoje é responsável por quase metade das internações na rede pública, possui a única UTI neonatal da região sudoeste do Estado da Bahia, é referência para gravidez de risco e alcançou avaliação bastante positiva junto à população local e de usuários oriundos de outros municípios.

A gestão municipal pautou firmemente a incorporação de mecanismos de regulação, controle, avaliação e auditoria, implantando de forma pioneira na Bahia, entre outras medidas, uma Central Informatizada de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados (incorporando toda a agenda destes procedimentos ofertada na rede pública e privada), Central de Leitos, licitação para contratação de serviços privados, médicos supervisores nos hospitais, autorização prévia de internações eletivas com avaliação dos pacientes e ouvidoria municipal.

Com estas ações conseguiu reconfigurar a oferta prestada pela rede privada contratada, praticamente suprimir cobranças de taxas aos usuários e fraudes ao sistema de saúde, além de tomar para a gestão pública o controle de quais procedimentos são feitos e quais pacientes têm acesso a estes procedimentos, além da garantia de que foram efetivamente realizados.

Os fluxos estabelecidos pelos mecanismos de gestão facilitaram enormemente o acesso dos usuários aos procedimentos especializados e a internações hospitalares, permitindo que a rede básica seja efetivamente a principal porta de entrada do sistema de saúde, sendo a partir dela viabilizada o acesso aos demais níveis. Também permitiu pacientes de outros municípios passarem a ter possibilidade de utilizar os serviços especializados neste pólo regional com o acesso previamente agendado pela articulação de cada secretaria de saúde dos municípios pactuados.

Assim, foi constituído um sistema de referência com quotas mensais para consultas médicas e procedimentos especializados definidas mensalmente para cada unidade básica de saúde e equipe de saúde da família de Vitória da Conquista e para cada município pactuado cujo acesso é feito mediado pela Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados.

A rede de serviços de saúde configurada pela gestão municipal em Vitória da Conquista foi marcada pelas seguintes características principais:

- 1) Atenção Básica – 100% oferecida nas unidades de saúde da rede pública municipal, sendo empregada a estratégia de saúde da família como prioritária para buscar cobertura universal, viabilizando a rede básica como porta de entrada do sistema de saúde, reduzindo a desigualdade na oferta, priorizando a implantação

das equipes de saúde da família (ESF) na zona rural, áreas de assentamento e periferias urbanas anteriormente desassistidas, enquanto que para algumas áreas mais centrais o atendimento básico se dá em centros de saúde que contam com agentes comunitários de saúde (ACS) e territorialização definida com adscrição de clientela;

2) Atenção Especializada – criação de capacidade instalada pública em áreas essenciais para qualificação do sistema de saúde e oferta em lacunas anteriormente existentes (consultas médicas especializadas, UTI, gravidez de risco, saúde mental, odontologia especializada, serviço de atendimento pré-hospitalar, saúde do trabalhador, etc.); oferta pública reguladora nas áreas de apoio diagnóstico – laboratório central, centro de diagnóstico por imagem, etc.; a contratação privada sendo preconizada como complementar; assume a concepção de que para regular a atenção especializada não é indispensável ter 100% de oferta pública, mas sem nenhuma oferta pública não se viabiliza força de gestão para exercer papel adequado de regulação, com grande risco de os prestadores de privados de serviços de saúde definirem as regras do jogo na ausência da ação pública e de alguma capacidade de oferta;

3) Atenção Hospitalar – evitar superposição de papéis entre as unidades hospitalares, sendo a rede conformada por 3 hospitais gerais com urgência/emergência geral (um público estadual, um filantrópico e um privado), um hospital municipal materno-infantil com atenção qualificada ao parto e ao recém-nascido e emergência pediátrica, um hospital psiquiátrico público estadual (único em todo o Sudoeste do Estado) em processo de redução progressiva do número de internações, e outras unidades complementares atuando especialmente em internações pediátricas e cirúrgicas eletivas; presença de supervisão hospitalar e

regulação do acesso às internações eletivas e as em caráter de urgência/emergência.

A evolução positiva dos indicadores de saúde e a grande ampliação do acesso às ações e serviços de saúde em Vitória da Conquista guardam coerências com o estabelecido nos Planos Municipais de Saúde para o período estudado. A análise dos Planos Municipais de Saúde (VITÓRIA DA CONQUISTA, 1998, 2002) evidencia que o Plano elaborado para o período 1998-2001 foi totalmente cumprido, com suas metas em muito superadas, o mesmo ocorrendo para o Plano construído para o período 2002-2005. O primeiro deu as diretrizes para o processo de municipalização da saúde em consonância com as resoluções da IV Conferência Municipal de Saúde e o segundo pautou um conjunto de diretrizes, objetivos, metas e estratégias de ação compatibilizadas com o Plano Plurianual de Governo para este mesmo período e norteou todos os investimentos e ações trabalhadas pela gestão municipal na saúde.

Cabe destacar que Vitória da Conquista pelos expressivos resultados alcançados no processo de municipalização da saúde se tornou uma referência nacional de experiência bem sucedida neste âmbito, com amplo reconhecimento sobre o trabalho realizado pela gestão municipal na saúde. Assim, terminou sendo objeto de várias pesquisas que investigaram diversos aspectos relacionados com a descentralização das ações e serviços de saúde e acerca da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família no município e processos relacionados à descentralização da atenção à saúde, entre eles: BRASIL, 2005b; ESCOREL et al., 2007; GOULART, 2002; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2002; VIEIRA-DA-SILVA, 2007.

Em 2001 Vitória da Conquista tinha sido selecionada para participar da pesquisa “Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Grandes Centros Urbanos – Dez Estudos de Caso” realizada pelo Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz a partir de encomenda do Ministério da Saúde, por ter sido avaliada como tendo “Bom desempenho na reorganização da rede de atenção com criação de sistema de referência”. (BRASIL, 2005b)

Esta pesquisa que teve seus resultados publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) e através de artigo (ESCOREL et al., 2007) destacou que em Vitória da Conquista as unidades de saúde da família (USF) funcionam como porta de entrada do sistema de saúde. Entre os profissionais das equipes de saúde da família entrevistados 65,6% “concordaram muito” com a afirmativa de que estas unidades haviam se tornado a porta de entrada do SUS no município e 54,7% com a afirmativa de que “a equipe de saúde da família (ESF) conta com sistema de referência e contra-referência que permite ampliar a confiança no trabalho e a resolutividade da rede básica”. Entre as famílias entrevistadas 76,9% informaram que procuram a USF em primeiro lugar quando precisam de atenção à saúde, em torno de 70% disseram que depois do Programa de Saúde da Família (PSF) procuram menos hospitais e menos os serviços de urgência, que conseguem realizar todos os exames solicitados pelo médico da ESF e que o atendimento a doença melhorou depois do PSF, e mais de 80% afirmaram que as condições de saúde do bairro melhoraram com a implantação do PSF e consideraram boa a qualidade das consultas médicas e de enfermagem.

GOULART (2002) destacou algumas características positivas da experiência implantada em Vitória da Conquista identificadas no estudo referido acima realizado em 2001 pela Ensp/Fiocruz.

[...] trata-se de uma estratégia e não um mero programa; constitui uma proposta de atenção integral à saúde; possui ênfase em uma base territorial definida; realiza um balanço adequado entre oferta programada e atenção à demanda; tem concentração em atividades extra-muros; configura-se como um autêntico processo de conversão do modelo assistencial à saúde. [...] a implementação do PSF em Vitória da Conquista foi direcionada para uma certa radicalidade e transformada em uma estratégia promotora de mudanças efetivas no status quo sanitário, ante a opção pela perspectiva eminentemente substitutiva em relação ao modelo tradicional de atenção à saúde vigente. (GOULART, 2002, p.281-282)

Para alcançar tais resultados obviamente além da captação de recursos federais advindos após a habilitação em gestão plena do sistema municipal de saúde a gestão local progressivamente vem ampliando a participação de recursos próprios do tesouro municipal aplicados no setor saúde. Desde 2004 a Prefeitura Municipal vem aplicando em média mais de 16% dos recursos próprios com as despesas efetivadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

VILASBÔAS (2007) estudando as práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal em Vitória da Conquista identificou a adesão por parte da secretaria de saúde deste município a programas e projetos pautados pelo Ministério da Saúde como forma de aumentar os recursos públicos para a saúde, o que contribuiu para acúmulo de poder pela gestão local. Contudo esta autora destaca que esta estratégia seria contraditória, na medida em que implica em aumento dos gastos com recursos do tesouro municipal devido a que os recursos federais alocados não são suficientes para cobrir os gastos incorporados com os novos serviços. Esta situação geraria também, na opinião desta autora, um risco de perda de governabilidade em função da limitação de recursos próprios para dar conta da crescente demanda gerada.

Ficou evidenciada nas falas dos entrevistados em 2006 uma grande preocupação com a sustentabilidade financeira do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista, frente às dificuldades atravessadas para manter os gastos

necessários com o patamar de repasses financeiros feito pelo Ministério da Saúde, com a capacidade de arrecadação própria do município e frente a ausência de cumprimento pelo Estado de contrapartidas que deveriam ter sido asseguradas como a referente a participação no financiamento do SAMU 192.

Um aspecto importante a ser observado é o comportamento dos repasses federais. Em 10 anos (1998-2007) os recursos repassados pelo Piso de Atenção Básica de acordo com o contingente populacional (PAB Fixo) aumentaram apenas 91,7% (já incluindo a ampliação relativa ao crescimento populacional no período na base de cálculo).

Entre 2000 (primeiro ano com todos os meses em gestão plena do sistema municipal de saúde) e 2007 os repasses do Ministério da Saúde para o teto financeiro para “Média e Alta Complexidade” apenas dobraram (já computados os recursos para alta complexidade que a partir de 2003 passaram para a gestão municipal e não incluindo os recursos oriundos do FAEC).

Neste mesmo período (2000-2007) os gastos totais com saúde efetivados pela gestão municipal em Vitória da Conquista (incluindo todas as fontes) praticamente triplicaram e os gastos com pessoal na saúde aumentaram 4,6 vezes, sendo que a parte destes gastos paga com recursos próprios do município cresceu 7,6 vezes.

