



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS

COLEGIADO DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

WHELESON MOREIRA SAMPAIO SANTOS

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM CACHOEIRA – BA: UMA ANÁLISE DOS
COMPONENTES DE FINANCIAMENTO, SERVIÇOS DE SAÚDE E
INFRAESTRUTURA NOS DIAS ATUAIS**

Cachoeira

2018

WHELESON MOREIRA SAMPAIO SANTOS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM CACHOEIRA – BA: UMA ANÁLISE DOS
COMPONENTES DE FINANCIAMENTO, SERVIÇOS DE SAÚDE E
INFRAESTRUTURA NOS DIAS ATUAIS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Colegiado do curso de
Serviço Social da Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia- UFRB, como pré-
requisito para a obtenção do grau de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Jucileide Ferreira
do Nascimento

Cachoeira

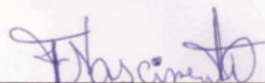
2018

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM CACHOEIRA – BA: UMA ANÁLISE DOS
COMPONENTES DE FINANCIAMENTO, SERVIÇOS DE SAÚDE E
INFRAESTRUTURA NOS DIAS ATUAIS

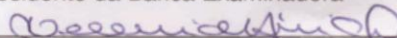
WHELESON MOREIRA SAMPAIO SANTOS

Cachoeira – BA, aprovada em 25/04/2018

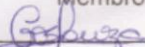
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª, Dr.ª. Jucileide Ferreira do Nascimento
Presidente da Banca Examinadora



Prof.ª. Dr.ª Heleni Duarte Dantas de Ávila
Membro Interno



Assit. Social Esp. Giselle Oliveira Souza
Membro Externo

A Deus toda honra, gloria e louvor!

Dedico a minha família, em especial a minha mãe Maria José e minha tia Valnizia por todos os esforços para a minha criação. A Dr. Manuel (In Memória) pelo incentivo suporte e amor.

AGRADECIMENTOS

A gratidão é uma qualidade mais nobre do ser humano.

O ato de agradecer expressa a justiça e gratidão a alguém. Minha eterna gratidão a todos os meus orientadores na jornada pedagógica, de forma intensa a Ir. Trindade, a Deusiana, Paulo Cesar, Marcela e muito especial a Heleni Ávila.

A minha mãe Zezé e tia Leco, pelos esforços, perseverança, carinho e amor, Sem sua motivação não conseguiria chegar até aqui.

A meus irmãos, Emerson e Jefferson pelo suporte e exemplo.

A minha filha Isabelle, mesmo com pouca idade me incentivou bastante.

A Juliane, “amor maior que eu”, pelas cobranças em meio a incentivos.

A todos, muito obrigado por fazerem parte da minha vida.

Vamos a novos vôos, conquistar novos horizontes.

*“Houve um tempo na minha vida,
Em que os sonhos que Deus havia plantado em meu coração,
Parecia que nunca iriam se realizar,
E eu olhava ao meu redor as circunstâncias
E nenhuma delas sustentava minha fé.
Mas eu aprendi algo tremendo,
Eu posso fechar os meus olhos para tudo que há ao meu redor
E com os olhos do meu coração,
A fé que Deus já colocou em cada um dos seus filhos
A fé que Ele me deu a própria fé de Deus
Com essa fé eu posso ver
Porque os sonhos e os planos de Deus jamais se frustrarão.
Você também meu querido, feche seus olhos quando o mar estiver agitado
Quando tudo parecer contrario
Feche os olhos
E contemple uma só coisa: a fidelidade do Senhor.”*

(In: Aguas purificadoras – Diante do Trono 3 – Ana Paula Valadão)

RESUMO

O presente trabalho objetiva refletir acerca da política de saúde vivenciada no cotidiano da cidade de Cachoeira, analisando alguns dos componentes de gestão: financiamento, serviços de saúde e infraestrutura, no cenário contemporâneo. Destaca-se como base de análise para as reflexões aqui apresentadas, a ideologia neoliberal e o modo de produção capitalista, que trouxeram consequências nocivas aos direitos sociais, que são fruto de conquistas históricas da classe trabalhadora. Aborda-se, aqui, a política de saúde como uma política social, por entender a saúde como um dos direitos inerentes a condição de cidadania. Para alcance das reflexões e conclusões, utilizou-se da pesquisa qualitativa, exploratória, estudo de caso, tendo como fonte principal de análise, a revisão bibliográfica, a análise documental e legislações pertinentes à temática. Para um melhor entendimento dos resultados da pesquisa foi feita análise de conteúdo, categorizando expressões mais relevantes e recorrentes. O trabalho percorreu o processo histórico da construção do SUS no país, o impacto da contrarreforma do Estado nas políticas sociais, e por derradeiro, a contextualização da política de saúde no município de Cachoeira/BA. Ao final pode-se afirmar que existem muitos desafios a serem solucionados para a sobrevivência do sistema público de saúde em Cachoeira.

Palavras-chave: política social, política de saúde; SUS; instrumento de gestão

ABSTRACT

The present paper aims to reflect on the health policy experienced in the daily life of the city of Cachoeira, analyzing some of the components of management: financing, health services and infrastructure, in the contemporary scenario. It stands out as a basis for analysis for the reflections presented here, the neoliberal ideology and the capitalist mode of production, which have brought harmful consequences to social rights, which are the fruit of historical achievements of the working class. Health policy is approached here as a social policy, because health is understood as one of the inherent rights of citizenship. In order to reach the reflections and conclusions, the qualitative, exploratory research, case study was used, having as main source of analysis, bibliographical review, documentary analysis and legislation pertinent to the theme. For a better understanding of the results of the research, content analysis was done, categorizing more relevant and recurring expressions. The work covered the historical process of the construction of SUS in the country, the impact of the state counter-reform on social policies, and lastly, the contextualization of health policy in the municipality of Cachoeira / BA. At the end it can be affirmed that there are many challenges to be solved for the survival of the public health system in Cachoeira.

Keywords: social policy, health policy; SUS; management tool

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SUS – Sistema Único de Saúde

DNOS – Departamento Nacional de obras e Saneamento

DNOCS – Departamento Nacional de Obras Contra a Seca

DNERu- Departamento Nacional de Endemias Rurais

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MPAS – Ministério de Previdência e Assistência Social

MRS – Movimento da Reforma Sanitária

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

SUOS – Sistema Local de Saúde

CF/88 – Constituição Federal Brasileira de 1988

NOB – Normas Operacionais Básica

PPA – Plano Plure Anual

LDO – Lei Orçamentária Anual

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentária

CNS – Conferencia Nacional de Saúde

ESF – Equipes de Saúde Bucal

PIS – Programa de Integração Social

PIB – Produto Interno Bruto

PAB – Piso de Atenção Básica

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel as Urgências

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissível

USF- Unidade de Saúde da Família

IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

ABS – Atenção Básica de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

CEO – Centro de Especialização Odontológico

CAPS – Unidade de Atendimento Psicossocial

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. POLÍTICA SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO HISTÓRICO BRASILEIRO	13
1.1 A Política Social no Brasil.....	13
1.2 O movimento da reforma sanitária e a criação do SUS.....	15
2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: CONQUISTAS E DESAFIOS	24
2.1 Principais conquistas do SUS.....	24
2.2 Contrarreforma do Estado: desafio a política de saúde.....	32
3. COMPONENTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM CACHOEIRA/BA	35
3.1 O Município de Cachoeira – situando o lugar da pesquisa.....	35
3.2 Instrumentos de gestão da política de saúde no Município.....	37
3.3 Componentes do sistema único de saúde.....	43
3.3.1 Financiamento.....	44
3.3.2 Serviços de saúde.....	48
3.3.3 Infraestrutura.....	49
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53

INTRODUÇÃO

O presente trabalho versa sobre o sistema único de saúde sob o recorte local da municipalidade de Cachoeira/BA, propondo uma análise de componentes de saúde, notadamente o financiamento, os serviços de saúde e a infraestrutura, levando-se esses aspectos em contextualização com o cenário atual de estruturação e organização da saúde na referida cidade.

Para alcance das reflexões e conclusões propostas no presente estudo, procedeu-se a utilização do método científico de revisão bibliográfica, de modo a esclarecer por meio da leitura e citação de conceitos, a apresentação de conteúdos de origem da comunidade científica do curso em epígrafe.

No referido estudo proposto, evidencia-se aspectos históricos da construção da política de saúde nacional, contextualizando-a enquanto política social, e apresentando o desenvolvimento da normatização da saúde no Brasil e o impacto da contrarreforma do Estado nas políticas sociais.

Ademais, a pesquisa destaca como cenário aquele empreendido pela fase neoliberal do modo de produção capitalista e seus efeitos nocivos em face da concretização de direitos sociais.

A pesquisa desenvolvida possuiu como justificativa, no que diz respeito à noção de relevância social, a busca pela apresentação de recursos doutrinários e dados práticos, que permitissem criticar a configuração da sistematização de saúde do Município de Cachoeira/BA, verificando especificadamente incongruências nos elementos de saúde do recorte epistemológico, notadamente, financiamento, serviços de saúde e infraestrutura, de modo a propor reflexão, soluções e alternativas aptas a superar os desafios instalados, alcançando assim uma melhor estruturação, organização e prestação de serviços na referida seara, que impacta diretamente com direito fundamental dos sujeitos que vivem em sociedade.

A relevância para o campo de estudo do curso, se informa pela noção renovadora ao tema, apresentando aspectos empíricos que ilustram e propõem reflexões quanto às diretrizes conceituais e doutrinárias existentes no cenário atual do estudo do Serviço Social quanto à políticas sociais e

especificadamente as de saúde, assim como, as características informadoras do Sistema Único de Saúde.

O objeto primordial da pesquisa se relaciona com a necessária análise acerca da política de saúde vivenciada no cotidiano da cidade de Cachoeira, intentando visualizar os componentes de saúde na estrutura e operacionalização da municipalidade, propondo uma visão crítica do caso concreto.

O trabalho de conclusão de curso desenvolveu-se em três capítulos teóricos, apontando inicialmente a base estrutural do trabalho, com a dissertação sobre a construção da política de saúde no Brasil, impondo a contextualização com a adoção das políticas sociais ligadas à intervenção do Estado na área social, situando-se na mudança de fase do sistema capitalista.

O segundo capítulo versa sobre a sistematização da saúde brasileira, apresentando o SUS com as diversas conquistas que foram inauguradas com a implementação desta macro política de saúde, assim como, abordando os desafios e a contrarreforma do Estado, enquanto impactante na esfera da saúde.

