

GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DE TEIXEIRA DE FREITAS, BA UM ESTUDO DE CASO

Margarete Inês Portela de Paula

Resumo: O artigo discute a gestão da saúde pública, apresentando como estudo de caso a trajetória e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Teixeira de Freitas, localizado no Extremo Sul do estado da Bahia. Descreve o processo de descentralização e a implantação da gestão do SUS, tecendo uma análise sobre o monitoramento e o processo de avaliação da gestão em saúde no âmbito municipal. Nessa perspectiva, identifica os fatores que interferem na gestão da saúde municipal e em seguida apresenta os resultados do ponto de vista dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS. O estudo apresenta a gestão da saúde, bem como a sua representação municipal-local do ponto de vista dos principais interessados: os Usuários do SUS, Profissionais e Gestor, bem como os limites e os avanços verificados na organização da gestão no município em estudo e, sobretudo, o nível de satisfação da comunidade investigada.

Palavras-chave: SUS; Gestão; Descentralização; Saúde.

1 Gestão de saúde: aspectos conceituais e históricos

A gestão municipal da saúde ocorre em meio a um processo de descentralização da política nacional de saúde. Sua análise, implica, além desse processo, os princípios reguladores do SUS e os contextos político-institucionais regionais e locais. Serão, além disto, considerados os seguintes aspectos: a) história da saúde pública local, o processo de descentralização, a relação profissional: condições de trabalho, atendimento médico-hospitalar, nível de satisfação dos usuários, atuação do conselho,e; b) a autonomia administrativa e financeira do município para o credenciamento, a contratação, a programação, o controle, a avaliação e o pagamento de prestadores de serviços públicos e privados em seu território.

De acordo com Polignano (2006), a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-las. A lógica do processo sempre obedeceu à ótica do avanço do Capitalismo, inclusive ao nível internacional. A saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, tanto no que diz respeito à solução dos problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados a esse setor.

Para Broch (2000), somente a partir do ano de 1964 que o papel do Estado é redefinido, com sua intervenção na economia e nas políticas sociais. Para ela, as políticas se caracterizavam pela implementação de um novo conceito de eficiência, que, em 1975, assinala a criação do sistema nacional de saúde pelas medidas de ordem coletivas, ainda que excluísse do acesso universal algumas classes sociais. Por outro lado, em 1988, com a nova Constituição Brasileira fica garantido o acesso universal aos programas de saúde pelos cidadãos brasileiros

Margarete Ines Portela de Paula é Mestre em economia (FEAD Minas - Centro de Gestão Empreendedora -BH) e Doutoranda em Administração (La Universidad de Montevideo - Uruguay).
E-mail: margaretepaula@uol.com.br

Partindo dessas observações e enfatizando o papel do Estado e do Município na gestão da saúde, a principal mudança que o SUS apresenta é a descentralização da gestão dos serviços ou a municipalização da saúde, que transfere a responsabilidade de gerir a oferta de serviços de saúde da União e dos Estados para os Municípios. Assim, a municipalização define explicitamente o município como responsável pelo provimento e pela gestão dos serviços de saúde no seu território. A estratégia de descentralização significa uma tentativa de transformar os municípios em unidades gestoras, além de aproximar a identificação e a busca de soluções dos problemas de saúde para perto dos lugares onde eles acontecem. A municipalização sugere que a proximidade do gestor de saúde local pode facilitar a identificação das reais necessidades de saúde da população, que participará da definição de prioridades nessa área (VIEGAS, 2000).

A implementação do SUS foi um dos mais importantes projetos de reforma na área social, norteados pela equidade, controle social, descentralização, integração e hierarquização do cuidado à saúde. Para Burlandy (2003), a municipalização favoreceu a relação direta entre governo federal e municipal na implementação de alguns programas, fragilizando o papel do nível estadual e a coordenação regional. Nesse setor, a autonomia municipal na utilização de recursos tem sido reforçada, ainda que os governos locais disponham de capacidade institucional e técnica bem diferenciada.

Na compreensão de Lobo (1998), a descentralização deve ser orientada por um conjunto de quatro princípios: flexibilidade, gradualismo, progressividade e transparência. A flexibilidade implica levar em consideração as diferenças que fazem com que os governos tenham distintas capacidades de resposta às demandas apresentadas. O gradualismo significa que os processos de descentralização demandam diferentes compassos de tempo, de modo que deve ser respeitada a impossibilidade de implantação abrupta e repentina. A idéia de progressividade confirma essa premissa, isto é, a descentralização deve ser entendida como um processo, num contínuo de tempo e espaço. O autor remete ao fato de que os processos de descentralização devem ser marcados pela transparência nos processos de tomada de decisões com os atores envolvidos, além de acompanhamento e avaliação por meio de mecanismos de controle social. Segundo ele, abdicar destes princípios pode significar a não obtenção de resultados concretos.