Cabe ainda ressaltar a importante ampliação de oferta feita neste período, tanto com a incorporação de novas equipes de saúde da família garantia maior cobertura e qualificação da atenção básica, quanto na atenção especializada ambulatorial e hospitalar, inclusive com incorporação da gestão de serviços de alta complexidade a partir de 2003.

A análise da situação de financiamento da saúde neste município a partir dos dados da própria Prefeitura Municipal, constantes dos Relatórios de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Fundo Nacional de Saúde, disponibilizados pelo DATASUS, acerca dos repasses federais mostra que além das crônicas dificuldades para o financiamento da saúde o período 2005-2006 sofreu um processo agudo de agravamento.

Em toda a série histórica estudada 2006 foi o único ano em que houve uma redução das despesas com saúde efetivadas pela gestão local em Vitória da Conquista em comparação com o ano anterior. Esta redução ocorreu de forma marcante nas duas principais fontes de financiamento da saúde no município: os repasses federais provenientes do Ministério da Saúde e os recursos próprios disponibilizados pela Prefeitura Municipal.

As transferências federais, de acordo com os dados da Prefeitura Municipal (incluindo repasses fundo a fundo e convênios efetivados dentro do ano de 2006) reduziram de cerca de 64 milhões para pouco mais de 62,6 milhões. Conforme os dados do Fundo Nacional de Saúde (somente repasses fundo a fundo, conforme ano de competência) estas transferências caíram de 57 para 54 milhões.

O teto financeiro de média e alta complexidade do município repassado pelo Ministério da Saúde que tinha aumentado em 15,13% no ano de 2004, teve reajuste de apenas 3,29% em 2005 e 6,99% em 2006. Somente em 2007 voltaria a ter um aumento maior, quanto foi ampliado em 16,25%.

Importante lembrar que enquanto em 2004 o Ministério da Saúde havia efetivado um aumento dos valores das tabelas de procedimentos ambulatoriais e

hospitalares do SUS (com impacto nos tetos financeiros dos estados e municípios) e, além disso, aplicado recursos para ampliação dos tetos de média e alta complexidade visando recompor as defasagens existentes, em 2005, com a saída do ex-ministro Humberto Costa, seu sucessor revogou os reajustes que já estavam programados, negociados e publicados aumentando ainda mais as dificuldades financeiras para custeio do SUS.

Do ponto de vista percentual também a aplicação de recursos próprios na saúde foi diminuída. Enquanto que em 2005 este percentual tinha sido de 16,97% conforme os dados da Prefeitura Municipal e de 16,49% de acordo com o SIOPS, no ano seguinte esta aplicação reduziu para 15% segundo as duas fontes.

Estes dados apontam que efetivamente ocorreram problemas no financiamento do SUS em Vitória da Conquista tanto relativos ao financiamento federal, quando a ausência da participação do Estado e a uma redução do percentual de recursos próprios disponibilizados e são coerentes com os relatos dos entrevistados que naquele ano (2006) expressavam as dificuldades vivenciadas pelo sistema municipal de saúde e uma grande preocupação com sua sustentabilidade.

Durante a trajetória deste trabalho tentamos responder a três questões-chave para a avaliação proposta: “o que aconteceu”, “como aconteceu” e “porque aconteceu” (ATKINSON et al. , 2005). Empregando a terminologia usada por DYE (1976) para a análise política, estaríamos descrevendo a política e suas consequências e buscando explicar como e porque foi desencadeada.

No decorrer da análise realizada a partir dos dados secundários coletados e das entrevistas realizadas foram apresentadas as principais características do “*Projeto de Governo*”, tanto as gerais, quanto aquelas particulares para o setor

Saúde, seus conteúdos e propostas de ação; foi possível identificar elementos essenciais para termos uma dimensão da “*Capacidade de Governo*”, as técnicas e habilidades desenvolvidas pela equipe de governo, sua capacidade de gerar e controlar as ações desencadeadas; e as medidas tomadas para a construção de “*Governabilidade*” pela equipe de governo, mobilizando recursos e inovações que potencializaram a adesão dos atores ao projeto. Estes três vértices do “*Triângulo de Governo*” de MATUS (1993) pautaram a avaliação e apontaram questões essenciais para a discussão.

A descentralização da gestão da saúde em um cenário de boa articulação do “*triângulo de governo*” em Vitória da Conquista possibilitou alterações importantes na gestão do SUS. No caso estudado também podemos identificar um forte papel exercido pela liderança da gestão municipal tanto na direção de incorporar inovações na gestão do sistema de saúde, quanto de mobilizar e ampliar o potencial de adesão de atores ao projeto de governo. Estes processos contribuíram fortemente para uma maior governabilidade. Da mesma forma, os grandes investimentos na formação de quadros estratégicos para a gestão ampliaram a capacidade de governo.

SILVA (2001) considera que a municipalização da saúde ao ampliar a autonomia da gestão local do SUS aumenta a *governabilidade*, na medida em que ao assumir as novas *prerrogativas* os dirigentes locais podem vir a controlar mais recursos de poder, que antes estavam com outras esferas de governo, viabiliza um *projeto de governo* o qual incorpora políticas formuladas pelas esferas federal e estadual, mas, ao ser elaborado no plano municipal viabiliza adequação às particularidades locais e a incorporação de propostas inovadoras, e induz ao

assumir novas *responsabilidades* a ampliação da capacidade de governo por parte das gestões municipais.

Para este autor, ainda que os deslocamentos de poder não sejam uniformes em todos os municípios e estados, tenham certa seletividade e sejam insuficientes frente aos desafios da descentralização do SUS na atual conjuntura, os municípios são pautados para construir um projeto que seja viável e adequado ao seu atual poder de gestão e a acumular capacidade para implementar o mesmo. (SILVA, 2001)

VILASBÔAS (2007) identificou em Vitória da Conquista que a Secretaria Municipal de Saúde tinha:

[...] um projeto de governo coerente com o programa da administração municipal, expressão do compromisso político com a oferta universal de serviços sociais à população. Esse projeto tinha forte consenso interno, compartilhado entre equipe dirigente da SMS e técnicos responsáveis pela operação da atenção à saúde da população. Assim, o projeto de governo da saúde era a expressão de propósitos de crescimento do sistema municipal de saúde, e de legitimação política para a administração municipal. (VILASBÔAS, 2007, p.114)

Para esta autora (VILASBÔAS, 2007), mesmo com um apoio forte dos prefeitos do “Governo Participativo” ao projeto de saúde a governabilidade da Secretaria Municipal de Saúde era limitada de um lado pelas características do modelo de financiamento do SUS e de outro por uma autonomia administrativo-financeira “tutelada” que demanda processos de negociação com as secretarias sistêmicas.

Contudo, a perícia dos dirigentes em construir viabilidade política para a implantação do SUS municipal, especialmente junto ao Ministério da Saúde, principal fonte de apoio externo, permitiu-lhe o acúmulo de poder, fundamental para a condução de seu projeto de governo. (...) o projeto de governo foi o vértice mais robusto do triângulo matusiano, ao requerer o desenvolvimento de certa perícia da equipe dirigente, embora limitada, que, por sua vez, contribuiu para ganhos de poder, assegurando-lhe relativa governabilidade sobre a condução do projeto da saúde. (VILASBÔAS, 2007, p.122, 125)

Cabe uma observação em relação ao papel dos dirigentes neste processo. É claro que no caso analisado em Vitória da Conquista, tanto os prefeitos quanto os secretários municipais de saúde no período estudado demonstraram uma liderança forte na condução da municipalização da saúde e que esta liderança foi um fator positivo para o alcance dos resultados. Com características diferentes eles deram uma contribuição vital para que fosse uma experiência bem sucedida.

Segundo TENDLER (1998) muitas vezes estudos que visam explicar por que fracassaram reformas em determinados locais enquanto que em outros deram certo atribuem a ausência de uma “boa liderança” como o fator determinante. Assim os projetos bem sucedidos com presença de uma “boa liderança” não poderiam ser generalizáveis, na medida em que seria incomum a presença deste determinante.

Mesmo concordando com a importância da liderança na condução dos processos esta autora discorda deste raciocínio que termina por descaracterizar a possibilidade de replicação e disseminação dos processos que apresentaram bons resultados. Se determinados projetos bem sucedidos tiveram bons líderes também existem situações onde apesar da presença de lideranças positivas os projetos não foram exitosos. Além disso, se de um lado alguns processos com resultados positivos não se sustentaram a partir da saída da liderança que anteriormente o conduzia em outros o projeto sobreviveu à saída da liderança. (TENDLER, 1989)

O líder forte, afinal de contas, representa o máximo da intencionalidade. Uma explicação de bom desempenho que enfatize a liderança extraordinária aponta, pela sua própria concentração sobre o indivíduo, a singularidade de certas experiências, ou seja, os planejadores precisam procurar as lições passíveis de repetição contidas em histórias de realizações como essas, mesmo que elas não tenham o mesmo atrativo das narrativas movimentadas sobre o esforço individual de um líder carismático. Aqueles que estão na atividade de intervir no processo de desenvolvimento, além disso, não têm muito controle sobre se ou quando surgem os bons líderes. Quando eles surgem, a lição para os planejadores parece ser que um bom líder é difícil de encontrar. Isso é pouco como guia para a ação. (TENDLER, 1998, p.35)

Cabe registrar que a presença de uma “boa liderança” a frente de um projeto não acontece por acaso. Não deixa de ser uma construção social e histórica que permitiu que esta confluência se realizasse em determinada conjuntura. Além disso, existem mecanismos que intencionalmente construídos podem fortalecer o potencial de determinados atores para que possam vir a exercer este papel.

Ganha forte peso para o sucesso da descentralização a capacidade do governo local em envolver um amplo conjunto de trabalhadores com seu projeto, de fazer com que assumam como seu o projeto de governo.

Em seu estudo, GOULART (2002, p.274-275) destacou o *empreendedorismo militante* das equipes da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, referindo que um interlocutor teria se referido a estes quadros como pessoas portadoras de “alta voltagem e brilho nos olhos”, identificando o compromisso destes profissionais com o projeto.