O terceiro e último capítulo da presente pesquisa, impõe o encontro dos pressupostos teóricos apresentados com aspectos empíricos das políticas de saúde realizadas no Município de Cachoeira/Ba, sendo os elementos do sistema conceituados e relacionados a dados coletados de gestão da aludida seara.

1 POLÍTICA SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO HISTÓRICO BRASILEIRO

Refletir sobre a construção da política de saúde no Brasil requer a contextualização com a adoção das políticas sociais ligadas à intervenção do Estado na área social, situando-se na mudança de fase do sistema capitalista.

O amadurecimento do direito à saúde se relaciona com o quanto previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 se apresentando como um direito universal e de responsabilidade do Estado, prestado por meio da elaboração e execução de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos.

Ainda, será abordado o histórico da reforma sanitária ocorrida no Brasil e demais conquistas advindas do movimento.

1.1 A POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL

As políticas sociais¹ possuem sua origem vinculada aos movimentos de massa e à formação dos estados-nação na Europa Ocidental, final do século XIX, entretanto sua expansão posiciona-se na transição do capitalismo concorrencial² para o capitalismo monopolista, após a Segunda Guerra Mundial (Behring&Boschetti, 2006, p.47).

No Brasil, as políticas sociais nascem influenciadas pelo desenvolvimento urbano industrial, momento em que o Estado redefiniu as suas funções e passou a utilizar diversos mecanismos institucionais de controle das forças populares. Ante o novo cenário (urbano/industrial), as expressões da questão social passam por um processo de agravamento, particularmente em virtude do desenvolvimento de aglomerados em torno das cidades. Toda essa situação

¹A expressão “política social” teve origem entre pensadores alemães de meados do século XIX que criaram, em 1873, uma associação para seu estudo. A partir daí, a expressão passou a ser amplamente utilizada, muitas vezes sem uma clareza conceitual (PIANA, 2009).

²Capitalismo concorrencial fase do capitalismo que teve início com aparecimento de máquinas movidas por energia não-humana. Inicia-se na Inglaterra com a máquina a vapor, por volta de 1746 e finda com o início dos monopólios (Behring, 2000, p.32).

leva ao crescimento do índice de pobreza, de desemprego e das privações social, econômica, cultural e política para a classe social que vive do trabalho.

Com isso, o Estado brasileiro é impulsionado ao enfrentamento das expressões da “questão social”, deixando de atuar através da força policial e passando a entender as desigualdades sociais como uma ação política.

Perante tais problemas, foram criadas as políticas sociais, compreendidas como o “conjunto de programas e ações continuadas no tempo, que afetam simultaneamente várias dimensões das condições básicas de vida da população” (DRAIBE, 1997, p. 14).

Assim, pode-se auferir que as políticas sociais – historicamente – surgem para subsidiar os trabalhadores no campo da proteção social que passa a ser promovida pelo Estado, para “apaziguar” as discrepâncias nocivas apontadas pelo capital.

Ainda cabe, analisar, as políticas sociais como processos e resultados de relações complexas e contraditórias e que se estabelecem na contradição entre Estado e Sociedade Civil, ou seja, no âmbito das lutas de classes e com base no modo de produção e reprodução do capitalismo, requer um entendimento que vai além da discussão da eficiência e eficácia, mas que avança para a compreensão da garantia dos direitos sociais (AVILA, 2013).

Segundo Pereira (2008), a Política Social, possui identidade própria, referindo-se à política ação que visa atender necessidades sociais cuja resolução requer deliberada decisão coletiva regida por princípios de justiça social que devem ser amparados por leis impessoais e objetivas, garantidoras de direitos.

No campo da saúde muitos são os autores que defendem a Política de Saúde como uma política social³, a exemplo de Fleury & Ouverney (2008); Paim e Teixeira (2006); Merhy, (1992), dentre outros. Para Merhy:

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

³Na própria Constituição Federal de 1988 a Política de Saúde é reconhecida como uma das Políticas Sociais.

Portanto, entender a política de saúde enquanto política social é também compreender os padrões de acumulação capitalista e como esta se constitui enquanto política no interior do Estado, sob qual forma e, quais circunstâncias, com que forma essa política se efetiva e quais interesses estão subjacentes.

A política de saúde brasileira, deve ser analisada como fruto desse processo de lutas sociais, estando relacionada à sua evolução social, política e econômica ao longo de sua história. A lógica do seu processo evolutivo foi, assim, determinada pela lógica de um Estado do capitalismo periférico. A conquista da saúde como direito, consoante está prescrito na Constituição Federal Brasileira, é fruto de uma disputa travada através de um movimento hegemônico e contra hegemônico⁴, envolvendo interesses distintos e expressando as diferenças entre as classes sociais no Brasil (AVILA, 2013).

Como fruto de todo esse processo de disputas por projetos de sociedade e a luta de classes no Brasil, surge, em finais dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, o Movimento da Reforma Sanitária, que é a base Criadora do Sistema Único de Saúde – SUS.

1.2 O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA E A CRIAÇÃO DO SUS

Após a descoberta do Brasil em 1500, pelos Portugueses, o que parecia o descobrimento de um paraíso com tantos recursos naturais, veio a se transformar em enfermidades, e a falta de estrutura de vida foram surgindo e tomando conta do País, como relata Bertolli Filho (2011) em relação aos cenários sanitário do País:

A colônia portuguesa da América era identificada com o “inferno”, os colonizadores brancos e os escravos africanos tinham poucas chances de sobrevivência. Os conflitos com os indígenas, as dificuldades materiais da vida na região e sobretudo as múltiplas e frequentes enfermidades eram os principais obstáculos para o estabelecimento dos colonizadores. (pg.11).

⁴As disputas políticas ocorrem basicamente entre dois polos, de um lado os representantes do modelo privatista e na concepção de saúde apenas como a ausência da doença e de outro lado, o Movimento da Reforma Sanitária que lutava por outra ordem social e compreendendo a saúde em uma perspectiva ampliada, ou seja, de acordo com o art. 2º, § 1º da Lei 8.080/90, como resultante de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Assim, de acordo com o autor, contava-se com a colaboração da cura com recursos naturais, medicação com ervas que era ensinada preparada pelos “curadores” e os “curadores” religiosos, como Padres, que acreditavam, pregavam que Jesus curava e tratava da saúde e alguns médicos europeus.

Neste contexto, foram existindo muitas doenças sem cura, bem como a varíola, que ainda de acordo com Bertolli Filho (2011):

Os surtos epidêmicos, os médicos e os curandeiros poucos podiam fazer, já que quase nada se conhecia sobre a varíola, assim como sobre as demais doenças infectocontagiosas. A única opção possível era exigir o afastamento dos enfermos do ambiente ocupado pelos sadios, o que, na maioria das vezes, levava os “bexiguentos” a morrerem sozinhos, nas matas próximas às vilas e povoados. (pg. 15)

Em meados de 1904, no Rio de Janeiro, surge uma a Lei aprovada pelo Congresso Nacional, que obriga a população a tomar vacina contra a varíola, e a população reage contra mais uma oligarquia opressora, primeiro que eles desconheciam esse ato, por nunca terem passado por isso e segundo por não conhecerem a qualidade do material utilizado, deste modo, a população vai às ruas, revoltando-se contra as imposições das autoridades, o que levou alguns políticos a fundar a Liga Contra a Vacina obrigatória. A partir daí surgem vários outros confrontos entre policiais, que muitas vezes usavam forma agressiva e opressora de conduzir a situação e a população que não mais aceitavam as imposições do Estado (BERTOLLI FILHO, 2011).

Contra a Ditadura Militar, muitas manifestações populares ocorreram no Brasil em 1945, o que repercutiu em grandes transformações nos anos subsequentes e vem se transformando até os dias atuais. Conforme relata o livro História da saúde pública no Brasil (BERTOLLI, 2011, pg. 39), houve uma elaboração de uma Constituição Democrática, liberal, na qual se classificou como *período de redemocratização*, a população buscava melhorias nas condições de trabalho, vida e saúde. Outras manifestações nacionais aconteceram ao longo dos anos em prol de melhores condições de sobrevivência, pelos trabalhadores. Dessa forma, movimentos sociais foram organizados com objetivo de findar o Brasil como um país que tinha capacidade de se tornar independente no setor econômico. O governo na época cria estratégias, propondo à população que o

país pode ser administrado por todos, visando se aliar a população buscando apoio, contudo não se percebeu indícios de mudanças ligadas aos interesses popular, momento em que os jornais faziam exposição de que nada havia mudado na saúde (grifo do autor):

O compromisso governamental com as necessidades básicas da população tem sido relegado sempre a segundo plano, perpetuando um círculo tristemente vicioso: desamparado e sem participação decisiva nas decisões do governo, o trabalhador recebe salários baixos e vive mal, adoecendo com facilidade. Doente e mal alimentado, ele tem a sua vida produtiva abreviada, tornando muito mais difícil a superação da pobreza nacional. (Bertolli Filho, 2011, p. 18)

Havendo ainda, a visão da classe elitizada, bem como, alguns médicos que fazia relação da doença com a raça do povo brasileiro, alegando que a mistura de raça: brancos e negros, causam transtornos que resultavam em sintomas de “preguiça”, além de causar transtornos físico e mental, as doenças não haveriam cura, teriam que esperar o desaparecimento das raças “misturadas” e consideradas menos favorecidas, como negros e indígenas. Mas existia também pessoas da classe elitizada que acreditavam que o país era um hospital e que necessitava da interferência direto do governo no setor sanitário, como relata Bertolli Filho, (2011):

Saúde e desenvolvimento econômico eram considerados elementos de uma mesma equação. Médicos empenhavam-se em alertar as autoridades para a precária situação que vitimava os brasileiros, exigindo pronta intervenção oficial na questão sanitária e na melhoria geral das condições de vida da população. (p. 20).

Ainda na década de 40, de acordo com o Cruz (2009), acontece a 1ª Conferência Nacional de Saúde, nasce como proposta do Governo Federal para ter ciência das ações do Estado, nesta conferência fica instituída a necessidade de ficar a par de todos os tipos de doenças e da Assistência, dando ênfase:

- a) (Organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.” Um temário nitidamente relativo à gestão e administração dos serviços de saúde, no âmbito de um Estado que se constituía (MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E

SAÚDE, 1941 *apud* CRUZ, 2009, pg. 28).