Por outro lado, acredita o autor, que é difícil buscar um julgamento geral que dê conta da descentralização, podendo esta ser entendida como um “processo de transferência ou o deslocamento do poder para a periferia das instituições e dos fatos administrativos” (LOBO, 1998, p. 483).

2 Aspectos metodológicos

A escolha de Teixeira de Freitas como foco da investigação se deve aos seguintes motivos: a) trata-se de uma cidade-pólo da Macrorregião do extremo sul da Bahia, conforme a resolução (SESAB13, 2007), da Comissão Intergestora Bipartite; b) possui um Sistema Municipal de Saúde que dispõe de serviços de média e alta complexidade; c) dispõe de serviços necessários ao estabelecimento de referência e contra-referência de pacientes nos módulos assistenciais.

Para nortear a pesquisa, este estudo começa descrevendo os elementos constitutivos da gestão, o organizativo (descentralização e participação popular) e os finalísticos: universalidade, integralidade, equidade. Nesse contexto, discute os re-

sultados da pesquisa de campo acerca da gestão de saúde municipal, conforme os relatos dos atores envolvidos: gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Descreve, ainda, as dificuldades, resoluções e perspectivas apresentadas pelo Gestor municipal em torno do funcionamento e fortalecimento do SUS na região em estudo, bem como os limites e os avanços verificados na gestão das políticas de saúde no âmbito municipal.

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa de campo assume caráter descritivo porque possibilita o desenvolvimento de um nível de análise capaz de identificar os diferentes fenômenos, a ordenação e a classificação. Nesse aspecto, o estudo descreve a trajetória da saúde municipal, focalizando, sobretudo, as condições de gestão. Para tanto, realiza a descrição do conteúdo das falas, utilizando-se das entrevistas e depoimentos que, por sua vez, estão relacionados ao corpus da discussão teórica. Além disso, apresenta relatos de profissionais (Médicos, Enfermeiros, dos Usuários do SUS e do Gestor municipal). Portanto, para a operacionalização desta pesquisa, foram utilizadas: observação, aplicação de questionário, entrevistas e análise de relatórios.

A população-amostra escolhida para a aplicação das entrevistas compõe-se de 25 Enfermeiros, 20 Médicos, 1 Gestor (Secretário de Saúde) e 252 Usuários, participantes dos programas de saúde do município, vinculados ao SUS, entre os meses de agosto a setembro de 2007, nas unidades básicas de saúde e hospital municipal. A escolha dos usuários obedeceu à ordem de chegada nos diferentes serviços, abrangendo todos os turnos de trabalho. No caso dos profissionais médicos e enfermeiros foram realizadas entrevistas nos diversos bairros do município onde eles desempenham sua função. Paralelamente, ocorreu a análise dos dados coletados, exercendo um diálogo científico entre as falas, relatos e resultados dos questionários.

2 A (re) organização do sistema municipal de saúde

A partir de julho de 1998, com a municipalização, habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal (NOB - PT 1784/10.09.03) e Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (NOAS - PT 1784/10.09.03), recebendo atualmente o PAB Fixo anual, da ordem de R\$ 1.084.416,00 (um milhão, oitenta e quatro mil e quatrocentos e sesses reais), houve a reorganização do atendimento no hospital municipal, nas clínicas de pediatria, obstetrícia, cirurgia de pequena e média complexidade (as eletivas em pequena escala) e clínica geral. Em 2000, o município já atendia, em nível hospitalar, neurologia e ortopedia, passando a ser referência para a região. O atendimento complementar passou a ser realizado por dois hospitais conveniados ao SUS e a alta complexidade era referenciada para as cidades de Porto Seguro, Itabuna e Salvador.