TENDLER (1998), estudando o trabalho dos agentes comunitários de saúde no Ceará, identificou que:

[...] os trabalhadores realizaram uma variedade de trabalhos maior do que a normal, e muitas vezes voluntariamente. Fazem isso em reação à sua percepção do que os clientes precisavam e movidos por uma visão do bem público. Eles foram capazes de fornecer esse serviço mais personalizado por terem maior autonomia e poder de decisão do que o normal. (TENDLER, 1998, p.30)

Para esta autora (TENDLER, 1998) ao contrário de reduzir o poder decisório dos trabalhadores com tarefas mais definidas e padronizadas para alcançar melhor desempenho este tipo de posto de trabalho demanda a realização de muitas tarefas por trabalhadores com múltiplas habilidades e maior poder de decisão. Constatou que os agentes de saúde tinham grande dedicação ao trabalho, supondo que o ambiente de trabalho recompensou os que já tinham esta característica estimulando

a manutenção desta dedicação ou induziu a que viessem a ter alimentando esta dedicação com ações desenvolvidas pelo governo para premiar o bom desempenho, criar um “senso de vocação” e valorizar socialmente estes postos de trabalho junto à comunidade assistida por eles.

Considerando, como vimos anteriormente, que o trabalho em saúde realiza-se no encontro entre produtores (trabalhadores) e consumidores (usuários) no qual o consumo se dá no próprio ato de produção, sendo a autonomia do trabalho vivo muito maior que em outros processos produtivos, se torna impossível “capturar” o trabalho vivo nas práticas de saúde, existindo um grande poder de decisão na mão dos trabalhadores. (MERHY, 1997)

LIPSKY (1980) coloca estes trabalhadores no conjunto por ele denominado de “burocracia de nível de rua”, considerando que estes postos de trabalho exigem a tomada de decisões sobre os usuários, demandando julgamentos que não podem ser completamente controlados a priori. A autonomia, portanto é imprescindível para o bom desempenho de suas tarefas.

MENDES (2002) também chega a conclusões semelhantes destacando que a autonomia relativa dos trabalhadores da saúde permite a adaptação dos serviços para atender as necessidades complexas e variáveis dos usuários. Esta complexidade do trabalho e sua variabilidade impõem que os trabalhadores da saúde tenham grande liberdade para tomar decisões sobre o que e como produzir nos serviços de saúde.

Considerando que todos os atores sociais formulam políticas de saúde em situação (MERHY, 1992), que a implementação é um processo de interação e negociação entre atores que tentam viabilizar uma dada política e os que irão

realizar a ação (BARRETT & FUDGE, 1981) e que os atores implementadores recriam a política (GUNN, 1978), torna-se imprescindível para o sucesso de um projeto a adesão destes atores.

Portanto a política de saúde concreta na forma em que chega ao usuário, em que ganha concretude em cada ação e serviço de saúde realizada por cada trabalhador depende diretamente do envolvimento e compromisso dos trabalhadores para com o projeto. Com a autonomia relativa de que dispõem os trabalhadores de saúde podem viabilizar ou inviabilizar uma determinada política e assim, recriar e transformar um projeto ou assegurar o conjunto de ações necessárias para sua efetiva implantação conforme previsto no projeto de governo se o reconhece como parte dele e o defende.

Nas análises sobre o caso estudado ficou fortalecida a concepção de “mão-dupla” nas relações entre o contexto local favorável e resultados positivos da descentralização no SUS. (ATKINSON et al., 2000)

No processo de descentralização, de um lado, um cenário local favorável, com uma organização social e política predisposta a realizar as reformas necessárias no setor saúde, estabelecendo um forte grau de autonomia, permitindo assim a implantação dos projetos de mudanças e dos resultados bem sucedidos alcançados; por outro lado, o fortalecimento da gestão local de saúde, sua legitimação social, os resultados positivos registrados em termos de ampliação de acesso e qualidade das ações e serviços de saúde efetivados, a adesão de novos atores ao projeto da saúde, influenciaram decisivamente a organização social e política local, fortalecendo o projeto do “Governo Participativo”, e contribuindo fortemente para sua continuidade.

TENDLER (1998) analisando programas que apresentaram resultados positivos no Ceara, entre eles o de agentes comunitários de saúde, considerou que existe uma “dinâmica de duas direções” entre governo local e sociedade civil e de “três direções” entre governo local, sociedade civil e um *governo central dinâmico*. As ações de governo podem contribuir para o fortalecimento da sociedade civil, que por sua vez, empoderada, demanda melhorias no desempenho do governo (local e central).

A autora, assim como ATKINSON et al. (2000), discorda da visão unidirecional que considera como requisito para a existência de um bom governo a prévia existência de uma sociedade civil desenvolvida e destaca o novo papel e dinâmica do governo central em um cenário de descentralização de políticas públicas para a gestão local e a contribuição da sociedade civil para os resultados positivos que podem ser alcançados neste processo, tendo a descentralização como “o melhor modo de embarcar na longa viagem para um governo local melhor” (TENDLER, 1998, p.197).

TENDLER (1998) considera que ações como as de saúde em um cenário de descentralização e participação social têm no governo local o melhor executor pela sua maior proximidade para com os usuários e assim sofrendo mais diretamente as pressões dos cidadãos que reivindicam por melhorias no sistema público, facilita o acesso à informação, e ao reduzir a área de atuação e a população alvo possibilita melhor adequação dos serviços à realidade local. Registra também que o novo papel colocado para a atuação do governo central, ao contrário de se retirar, se apequenar ou ser um “simples facilitador”, deve passar a desenhar estratégias e políticas para fortalecer o governo local e a sociedade civil.

Pelo conteúdo das entrevistas fica a imagem de que a Saúde impregnou o ideário da gestão municipal, sendo prioridade mesmo em relação a outras áreas sociais consideradas prioritárias pelo governo, especialmente no primeiro período de gestão. A ampliação de outras ações governamentais nas gestões seguintes do “Governo Participativo” não nos pareceu traduzir uma redução da importância da saúde para o projeto da administração local e sim, muito mais, uma ampliação dos horizontes para viabilizar outras políticas públicas também importantes.

Empregando os indicadores de aspectos da organização social e cultura política no contexto de reforma do sistema de saúde brasileiro sistematizados por ATKINSON et al. (2000), podemos identificar grande incremento do “espaço para autonomia local no planejamento e tomada de decisão”, com ampliação das fontes de receita para saúde, estruturação do fundo municipal de saúde com as decisões sobre o emprego do orçamento da saúde sendo tomadas pela Secretaria Municipal de Saúde e definição local das prioridades a serem enfrentadas pelo SUS. No âmbito do outro aspecto destacado por esta autora verificamos a crescimento do “espaço para a voz local no planejamento”, com aumento da participação de setores organizados da população nos espaços coletivos estabelecidos no âmbito do sistema municipal de saúde, através de conferências e conselhos de saúde, e em espaços mais gerais construídos pelo governo municipal para a definição de prioridades, com reflexos no empoderamento popular no contexto local e ganhos em termos de governabilidade do projeto político do “Governo Participativo”.

Concordando com os achados e reflexões de VIANA et al. (2002), também neste estudo em Vitória da Conquista verificou-se um investimento no desenvolvimento e aprendizagem institucional, fortalecimento da autonomia de gestão, aumento da receita, da capacidade de gasto e da despesa com pessoal,

entre diversos elementos analisados que apontam para mudanças positivas no Sistema Municipal de Saúde. Sem dúvidas, o grau de autonomia da gestão e o padrão de financiamento e gasto local são fundamentais para a configuração do sistema local de saúde e das possibilidades de implementação de mudanças.

SILVA (2001), discutindo os processos de municipalização da saúde, destaca a mútua interferência entre o “central” e o “local”. No período analisado podemos identificar um cenário nacional favorável para implementar propostas de descentralização no setor saúde, com indução positiva do Ministério da Saúde, inclusive empregando mecanismos de financiamento para estimular a descentralização das ações e serviços de saúde para a gestão municipal e a implantação de serviços e programas como o PSF, com impacto positivo na reconfiguração da oferta e capacidade instalada local.

Por outro lado, ao alcançarem visibilidade nacional, experiências bem-sucedidas de municipalização da saúde, como a de Vitória da Conquista, contribuíram para fortalecer o processo de descentralização do SUS, mostrando com seus resultados positivos a viabilidade do projeto em curso, disseminando práticas de gestão exitosas empregadas nestes municípios e fortalecendo projetos que apresentam características inovadoras como a estratégia de saúde da família, a reforma psiquiátrica, a incorporação de práticas regulatórias, etc.

Assim, poderíamos afirmar a existência de um *feedback* entre as esferas central e local de gestão do SUS, com a indução positiva do Ministério da Saúde jogando um papel destacado para a efetivação da descentralização e as experiências positivas de gestão fortalecendo o projeto nacional, e até mesmo contribuindo para a construção de políticas de saúde inovadoras e para o aperfeiçoamento das existentes, como iremos discutir mais adiante.

Conforme vimos anteriormente o cenário local em Vitória da Conquista era extremamente favorável a implantação de mudanças com o novo governo municipal, com seu perfil e compromissos, estabelecendo forte decisão política fundamental para a implantação de seu projeto de saúde.

Verificou-se uma “ausência” na experiência analisada da presença do Estado no papel de coordenação do sistema de saúde, associada a uma postura de competição e em muitas situações de tentativa de limitar os avanços desejados pela gestão local. De certa forma, com os avanços alcançados e o fortalecimento da gestão municipal, este enfrentamento foi sendo esvaziado.

Poderíamos afirmar que o papel exercido pelo Estado da Bahia no setor saúde era até mesmo anacrônico frente aos desafios de implantação do SUS naquele período. Neste cenário caberia ao Estado adotar as políticas nacionais, adequar às particularidades regionais, exercer a função de catalisador dos processos e apoiar a implantação local das políticas, o que nem de longe era assumido pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

O papel indutor do Ministério da Saúde, em especial no âmbito da indução político/técnica e da indução financeira, que pode ser identificado como um limitador da autonomia municipal, a depender das políticas induzidas, do processo de pactuação interfederativa que tenha sido construído no processo de definição das mesmas e da capacidade da gestão municipal de adequar estas políticas e programas às necessidades locais, tem contribuído para o empoderamento da gestão local do sistema de saúde.

Em nosso país de marcantes desigualdades regionais na oferta de ações e serviços de saúde e frente à limitada capacidade técnica e de receita própria da

maioria absoluta das Prefeituras Municipais, com expressiva participação federal nos gastos públicos, os repasses de recursos federais para o SUS têm um peso determinante para a ampliação do potencial da gestão local em aumentar a capacidade instalada e se fortalecer como gestor do sistema de saúde.