Na década de 50, o governo cria o Ministério da Saúde, porém não houve muitas evoluções, já que a verba destinada para tal não conseguia alcançar melhorias significativas na saúde da população brasileira, as condições continuavam sendo precárias, nada sendo feito pelo próprio Ministério da Saúde de forma eficaz, sobretudo no tange à má distribuição de renda que afetava diretamente na qualidade da assistência aos enfermos, e todas as tentativas de melhorias à saúde resultavam em complicações (BERTOLLI FILHO, 2011). De avanços fica as instituições de serviços em água potável e esgotamentos e o plano de financiamento federal para abastecimento de água, bem como, a criação de outros órgãos federativos como o Departamento Nacional de Obras e Saneamento (DNOS), o Departamento Nacional de Obras Contra a Seca (DNOCS), e o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), todos em prol de implementar novos sistemas de abastecimento de água e esgotamentos, além de desenvolver tecnologias (FINKELMAN, 2002).

Bertolli Filho (2011), afirma que, embora o papel do Ministério da Saúde fosse administrativo, visando melhoria nas condições de saúde da população, não se via colaboração do mesmo no combate às doenças que atingiam o povo, como a doença de chagas, tuberculose, malária, esquistossomose e tracoma, mesmo havendo campanhas sanitárias na tentativa de combater as doenças, diminuindo assim a quantidade de pessoas doente. Acontece também na década de 50, a 2ª Conferência Nacional de Saúde, abordando assuntos como a doença conhecida como malária, bem como às condições da assistência sanitária médica e segurança do trabalho (CRUZ, 2009).

Já na década de 60, os interesses por parte dos partidos políticos interferiam diretamente nas condições de saúde de algumas regiões, que por interesse acabavam beneficiando demais uns hospitais de determinadas áreas em troca de votos e apoio eleitoral, enquanto outros ficavam com déficit na saúde, deixando a desejar na assistência aos enfermos. Ressalta-se que, essa intervenção do setor político na área da saúde, visto que os políticos aprovaram leis que beneficiavam os serviços médicos privados, destinando assim, verbas públicas para deputados, que eram sócios de hospitais e clínicas, e eram eles mais beneficiados que a própria população. Mediante as

queixas dos trabalhadores quanto à precarização na assistência e transtornos administrativos na área da saúde, o Estado tenta a reorganização dos serviços oferecidos pelas agências previdenciárias. Ainda na década de 60, por volta de 1963, surge a 3ª Conferência Nacional de Saúde com o propósito, segundo Cruz, 2009:

Seu temário também expressava uma nova orientação, direcionada à análise da situação sanitária e à reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização e de redefinição dos papéis das esferas de governo, além de proposição de um plano nacional de saúde. O golpe militar de 1964 inviabilizou a implementação das medidas propostas pela 3ª conferência. (p. 30).

Em 1960 surge a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) no Brasil, cujo objetivo era organizar e padronizar as colaborações feitas pelos trabalhadores, que, anteriormente, pagavam os serviços de forma aleatória, já que cada órgão estipulava um valor diferente. Depois da lei, todos os trabalhadores passaram a contribuir com 8% do salário para a previdência, mesmo assim, não houve um equilíbrio financeiro, nem melhoria nos serviços de saúde (BERTOLLI FILHO, 2011).

Ainda na década de 60, em 1967, nasce a 4ª Conferência Nacional de Saúde, trazendo temáticas a respeito dos recursos humanos em relação à saúde, ainda de acordo com Cruz, 2009:

Debateu o tema “Recursos Humanos para as atividades de Saúde”, focalizando a identificação das necessidades de formação de recursos humanos e as responsabilidades do Ministério da Saúde e das instituições de ensino superior da área na capacitação de profissionais e no desenvolvimento da política de saúde (p. 30).

A conferência dá ênfase à importância de se voltar para mecanismos que se voltem para visualizar estratégias a fim de aperfeiçoar e aprimorar a capacitação dos profissionais, deste modo, melhoraria a saúde e a política ganha desenvolvimento.

Neste contexto, o governo, retoma seu olhar para as crianças nas décadas de 50 e 60. Assim, o autor citado afirma:

O precário atendimento à infância era outra marca visível da crítica situação da saúde no país, em contraste com a euforia desenvolvimentista. O índice de mortalidade infantil era altíssimo,

principalmente nas capitais, que haviam crescido rapidamente com o êxodo rural (CRUZ, 2009, p. 32).

Ainda na década de 60, por volta de 1966, surge o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que tem o papel de unificar os serviços prestado pelos órgãos previdenciários, trabalhando em prol do Ministério do Trabalho, prestando assistência aos trabalhadores. O Ministério da Saúde passa a ter a função de criar estratégias sanitárias para combater às epidemias. Logo o INPS falha mediante as corrupções e fraudes, como por exemplo as empresas que além de não pagarem a cota previdenciária ao governo, continuavam a receber benefícios do governo Federal (BERTOLLI FILHO, 2011).

Em 1975 surge a 5ª Conferência Nacional de Saúde, de acordo com Cruz (2009), vem com a seguinte proposta discutir cinco (5) questões:

O primeiro deles era a implementação da Lei n. 6.229/75, que havia sido aprovada em conass documenta n.18 julho do mesmo ano, criando o Sistema Nacional de Saúde e distribuindo as atribuições entre o Ministério da Saúde (responsável pelas ações coletivas de saúde pública) e o sistema de assistência médica previdenciário, (responsável por ações de assistência à saúde individual). Também foram discutidas estratégias e mecanismos de implementação do programa de Saúde Materno-Infantil, do Programa de Controle de Grandes Endemias e do Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais, além da implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Além das autoridades e técnicos setoriais, a conferência teve a participação de membros do Conselho de Desenvolvimento Social, composto por representantes de todos os ministérios da área social então existentes, além dos de Planejamento e Fazenda (Decreto n. 91.982, de 25/11/85). A principal contribuição da 5ª conferência foram às propostas de organização do Sistema Nacional de Saúde (p. 206).

Por Volta de 1977, nasce a 6ª Conferência Nacional de Saúde, que seguiu a linha de temáticas da anterior, bem como relata Cruz (2009):

Também teve seu temário direcionado à avaliação e análise de estratégias de implantação de programas governamentais: A situação atual do controle das grandes endemias, a operacionalização de novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde, e o Programa Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde (Piass) (p. 212).

Logo depois, em 1976 surge o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Este Ministério lutava para manter a saúde dos trabalhadores sem o controle do Ministério do Trabalho. Embora o país continuasse na liderança dos piores países em enfermidades, a expectativa de vida dos Brasileiros

aumentou de 50 anos, para 63 anos (BERTOLLI FILHO, 2011).

Embora o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) criado em 1902, apenas na década de 70, ganha visibilidade. Nascida pela sociedade civil, à reforma ganha estrutura na era da redemocratização. O MRS foi um movimento social que ganhou visibilidade de diversos setores da sociedade, incluído os sindicatos e a classe média, ambos viam a saúde como uma questão social e não uma questão biológica, ou seja, a saúde iria muito além dos serviços médicos, e se tratava de uma questão social e política (BERTOLLI FILHO, 2011).

De acordo com Freitas (2014):

Podemos afirmar que a Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, no movimento popular e em experiências regionais de organização de serviços (FREITAS, 2014, p. 300).

Foi dentro desta perspectiva que a “Saúde como um Direito do Cidadão e Dever do Estado” se colocou como ideia central do “Movimento Sanitário”. Nesta perspectiva, à Saúde cabe o papel de sensor crítico das políticas econômicas e outras políticas sociais em desenvolvimento tornando-se fundamental o conceito da intersetorialidade. A partir destes marcos, a 8ª CNS estabeleceu as bases para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde (p. 300).

O MRS tinha propostas sólidas, proposta que visavam melhorias na condição de vida dos brasileiros, e a população ainda lutava por uma saúde digna e pela democracia, bem como relata Brasil (2007) :

A primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A segunda delas é a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde (p. 38).

Ainda na década de 70, por volta de 1976, funda-se o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que tinha como função organizar o movimento da reforma sanitária. O Movimento da Reforma Sanitária (MRS) cresce significativamente e ganha credibilidade, se aliando aos gestores municipais, parlamentares progressistas entre outros movimentos sociais (BERTOLLI FILHO, 2011).

Por volta de 1980, nasce a 7ª Confederação Nacional de Saúde, e trás como temática, segundo Cruz (2009) “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Em 1982, nasce o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), resultado de lutas sociais, tem com função discutir e formular idéias de todos os movimentos relacionados à saúde, e tem como recorte a questão da reforma sanitária e conta com a participação de gestores municipal (BERTOLLI FILHO, 2011). De acordo com Brasil (2007), o CONASS:

É o conselho de representação dos secretários de saúde estaduais e também tem importante papel na formulação da política de saúde. Esta estrutura decisória do SUS é importante para compreensão da operacionalidade do SUS, que se constitui, conforme estabelecido no art. 198 da Constituição Federal, de ações e serviços públicos de saúde integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, de competência de todas as esferas de governo (p. 34).

Logo em 1986, com a participação de representantes de trabalhadores e organizadores da sociedade civil, abrindo assim, espaço de caráter público nas confederações; a saúde passa a ser considerada um direito do cidadão, ganhando aprovação na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi instituída pela Lei (PAIM, 2009).

Assim como relata o relatório final (Brasil, 2007):

[...] a saúde passa a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes (p. 37).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde é destacada e marcada por traços fortes, é neste momento que o Sistema de Saúde começa a ser visto como algo que deve ser repensado e reorganizado, ganhando nova roupagem, bem como relata Cruz (2009):

O temário da conferência era composto pelos seguintes itens: 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor. Um amplo processo de mobilização social, que articulou representação de diferentes segmentos e estimulou a realização de pré-conferências nos estados, permitiu a reunião de cerca de quatro mil pessoas em Brasília, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto, para discutir os rumos do sistema de saúde (p. 39).

Ainda na década de 80, cria-se a Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil - OPAS, cuja finalidade era cessar o fluxo de doenças, facilitando o comércio entre as nações, combatendo as doenças que existia, e focando a saúde como direito de todos, ampliando as políticas de saúde. A saúde como

causadora da paz entre as nações e logo mais tarde é complementado com o Sistema Local de Saúde (SUOS). A saúde passa a ser vista como direito e bem público, embora tenha deixado marcas, uma delas foi no setor financeiro, este chegou a atingir a economia internacional (FINKELMAN, 2002). As OPAS tiveram mais visibilidade no saneamento básico e água potável, com perspectivas ampla no que se refere à saúde ambiental.