Antes da descentralização da saúde (1997), a Secretaria Municipal de Saúde contava com uma precária estrutura, tanto material quanto profissional. O seu quadro de funcionários, por exemplo, contava, naquele ano, com 08 médicos, 01 psicólogo, 01 auxiliar de enfermagem, 12 atendentes de enfermagem, 18 serviços gerais, perfazendo um total de 40 funcionários, para o atendimento de uma população em torno de 80.000 habitantes (SMS, 2004). Atualmente, o município dispõe de uma equipe multiprofissional com 1026 profissionais. Destes, 274 são Agentes Comunitários de Saúde, sendo que 88,72% deles estão na zona urbana. Quando avaliado os serviços implantados no município percebe-se que essa equipe deveria ser composta por 1.500 profissionais aproximadamente. Para resolver a falta de profissionais, o

município tem como rotina “a dobra de plantão”, ou seja, um mesmo profissional assume sua escala de trabalho em dois postos de serviços diferentes (hospital e PSF), perfazendo uma carga horária semanal de 88 horas. Os profissionais, para suprir o quadro de funcionários, estão à disposição do município através do último concurso, esperando a convocação.

Partindo da necessidade de reunir maiores informações sobre a implantação dos serviços de saúde no município, buscamos os relatórios municipais (2004, 2006; 2007) referentes ao processo de descentralização. Na análise desses documentos, observou-se que:

- a) até o ano de 1998, início da descentralização do SUS, havia apenas três unidades básicas: Posto de saúde Teixeirinha, Posto de saúde São Lourenço e o Centro de Saúde Mãe Maria, no Bairro Monte Castelo. O Centro de Saúde Mãe Maria atendia como referência regional para os seguintes programas: Imunização, Programa da Mulher, Tuberculose e Hanseníase;
- b) o município avançou no processo de estruturação e organização da sua Rede Própria, principalmente, no que se refere à expansão de Unidades Básicas de Saúde (34 unidades básicas), a partir da necessidade de ampliação de cobertura do PSF (93,7% de cobertura), mas ainda não conseguiu resolver a questão referente à garantia do acesso aos serviços de saúde, e;
- c) como processo de estruturação, foi implantado o Serviço de Informações de Saúde, considerado como importante ferramenta para o planejamento e avaliação, contribuindo para a gestão do sistema municipal de saúde, com a implantação de unidades do Programa de Saúde da Família e criação de um ambulatório de referência - Ambulatório Central.

3 Secretaria Municipal de Saúde: funcionalidade e implicações

A atenção básica está compreendida como o ponto de entrada para o sistema de atenção à saúde do município, que está interligada aos serviços de referência e contra-referência na saúde. Constitui-se, assim, numa das principais diretrizes norteadoras da Secretaria Municipal de Saúde, que vem organizando e servindo de referência para a implantação de novos programas com o objetivo de atender à demanda referenciada aos serviços do SUS.

Considerando a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família, o Sistema Público Municipal oferece atualmente quarenta e oito estabelecimentos de saúde cadastrados no Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS. Enquanto estratégia, o município priorizou a implantação das unidades nas áreas mais carentes, atendendo ao princípio de equidade do SUS. Tais ações representam uma proposta de atenção à saúde, com o objetivo da prevenção de doenças, promoção da qualidade de vida, valorizando e orientando o cuidado com a saúde de sua família e da comunidade (SMS, 2007:32).

Em 1971, foi construído o primeiro hospital de Teixeira de Freitas, da iniciativa privada, devido ao fato, do hospital atender pessoas carentes, foi declarado de utilidade pública, chegando a oferecer 200 leitos de internação. Atualmente oferece 75 leitos e espaço para o atendimento de especialidades no nível ambulatorial, que foi reorganizado (CASTRO, 2007).

O segundo hospital a ser implantando foi o Santa Lúcia. O seu nascimento ocorre no final de 1971. Foi num antigo prédio (demolido posteriormente), situado na atual Praça da Bíblia, que funcionou, provisoriamente o hospital Santa Lucia. O hospital foi instalado logo depois da inauguração do Hospital SOBRASA. Embora tenha obtido um novo prédio, o Santa Lúcia funcionou menos de uma década, sendo desativado em 1978. Em seu lugar foi criado o Hospital Maternidade Santa Rita (atualmente alugado ao município que se transformou na unidade hospitalar Municipal Materno Infantil), com capacidade para 80 leitos, atendendo obstetrícia e pediatria.

Em março de 1980 foi inaugurado o hospital Estadual Regional para atendimento nas clínicas básicas. Sua história não foi diferente dos demais hospitais públicos, pois, em menos de uma década estava em precárias condições de funcionamento. Somente em 1998, com a municipalização, o hospital Estadual Regional foi cedido ao município, sendo reformado. Neste período, foram organizadas as clínicas de ortopedia, pediatria, obstetrícia e cirurgia geral em nível de pronto-socorro com atendimento 24 horas, oferecendo 70 leitos para internação nas clínicas de cirurgia, ortopedia, obstetrícia, pediatria e clínica geral. Em outubro de 2007, foi ampliado o centro cirúrgico do hospital Municipal, de duas salas para cinco salas e a construção de 12 leitos de UTI e ampliado os leitos para 127, tornando-se referência no atendimento à população do extremo sul da Bahia.