Diversas experiências municipais exitosas evidenciam que os deslocamentos de poder que permitiram o fortalecimento da gestão local do SUS foram viabilizados, em geral, a partir de forte contribuição de políticas indutoras nacionais, a maioria delas pactuadas entre as esferas federal, estadual e municipal através da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) ¹⁷.

Não apenas as normas operacionais impulsionaram a descentralização no SUS – especialmente com a NOB93, NOB96, NOAS e Pacto pela Saúde (BRASIL, 1996; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2002; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b), mas também várias políticas de saúde induzidas pelo Ministério da Saúde deram contribuições decisivas, entre elas a estratégia de saúde da família (PACS/PSF) que aportou uma gigantesca contribuição para expansão da atenção básica.

Essa “mão dupla” entre a gestão de projetos inovadores no âmbito local, a construção de políticas nacionais e sua indução pelo Ministério da Saúde e o aperfeiçoamento e atualização das mesmas a partir das diversas experiências bem sucedidas nas gestões municipais se torna um processo extremamente rico e potencializador da descentralização das ações e serviços de saúde no SUS e da construção de propostas de mudanças na atenção prestada.

¹⁷ Cabe registrar que a mera paridade entre as esferas de governo na CIT não garante que estas terão igual peso nos processos decisórios nesta instância. Em geral o maior peso termina sendo do Ministério da Saúde, da mesma forma que nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) os estados têm maior peso nas decisões. (OLIVEIRA, 2003)

Cabe destacar, para reforçar a importância desse processo, entre outras, as seguintes experiências de descentralização da saúde que contribuíram para a construção de políticas nacionais para o SUS:

1) a de Bauru (SP), efetivada ainda nos marcos do INAMPS e da implantação das “Ações Integradas de Saúde”, em meados da década de 80 (CAPISTRANO FILHO, 1985), antes portanto da VIII Conferência Nacional de Saúde, da Constituição de 1988 e do surgimento do SUS. Naquela gestão em Bauru já aparecia com força a viabilização do Conselho Municipal de Saúde, a expansão da assistência com o fortalecimento da rede básica e diversas ações e programas voltados para a vigilância da saúde;

2) a implantação do Programa de Agentes de Saúde no Ceará (TENDLER, 1998), pela Secretaria Estadual de Saúde a partir de 1987, inicialmente como um programa emergencial para geração de empregos frente a intensa seca que o Ceará vivenciava e que em apenas 4 anos viria a contratar milhares de agentes comunitários e viabilizar a presença de enfermeiros em todos os municípios do estado, com grande impacto na redução da mortalidade infantil e da desnutrição e ampliação da cobertura vacinal. Este programa bem sucedido viria a pautar nacionalmente a incorporação de agentes comunitários de saúde (ACS) através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) induzido pelo Ministério da Saúde e implantado por quase todos os municípios do país. Por outro lado, a implantação e consolidação do PACS viria a fomentar adequações no projeto implantado no Estado do Ceará;

3) a gestão municipal da saúde em Santos (SP), que teve, assim como em Bauru, a condução do Dr. David Capistrano Filho, primeiro como secretário municipal de saúde e depois como prefeito (CAPISTRANO FILHO, 1995; CAMPOS

& HENRIQUES, 1996). Entre 1989 e 1996 esta experiência positiva de gestão local da saúde atravessou o processo inicial de construção do SUS, o período de aprovação da Lei Orgânica (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b), o início da municipalização com a passagem das unidades básicas de saúde e da vigilância epidemiológica e sanitária para a gestão municipal, remou “contra a maré” durante o governo Collor, chegando a habilitação em gestão semi-plena a partir de 1994, fazendo parte do primeiro grupo de municípios a serem habilitados neste estágio de gestão do SUS. A experiência de Santos, bastante ousada e inovadora, deixou marcas profundas no SUS, com destaque para as ações no âmbito da saúde mental, saúde bucal e no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, que viriam a exercer forte inspiração nas políticas de saúde implementadas nacionalmente pelo SUS nestas áreas.

4) a de Belo Horizonte - MG (CAMPOS et al., 1998; MALTA, 2001; MAGALHÃES JR, 2006), um dos primeiros municípios a assumir a gestão semi-plena, quando a partir de 1994 foi iniciado o processo de transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais de saúde. Entre os destaques da experiência de Belo Horizonte estão as ações implantadas no âmbito da regulação, controle e avaliação que viriam a conformar o arcabouço hoje preconizado nacionalmente neste âmbito no SUS. A requalificação da relação público/privado teve peso importante e a implantação de Centrais de Marcação de Consultas e de Internações e o controle e avaliação hospitalar com equipes de supervisão e de autorização de internações, desenvolveram tecnologia que viriam a ser disseminadas e incorporadas pelas gestões municipais e estaduais do SUS;

5) as experiências de implantação de Medicina Geral Comunitária nos Centros de Saúde Escola de Murialdo e no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Porto Alegre (RS) e de implantação do Programa de Médico de Família em Niterói (RJ) a partir de 1991 e de proposta semelhante em Curitiba (PR) no mesmo período (GOULART, 2007), esta última também registrada por DUCCI et al. (2001) viriam a ser precursores da proposta nacional do Programa de Saúde da Família (PSF), lançada em sua versão inicial pelo Ministério da Saúde em 1994. Podemos afirmar que o modelo do PSF como hoje é definido pelo Ministério da Saúde tem muitas proximidades com os precursores nacionais, tendo assumido elementos destes e incorporado os agentes comunitários de saúde em seu escopo. As diferenças entre os documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre o PSF, comparando o de 1994 com o de 1997 (GOULART, 2007) já apontam a evolução desta proposta no decorrer do processo de implantação em diversos municípios. A evolução do PSF no Brasil é um exemplo interessante deste processo de “mão dupla” entre as esferas de gestão. A indução do Ministério da Saúde, inclusive financeira levou a forte disseminação da proposta nacionalmente. Por outro lado, a implantação, em especial em alguns municípios com maior capacidade de gestão, sofreu influências diversas que foram reconfigurando diversos aspectos da proposta inicial e fortaleceram na política nacional elementos inovadores que vieram a reforçar o projeto nacional;

6) entre outras experiências bem sucedidas que viriam a ter visibilidade nacional, tiveram registros publicados e fortaleceram políticas importantes no processo de descentralização da saúde destacamos as viabilizadas em Londrina - PR (SILVA, 1996), Campinas – SP (CAMPOS, 1991), Marília – SP (SILVA, 2001), Amparo – SP (PIMENTA, 2006), Chapecó – SC (PIMENTA, 2000; FRANCO et al.,

2004), Betim – MG (FRANCO et al., 1999), Contagem – MG (GOULART, 2007), Aracaju – SE (SANTOS, 2005) e no Estado do Rio Grande do Sul (JAEGER et al., 1999; FERLA & FAGUNDES, 2002);

7) Políticas de saúde implantadas no Governo Lula com resultados positivos como o SAMU 192, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e a contratualização de hospitais (de ensino, filantrópicos e hospitais de pequeno porte) tiveram experiências municipais precursoras, entre elas a de Vitória da Conquista (BA) que implantou ainda em 2000 um serviço de atendimento pré-hospitalar pelo SUS, um centro de especialidades odontológicas em parceria com a UESB e teve o Hospital São Vicente mantido pela Santa Casa de Misericórdia deste município como o primeiro hospital da Bahia a ter um contrato de metas.

Em Vitória da Conquista anteriormente à municipalização da saúde efetivada pelo “Governo Participativo” as principais características da oferta privada de serviços de saúde contratados pelo SUS eram:

(1) Compra de serviços privados pelo poder público sem licitação e sem contrato, implicando na existência de um “Q.I.” (“quem indique”) como requisito para determinado serviço ser contratado pelo SUS e manutenção na rede dos serviços originários do credenciamento do antigo INAMPS;

(2) Utilização político eleitoral – mediação no acesso – via direção dos serviços contratados, dirigentes de unidades públicas e principalmente “burocratas de nível de rua” (LIPSKY, 1980), médicos e auxiliares que dominam a agenda de atendimento e decidem quem vai ser atendido;

(3) Utilização privada dos serviços públicos com “vasos comunicantes” entre hospitais privados e públicos e contratados com pacientes sendo internados com

pagamento direto ou por plano de saúde em uma unidade privada e se o “plano não cobre” e/ou esgota a capacidade de pagamento do paciente e familiares o paciente é transferido para internação pelo SUS. Outra situação que ocorria era o paciente ser internado em uma unidade pública para ser preparado para uma cirurgia, sendo depois levado para o procedimento cirúrgico sem feito em uma unidade privada (com a cobrança do procedimento) e depois retornando para realizar o pós-operatório na unidade pública;

(4) Expropriação financeira dos recursos públicos sem contrapartida adequada de serviços (fraudes, cobranças indevidas, alterações de diagnósticos e procedimentos cobrados diferentes dos que foram realizados, cobrança de procedimentos não realizados, etc.);

(5) Restrição do elenco de procedimentos a serem realizados, excluindo aqueles com baixa lucratividade ou que o pagamento é inferior aos custos da sua realização – atenção seletiva – ausência de integralidade;

(6) Exploração das carências da oferta onerando a população (cobranças de taxas, “pagamento por fora”, pagamento de procedimentos prévios de consultas e diagnose em serviços privados para poder ter acesso a procedimentos hospitalares pelo SUS em hospitais contratados ou mesmo públicos).

Como registrado anteriormente para romper com este tipo de cultura na relação público/privada e alterar substancialmente as características da rede privada contratada pelo SUS foi necessário implantar diversos mecanismos inovadores de gestão entre eles a viabilização de um processo de contratação mediante licitação pública, democratizando as relações entre gestor (contratante) e prestador (contratado), com obrigatoriedade de um elenco mínimo de procedimentos para

cada área de atuação, reduzindo a seletividade da oferta disponibilizada, empregando critérios da vigilância sanitária, e valorizando os serviços com maior capacidade de oferta em termos de escala e escopo.

Estas medidas referentes à contratação associados aos já descritos da incorporação pela gestão local de práticas regulatórias eficientes permitiram mudanças substantivas na configuração da rede privada contratada, na oferta realizada pelo SUS através destes serviços e na relação público/privada – gestor/prestador.