Considerando-se a atual carta magna da República Federativa do Brasil, foi formulada durante um ano e oito meses por senadores e deputados, com aprovação em 05 (cinco) de outubro de 1988, a constituição tem como destaque vários aspectos que garantem direitos fundamentais a todos os cidadãos (BRASIL, 2011).

A constitucionalização da saúde enquanto direito fundamental configura uma modificação introduzida pela CF/88, uma vez que, anteriormente, as constituições revogadas se referiam à saúde das pessoas de forma extremamente limitada, atribuindo-se somente a distribuição de competências executivas ou a salvaguarda de específicos direitos dos trabalhadores (SARLET, 2013, p. 1926).

Nesse sentido, a referida inauguração, trouxe diversos pontos positivos, a estruturação de um sistema de saúde, a superação de uma concepção de saúde voltada exclusivamente para a perspectiva curativa, a ideia de uma universalidade no acesso à assistência em saúde, a fixação da relevância pública das ações e serviços de saúde, e a adoção de um conceito ampliado de saúde.

Diante dessas premissas, serão abordados os pontos mencionados, de modo a compreender os elementos que acompanham o fornecimento de serviços públicos em saúde no Brasil, vislumbrando suas diretrizes e cargas, princípios e lógicas a serem almejadas e concretizadas.

CAPÍTULO 2 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: CONQUISTAS E DESAFIOS

Analisando-se a denominação Sistema Único de Saúde, consegue-se extrair sem esforços algumas premissas acerca do seu significado, notadamente, primeiro destaca-se a noção sistemática, ou seja, há a reunião de elementos que, concretos ou abstratos, se interligam de modo a formar um todo organizado, assim, procedendo em conjunto o funcionamento de alguma coisa. Segundo, a palavra único refere-se à originalidade de gênero ou espécie, somente existe aquele exemplar determinado, bem como, ao mesmo tempo há a idéia de algo que é comum a todos. Por último, o termo saúde aparece como objeto dessa sistematização singular e isonômica, que popularmente fica restringida à relação com o aspecto biológico, referindo-se à existência ou ausência de patologias.

Contudo, essa percepção intuitiva acerca do SUS, não alcança a total compreensão do conceito, princípios, características e até da complexidade e organização do SUS, que se manifestam como algo distinto e especial, sendo importante a difusão desse conhecimento para todos os cidadãos. Com estes aspectos a serem destacados reflete-se sobre o alcance da política de saúde, materializado com o SUS e desafios a percorrer.

2. 1 PRINCIPAIS CONQUISTAS DO SUS

Antes de adentrar as especificidades do sistema brasileiro, se introduzirá a temática a partir de um contexto mais amplo, desenvolvendo a noção de sistema de saúde, que segundo o autor Jairnilson Silva Paim (2009, p. 13), “é o conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações”.

Minuciando o supramencionado conceito, se compreende um sistema de saúde como algo amplo, que engloba todas as organizações relacionadas com a atenção à saúde dos indivíduos e da coletividade, sejam estas pessoas jurídicas de natureza pública ou privada, governamentais ou não-governamentais e com ou sem finalidade lucrativa. Ademais, ao lado dessas instituições e relacionando-se por meio de contratos de trabalho,

credenciamentos ou convênios, estão os profissionais e trabalhadores da área da saúde, que se comprometem no setor com a realização das ações e cuidados perante a população (PAIM, 2009, p. 14-15).

Então, verifica-se uma grande quantidade de componentes no conceito de sistema de saúde, alcançando tanto as organizações ou instituições de diversas naturezas como os sujeitos que prestam os serviços em saúde.

Convém salientar, que os profissionais de saúde concretizam a prestação dos serviços públicos em saúde, uma vez que, estão na ponta de todo sistema, em contato e relacionando-se diretamente com a população. Destaque-se que os serviços e as ações voltados a área da saúde igualmente se apresentam como componentes do sistema de saúde.

A mencionada noção ampla de sistema de saúde fica evidenciada quando se pontua que a mídia, os financiadores, os grupos e as instituições de educação e pesquisa, a indústria farmacêutica e a de equipamentos, dentre outros, participam indiretamente da dinâmica da saúde, seja informando e educando a população, empreendendo estudos e avanços tecnológicos ou apenas custeando as finanças e as necessidades desse setor (PAIM, 2009, p. 16).

Dessa forma, pode-se perceber que pensar a saúde de forma sistêmica, envolve a observância de uma série de elementos e componentes básicos, que em conjunto, formarão a dinâmica do funcionamento da atenção à saúde.

Os sistemas de saúde da maioria dos países reuniram esses atributos para formular o conjunto de partes inter-relacionadas e interdependentes que irão concretizar o alcance a determinado fim, no caso a garantia da saúde (GIOVANELLA; LOBATO, 2014, p. 90).

Em suma, esses elementos são as organizações, os profissionais, a rede de serviços, os insumos, as tecnologias e o conhecimento.

Todos os sistemas de saúde apresentam similaridade nesses pontos, contudo, não terão igualdade de funcionamento, pois não se trata de um todo fechado, especialmente por haver direta relação e repercussão com a dinâmica social estabelecida em determinado tempo e localidade, ou seja, não pode se estudar a conceituação teórica em separado das especificidades de uma sociedade, uma vez que, este influencia aqueles (GIOVANELLA; LOBATO, 2014, p. 90).

Dessa forma, a ocorrência da referida relação importa diferenciação nos sistemas de saúde existentes, pois, cada país apresenta particularidades culturais e nacionais, assim como, vive períodos históricos distintos.

Nesse sentido, se pode dizer que o sistema de saúde brasileiro, foi resultado de um longo processo social, que tentou modificar a forma como o Brasil garantia a saúde de seus cidadãos. No entanto, observa-se que muito do que foi formulado e pensado para o sistema único de saúde ainda não foi implementado, então, diante dessa relação de influência com o social, permitido se faz concluir que para certas previsões ocorre uma resistência da sociedade ou então ainda necessitam de amadurecimento, em virtude de se tratar de algo mais problemático (GIOVANELLA; LOBATO, 2014, p. 91).

Para ilustrar esse impedimento, pode-se retratar a ocorrência de despreparo ou ausência de interesse de instituições, profissionais envolvidos ou do próprio governo em implementar certas mudanças ou concretizar algumas previsões.

Conforme mencionado anteriormente, a relação de influência tem via dupla, e assim, o SUS também pode impulsionar mudanças na sociedade, como por exemplo, visualiza-se que hoje é muito mais forte e difundida a noção de direito à saúde, bem como, o contexto da saúde ampliada, do que fora antigamente.

Com o passar do tempo e estabelecimento dessa dinâmica de influências, consegue-se erigir os valores sociais para a proteção à saúde. E, nesta senda, a proteção à saúde será tanto mais ampla quanto mais a sociedade entender a saúde como uma problemática coletiva, não de cada indivíduo ou família, mas sobretudo de todos os cidadãos (GIOVANELLA; LOBATO, 2014, p. 91).

Para visualizar essa perspectiva, observa-se que a proteção à saúde é mais ampla, naquelas localidades em que se estabeleceu sistemas públicos e universais de saúde, uma vez que, incorporaram essa proteção à saúde como uma garantia erigida no seio da cidadania.

No caso, tenta-se evitar que os serviços de saúde se tornem mercadorias de pagamento individual, acessíveis segundo a capacidade financeira do sujeito, ou que se tornem exclusivamente objeto de lucro de instituições ou sujeitos. Ao contrário dessa sentença, quando se aproxima proteção social de cidadania, a

responsabilidade se torna de todos, seja para o Estado ou cidadãos (GIOVANELLA; LOBATO, 2014, p. 91).

Os autores Lenaura Lobato e Lígia Giovanella (2014, p.91) quando relacionam a proteção à saúde com cidadania, estabelecem uma vinculação com o conceito de bem-estar:

Em primeiro lugar, as doenças e males de toda sorte são riscos aos quais todos os seres humanos estão expostos durante toda a vida, independentemente de sua vontade. Além disso, o bem-estar dos indivíduos é importante para uma sociedade mais justa e democrática; não basta a cura de doenças e agravos. É preciso que a sociedade atinja níveis razoáveis de bem-estar para todos, ou nunca será um lugar de boa convivência. A falta de condições de saúde e bem-estar também fragiliza os indivíduos, comprometendo sua participação integral na sociedade.

Dessa forma, pode-se refletir como o bem-estar da pessoa no seu aspecto de sentir-se bem e realizado, influência nas relações interpessoais e conseqüentemente na sociedade.

A constitucionalização da saúde enquanto direito fundamental inaugura uma modificação introduzida pela Carta Magna de 1988. Anteriormente, as constituições federais revogadas, se referiam ao valor saúde de forma extremamente limitada, atribuindo somente ao conteúdo a distribuição de competências executivas ou a salvaguarda de específicos direitos dos trabalhadores (SARLET, 2013, p. 1926).

Nesse sentido, a referida inauguração, trouxe diversos pontos positivos, a estruturação de um sistema de saúde, a superação de uma concepção de saúde voltada exclusivamente para a perspectiva curativa, a ideia de uma universalidade no acesso à assistência em saúde, a fixação da relevância pública das ações e serviços de saúde e a adoção de um conceito ampliado de saúde.

Por tudo isso a importância do marco realizado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986 em Brasília, com a participação de diversos setores organizados da sociedade, inclusive a presença de usuários, discutindo-se a visão da saúde enquanto direito de cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor, alimentando intenso debate travado até a promulgação do texto constitucional de 1988. Pode-se

perceber que o relatório produzido nessa oportunidade, foi referência para os parlamentares durante o processo constituinte (ANDRADE, 2007, P. 37).

Nessa conferência, observou-se que para o setor saúde no Brasil não era suficiente uma simples reforma administrativa e financeira, mas sim uma modificação institucional, que vislumbrasse a noção ampliada de saúde proposta pela reforma sanitária (ANDRADE, 2007, P. 37).

Perceber a saúde não mais como a ausência de doenças, mas como um atributo complexo, que necessita da satisfação de diversos aspectos (físico, psíquico e social), para assim propor uma qualidade de vida as pessoas.

Recorde-se também, que até então a saúde garantida pelo Poder Público não possuía acesso universal, uma vez que, somente ocorria o atendimento a quem contribuía para a Previdência Social, ou seja, a assistência médica constituía-se privilégio de poucos, no caso os trabalhadores, além de que, somente se vislumbrava a perspectiva curativa.