4 Análise e discussão dos dados

A pesquisa foi realizada com os profissionais Enfermeiros, Médicos, Gestor (Secretário de Saúde) e Usuários, participantes dos programas de saúde do município, vinculados ao SUS, entre os meses de agosto a setembro de 2007, nas unidades básicas de saúde e hospital municipal.

Os serviços de saúde municipais estão organizados por área de abrangência, ou seja, a população foi dividida, em áreas, com uma população de 4.500 pessoas, sendo implantada uma unidade de PSF, para cada área correspondente, totalizando 34 unidades para atendimento da atenção básica (PFS), perfazendo uma cobertura de 97,3% da população. Observa-se que, apesar do alto índice de cobertura (97,3%), ainda não consegue atender a demanda de usuários que procuram os serviços de atenção básica, de média e alta complexidade como será apresentado através da pesquisa de campo.

O perfil dos usuários que procuram atendimento médico em unidades básicas de saúde está acima de 40 anos. Esse grupo é constituído na sua maioria (80%), por pessoas com hipertensão arterial e diabetes - doenças comuns nessa fase da vida. Do ponto de vista nacional, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), a hipertensão arterial, por exemplo, pode chegar a 28% na população branca, porém, nos descendentes de negros, esse número pode chegar a 36%.

Em relação à escolaridade, percebe-se que a maior parte dos entrevistados (62,8 usuários) possui o ensino fundamental incompleto, o que nos leva a deduzir que, apesar do critério de escolaridade, trata-se, na sua maior parte, de analfabetos funcionais (assinam o nome, mas não conseguem dominar a leitura). Porém, essa condição não interfere no posicionamento como usuário do SUS, dada a percepção da sua funcionalidade e/ou eficiência, uma vez que são detentores de conhecimento e da realidade em que vivem, sendo portadores, sobretudo do direito à cidadania.

A pesquisa buscou elementos que expõem o nível de satisfação dos usuários do SUS. Especificamente, foi questionado: “O seu problema de saúde é resolvido quando você procura o SUS?” De acordo com os dados pesquisados, constatou-se equilíbrio na satisfação, o que pode ser explicado pela reorganização municipal dos serviços do SUS. Como já descrito no capítulo anterior, as unidades de atenção básica do município atendem cerca de 80% de doentes crônicos, que necessitam de acesso ao atendimento e à oferta de medicamentos. Dentre as queixas prioritárias estão a falta de medicamentos para as doenças crônicas e a regularidade no atendimento. Um aspecto importante a ser considerado é a questão do acesso aos serviços na atenção básica, que é quem faz os encaminhamentos aos serviços de média e alta complexidade.

Quanto à realização dos exames solicitados pelo médico, 50% dos usuários, às vezes, conseguem realizar os exames complementares. Somente 44,4% têm o acesso garantido aos exames. Percebe-se que em alguns casos, a ausência de esclarecimentos, a timidez, a acomodação ou o receio de lutar pelos direitos podem afastar a possibilidade de compreender a dimensão da sua satisfação enquanto usuário. A relação médico-paciente ainda é seguida rigidamente pela hierarquia: se o médico fala, o paciente se cala, concorda e respeita. Ora, se os exames solicitados pelos médicos não são realizados, significa que os problemas de saúde não são resolvidos.

Constatou-se que o tempo de espera para marcação de exames é uma situação que o município ainda não conseguiu resolver. A julgar pela intensidade do problema de saúde do usuário, a demora pelos resultados dos exames dificulta a sua recuperação e, em alguns casos, pode contribuir para o agravamento da doença e as condições do paciente. A maior parte dos usuários (68%), que procuram as unidades para a marcação de exames não consegue ou espera mais de um mês, inclusive para exames mais simples, como o hemograma ou o exame de urina. Somente 6,2% conseguem realizar em menos de uma semana.

Na prática, a falta de acesso ao atendimento nos serviços de saúde tem gerado filas de espera (demanda reprimida para o atendimento). No município também é freqüente a clássica estratégia de acesso aos serviços através de mecanismos informais, tais como a intermediação de profissionais “conhecidos” ou “amigos”, o que Mendes (1991, p. 5), chama de “intermediação político-clientelista”.

Quanto ao atendimento do hospital, constatou-se um misto de insatisfação e certo equilíbrio, ou seja, 32,7% consideram bom, 37,3% regular e 2,3 ruim.