SILVA (1996) avaliando os avanços gestão municipal de saúde em Londrina (PR) destacou a importância do aperfeiçoamento dos mecanismos de regulação e controle dos prestadores do SUS implantados naquele município a partir da gestão plena municipal, alcançando a correção de distorções na utilização de serviços de alto custo e internações, reduzindo gastos.

Discutindo a experiência de municipalização da saúde em Curitiba, PENTEADO et al. (2001) destacam o investimento feito pela gestão local para organizar e regionalizar a rede própria e a rede privada, a implantação de Central de Marcação de Consultas Especializadas, Central Metropolitana de Leitos, Sistemas de Controle e Avaliação Hospitalar e de Controle de Procedimentos de Alto Custo e o investimento na capacitação técnica da equipe da Secretaria Municipal de Saúde para controle e avaliação da rede, enquanto medidas fundamentais para aperfeiçoar o acompanhamento dos serviços prestados pelo SUS e a assunção de um efetivo papel de gestor do SUS por parte da secretaria municipal.

SILVA (2001) discutindo a experiência de municipalização da saúde em Marília (SP) considerou que as políticas regulatórias são essenciais no SUS para

garantir o cumprimento das normas de interesse público e para tanto a revisão de mecanismos contratuais e o controle sobre os serviços executados propiciam melhor acompanhamento e fiscalização da oferta assegurada.

Para este autor as ações de regulação, controle e avaliação são consideradas estratégicas pelos gestores municipais, na medida em que podem contribuir para ampliar a eficiência na utilização dos recursos e a eficácia do sistema de saúde com melhor controle de gastos e avanços na qualidade dos serviços, além de permitir a detecção e correção de distorções, viabilizando redução de despesas e reorientação de gastos para viabilizar projetos inovadores. (SILVA, 2001)

Em Vitória da Conquista a redução de despesas com internações desnecessárias, devidas a alterações de diagnósticos para inflar as faturas e com internações e outros procedimentos efetivamente não realizados permitiu a realocação de recursos para ampliação da capacidade instalada pública passando a oferecer um conjunto amplo de serviços que anteriormente não eram assegurados e para qualificar a rede de serviços de saúde. Como vimos anteriormente a implantação das ações de regulação, controle, avaliação e auditoria neste município sofreram uma grande resistência e enfrentamento por parte do setor privado e da oposição político-partidária conservadora.

Em Belo Horizonte também houve um enfrentamento com o setor privado contratado quando da implantação das práticas regulatórias pela gestão municipal. Os prestadores de serviço que estavam acostumados com a baixa capacidade regulatória, tanto do antigo INAMPS quanto posteriormente por parte da secretaria estadual de saúde no acompanhamento da rede contratada, reagiram às inovações advindas com a municipalização do SUS. (SANTOS, 1998)

Com o sucesso das ações implantadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte ocorreu uma diminuição do número de internações pagas pelo SUS entre 1995 e 1996, principalmente em função das medidas de controle e regulação implantadas (centrais de marcação de consultas e de internações, supervisão hospitalar, equipes para autorização de procedimentos de alto custo e internações, etc.) permitindo economia de recursos graças à correção das irregularidades anteriormente existentes, possibilitando redirecionar a aplicação destes recursos economizados. (SANTOS, 1998)

Para MERHY (2006) a disputa público/privado no SUS representa a contraposição entre duas apostas, uma que coloca a saúde como um bem público e um direito de toda a população e outra que a trata como um bem de mercado a ser trocável e comercializável. Como a forma privada de prestação de serviços de saúde é uma realidade e parte integrante do SUS, inclusive prevista constitucionalmente, torna-se fundamental a ação da gestão pública construindo formas de regular a oferta privada conforme a “ótica do interesse coletivo”, e assim, assegurando que a produção privada de serviços de saúde seja pautada pelo objetivo de produzir saúde como um “bem público”.

Este autor chama também atenção para a apropriação privada dos serviços públicos que pode ser efetivada para atender interesses particulares empresariais ou corporativos dos próprios trabalhadores destes serviços, em detrimento dos interesses coletivos e até mesmo dos interesses privados dos usuários que necessitam ser atendidos e respeitados. (MERHY, 2006)

Como ficou evidenciado anteriormente existiu uma preocupação marcante entre os entrevistados com a crescente demanda por ações e serviços de saúde em Vitória da Conquista e a dificuldade frente ao padrão de financiamento, capacidade

de arrecadação do município e a disponibilidade de recursos humanos e capacidade instalada de conseguir atender. Conforme já havíamos observado na apresentação dos resultados existe uma complexa relação entre “necessidades”, “demanda” e “oferta” no âmbito dos serviços de saúde.

[A necessidade] é conformada num encontro ou disputa de intencionalidades econômicas, políticas e ideológicas de fabricantes e comerciantes do setor Saúde (de equipamentos, insumos e afins), prestadores de serviços, gestores, trabalhadores de Saúde e distintos usuários. Em outras palavras, não existe uma necessidade de saúde natural; seus limites, conteúdo, magnitude e formas de satisfação variam e são determinados histórica e socialmente. (REIS et al., 1998, p.382)

CECÍLIO & MATSUMOTO (2006) destacam que no campo da saúde as necessidades além de serem determinadas social e historicamente são dinâmicas mudando continuamente, e apesar da saúde ser um bem coletivo tem componentes de natureza subjetiva e individual relacionadas às condições particulares de cada usuário.

A geração de demandas em saúde seria a transformação da necessidade em um movimento em busca de uma determinada ação ou serviço de saúde que poderia atender a esta necessidade. (PEREIRA, 1995)

Contudo, são diversas as mediações entre necessidade e demanda, e a criação da segunda a partir da existência da primeira. Existem questões relacionadas ao acesso à informação, a possibilidade da necessidade ser sentida e objetivada, na capacidade de identificar qual demanda poderia atendê-la, o atendimento de outras necessidades que anteriormente eram prioritárias, entre outras.

Não somente a geração de demandas se dá pela percepção de uma necessidade e sua objetivação, mas também em função da existência de oferta e a possibilidade de acesso. A presença de um serviço por si só já gera demanda.

Permite diagnósticos que antes não eram estabelecidos, aporta perspectiva de enfrentamento de problemas anteriormente relegados pela falta de possibilidade terapêutica e tecnologia disponível, difunde informação sobre sua própria existência e divulga as suas supostas vantagens e gera despesas e expectativa de receitas que precisam ser cobertas através da própria prestação dos serviços.

Por estas razões é que as demandas são construções sociais geradas em cada conjuntura historicamente determinada em função das necessidades existentes, da sua capacidade de objetivação e da possibilidade de serem atendidas pelos recursos já existentes ou potencialmente disponíveis. Este processo vai gerar uma contínua ampliação de demandas e geração de novas demandas, com a progressiva complexificação das respostas necessárias.

Obviamente tal processo pode gerar angústia e frustração nos diversos atores sociais envolvidos na construção e na utilização do sistema de saúde. Por parte dos gestores são comuns os relatos de que têm a sensação de que estão “enxugando gelo” na medida em que as expansões de oferta realizadas são rapidamente consumidas. Por parte dos usuários os relatos de não atendimento, de queda no acesso e na qualidade dos serviços prestados. Enquanto isso os dados de produção apontam o grande crescimento da oferta de serviços de saúde pelo SUS e os registros financeiros a ampliação contínua e crescente dos gastos.

Para MENDES (1996, p.18-26) a sempre presente idéia de “crise da saúde” está diretamente relacionada a “uma determinação estrutural que decorre da impossibilidade de conciliar, nos marcos da prática sanitária hegemônica, o conflito entre as forças expansivas do sistema de saúde com seus mecanismos de controle”.

Estas forças que continuamente pressionam pela expansão da oferta de serviços de saúde são: a *transição demográfica*, com o envelhecimento populacional ampliando as necessidades de utilização de serviços de saúde, a *complexidade do quadro epidemiológico*, onde apesar dos resultados positivos no enfrentamento das doenças infecciosas muitas ainda são desafios presentes (entre elas dengue, tuberculose, AIDS, etc.) convivendo com a expansão da prevalência das doenças crônico-degenerativas (especialmente cardiovasculares e neoplasias) e a epidemia das causas externas que assumem grande participação nas causas de atendimento, internações e mortalidade, principalmente determinadas pela escalada da violência, além dos acidentes; a crescente *medicalização da sociedade*, com a difusão crescente do uso de medicamentos e tecnologias médicas como resposta para todos os problemas enfrentados; os reflexos negativos da desordenada *urbanização* sobre as condições de vida da população; o descontrole e desregulação da *incorporação tecnológica* abusiva ampliando a utilização de novos recursos muitas vezes com baixa ou ausência de agregação de ganhos nos resultados obtidos, mas com grande repercussão tanto nos custos crescentes do sistema de saúde como muitas vezes retardando o atendimento de usuários que seriam efetivamente beneficiados; o *corporativismo empresarial e profissional* pressionando continua e fortemente o sistema de saúde para aumentar lucros, remunerações e postos de trabalho, independentemente das necessidades sociais de saúde. (MENDES, 1996)

Para LIPSKY (1980) não há limite para a demanda de serviços públicos e gratuitos, o que implica nas necessárias tarefas de continuamente estar priorizando as necessidades, ajustando e regulando a relação entre oferta e demanda e alocando recursos de forma o mais racional possível. Aqui mais uma vez a vantagens da descentralização das ações e serviços de saúde se fazem perceber,

na medida em que o governo local pela sua proximidade com os usuários tem muito maior possibilidade de executar bem tais tarefas.

Em um cenário de limitação de recursos financeiros e humanos como o enfrentado pelo SUS isso se torna mais grave, na medida em que o crescimento possível dos recursos não consegue possibilitar uma ampliação tanto quantitativa quanto qualitativa que permita atender as demandas de forma contínua.

Por fim cabe registrar que quanto mais qualificado o serviço e o sistema de saúde maior tende a ser sua demanda, pela facilidade de acesso e pela própria credibilidade conquistada. Se estas questões não forem enfrentadas adequadamente a crescente demanda reprimida, pelo aumento do número de usuários e pelo não atendimento das novas demandas pode reduzir a legitimidade do sistema e sua própria sustentabilidade e governabilidade. Este é um dos grandes desafios enfrentados pelas gestões municipais de saúde na conjuntura atual, em especial aquelas que conseguiram construir experiências bem-sucedidas.