Então o SUS pode ser compreendido, como uma “Política de Estado”, que materializou o resultado decisório adotado pelo Congresso Nacional, ao tempo da construção da denominada Constituição Cidadã, em considerar a saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado (TEIXEIRA, 2011, p. 1).

Com a promulgação da Constituição de 1988, houve a previsão do Sistema Único de Saúde, especialmente em seu artigo 198, disciplinando a adoção de “um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos não da prática corrente e hegemônica, mas propondo uma nova lógica organizacional”, baseada na proposição construída ao decorrer de quase duas décadas pelo denominado movimento sanitário (ANDRADE, 2007, P. 37).

O referido artigo propõe a integração das ações e serviços públicos em saúde, numa rede regionalizada e hierarquizada e a constituição de um sistema único, organizado de acordo com algumas diretrizes, notadamente, a descentralização, o atendimento integral à saúde e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O direito social à saúde e o SUS foram previstos no contexto da Seguridade Social, estabelecendo-se uma ordem protetora do bem-estar e da justiça social, nesse bloco integra-se ao lado da saúde a previdência social e a assistência social.

Retratando essa conjuntura, Jairnilson Paim (PAIM, 2009, p. 43) aduz que, a proposta do Sistema Único de Saúde, foi alicerçada no preceito constitucional de que a saúde é um direito ofertado a todos. O referido enunciado esclarece uma concepção da seguridade social, pois, demonstra a ligação do atributo jurídico saúde com a condição de cidadania, pressupondo um campo de solidariedade e democracia, impulsionada por valores de igualdade e equidade, sem discriminações ou privilégios.

Cabe destacar, que a cidadania envolve a desconexão do indivíduo enquanto sujeito privado, este deixando de pensar somente em perspectivas autônomas, isoladas e competitivas, e alçando uma dimensão pública, integrando-se e cooperando com a comunidade, assim, agindo segundo o princípio fundamental da solidariedade (FLEURY; OUVÉRERNEY, 2012, p. 26).

E a expansão do conceito de cidadania, por meio da integralização do direito à saúde, também pode se articular com os processos de democratização do sistema político, uma vez que, a igualdade ganha ampliação se o escopo da cidadania é implementado, pois há a garantia de que cada vez mais, um maior número de pessoas obtenha acesso e integração na sociedade, e conseqüentemente possam influir nos processos políticos e sociais (FLEURY; OUVÉRERNEY, 2012, p. 26).

O texto constitucional demonstra nitidamente que a idealização do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde direcionado para as necessidades da população, buscando reassumir o compromisso do Estado para com o bem-estar social (CONASS, 2011, p. 24).

Se apresentando uma contraposição à perspectiva liberal e neoliberal, que defende a diminuição do papel estatal na garantia de condições de vida da população (TEIXEIRA, 2011, p. 1).

A consagração constitucional do SUS previu a necessidade de criação legislativa para a regulamentação da nova sistematização da saúde. Ao longo do ano de 1989, decorreram-se negociações para a promulgação da lei complementar que ofereceria os alicerces operacionais à reforma e promoveria construção do SUS (CONASS, 2011, p. 24).

Com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990) inicia-se a implantação do SUS, sistema responsável pela materialização das políticas de saúde e diretrizes firmadas na Constituição Federal de 1988.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) estabeleceu previsão dos princípios e diretrizes que nortearão o funcionamento do Sistema Único de Saúde, no texto legislativo encontram-se descritos: a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; integralidade na assistência; participação da comunidade e descentralização político administrativa, dentre outros mais, de natureza específica.

A CF/88 firmou que deveria haver a criação de políticas sociais e econômicas abrangentes que visassem a redução do risco de doenças e quaisquer agravos e o acesso amplo e isonômico as ações e serviços em saúde, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Questões econômicas, porque estas também podem influir na saúde dos indivíduos e da sociedade, como por exemplo, políticas que visem a distribuição de renda, a geração de empregos, proteção salarial, acesso a terras para plantio, dentre outras. As questões sociais podem representar o fomento e efetiva acessibilidade a atividades de lazer, esporte, cultura, segurança pública, previdência e assistência social, que serão capazes de influenciar na redução das doenças e agravos¹. Então, é inegável que as políticas sociais e econômicas impactaram diretamente nas condições de saúde (PAIM, 2012, p. 44).

Apesar de constituir dever do Estado a garantia da promoção, prevenção e recuperação da saúde, devemos lembrar, a relação com a cidadania e com o a noção de sistema de saúde anteriormente explicitada, assim, a responsabilidade pela proteção à saúde é de todos, dever que não reduz a obrigação do Poder Público.

A referida legislação regulamentadora, conceitua o SUS como: “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990).

O sistema de saúde brasileiro direcionará suas atividades às pessoas, tanto no aspecto individual da saúde como no coletivo, voltando-se para a promoção e prevenção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014, P. 366).

Promover a saúde é fomentar, cultivar, estimular, por intermédio de ações gerais e específicas a saúde, bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos. Proteger significa a redução dos riscos, a recuperação envolve diagnóstico precoce e oferecimento de tratamento adequado, com a preocupação de não provocar complicações ou sequelas às pessoas (PAIM, 2012, p. 46).

Haverá no SUS a prestação de serviços no âmbito ambulatorial e hospitalar, assim como, o fornecimento em unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, geridos pelo governo (todas as esferas federativas), ou outros espaços, inclusive o domiciliar (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014, P. 366).

A atenção à saúde contemplada pelo Sistema Único de Saúde vislumbrará o alcance a ações de distintas complexidades e custos, variando desde a administração de vacinas e realização e consultas médicas até a realização de transplantes, por exemplo (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014, P. 366).

Importante se faz lembrar, que o SUS também deve se preocupar com as questões ambientais, em seu sentido amplo, buscando primar por ideais condições sanitárias.

Abrangerá também, as instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014, P. 366).

Dessa forma, percebe-se que o Sistema Único de Saúde possui diversas atribuições e preocupações, é um sistema complexo e abrangente.

E quando as disponibilidades se mostrarem insuficientes em garantir a cobertura e assistência à população, o SUS poderá recorrer aos serviços prestados pelo setor privado, configurando uma participação complementar, a ser realizada mediante a pactuação de contratos e convênios, sem deixar de atender as normas, princípios e diretrizes públicas (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014, P. 367).

Ainda, cabe informar, que existe legislação específica para estabelecer as diretrizes da organização operacional do SUS. Este aspecto evoluiu mediante a edição de leis denominadas de Normas Operacionais Básicas (NOB), estando em vigor a NOB de 1996. Contudo, pode-se perceber que a normatividade da saúde não se esgota na CF/88 e nas legislações indicadas no presente trabalho, uma vez que, o Ministério da Saúde e o Conselho das Conferências Nacionais de Saúde emitem uma série de portarias e resoluções, intentando o incremento do constante processo de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 7-8).

2.2 CONTRA REFORMA DO ESTADO: DESAFIOS A POLÍTICA DE SAÚDE

A adoção de políticas de proteção social pelo Estado representa medidas de enfrentamento a questão social, que segundo IAMAMOTO, (2003) é concebida como o conjunto das expressões oriundas das desigualdades sociais no seio do modo de produção capitalista. Nesse direcionamento, o Estado reage à reivindicação dos movimentos da sociedade civil organizada, implementando

políticas que minimizem os efeitos desse embate entre os detentores do capital e a classe trabalhadora.

No entanto, mesmo com essas ações, a política de saúde neste cenário que antecede ainda o debate para implementação da carta magna enfrentou segundo Bravo:

[...] permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado (2001, p. 8).

Na década de 80, apesar dos inúmeros avanços alcançados politicamente ao superar-se a fase ditatorial vivenciada no Brasil e adentrar no reconhecimento de direitos sociais, sendo destaque aqui neste estudo o campo da saúde pública, observaram-se também retrocessos diante da crise do capital econômico que dava sinais, não convertendo em ganhos reais a população.

Analisando ainda este cenário das políticas de saúde em debate e construção de novas estratégias, Bravo destaca a importância da:

[...] participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (2001, p.8).

A influência destes atores nos anos 80 é essencial no processo democrático visando o enfrentamento dos conflitos oriundos de interesses antagônicos que permeiam a vida social. Sendo assim, o que se busca é a concretização da política pública norteada pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado que endossam a concepção ampliada de saúde, que foi a base do processo de constituição do próprio SUS.

Ao final da década de 80, observa-se a efetivação da Constituição Federal, em 1988, um marco social e jurídico ao ampliar direitos a população e a adoção em seu texto exigências oriundas do movimento sanitário. Em 1990 a política de saúde, na condição de política pública se fortalece com a aprovação das

Leis 8.080/90 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” e 8.142/90 que “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”.

Contudo, também na década de 90, ocorre um redirecionamento nas ações estatais com a ofensiva neoliberal. Ou seja, ainda que houvessem as conquistas constitucionais, as influências da gestão aliada ao capital difundia ações voltadas a lógica do mercado.

CAPÍTULO 3 – COMPONENTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM CACHOEIRA/BA

O SUS tem sido implementado enquanto um processo de permanente construção, sendo a materialização da política de saúde no Brasil e considerado um patrimônio do povo brasileiro. A sua existência mudou o cenário da saúde pública no Brasil.

Este capítulo tem como escopo a análise sobre a organização e implementação da política de saúde no município baiano de Cachoeira, apresentando os dados obtidos através da pesquisa bibliográfica e documental.

Para tanto se inicia a reflexão com a caracterização da cidade, para depois situar na política de saúde no município, analisando os componentes de gestão destacados para esta trabalho.

3.1 O MUNICÍPIO DE CACHOEIRA – SITUANDO O LUGAR DA PESQUISA

O Município de Cachoeira – Bahia situa-se na região conhecida como Recôncavo Baiano, ocupando 389 km² de espaço territorial, e se distanciando da capital do estado em cerca de 110 km. Conforme último censo realizado em 2010, o número de habitantes era de 32.026 de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Em 2017 a população foi estimada em 35.139 habitantes.

Revivei, terra heróica e fremente! que com sangue, denodo e vangloria, escreveste teu nome eloqüente nos anais de ouro supremo da história. Exaltemos nossa terra, sempre forte e varonil. Exaltemos nossa terra, sempre forte e varonil. Legionária de uma guerra que engrandecera o Brasil. Terra adorada pelo valor. Serás sempre desvelada pelo nosso amor. Nosso amor! Abrasador! Libertador !
(MANUEL TRANQUILINO BASTOS).