Quanto à satisfação do usuário em relação ao atendimento nas unidades básicas (PSF), observou-se que 46% consideram bom, ou seja, consegue atendimento, porém, 33,3% o consideram bom e 2,7%, ruim. A reclamação mais comum diz respeito ao acesso ao serviço de saúde: precisam chegar às unidades básicas de saúde a partir das 4 horas da manhã para conseguir ficha para atendimento. Um dos fatores identificados durante a pesquisa diz respeito ao não-cumprimento da carga horária do profissional médico, contratado pelo município (oito horas), o que implica na diminuição da oferta de consultas/acesso aos serviços. Ou seja, a gestão municipal da saúde ainda não conseguiu resolver a permanência do cumprimento do horário do médico, conforme é preconizado pelo programa.

A idéia de autonomia a que se referem os Médicos e Enfermeiros está relacionada ao desenvolvimento da estratégia do Programa da Saúde da Família-PSF, que atende aos programas de Tuberculose, Hanseníase, Imunização, a Atenção à Gestan-

te e à Criança. Além disso, tem-se também a atenção ao Hipertenso e Diabético, bem como à prevenção e orientação das demais doenças, de modo a traçar estratégia para sua efetiva operacionalização, obedecendo às especificidades de cada região. Percebemos que 77,8% têm autonomia e 22,2% disseram não ter autonomia para programar e organizar as ações em saúde.

As unidades do Programa de Saúde da Família-PSF do município não desenvolvem uma mesma estratégia quanto à organização do acesso aos usuários: em 55,5% ocorrem o agendamento misto (atendimento de demanda espontânea e também por marcação prévia) para o acesso do usuário a consulta médica; em 37,8% a forma do acesso ao atendimento é por demanda espontânea (não necessita de marcação prévia); em 6,7% se dá por agendamento. No que se refere às condições de trabalho (espaço físico, equipamentos e salários), constatou-se que 22,7% são boas, 56,1% regulares e 22,2% ruins.

A participação dos Médicos e Enfermeiros em reuniões do Conselho de Saúde é baixa: 53,4% não participam e 22,2% desconhecem o conselho de saúde. Dos participantes, 24,4% consideram o Conselho como não atuante. Conforme relatos desses profissionais, algumas decisões em saúde são tomadas pelo Gestor e são apresentadas ao Conselho posteriormente.

Quando consultado os membros do Conselho, relataram que existem conselheiros que não acompanham efetivamente os gastos com saúde, bem como as prioridades de investimentos na saúde do município. Esses representam instituições não ligadas à saúde (apicultores, ONGs não atuantes) e que foram indicados pelo Prefeito. O município ainda não tem representações locais (bairros), denominadas de Conselhos locais.

Em seguida foi questionado se os programas de saúde são eficientes. Para 20% são eficientes, 51,5% não são eficientes e 28,9% são pouco eficientes. Ao questionar sobre a eficiência do Programa de Saúde da Família, os médicos citam as condições de desenvolvimento e as dificuldades. Dentre as principais dificuldades, destaca-se a falta de medicamentos, condições inadequadas para efetivá-los, tais como, as instalações físicas das unidades de saúde e equipamentos.

Outro problema identificado foi a falta de treinamento para os profissionais que atuam nas unidades do PSF. Segundo os médicos, a maioria é especialista em diversas áreas e que precisam atender a diversos programas, tendo condutas diferenciadas das instituídas pelos manuais do Ministério da Saúde, dos quais não são conhecedores. Por outro lado, relatam que os programas têm melhorado significativamente, principalmente em relação ao atendimento as gestantes, segundo eles, “mais humanizado”:

A maioria das gestantes está fazendo o pré-natal, mas ainda falta a captação nos primeiros meses de gestação. Os registros do sistema de informação do pré-natal, ainda não estão operando com eficiência” (Profissional Médico, PSF, 2007 - Informação verbal).

Observa-se que a falta de informação pode prejudicar a programação das estratégias para o PSF, e conseqüentemente pode se traduzir em prejuízos à saúde. Para alguns profissionais, a demanda elevada por atendimentos nos hospitais pode estar relacionada à ineficiência e à baixa resolução da atenção básica. Nesse quesito, as respostas dos profissionais médicos e enfermeiros indicam uma preocupação em relação a operacionalização, resumidas no seguinte comentário:

Acho que os programas são muitos verticalizados, sendo difícil de ser adaptada à realidade do município. Os programas às vezes são elaborados distante da realidade onde vão ser operacionalizados. Sabemos que existem muitas diversidades em nosso país e os programas são elaborados de forma generalizada, dificultando a operacionalização na base, ou seja, nas unidades de saúde, que apresentam diferenças regionais dentro do próprio município (Profissional Médico, PSF, 2007 - informação verbal).