11. Comentários Finais

Doze anos, quarta gestão municipal consecutiva, um cenário de governos estadual e federal bastante diferente do que havia em 1996 quando da primeira eleição do “Governo Participativo” para a administração municipal de Vitória da Conquista. O município mudou muito e o país como um todo também.

Novos desafios se colocam e outros são recolocados. Apesar de todos os avanços na implantação do sistema municipal de saúde em Vitória da Conquista e do Sistema Único de Saúde (SUS) no país o sub-financiamento é uma ameaça constante a sustentabilidade desta política pública tão essencial para nossa população.

As limitações e os constrangimentos da gestão pública permanecem. O Estado Brasileiro não conseguiu se modernizar para dar conta das necessidades essenciais das suas principais políticas públicas. A Lei de Responsabilidade Fiscal contribuiu para reduzir o endividamento público mais engessa áreas tão vitais como saúde e educação, que para se realizarem dependem de grande quantitativo de trabalhadores para a oferta das ações e serviços.

A incorporação tecnológica crescente, o quadro de morbi-mortalidade de nossa população e o crescimento populacional, entre outros fatores, tensionam continuamente pela ampliação da oferta de serviços de saúde, cada vez mais qualificados, complexificados e diferenciados. A ampliação de oferta também desafia a sustentabilidade do sistema de saúde.

A rotina da gestão, as dificuldades crônicas, os desafios permanentes, a máquina pública burocrática são acompanhados de uma redução do potencial

“transformador”, restringe os marcos da criatividade e da ousadia, tornando muitas vezes mais distante alguns atores do processo de formulação e implementação das políticas públicas, reduzindo sua percepção de “pertencimento” ao projeto político.

A incorporação no cotidiano dos avanços alcançados e a redução da “novidade” e da “vitalidade” de determinadas políticas públicas, colocam novos parâmetros de avaliação e novas exigências para a rede de serviços do sistema de saúde.

Neste ano de 2009 o Sistema Municipal de Saúde de Vitória da Conquista viveu uma greve dos profissionais do PSF reivindicando reajuste salarial e conseguiu uma finalizar uma negociação entre a gestão e os trabalhadores. A queda de arrecadação municipal reflexo da crise financeira internacional e a não existência de reajustes nos repasses federais para a saúde levou a um desequilíbrio nos limites de gasto de pessoal estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Assim o município está tendo dificuldades para repor os contratos temporários que estão se encerrando e suprir as lacunas existentes com novos contratados. O modelo de contratação dos profissionais do PSF através da ASAS vem se mostrando insuficiente para dar conta das necessidades atuais.

Uma nova Programação Pactuada Integrada (PPI) está sendo construída entre Estado e Municípios visando recompor os tetos municipais definidos para transferências federais do SUS. Vem sendo construída tentando evitar a pulverização dos escassos recursos existentes e buscando fortalecer os principais pólos regionais de oferta de atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar pelo SUS no Estado da Bahia. No entanto, a crescente demanda reprimida gerada a partir dos municípios pactuados com os pólos regionais gera tensionamento neste processo.

Por outro lado o Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista continua demonstra sua força e efetividade. Os dados de produção de serviços continuam colocando o município como um dos principais pólos de oferta de serviços de saúde pelo SUS no Estado. Os indicadores de saúde mantêm evolução positiva. O município enfrentou bem a maior epidemia de dengue que já se ocorreu no Estado, mantendo baixos níveis de infestação predial, relativamente pequena ocorrência de casos e boa assistência.

O Estado vem investindo no Hospital Regional de Vitória da Conquista, reformando e equipando esta unidade, ampliando o quadro de profissionais e os serviços oferecidos. Está sendo finalizada a construção de uma nova Central de Regulação, para atender toda a macro-região Sudoeste, e mais uma nova Unidade de Saúde da Família, ambas com recursos aplicados pela Secretaria da Saúde do Estado e iniciada a construção de uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) com recursos repassados pelo Ministério da Saúde.

O município vive uma fase de grandes investimentos na construção civil, tanto na área habitacional quanto em saneamento básico e infraestrutura urbana. O setor de educação mantém sua trajetória de crescimento, inclusive no ensino superior. Os reflexos do cenário atual nacional e estadual se fazem sentir de maneira intensa na evolução das condições de vida no município.

Esta dualidade, por um lado grandes dificuldades a serem vencidas para preservar as conquistas e perseguir avançando na construção do projeto municipal para saúde e por outro uma série de possibilidades que se abrem e aprofundam em diversos campos da vida econômica, social e política está visivelmente presente.

Ao interior do setor saúde, no âmbito das forças sociais que buscam influenciar na condução das ações e serviços de saúde, diversos projetos e apostas continuam permanentemente em disputa.

SILVA (2001) identificou no processo de deslocamento de poder que ocorre com a municipalização da saúde no Brasil a existência de duas forças antagônicas, uma que procura ampliar direitos, em especial aqueles relacionados ao direito à saúde, e outra que limita o alcance da capacidade do poder público de realizar ações e oferecer serviços com este objetivo.

Mesmo experiências como a de Vitória de Conquista, que tiveram um marca forte de enfrentamento com a privatização dos espaços no setor saúde e conseguiram avançar na publicização dos mesmos, convivem cotidianamente com as tentativas de captura das ações e serviços de saúde para atender a lógica de apropriação privada, tanto pelas corporações empresariais quanto profissionais, e ainda pela cultura política conservadora que ainda marca profundamente os espaços da gestão pública e a relação desta com a população.

Como observa PAIM (2008) na ausência de uma “base orgânica de massa capaz de assegurar a radicalização do *processo* da Reforma Sanitária” os espaços de gestão da saúde assumem predominância na defesa do SUS. Assim esta política pública ainda é extremamente dependente do *projeto* de governo e da *governabilidade* construída pelos atores em situação de governo. Assim tem grande peso na definição “*do que ocorre*” a atuação em especial de vários atores que constroem políticas de saúde no cotidiano, que definem a política de saúde que irá se refletir concretamente nas ações e nos serviços de saúde, na forma em que chegam aos usuários do sistema de saúde.

Neste cenário e diante dos desafios analisados neste trabalho é imprescindível, dispender esforços para fortalecer o que GOULART (2002) identificou como *empreendedorismo militante* das equipes da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, buscando criar mais possibilidades para que estes profissionais sejam portadores de “alta voltagem e brilho nos olhos”, viabilizando a manutenção e o fortalecimento do “feliz encontro da ideologia com a práxis”.

Como apontado tanto por alguns gestores quanto por profissionais do PSF entrevistados cabe estabelecer a construção criativa de novos projetos, repolitizando cada atividade da gestão e renovando a “paixão” pela construção do sistema público de saúde enquanto um projeto coletivo.

Durante o período analisado nesta investigação o autor teve a oportunidade de transitar pelas três esferas de gestão do SUS: de 1998 a 2002, como Secretário Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, entre 2003 e 2005, enquanto Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, e atualmente atuando como Secretário da Saúde do Estado da Bahia (desde janeiro de 2007).

É uma experiência impar ter a oportunidade de atuar nestas três posições em períodos subseqüentes podendo acompanhar a evolução dos processos de implantação do SUS. Em especial nos permitiu participar em diferentes espaços de questões relacionadas ao processo de implantação do Sistema Municipal de Saúde de Vitória da Conquista e a estar, mesmo em outras posições, tendo acesso a informações sobre o andamento do SUS neste município.

De certa forma, se inspirando na “metáfora do mirante” de LOWY (1987), podemos considerar que estar em “mirantes” diferentes se debruçando sobre uma

dada realidade social em permanente evolução permitiu um processo extremamente rico para tentar refletir sobre este objeto analisado nesta investigação.

Não temos dúvida de que a experiência local marcou fortemente este processo interpretativo, contudo as vivências posteriores vieram a influenciar decisivamente.

LOWY (1987) vê a realidade social “(...) como uma paisagem pintada por um artista e não como uma imagem de espelho independente do sujeito”. Este “sujeito implicado” nesta investigação “flutuou entre mirantes” sofrendo, sem sombra de dúvidas, novas e diferentes influências no seu “horizonte de visibilidade”.

Tanto as experiências posteriores contribuíram para a compreensão e interpretação acerca do processo do SUS em Vitória da Conquista, quanto a vivência na gestão local neste município influenciou nossa concepção sobre os caminhos e desafios do SUS e nossa atuação nas outras duas esferas de gestão.

Também foi extremamente produtiva esta oportunidade de revisitar o Sistema Municipal de Saúde de Vitória da Conquista conduzindo esta investigação. Agora como uma avaliação acadêmica, produto final deste curso de doutorado, onde foi possível realizar novas reflexões sobre este objeto a partir de outro “mirante”, ouvindo a fala de vários atores sociais partícipes do processo no município, mergulhando nos relatórios de gestão, garimpando e analisando os dados dos sistemas de informação, comparando resultados, lendo algumas e relendo outras investigações sobre o SUS neste e em outros municípios, buscando o “diálogo” entre várias escolas e autores da saúde coletiva, e refletindo com o orientador, colegas e outros profissionais que atuam na gestão da saúde pública em diferentes espaços.

Referências Bibliográficas

ALLISON, G. T. **Essence of decision**. Boston: Little Brown, 1971.

ARAÚJO JÚNIOR, J. L. do A. C. **Decentralization in the health sector. The Brazilian process, issues and problems, 1988 - 1994**. 1994. Dissertação (Mestrado) - Nuffield Institute for Health, University of Leeds, 1994.

ATKINSON, S. Restructuring health care: tracking the decentralisation debate. **Progress in Human Geography**, v.19, n.4, p. 486-503, 1995.

ATKINSON, S. et al. Going down to the local: incorporating social organisation and political culture into assessments of decentralised health care. **Social Science & Medicine**, v. 51, n.4, p. 619-636, 2000.

ATKINSON, S.; HARAN, D. Back to basics: does decentralization improve health system performance? Evidence from Ceará in north-east Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v.82, n.11, p. 822-827, 2004.

ATKINSON, S. et al. Prevention and promotion in decentralized rural health systems: a comparative study from northeast Brazil. **Health Policy and Planning**, v.20, n.2, p. 69-79, 2005.