O Recôncavo baiano, com suas terras propicia a cultura do cultivo da cana-de-açúcar, começou a ser explorado em 1531, com a chegada de Martins Afonso de Souza, que era incumbido de cultivar o plantio da cana-de-açúcar e sua indústria.

A expansão foi tamanha que no final do século XVI, existiam cinco engenhos na Região. Em 07 de janeiro de 1968, foi criada e instalada a Vila e Freguesia de Nossa Senhora do Rosário do Porto de Cachoeira, mas foi no século XIX, que Cachoeira definitivamente desponta no cenário da história política baiana e brasileira, onde partiram as lutas armadas pela Independência do Brasil, tornado Cachoeira a pioneira no movimento emancipador do Brasil.

Cachoeira, denominada pela Lei 43 de março de 1837, foi sede do Governo, em virtude dos seus feitos, entrou em uma grande decadência, perdendo sua importância, à medida que crescia o processo de seu isolamento com o desenvolvimento do transporte rodoviário, a ferrovia e o transporte fluvial, fator preponderante na importância de Cachoeira, decaiu tanto que chegou a ser suspenso (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018-2021, p15).

Cachoeira é uma das cidades baianas que mais preservou a sua identidade cultural e histórica com o passar dos anos, o que a faz um dos principais roteiros turísticos históricos do estado. Além disto, a imponência do seu casario barroco, das suas igrejas e museus, levou a cidade a alcançar o status de "Cidade Monumento Nacional" e "Cidade Heróica" (pela participação decisiva nas lutas pela independência do Brasil) a partir do Decreto 68 045, de 13 de Janeiro de 1971, assinado pelo presidente Emílio Garrastazu Médici (PEREIRA, 2014).

O Município é constituído de três distritos: Cachoeira (Sede), Belém da Cachoeira e Santiago do Iguape (PEREIRA, 2014).

Conforme informação acima, no último censo demográfico (IBGE, 2010), a população de Cachoeira totalizava 32.026 habitantes representando a parcela de 0,21% da população do estado da Bahia, sendo que 48,8% viviam na zona rural e 51,16% na zona urbana. Em relação ao sexo, existe predominância do sexo feminino com um percentual de 51,75%, e 48,25% para o sexo masculino. Quanto à classificação de cor ou etnia, 42,42% da população de Cachoeira se autodeclaram da etnia-cor parda, seguindo por 37,19% da etnia-cor preta (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018-2021).

A maior concentração da população, mais de 50%, está situado na faixa etária de 0 até 44 anos, o que caracteriza como um município jovem. Também se

observa que nos grupos com idade a partir dos 80 anos, o número de mulheres é bastante superior ao de homens, apontando que o homem tem sido acometido por maiores fatores de mortalidade que a mulher. São alguns destes o alto índice de consumo de álcool, o tabagismo, doenças ligadas ao sobrepeso e violência urbana (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018-2021, p. 19).

Dados como estes são importantes para o planejamento em saúde pública, estabelecendo o perfil demográfico e as necessidades de ações e serviços voltados para cada grupo. Estas análises populacionais são feitas anualmente por solicitação do Tribunal de Contas da União para servirem de base para repasse de recursos do orçamento aos municípios.

No que tange ao perfil epidemiológico do município, o plano também estabelece que a principal causa de mortalidade é decorrente de doenças do aparelho circulatório, seguidas por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, a exemplo do Diabetes mellitus, demandando ações preventivas junto às comunidades. Por ordem, seguem as doenças crônico-degenerativas, causas externas e neoplasias (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018-2021, p. 43).

Pelo exposto, segue-se contextualizando a política de saúde no município, a luz dos instrumentos de gestão e dos componentes do sistema único de saúde elencados.

3.2 INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO

Conforme a promulgação da Constituição Federal em 1988, em seu Título VIII – Da ordem social, Capítulo II – Da Seguridade Social, Seção II – Da saúde, fica instaurado o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS desde sua implantação permanece em constante construção e aperfeiçoamento. Segundo (CONNAS, 2009, p.21), “o SUS tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e

que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira”. No entanto, ainda persistem que sejam feitos alguns ajustes de modo a ofertar serviços de qualidade.

Para entendimento dos conceitos de gestão e gerência no SUS, Scotti e Oliveira (1995) estabelece que o primeiro se relaciona com a noção de comando do sistema, em qualquer nível de esfera, referindo-se as atividades de planejamento, negociação, controle e avaliação. Já o segundo conceito, está ligado à noção de administração de uma unidade ou setor prestador de serviços de saúde. Já a NOB RH SUS, considera Gestão do Trabalho no SUS a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessário ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados à saúde dos usuários até as atividades necessárias ao seu desenvolvimento e o conceito de gestor do Sistema Único de Saúde é atribuído aos responsáveis pelo SUS em cada esfera de governo: municipais, estaduais, Distrito Federal e nacional de saúde. Desse modo, ao se estabelecer as distinções acima, fica definido que “a função de gestão é exclusivamente pública e que, portanto, não pode ser transferida nem delegada” (CONNAS, 2009, p. 28).

Nesse direcionamento o gestor assume um importante papel diante da operacionalização das políticas públicas, em especificidade o SUS, com ações e serviços qualificados que respondam as necessidades da população.

Segundo Cunha (2001), cabe ao gestor municipal de saúde, com base no conhecimento da realidade, vislumbrando aspectos como o perfil epidemiológico, a estrutura disponível, rede de recursos humanos e financeiros, instâncias de controle, de modo a indicar os objetivos a serem almeçados e as formas para alcança-los.

Para o autor Jairnilson Paim (2012, p. 57-58), a conduta acima mencionada, se apóia especificamente na diretriz funcional de “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação paragramática”.

O Plano Municipal de Saúde se constitui em um importante instrumento de gestão e pode contribuir no processo de identificação dos principais problemas

e desafios no âmbito da saúde local, como no auxílio da definição dos objetivos, na visualização das estruturas, nas mediações e das ações necessárias para alcançar tais objetivos. Assim também, no processo de uma agenda e de um cronograma para as ações empreendidas no processo de avaliação e monitoramento da gestão (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018-2021, p.9).

Dessa forma, o Plano de Saúde é uma ferramenta, que cada nível de governo, norteia a definição das ações e serviços, culminando na Programação Anual de Saúde. Já o Relatório de Gestão, também classificado como instrumento de planejamento apresenta os resultados alcançados e é usado como referência para novos desdobramentos (CONNAS, 2009, p.83).

Ainda ressalta-se que,

“Estes instrumentos deverão ser compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais(PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme dispositivos constitucionais e legais acerca destes instrumentos, atentando-se para os períodos estabelecidos para a sua formulação em cada esfera de gestão” (CONNAS, 2009, p.83).

Estes instrumentos contribuem para a divulgação das informações o que promove maior exercício de participação e controle social. A participação comunitária se apresenta como principal canal de relação entre Estado, os trabalhadores da saúde e a sociedade, servindo como controle social frente às definições dos objetivos setoriais da saúde, sustentando-se um canal permanente e de diálogo e interação (CONASS, 2009, p. 155).

A Constituição brasileira de 1988 define, no Artigo 198, que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado, dentre diretrizes a participação da comunidade, determinando assim que a sociedade participasse da gestão do sistema de saúde.

A Lei nº 8.142/90, e a Resolução nº 453/12 do Conselho Nacional de Saúde estabelecem que “o Conselho de Saúde, órgão colegiado composto por representante do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atuem na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, de acordo com a referida Resolução, mantendo as Resoluções nº 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, 50% das vagas serão distribuídas as entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de representantes da área da saúde e 25% do governo e prestadores de serviços privados e conveniados, ou sem fins lucrativos.

Desta forma, o Conselho Municipal de Saúde do município de Cachoeira foi criado pela Lei Municipal nº. 529 de 04/05/1998, e atualmente é representado por 14 membros, eleito em Conferência Municipal de Saúde, distribuídos paritariamente entre governo e sociedade civil organizada, com reuniões mensalmente, o colegiado analisa a execução orçamentária do Fundo Municipal de Saúde, fiscalizando a aplicação dos recursos da saúde, optando aos demais órgãos de controle sobre a aprovação ou rejeição de suas contas, assim como participa no planejamento das ações de saúde.

Segundo Cunha (2001), os Conselhos Municipais de Saúde também atuam na orientação de estratégias a serem promovidas pelo gestor para implementar ações, prioridades, controle e fiscalização, sobretudo da aplicação de recursos, implicando em um comprometimento de todos os atores envolvidos no fortalecimento da política de saúde.

Outra instância de participação e controle são as Conferências de Saúde, espaços destinados a análise e discussão da aplicação da política local com a finalidade de avaliar e propor novas diretrizes no aperfeiçoamento da política (CUNHA, 2001, p. 276).

A Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeira, situada no endereço Largo D'Ajuda - Bairro Centro, é o órgão responsável por operacionalizar a gestão em saúde, planejando, desenvolvendo, orientando, coordenando e executando a política no município.

A Atenção Básica no município de Cachoeira é composta, segundo Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB, 2014) por 13 Equipes de Saúde da Família (04 na zona Urbana e 9 na zona rural). São 13 Unidades Básicas de Saúde e 06 unidades satélites. Garantindo uma cobertura de 100% da população.

O Município de Cachoeira assinou o Termo de Compromisso de Gestão que formaliza os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e Gestão. Esse instrumento vem substituir as antigas formas de habilitação dos municípios segundo as Normas Operacionais. Nesse Termo são definidas as responsabilidades sanitárias do gestor municipal. Dessa forma, o município faz parte da região de saúde de Cruz das Almas, e encontra-se habilitado na condição de gestão, como gestão plena da atenção básica, que nada mais é, do que a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob a sua responsabilidade (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018-2021, p 54).

Nas palavras de Jairnilson Paim (2009, p. 60), a atenção básica é definida como:

Um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É, preferencialmente, a 'porta de entrada' do sistema de saúde. A população tem acesso a especialidades básicas: clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia.

Nesse sentido, constitui o local onde se dá, ordinariamente, o primeiro contato com os usuários e cidadãos, essencialmente a porta de entrada obrigatória e preferencial, devendo estar apta para a resolução dos principais e rotineiros problemas da sociedade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014, p. 509).

Atuando na atenção primária, as equipes multidisciplinares de saúde irão realizar ações promocionais e preventivas em saúde pública, uma vez que, esse exercício é o mais descentralizado e capitalizado, proporcionando uma aproximação direta com a população, pois, articula-se nos locais onde as pessoas vivem e trabalham.