Esse depoimento confirma que a descentralização das ações em saúde (Imunização, Hanseníase, Tuberculose, etc.) é fundamental para a operacionalização da atenção à saúde, que para algumas unidades encontra-se centralizados no Ambulatório Central.

Quanto à verba destinada à saúde, o comentário de um dos médicos entrevistados contempla a posição dos demais profissionais:

O repasse federal não é suficiente, porém falta gestão dos recursos, foco e coordenação; o problema está na gestão dos recursos, a logística está acima do que pode ser contemplado. No município observa-se que, atualmente, em virtude da construção de uma UTI com 12 leitos, com recursos próprios do município, o gestor tem deixado de lado algumas prioridades da atenção básica, dificultando o desenvolvimento das atividades dos profissionais, tais como, os procedimentos médicos que demandam de material e equipamentos (Profissional Médico, PSF, 2007 - Informação verbal).

Os profissionais médicos e enfermeiros também relatam que existem problemas de gerenciamento dos recursos ao mesmo tempo em que não conseguem financiar todas as ações da saúde. Para esses profissionais, isso ocorre porque os valores presentes nas tabelas de procedimentos realizados pelo SUS são muito inferiores aos preços praticados no mercado.

Para eles, o gestor deveria ter maior conhecimento da realidade da saúde pública do município, especialmente da atenção básica, com uma visão holística em saúde, definindo melhor as prioridades. Um dos entrevistados afirma:

Isto acontece devido o Gestor e o coordenador da atenção básica não conhecerem nossa realidade, são de municípios com perfis diferentes do nosso - o Gestor municipal era residente na cidade de Eunápolis e o coordenador da atenção básica da cidade de Mucuri (profissional Enfermeiro PSF, 2007- Informação verbal).

Nos depoimentos desses profissionais fica claro que o município enfrenta problemas de baixo financiamento por parte do governo federal na saúde, além disso, também existe falta de gerenciamento de recursos, e em alguns casos o Gestor dispõe de verbas dos programas para cumprir compromissos com fornecedores, acarretando em atrasos no pagamento de seus salários.

Para contemplar a funcionalidade prática do setor que responde pela saúde municipal em Teixeira de Freitas, buscamos realizar uma entrevista com o atual secretário de saúde. Embora tenha colaborado significativamente com a pesquisa ora apresentada, as informações do secretário em torno do funcionamento e implicações do processo de descentralização no município não foram suficientes em relação à organização dos serviços e gerenciamento dos gastos. Entretanto, deixou os relatórios à disposição da nossa investigação.

Especificamente sobre o processo de descentralização e a possibilidade de se traçar um paralelo entre o antes e o momento atual, o Secretário afirmou sua posição, dizendo que “não é possível, como já disse, é um processo que não acompanhei, pois na ocasião havia outro secretário”. Nesse aspecto, buscamos informações com a prefeitura local e constatamos que, na atual gestão, ocorreu uma rotatividade na área da saúde, sendo este o terceiro secretário.

Segundo o Gestor Municipal de Saúde (2007), além da reorganização da atenção básica, a Secretaria trabalhou para aumentar o acesso da população aos serviços de maior complexidade. Implantou uma Unidade Municipal Materno Infantil, visando à redução da taxa de mortalidade materno – Infantil. Aliada a essas ações, a Secretaria priorizou o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, com programas de educação permanente e a realização de concurso público para áreas técnicas (SMS, 2007).

Para o Gestor, na perspectiva de melhorar e organizar a oferta de serviços em saúde para o ano de 2008, pretende-se:

- a) organizar o serviço de alta complexidade nas áreas de neurologia, ortopedia e cirurgia geral, bem como da oncologia e nefrologia;
- b) implantação da UTI neonatal e infantil com 8 leitos;
- c) implantação do SAMU – Serviço Ambulatorial de Emergência;
- d) implantação do Centro de Referência Municipal em Odontologia, e;
- e) construção de uma nova Unidade para o Hospital Municipal.

Para ele, existem limitações para a viabilização de tais intencionalidades, em curto prazo, devido aos seguintes elementos:

- a) financiamento insuficiente;
- b) demora de cadastramento pelo Estado dos serviços de alta complexidade: o serviço de tratamento intensivo-UTI, está em funcionamento a mais de seis meses com financiamento municipal, aguardando o cadastramento da referida unidades pelo serviço Estadual de Saúde;
- c) dificuldade para contratação de profissionais em algumas especialidades, devido à carência no mercado, e;
- d) atrasos no repasse de verbas federais para a saúde.