BARRET, S.; FUDGE, C. (Eds.). **Policy and action**. London: Methuen, 1981.

BARRET, S.; HILL, M. J. **Report to the SSRC Central**. London: Methuen. Local Government Relations Panel on the "core" or theoretical component of the research on implementation (unpublished), 1981.

BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.5 - 17, 1996.

BOBBIO, N. Política. In: BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1986.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Campus, Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, v.78, n.182, Brasília-DF, 20 set. 1990. Seção I, p.18055- 18059, 1990a.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 31 dez. 1990, Seção I, 1990b.

BRASIL. Lei Nº 8.689, de 27 de julho de 1993. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 1993.

BRASIL. **Decreto Nº 1.232**, de 30 de agosto de 1994. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS: NOB/SUS - 01/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 06 nov. 1996.

BRASIL. Constituição de 1988. Emenda Constitucional n. 29, de 2000. Dispõe sobre recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 14 set. 2000.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Constituição de 1988**. 17. ed. atual. Brasília: Câmara, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **NOAS-SUS 01/02**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Balço da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde /Organização Pan-Americana da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos – síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Portaria 399/GM, de 22/02/2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Portaria 699/GM, de 30/03/2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 abr. 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Painel de Indicadores do SUS, 4).

BUENO, W. S. Betim: construindo um gestor único pleno. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: 1997.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** 1997. Disponível em: www.datasus.gov.br/cns. Acesso em: ago.2009.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, C. R. A produção da cidadania - construindo o SUS em Belo Horizonte. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUES, C. M. P. (Orgs.). **Contra a Maré à Beira Mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Página Aberta, 1996.

CAMPOS, G. W. de S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. Editora HUCITEC, São Paulo, 1991.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1992.

CAPISTRANO FILHO, D. **Saúde para todos. Um desafio ao município. A resposta de Bauru.** São Paulo: HUCITEC, 1985.

CAPISTRANO FILHO, D. **Da Saúde e das Cidades.** São Paulo: HUCITEC, 1995.

CARVALHO, D. M. T. de. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 879-892, 2007.

CECÍLIO, L. C. de O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994.

CECILIO, L. C. de O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Gestão de Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UFRJ; CEPESQ, 2006.

COELHO, T. C. B.; PAIM, J. S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.5, p. 1371-1382, 2005.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.1, p. 9-18, 2003..

COHN, A. Políticas de saúde e reforma sanitária hoje: delimitações e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, supl. 2, p. 2021-2023, 2008 .

COHN, A.; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P. E. Informação e decisão política em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.1, p. 114-121, jan. 2005.

COLLINS, C.; ARAÚJO, J.; BARBOSA, J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. **Health Policy**, v.52, n. 2, p. 113-127, 2000.

COSTA, N. do R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil.** Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.

CUNHA, I. de C. A.; SOLLA, J. J. S. P. Implantação da Vigilância Sanitária em Vitória da Conquista, Bahia. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 25, p. 28-36, 2001.

DENIS, J.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. In: HARTZ, Z. M. de A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

DYE, T. R. **Policy Analysis**. Alabama: University of Alabama Press, 1976.

SCOREL S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Pan American Journal of Public Health**, v. 21, n. 2/3, p. 164-176, 2007.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimento Populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Orgs.). **O fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Da Casa/Escola de Saúde Pública, 2002.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG) In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

FRANCO, T. B. et al. (Orgs.). **Acolher Chapecó**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

FONSECA, A. A. M. **Descentralização e estratégias institucionais dos municípios para a captação de recursos: um estudo comparativo entre Feira de Santana, Ilhéus e Vitória da Conquista/Bahia – 1997-2003**. 315 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p. 417-434, 2001.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, v. 9, n.17, p. 287-301, 2005.

GORDON, I.; LEWIS, J.; YOUNG, K. Perspectives on policy analysis. **Public Administration Bulletin**, v. 25, n.1977, p. 26-30, 1977.

GOULART, F. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... – considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p. 292-298, 2001.

GOULART, F. A. **Experiências em saúde da família: cada caso é um caso?** 387 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

GOULART, F. A. **Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos**. Uberlândia: EDUFU, 2007. 238 p.

GOYA, N. **O SUS que funciona em municípios do Ceará**. Fortaleza: AMECE, 1992.

GUNN, L. Why is implementation so difficult? **Management Services in Government**, v.33, p. 169-176, nov. 1978.

HASENFELD, Y.; STEINMETZ, D. Client-official encounters in social service agencies. In: GOODSELL, C. T. (Ed.). **The public encounter**. Bloomington, Indiana: University Press., 1981.

HOGWOOD, B. W.; GUN, L. **The policy orientation**. Glasgow: Centre for the Study of Public Policy/University of Strathclyde, 1981.

HOGWOOD, B. W.; GUN, L. **Policy analysis for the Real World**. Oxford : University Press, 1984.

HOOD, C. **The limits of Administration**. Wiley: Chichester, 1976.

HORTALE, V. A.; COMIL, E. M.; PEDROZA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 1, p. 79-88, 1999.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000.

JAEGER, M. L. et al. Saúde de verdade e com qualidade: o desafio de transformar a legislação em prática cotidiana. In: MARQUES, J. L. (Org.). **Rio Grande do Sul: estado e cidadania**. Porto Alegre: Palmarinca,, 1999.

LESSA, R., Exemplo de reforma tributária vem do sertão. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, 19 jun. 2000.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v..6, n. 2, p.269-291, 2001.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services**. New York: Russel Sage Foundation, 1980.

LOPES, C. R. Palmas para a luta do MP! **Radis**, n.39, p.11, 2005.

LOWY, M. **As Aventuras de Karl Marx contra o Barão de Munchhausen: Marxismo e Positivismo na Sociologia do Conhecimento**. São Paulo: Busca Vida, 1987

LUCCHESI, P. T. R. et al. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1979

MACHADO, C. V. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 20, n.1, p.44-49, jul. 2006.

MAGALHÃES JR., H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2006.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996**. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2001.

MALTA, D. C. et al. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C. R.. et al. **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998. p.121-142.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MEDINA, M. G. **O Contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados da avaliação de dois estudos de caso**. 269 f. Tese [Doutorado] - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo; HUCITEC, 1994.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E.V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

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

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V.; PESTANA, M. **Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, 2004.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo**. Campinas-SP: Papirus, 1987.

MERHY, E. E. A mutilação da Lei Orgânica da Saúde: vitória dos que desejam um povo mutilado. **Saúde em Debate**, n. 30, p. 8-9, 1990.

MERHY, E. E. **A Saúde Pública como política**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO L. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 117-160.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires, Lugar Editorial, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MERHY, E. E. **O conhecer militante do sujeito implicado**: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. Campinas-SP: UNICAMP, 2005. (mimeo).

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MERHY, E. E. Integralidade: implicações em xeque. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Gestão de Redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UFRJ; CEPESQ, 2006.

MILANI, C. R. S. Políticas públicas locais e participação na Bahia: o dilema gestão *versus* política. **Sociologias**, n. 16, p. 180-214, 2006.

MOLTENI, A. J. et al. Perfil epidemiológico das parasitoses intestinais: experiência de uma equipe da zona rural no Município de Vitória da Conquista (BA). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 5., 2002, Curitiba. **Anais...Curitiba**, 2002.

MOLTENI, A. J. et al. Intervenções para controle da Hipertensão Arterial na estratégia de Saúde da Família: a experiência de uma equipe da zona rural do Município de Vitória da Conquista (BA). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 5., 2002, Curitiba. **Anais...Curitiba**, 2002.

OLIVEIRA, J. A. de A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) Previdência Social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.

OLIVEIRA, J. B.; GUSMÃO, S. C. A experiência de saúde da família no estímulo à participação social no município de Vitória da Conquista – BA. In: SECLLEN-PALACIN, J. A.; FERNANDES, A. S. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar**: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

OLIVEIRA, M. H. C. B. Pactos de Gestão: Divisão de Responsabilidades entre Estados e Municípios na descentralização. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. de M. (Orgs.). **Gestão de Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2003.

PACHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização da saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PAIM, J. S. **Saúde, crises e reformas**. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

PAIM, J. S. Determinantes da situação da saúde no Brasil a partir da República. In: SILVA, L. M. V. (Org.). **Saúde Coletiva: textos didáticos**. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PAIM, J. S. Atenção à Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil – Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 15-44.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 73-78, 2006.

PENTEADO, A. P. et al. Regulação do SUS em Curitiba: um exercício de gestão de recursos em busca da equidade. In: DUCCI, L. et al. (Orgs.). **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e pratica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995.

PESTANA C. F. **Práticas de avaliação na gestão descentralizada de saúde: a experiência de Vitória da Conquista 1998-2001**. Salvador. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal da Bahia, 2002.

PIMENTA, A. L. **Saúde em Amparo**: a construção de espaços coletivos de gestão. 337 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2006.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PRESSMAN, J.; WILDAVSKY, A. **Implementation**. Berkeley: University of California Press., 1973.

QUEIROZ JÚNIOR, L. G.; SOLLA, J. J. S. P. Geoprocessamento - contribuição para o planejamento intersetorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, Sup., 2000.

REIS, A. T. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

REIS, A. A. C. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do SUS (2): atenção especializada ambulatorial e hospitalar. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., Rio de Janeiro, 2006. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

RIBEIRO, P. T. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.3, p. 819-828, 2009 .

ROCHA, J. C. da. **Direito da saúde**: Direito Sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. São Paulo: LTR, 1999.

SAMAJA, J. **Epistemologia y metodologia**: elementos para uma teoria de la investigación científica. 3. ed. Buenos Aires: EUDEBA, 1993. p. 203-307.

SANTOS, F. P. O novo papel do município na gestão da saúde - o desenvolvimento do Controle e Avaliação. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SANTOS, N. R. O SUDS, o SUS, os vetos e a sanção do projeto. **Saúde em Debate**, n. 30, p. 5-7, 1990.

SANTOS, R. C. **Saúde todo dia**: uma construção coletiva. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2005.

SILVA, A P. **A prática da equipe do PSF**: mudança ou conservação. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

SILVA, P. L. B. Descentralização de políticas sociais: marco teórico e experiências internacional e brasileira. In: VELLOSO, J. P. dos R.; ALBUQUERQUE, R. C. de; KNOOP, J. **Políticas sociais no Brasil**: descentralização, eficiência e equidade. São Paulo: INAE/ILDES, 1995.