Os casos mais difíceis e de maior complexidade serão encaminhados, de modo sistemático e organizados (atuação da regulação), para outros níveis do sistema, no caso, os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares. Com isso, será nesse patamar que se vislumbrará os níveis de complexidade, quer sejam, média e alta complexidade (PAIM, 2014, p. 474).

Vislumbra-se acima o princípio da integralidade do SUS, que em termos legais, é como um “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (LIMA; MACHADO; NORONHA, 2014, p. 368).

A Constituição Federal 1988 firmou que o Estado possui a obrigação de oferecer “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988).

Para satisfazer a esta necessidade de integralidade, ao Estado compete estabelecer um conjunto articulado de ações e serviços, que incluirão diversos sentidos, conforme mencionado, deverá compreender desde a prevenção da saúde até a assistência de tratamento ou curativa, perpassando pela acessibilidade de serviço em qualquer nível de complexidade.

Tal sentença significa que, todas as pessoas podem obter acesso a todas as ações e a todos os serviços ofertados pelo sistema de saúde. Assim, deve-se observar que o Sistema Único De Saúde não se restringe somente à atenção básica, mas também, em caso de necessidade, deve-se vislumbrar a possibilidade de prevenção ou tratamento em hospitais ou outras unidades de caráter especializado (PAIM, 2009, p. 56).

Esse pensamento de integralidade impõe, por exemplo, que se determinado município não garanta o atendimento a algum serviço, que este tenha a iniciativa de estabelecer pactos com outras secretarias municipais que o disponha ou recorra ao apoio da secretária estadual de saúde, visando não violar a integralidade (PAIM, 2009, p. 57).

Em consonância a este princípio, destaca-se que o atendimento integral remete tanto ao aspecto setorial, quanto ao Inter setorial, possibilitando protocolos de encaminhamento às demais políticas públicas ofertadas ao indivíduo. Fato este que devido a atuação isolada de setores importantes no município, provoca a

desarticulação apontando-se como uma fragilidade a execução dos serviços de saúde local.

Ocorre também no município assistência odontológica com atendimento cobrindo 100% do público-alvo, implantadas em todas as Equipes de Saúde da Família. Sendo assim, todas as Equipes de Saúde Bucal (ESF) seguem o elenco de serviços preconizados pelo Ministério da Saúde. Associada a intervenções educativas realizadas nas escolas do município através do Programa Saúde na Escola. É disponibilizado uma unidade odontológica móvel que faz atendimento à populações vulneráveis que possuem dificuldades de acesso por questões geográficas ao serviço (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018-2021, p. 58-59).

3.3 COMPONENTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O direito à saúde possui representação normativa, encontrando-se especificadamente previsto no artigo 196 da Constituição Federal como um direito universal e de responsabilidade do Estado, prestado por meio da elaboração e execução de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos. Ademais, se regerá pelo princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços, ou seja, a assistência, à saúde devem ser prestadas sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e, se relacionando, com a intenção de garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRANCO; MENDES, 2015, p. 661).

Ao sistema público de saúde impulsiona-se também uma atuação descentralizada na gestão, o que corresponde à transferência de poder decisório e das políticas de saúde da esfera federal para os estados e municípios. Carmen Teixeira (2011, p. 6) disciplina que esta transferência ocorre:

Através da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), com a transferência, concomitante, de recursos

financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes.

Em face desses aspectos acima, serão abordados elementos que compõem o sistema único de saúde, de modo a compreender a aplicação dos mesmos no município em destaque.

3.3.1 FINANCIAMENTO

Antes de a Constituição Federal ser implementada em 1988, o financiamento das ações em saúde era promovida com recursos da Previdência Social e Assistência Social, estes representando a maior parcela, e fiscais.

Quando o SUS começou a ser implementado no Brasil, no fim dos anos 1980, decidiu-se que o sistema se basearia na prevenção. A Constituição de 1988 determinou que esse tipo de cuidado seria garantido a todo brasileiro. E que o financiamento do sistema era responsabilidade compartilhada entre municípios, estados e União.

O artigo 195 CF/88 define que o financiamento será realizado “com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes” (CONNAS, 2009, p.49).

O Fundo de Saúde é uma modalidade de gestão de recursos de natureza financeira e contábil, sendo de responsabilidade das três esferas de gestão, ou seja, do Governo Federal, Governo Estadual e Governo Municipal.

As transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde são previstas pelas Leis Orgânicas da Saúde - Lei Nº 8.080/1990 e a Lei Nº 8.142/1990, que estabelecem que os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018-2021, p.85).

Com o passar do tempo, diminuiu a parcela que o governo federal planejava, originalmente, destinar à Saúde. Em 1988, a Constituição previa que fossem

usados, na Saúde, 30% do orçamento da Seguridade Social (formado pela soma de contribuições como o PIS, Programa de Integração Social, e o Pasep, Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público). Em 1992, durante o governo Collor, essa determinação foi descumprida. Desde então, o percentual de 30% nunca foi aplicado. A participação federal no financiamento da saúde pública minguou. Em 1991, a União respondia por 73% e os municípios por 12%. A população aumentou e envelheceu, os gastos aumentaram, mas o investimento federal não cresceu no mesmo ritmo. Em 2015, a União respondeu por 43% do investimento público em saúde e os municípios por 31% .

O baixo investimento federal compromete o sistema de saúde. O Brasil aplica na área o equivalente a 3,8% do PIB. É pouco, se comparado a outros países com sistemas universais de saúde.

A gestão dos recursos do Fundo Municipal de Saúde é exercida pelo Secretário Municipal de Saúde, observando o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde, nos termos das normas definidoras dos Orçamentos Anuais, das Diretrizes Orçamentárias e dos Planos Plurianuais.

Uma nova forma de repasse de recurso é instituída pelo Ministério da Saúde através do Projeto SUS Legal. Dessa forma, os gestores de saúde vão implementar lei de transferência de recursos e aumentar a fiscalização da execução das ações de saúde. Uma das primeiras medidas é a mudança na transferência das verbas federais. Os repasses, antes realizados em seis blocos temáticos, passam a ser feitos em duas modalidades: custeio e investimento (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018-2021, p.85).

Com o novo modelo de repasse, a transferência será realizada em conta financeira única que não permite transferência para outras contas e o recurso só poderá ser gasto no que tiver previsto no planejamento.

Segundo Plano Municipal de Saúde (2018-2021) são repassados os seguintes financiamentos: “Atenção Básica - Componentes: piso da atenção básica fixo (PAB Fixo); piso da atenção básica variável (PAB Variável); • Média e alta complexidade. Componentes: Teto financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; fundo de ações estratégicas e compensação (FAEC);

Teto Municipal da rede Brasil sem Miséria, Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), Teto Municipal da Rede de 86 Saúde Mental, Centro de Especialidades Odontológicas e Rede viver sem limites. • Vigilância em saúde. Componentes: Piso fixo da vigilância e promoção da saúde; vigilância sanitária e incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DSTs. • Assistência farmacêutica. Componentes: básico da assistência farmacêutica; estratégico da assistência farmacêutica; medicamentos de dispensação excepcional. • Gestão do SUS. Componentes: qualificação da gestão do SUS; implantação de ações e serviços de saúde”. Também podem ser pactuados repasses por Fundo a Fundo, Convênios, Contratos de Repasses e Termos de Cooperação.

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

Nesse sentido, podemos afirmar o quanto é difícil observar, entender, caracterizar e desatar os “nós” existentes na política de saúde do Município de Cachoeira, desta forma “quase nada sei”, pois os fatos não nos fazem entender a Gestão de Saúde do município, “as astúcias que tem certas coisas passadas” nos traz as incertezas e nos faz navegar no campo das hipóteses.

Interpretando os dados contábeis e financeiros da gestão de saúde do Município de Cachoeira, buscando entender os problemas relacionados ao financiamento, encontramos: em 2017 o Município de Cachoeira, no seu orçamento, previu uma receita total de R\$ 70.230.573,03, dentre tais receitas, R\$ 8.267.308,50 (11,77% do orçamento), seria do SUS, R\$ 5.893.720,06 (8,39% do orçamento) sendo da receita própria de impostos para a contrapartida da saúde, nesse mesmo orçamento, a previsão das despesas do SUS foi de R\$ 8.098.882,92 (11,53%) e a da contrapartida da saúde foi de R\$ 4.693.720,06 (6,68%), contudo o que foi de fato arrecadado foi uma receita total de R\$ 57.753.704,53, sendo R\$ 5.850.790,84 do SUS e R\$ 4.672.401,80 dos 15% da saúde, aplicado no SUS, R\$ 6.314.456,56 e na saúde 15% o valor de R\$ 4.983.486,92.

Dados da execução orçamentária na saúde demonstram que foi aplicado na saúde de Cachoeira no exercício de 2017 o montante de R\$ 11.297.943,48

sendo 55,89% desse montante pela fonte de recurso do SUS e 44,11% pela fonte de recursos da contrapartida da saúde; dos R\$ 6.314.456,56 gastos pelo SUS, 84,07% foram gastos com despesas de pessoal, ou seja, manutenção das equipes da USF; 11,30% foram investidos na aquisição de equipamentos e materiais permanentes para as USF e 4,63% com materiais de consumos das USF. Já os R\$ 4.983.486,92 gastos como contrapartida da saúde, 47,95% foram gastos com despesas de pessoal para manter, especialistas e equipe administrativa da secretaria de saúde; 11,10% com aquisição de equipamentos para a secretaria de saúde; 1,11% para reformas nas USF; 3,98% para auxílio financeiro aos usuários que fazem tratamento fora do domicílio e 35,86% com materiais de consumo da secretaria de saúde (DEMONSTRATIVO DE DESPESAS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

Diante dos dados, observa-se que o investimento em saúde pelo município de Cachoeira é mínimo, tendo em vista que foi investido apenas 15,93% da sua receita corrente própria de imposto, assim a sensação que se tem é do investimento ser apenas para se cumprir a obrigatoriedade da Lei, que é de 15%, ou outros 0,93% se fazem pela necessidade da margem de segurança pelas possíveis glosas dos órgãos fiscalizadores. Outro incomodo dos gestores é a Emenda Constitucional 95/2016, que institui o Novo Regime Fiscal do Brasil, estabelecendo que a partir de 2018, os gastos federais só poderá aumentar de acordo com a inflação acumulada conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), certamente essa medida afetará a arrecadação do município e colocará em risco a prestação dos serviços a saúde, que já são precários.