Questionado se o município apresenta como prioridade os serviços de alta complexidade e como está sendo tratada a questão da atenção básica, o Gestor comenta:

Temos conhecimento do muito que há por fazer e mudar, como ampliar a capacidade da rede, fazer prevenção e promoção da saúde, ampliar o acesso além dos municípios para os cidadãos de municípios vizinhos através da pactuação, caracterizando um atendimento mais humanizado nas relações entre os usuários, profissionais e gestores. É preciso que as unidades de saúde incorporem uma agenda de produção de saúde coletiva e de intervenção sobre os determinantes sociais, culturais e ambientais do processo de saúde e adoecimento” (Gestor Municipal de Saúde, 2007 - Informação verbal).

Observa-se que a consolidação do Sistema Único de Saúde está atribuída ao cumprimento de seus princípios e diretrizes, garantindo acesso universal e equânime da população. Entretanto, a prioridade para a reestruturação do sistema municipal de

saúde foi o investimento em serviços de alta complexidade.

Sobre a verba destinada à saúde é suficiente e como ela está sendo administrada, o Gestor fez o seguinte comentário:

A verba é insuficiente. Até 2004, a aplicação do município era de 15% da arrecadação municipal atendendo as exigências da emenda constitucional 2000-EC29. Hoje a média mensal de repasse chega a 25% (porém em alguns meses existe atraso no repasse da contrapartida municipal). Ampliamos a cobertura de PSF no município com novas unidades, bem como a ampliação e reforma do hospital municipal com a construção da UTI de 12 leitos com recursos do município. Somente alguns equipamentos da UTI foram doados pela empresa Bahia Sul Celulose (Gestor Municipal de Saúde, 2007).

A explicação do Gestor assemelha-se aos depoimentos – dos profissionais da saúde que se queixam com freqüência da falta de condições adequadas de trabalho. Segundo ele, o município de Teixeira de Freitas gasta por mês, o equivalente a R\$ 2,5 milhões de reais na área de saúde. O repasse mensal da prefeitura para a secretaria de saúde corresponde a 25% da arrecadação, conforme declaração Gestor.

Quanto à gestão dos recursos financeiros, duas questões foram identificadas: a) a Secretaria Municipal de Saúde tem autonomia para desenvolvimento das estratégias em saúde, bem como a organização e implantação de novos serviços; e, b) a contratação de profissionais da saúde do município, que ficam sobre a gestão da secretaria de administração, que define a política de contratação e demissão. São fatores que têm dificultado o trabalho de alguns setores por falta de funcionários, como por exemplo, algumas cirurgias são suspensas por falta de enfermagem para organização do setor. Tal situação é justificada pelo Secretário de administração: “o setor de saúde não necessita de mais funcionários”, sem observar o aumento significativo de serviços implantados no município.

Quanto à realização de cirurgias eletivas, o Gestor respondeu que são realizadas, porém não consegue ainda atender toda a demanda, e que, o município está se organizando para aumentar a oferta de acordo com a demanda. Existe uma demanda reprimida grande para esses procedimentos.

5 Considerações finais

O estudo buscou promover uma reflexão acerca dos desafios e perspectivas da dinâmica da descentralização do SUS e suas implicações em torno da saúde pública. Construiu uma análise partindo da necessidade de reconhecer, na trajetória histórica do SUS, as mudanças e desafios no contexto da saúde do Brasil, e, em particular do município de Teixeira de Freitas, localizado no extremo sul do estado da Bahia.

A pesquisa partiu da pressuposição de que não há modelos, mas experiências, cujo aprendizado talvez mereça melhor compreensão. No entanto, apontou para os seguintes problemas de gestão: na gestão de recursos; na gestão do controle social; na organização da demanda (acesso e oferta de serviços; na atualização de instalações e equipamento (tecnologia); na garantia da disponibilidade de medicamentos ao programas de saúde; na gestão de pessoal; na capacitação profissional.

O estudo demonstrou através das falas dos atores envolvidos que existe baixo financiamento para a saúde. Vimos que à municipalização cabe não é apenas a trans-

ferência de serviços e unidades ao município, mas deve ser acompanhada de recursos que permitam a oferta plena de serviços de saúde aos usuários. O processo de descentralização deve possibilitar ao município as condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras.