SILVA, S. F. da **A construção do SUS a partir do município**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SILVA, S. F. da. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SILVA, Y. Z. Q. **Equipe de saúde da família**: problematizando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

SILVA JUNIOR, A. G. da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SOLLA, J. J. S. P. O processo de descentralização da marcação de consultas e procedimentos especializados para as unidades básicas de saúde em Vitória da Conquista. In: BRASIL. Ministério da Saúde. (Org.). **Experiências Inovadoras no SUS**: relatos de experiências - Gestão dos Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o "Pacto de Gestão". **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n.2, p. 332-348, 2006.

SOLLA, J. J. S. P.; COUTO, W. L. da S. Informatização da dispensação e suprimento de medicamentos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. (Org.). **Experiências Inovadoras no SUS**: relatos de experiências - Desenvolvimento de Novas Tecnologias Assistenciais de Atenção aos Usuários. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SOLLA, J. J. S. P.; MENEZES, G. Municipalização plena do sistema de saúde: Construindo um sistema público e gratuito de atenção à saúde em Vitória da Conquista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, Sup., p. 171, 2000.

SOLLA, J. J. S. P. et al. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na gestão plena do Sistema Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS**: relatos de experiências – Gestão dos Serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SOLLA, J. J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 4, p. 495-502, 2007.

SOLLA, J. J. S. P.; REIS, A. A. C. dos. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SOTER, A. P. **A descentralização da Vigilância em Saúde, no contexto da Descentralização do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2005**. Termo de Referência para Contratação de Estudo de Caso. {S.n.t.}, 2005. (mimeo).

SOUZA, E. A.; SOLLA, J. J. S. P. Ampliação da cobertura vacinal em Vitória da Conquista. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **1ª EXPO-EPI Mostra Nacional de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TENDLER, J. **Bom Governo nos Trópicos. Uma visão crítica**. Rio de Janeiro: REVAN; Brasília: ENAP, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: CEPS-ISC, 2002. p. 79-99.

TEIXEIRA, C. F. A mudança no modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, n. 27, p. 257-277, 2003.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, n.7, p. 10-23, 2004.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. J. S. P. **Gestión em la implementación del programa de salud de la familia en Brasil.1998-2002**: caso del Município de Vitória da Conquista. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2003. (Serie: Estudios de Caso y Experiencias Relevantes en Gerencia Social en América Latina).

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. J. S. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-97, 2005.

TEIXEIRA, S. A. **O Programa de Saúde da Família e sua relação com as dimensões da sustentabilidade**. Dissertação (Mestrado) - Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

TEIXEIRA S. A. Avaliação dos usuários sobre o Programa de saúde da Família em Vitória da Conquista Bahia Brasil. In: **Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2004. p. 77-101.

TEIXEIRA, S. M. F. Municipalização da saúde e poder local no Brasil: relatório de pesquisa. **Revista de Administração Pública**, v. 31, n. 3, p. 195-298, 1997.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TESTA, M. **Saber em salud. La construcción del conocimiento**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

TREVISAN, L. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. **Revista de Administração Pública**, v. 41, n. 2, p. 237-254, mar./abr., 2007.

TREVISAN, L.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 4, p. 893-902, 2007.

UGÁ, M. A. D.; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 915-928, 2007.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n.8, p. 1597-609, 2005.

VIAJAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIANA, A. L. Descentralização: uma política (ainda) em debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 302-305, 2001.

VIANA, A. L. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, supl., p. 139-151, 2002.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. de F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L.. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

VIANA, A. L.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. **Análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde na Bahia**: município C. Relatório de pesquisa. Salvador: UFBA/ISC/Centro Colaborador ; Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, 2002. 67 p.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 355-370, 2007.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal**. 166 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 1998 – 2001**. Vitória da Conquista: PM/SMS, 1998.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2002 – 2005**. Vitória da Conquista: PM/SMS, 2002.

WEICHERT, M. A. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2004.

WILDAVSKY, A. B. **Speaking the Truth to power: the art and Craft of policy analysis**. Boston: Little, Brown and Co., 1979.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu,,de livre e espontânea vontade, aceito participar da pesquisa com o título: “**Avaliação da Implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bahia)**”, a qual tem como objetivos:

1. Investigar as relações político-institucionais entre os três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, Secretaria da Saúde do Estado e Secretaria Municipal de Saúde) mediadas pelos instrumentos normativos vigentes, buscando observar a garantia pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia das **prerrogativas** estabelecidas pela NOB-96 para os municípios, e o cumprimento pela gestão municipal de Vitória da Conquista das **responsabilidades** estabelecidas pela NOB-96, assim como a adequação do sistema municipal de saúde as exigências da NOAS 01/2002;
2. Analisar o processo político no âmbito municipal para implantação e desenvolvimento da política de saúde adotada pela gestão municipal, incluindo as relações construídas entre gestores e outros atores sociais para viabilização desta política, analisando a **construção de alianças** como fator facilitador da gestão e estudando o **processo decisório** empregado para formulação das políticas;
3. Avaliar os efeitos do processo de implantação e desenvolvimento da política de saúde municipal no âmbito do **modelo de gestão**, inclusive no que diz respeito à construção e operação dos espaços de **controle social** e do **modelo de atenção à saúde** neste município, buscando identificar as mudanças operadas;

A presente investigação é um estudo de caso que utilizará dados dos sistemas de informação em saúde, de documentos da Secretaria Municipal de Saúde e material coletado através de entrevistas. Pela sua natureza o município estudado não pode deixar de ser identificado. Estou ciente que essa pesquisa tem como autor o médico sanitário do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e aluno do doutorado da Universidade Federal do Rio de Janeiro *Jorge José Santos Pereira Solla* que está sob orientação do Prof. *Emerson Merhy*, doutor, pesquisador e professor do curso de doutorado da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Informo que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos, procedimentos e destinação da pesquisa e sobre a garantia de todos os cuidados éticos durante todo o processo de investigação e da obtenção de informações e esclarecimentos sobre a referida pesquisa sempre que necessário ou solicitado.

-----, ----- de ----- de -----.

Assinatura

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

Investigação do processo político no âmbito municipal para implantação e desenvolvimento da política de saúde adotada pela gestão municipal. Iremos estudar o **processo de construção de alianças** para a viabilização da gestão plena municipal. Vamos analisar este processo como fator facilitador da gestão e como mecanismo para neutralizar a oposição e a obstacularização de reformas, bem como o **processo decisório** empregado para formulação das políticas, buscando identificar:

1. Como você vivenciou o processo de implantação e desenvolvimento da política de saúde municipal em Vitória da Conquista desde 1997? Destaque casos que marcaram sua vivência neste processo.
2. Que questões importantes você destacaria?
3. Que queixas e que tipo de problemas você identifica?
4. Qual sua avaliação sobre o processo de implantação e desenvolvimento da política de saúde municipal em Vitória da Conquista?
5. Quais os principais efeitos da política de saúde municipal? Identifique as principais mudanças operadas, observando a situação inicial e a atual.
6. Quais foram (e têm sido) os principais mecanismos empregados pela gestão municipal para definição das políticas a serem implantadas no setor saúde (processo de formulação e decisão)?
7. Quais as estratégias que permitiram/permitem a viabilidade da implantação dessas políticas?
8. Qual o papel e a priorização da implantação do sistema municipal de saúde enquanto uma política de governo no ideário da gestão municipal?
9. Quais as principais alianças estratégicas desenvolvidas pela gestão municipal para implantação e viabilização do sistema municipal de saúde? Quais as forças aliadas e opositoras e que fatores que facilitaram a consolidação das alianças e os fatores que geraram obstáculos e dificuldades?
10. Em Vitória da Conquista existem alianças efetivas entre gestores locais, técnicos de organizações externas a saúde, associações comunitárias e/ou outros agentes ou atores e qual o papel das comunidades na gestão da saúde e a participação de atores da sociedade civil na construção do sistema municipal de saúde? Exemplifique.
11. Quais os principais conflitos e novos rearranjos estabelecidos na arena institucional e política, no espaço público e nas relações público/privado a partir das medidas implantadas pela gestão municipal?
12. Como você avalia o posicionamento dos profissionais de saúde no processo de implantação do sistema municipal de saúde?

13. Qual sua avaliação quanto à atuação dos quadros dirigentes da Secretaria Municipal de Saúde (coordenadores, diretores e assessores)?
14. No processo de implantação do sistema municipal de saúde, como se desenvolveram as relações entre os gestores do Estado e do Município e como foram (e têm sido) trabalhadas as relações entre o Município e o Governo Federal (União)?
15. Qual sua avaliação sobre a atuação do Programa de Saúde da Família?
16. Como você avalia os mecanismos de regulação, controle, avaliação e auditoria dos serviços na área de saúde implantados pela gestão municipal?
17. Qual sua avaliação sobre as relações estabelecidas entre a gestão municipal e os prestadores de serviços privados na área de saúde?
18. Em sua opinião, foram implantadas tecnologias inovadoras na gestão municipal da saúde? Caso positivo, quais você destacaria?
19. Existem na agenda de ação municipal políticas públicas saudáveis dirigidas por outros setores da gestão pública? Exemplifique.
20. Qual, na sua opinião, a situação atual do sistema municipal de saúde em Vitória da Conquista?
21. Quais as perspectivas quanto à sustentabilidade da experiência de gestão municipal na saúde e quais as alternativas existentes para buscar esta sustentabilidade?
22. Como você avalia o papel da política de saúde adotada pela gestão municipal na viabilização do projeto político desta administração?
23. Qual a importância que o sistema municipal de saúde tem desempenhado no desenvolvimento econômico e social do município de Vitória da Conquista?
24. Como você avalia a atuação do Conselho Municipal de Saúde, especialmente no que diz respeito a sua regularidade de funcionamento, temáticas enfrentadas, aprovação das linhas de ação e das principais proposições assumidas pela gestão municipal e apresentação regular de prestação de contas e relatórios? E a atuação dos conselhos locais de saúde?
25. Qual sua avaliação acerca dos mecanismos de Orçamento Participativo desenvolvidos em Vitória da Conquista e em particular no que diz respeito às proposições e decisões sobre investimentos na área de saúde?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)