Segundo Andrade (2012), os gestores municipais fazem uso de instrumentos legais em prol do desenvolvimento de serviços adequados a população, que a Gestão Pública, vem sofrendo várias transformações no sentido de suprir as necessidades da população, dessa forma pode se afirmar que a descentralizações e as parcerias intermunicipais contribuem para que:

Essas mudanças na forma de gestão surgiram como uma necessidade de criar políticas de acordo com o perfil dos habitantes da comunidade e devido à dificuldade que os profissionais apresentam ao solucionar problemas complexos de forma isolada, seja em termos das especialidades de saúde ou mesmo de serviços

de saúde, uma vez que o tamanho dos municípios é diversificado (ANDRADE, 2012, p.20).

O relatório de gestão do exercício de 2017 traz avanços da política de saúde de Cachoeira no desenvolvimento da atenção básica, como: requalificação das UBS, investimentos em equipamentos para a melhoria no atendimento a população, investimentos na reestruturação da rede de saúde, capacitação de profissionais, atividades no planejamento da saúde da mulher e do homem e a realização da IV conferência municipal.

Apesar de tais ações, observa-se muitos desafios postos aos gestores de saúde do município; a exemplo de contratação de novos serviços necessário a população; otimizar o orçamento a fim de não faltar material aos profissionais nem medicamentos básicos a população; ampliação da cota de exames básico a população, investimento na promoção e prevenção de doenças; avaliar as demandas surgidas dentro dos serviços com visão técnicas e não políticas. Motivação profissional; promover a melhora na assistência a saúde a população e a estrutura de saúde.

3.3.2 SERVIÇOS DE SAÚDE

O aparelhamento dos serviços de saúde no município de Cachoeira- BA está em consonância coma formatação nacional, ao desenvolver as ações da Atenção Básica, porta de entrada, para o fortalecimento das redes de serviços.

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

Em relação à média complexidade pode ser entendida como: prestada por meio de uma rede de unidades especializadas de média complexidade, garantindo o acesso à população sob sua gestão. O município conta com o

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

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

São serviços ofertados também em Cachoeira, os níveis de média e alta complexidade; Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), Vigilância em saúde, Vigilância sanitária e incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DSTs, Assistência farmacêutica e níveis de Gestão.

3.3.3 INFRAESTRUTURA

Segundo Santana (2001), a reflexão sobre as organizações em saúde é de suma importância para a compreensão da gestão do trabalho ou mesmo dos serviços prestados.

O mesmo ressalta que “a discussão sobre a adequação da oferta de serviços de saúde no contexto da modernidade das relações sociais passa a ter um participante destacado, o próprio usuário dos serviços[...]”(SANTANA, 2001, p. 221).

A organização dos serviços de saúde em Cachoeira, conta com uma estrutura de 13 unidades básicas de saúde, 06 unidades de apoio (satélite), 01 policlínica, 01 Centro de Especialidade Odontológica, 01 CAPS, 01 Central de Abastecimento 82 Farmacêutica, 01 base do SAMU, 01 sala de estabilização, 01 academia da saúde, 01 serviço de atendimento especializado (SAE).

No período de 2013-2016 o Programa REQUALIFICA foi aplicado nas unidades de saúde do município na perspectiva de realizar aprimoramento da infraestrutura dos serviços de saúde para favorecendo aspectos humanizados, valorizando a atenção acolhedora, resolutiva e humana. “O Requalifica UBS é

uma das estratégias do Ministério da Saúde para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica” (PLANO MUNICIPAL, 2018-2021, p. 81-82).

O procedimento de reorganização das ações e serviços de saúde impõe uma política de recursos humanos que responda às necessidades de construção de um novo perfil assistencial. Nessa atuação ressalta-se a importância de uma política voltada para valorização salarial para os profissionais da saúde, ficando assim mantido a permanência desses profissionais nas UBS.

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

Assim a adoção de uma política de recursos humanos fortalece os profissionais de saúde com ações de qualificação e desenvolvimento de cada trabalhador. Um exemplo de estratégia nessa perspectiva é a criação dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde.

No que tange aos recursos humanos disponibilizados, Cachoeira passou por um aumento substancial no quantitativo de funcionários. Atualmente, a equipe de recursos humanos da secretaria de saúde é composta por 315 funcionários, sendo 216 efetivos e 99 prestadores com contratação direta pela Prefeitura Municipal de Cachoeira, sendo alguns cedidos pelo estado. Em relação aos estabelecimentos de saúde, o município possui 20 estabelecimentos públicos municipais e 21 estabelecimentos privados (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018-2021, p.83).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do estudo proposto e ora desenvolvido pela presente pesquisa, restou firmado considerações oriundas da análise entre aspectos práticos e doutrinários do tema relacionado a componentes do sistema de saúde no município de Cachoeira/BA.

Inicialmente, retomando, observa-se que na década de 80, apesar dos inúmeros avanços alcançados politicamente ao superar-se a fase ditatorial vivenciada no Brasil e adentrar no reconhecimento de direitos sociais, sendo destaque aqui neste estudo o campo da saúde pública, observaram-se também retrocessos diante da crise do capital econômico que dava sinais, não convertendo em ganhos reais a população.

Como fruto de todo esse processo de disputas por projetos de sociedade e a luta de classes no Brasil, surge, em finais dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, o Movimento da Reforma Sanitária, que é a base Criadora do Sistema Único de Saúde – SUS.

Observa-se a efetivação da Constituição Federal, em 1988, um marco social e jurídico ao ampliar direitos a população e a adoção em seu texto exigências oriundas do movimento sanitário. Em 1990 a política de saúde, na condição de política pública se fortalece com a aprovação das Leis 8.080/90 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” e 8.142/90 que “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”.

Contudo, na década de 90, ocorre um redirecionamento nas ações estatais com a ofensiva neoliberal. Ou seja, ainda que houvesse as conquistas constitucionais, as influências da gestão aliada ao capital difundia ações voltadas a lógica do mercado.

Entender a política de saúde enquanto política social é também compreender os padrões de acumulação capitalista e como esta se constitui enquanto política no interior do Estado, sob qual forma e, quais circunstâncias, com que forma essa política se efetiva e quais interesses estão subjacentes.

Buscou-se compreender determinados componentes do respectivo sistema de saúde, notadamente o financiamento, os serviços de saúde e a infraestrutura, ao local da aludida municipalidade escolhida como recorte.

A análise da gestão política de saúde do município, quando da aplicação e operacionalização dos pressupostos delimitados, evidenciou flagrante ausência de comunicação e conexão na dinâmica interna da rede de saúde, ocorrendo carência de integralização entre as ações e serviços de saúde, bem como, em torno das esferas de apoio técnico, logístico e de gestão.

Os arranjos organizativos que empreendem garantir a integralidade do cuidado terminam tendo suas implementações deficitárias, e, conseqüentemente, impactam na melhoria da eficiência do sistema de saúde municipal e no processo de efetivação do SUS em Cachoeira/BA.

Ainda, conclui-se que o déficit de interligação nas redes de saúde, se mostra igualmente presente na rede de assistência social, que atua por muitas vezes em significativo distanciamento das operações e serviços da saúde.

A atuação sem fixação de dinâmicas de comunicabilidade e integração entre as redes impõe grande impacto no resultado, conforme acima mencionado, quer sejam, no processo de efetivação do SUS e na melhoria da eficiência da sistematização da saúde no local.

Ademais, em relação aos profissionais de saúde, que se relaciona com o componente infraestrutura, possível firmar consideração no sentido de que, no município de Cachoeira/BA apresenta-se cenário onde há carência de políticas que visem desenvolver a valorização salarial dos técnicos e operadores da saúde. Os respectivos profissionais da saúde acabam vivenciando ambiente altamente instável quanto as suas permanências nas UBS.

Tal âmbito de insegurança para esses profissionais impacta diretamente na prestação dos serviços de saúde, e, conseqüentemente no plano de eficácia da concretização da política de saúde.

Por derradeiro, acerca do pressuposto de financiamento, a análise empreendida dos dados financeiros obtidos na gestão, apontou flagrante inconsistência nos instrumentos de planejamento, tendo em vista que estes apresentaram descompassos entre os valores orçados e os valores arrecadados, trazendo para o sistema de saúde, desequilíbrios orçamentários e prestacionais.

Em suma, a população da localidade sofre os impactos causados pela ausência de comunicação nas redes de saúde entre si e com as de assistência social, pelas inconsistências de planejamento no plano de financiamento do sistema e pela ausência de valorização na remuneração e qualidade de trabalho dos profissionais de saúde.

Tais circunstâncias evidenciam o déficit de eficiência na efetivação da noção sistemática de saúde e todas as particularidades disciplinadas pelas normas e regulamentações brasileiras, de modo a distanciar a organização da saúde no local com as diretrizes e princípios aplicados na macro política de saúde denominada Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Hucitec, 2007

ÁVILA, Heleni Duarte Dantas de. A construção do SUS na Bahia: uma história da sua implementação – 1986 a 2006 / Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. ISC/UFBA - Salvador: 2013.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política Social: Fundamentos e História. São Paulo: Cortez, 2006.

BERTOLLI, Filho Claudio. História as saúde pública no Brasil. 5.ed. São Paulo: Ática, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 02 de mar. de 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema único de saúde. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Lei 8.080, de 19 de dezembro de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 02 mar. 2018.

DRAIBE, S. M. A política social na América Latina: o que ensinam as experiências recentes de reformas? In: DINIZ, E.; AZEVEDO, S. Reforma do Estado e democracia no Brasil: dilemas e perspectivas. Brasília:Universidade de Brasília, 1997.

FLEURY, Sônia; OUVENEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia (Orgs.) et al. Políticas e sistema de saúde no brasil. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p.25-57

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sitemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia (Orgs.) et al. Políticas e sistema de saúde no brasil. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012,p.89-120.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O sistema único de saúde – sus. In: GIOVANELLA, Lígia (Orgs.) et al. Políticas e sistema de saúde no brasil. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p.365-393.

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

PIANA, MC. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acessado em 26 de março de 2018.

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

SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 12. ed. rev. atual. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015.

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do sistema único de saúde. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf . Acesso em: 05 mar. 2018.

<https://www.cidadesdomeubrasil.com.br/ba/cachoeira> ANTÔNIO CARLOS DA S. PEREIRA PEREIRA 2014

<https://viagem.uol.com.br/noticias/2011/06/06/roteiro-de-cultura-historia-e-religiosidade-em-cachoeira-na-bahia.htm> NETO 2011 ARMANDO FALCÃO NETO

Colaboração para o UOL Viagem

06/06/2011 18h39