Em relação à gestão financeira do município, a pesquisa demonstrou que existem atrasos nos pagamentos dos prestadores de serviços da saúde (Médicos, Fisioterapeutas e outros), causando descontentamento. Além disso, esses profissionais não cumprem sua carga horária de oito horas, justificando a remuneração e atrasos salariais, precisando de outros vínculos para complementação salarial, bem como a prática de pisos salariais diferenciados para a mesma categoria (Enfermeiros), com diferença que chegava a 50%. Aliado a tais fatores nota-se que a satisfação profissional, encontra-se distante da ideal, especificamente em se tratando das condições de trabalho do profissional (enfermeiro) e dos problemas relacionados às questões salariais do mesmo, sobretudo, quando se compara tais benefícios dentro da mesma categoria. Um aspecto que, segundo a pesquisa, reflete diretamente no desempenho das atividades.

A pesquisa demonstrou também que o Gestor de saúde nem sempre tem autonomia para a contratação de pessoal para atender a demanda dos serviços de saúde. Existe a prática de “dobra de escala”, em que o servidor chega a fazer 48 horas semanais. Essa prática sobrecarrega o funcionário estando mais sujeito os erros. É importante salientar que o município dispõe dessa mão de obra para contratação.

Vimos, que ao se considerar a trajetória e os efeitos da descentralização, algumas dificuldades permaneceram, sobretudo com relação ao acesso dos usuários para o atendimento da atenção básica e a exames complementares. O município am

Percebe-se a preocupação maior do gestor com a ampliação da oferta em serviços de alta complexidade e só devem ser levados em conta os valores re

Constatamos que a participação dos profissionais de saúde no Conselho de Saúde é inferior a 25%. Essa baixa representatividade e em alguns momentos, reflete a omissão, dos mesmos, em cumprir seu papel frente aos espaços de participação, em prol da defesa do SUS. Diante dos resultados apresentados, podemos afirmar que somente é possível pensar num SUS autêntico, humano e integral quando o cotidiano dos seus serviços for atendido em seus princípios básicos, ou seja, com uma efetiva participação popular, garantindo assim, os direitos dos usuários quanto ao acesso igualitário e integral das ações em saúde.

7 Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde-MS. Norma Operacional Básica-NOB. Brasília, 1991.
- _____. Ministério da Saúde-MS. Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS, Brasília 2002.
- _____. Ministério da Saúde-MS. Manual de hipertensão e diabetes. Brasília, 2007.
- BROCH, A. G. A. *Políticas sociais e a descentralização na área da saúde*. Dissertação de mestrado. Curitiba: Universidade Federal do Paraná - UFPR, 2000.
- BURLANDY, L. *Comunidade Solidária: Engenharia institucional, focalização e parcerias no combate à fome, à pobreza e à desnutrição*. Tese doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

CASTRO, M. R. *Entrevista sobre a história e organização hospitalar*. Teixeira de Freitas-BA, 2007.

LOBO, T. Política Social e descentralização. In: Ministério da Previdência e Assistência Social & CEPAL - Projeto: A Política Social em Tempo de Crise. Articulação Institucional e Descentralização. Vol. III, pp. 483-485. Brasília: CEPAL, 1998.

MENDES, E, V. *O consenso do discurso e o dissenso da prática Social*: Notas sobre a Municipalização de Saúde no Brasil. São Paulo, 1991. (Mimeo).

POLIGNANO, M. V. *História das Políticas de Saúde no Brasil*. Uma pequena revisão. Texto sem publicação. São Paulo: 2006.

_____. Relatório Municipal de Saúde-SMS, Teixeira de Freitas, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Relatório Gestão do Município de Teixeira de Freitas-SMS. Teixeira de Freitas, 2004.

SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde. Salvador: SESAB, 2000.

VIEGAS, Mônica. *A saúde em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2000.

Aprovado para publicação em maio de 2009.

Abstract: The article discusses the management of public health, presenting as a case study the history and operation of the Unified Health System (SUS) in the municipality of Teixeira de Freitas, located in southern state of Bahia. It describes the process of decentralization of the management and deployment of SUS, creating an analysis on the process of monitoring and evaluation of health management at the municipal level. From this perspective, it identifies the factors that interfere in the management of municipal health and then displays the results in terms of the managers, workers and users of SUS. The study shows the health management as well as their local-local representation in terms of the major stakeholders: Users of SUS, Professionals and Manager, and the limits and the progress made in organizing the management council in the study and Above all, the level of satisfaction of the community investigated.

Key words: SUS; Management; Decentralization; Health.