UNIVERSIDADE TIRADENTES

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

# SAÚDE PÚBLICA EM SERGIPE: UM OLHAR DAS EQUIPES MUNICIPAIS DE GESTÃO

**VALÉRIA MAIA**

ARACAJU

JULHO – 2010

UNIVERSIDADE TIRADENTES

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

# SAÚDE PÚBLICA EM SERGIPE: UM OLHAR DAS EQUIPES MUNICIPAIS DE GESTÃO

Dissertação de mestrado submetida à banca examinadora como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente, na área de concentração em saúde e ambiente.

**VALÉRIA MAIA**

**Orientadoras:**

**Marlizete Maldonado Vargas, D.S.c.**

**Cristiane Costa da Cunha Oliveira, D.S.c.**

ARACAJU

JULHO - 2010

**SAÚDE PÚBLICA EM SERGIPE: UM OLHAR DAS EQUIPES MUNICIPAIS DE GESTÃO**

VALÉRIA MAIA

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE DA UNIVERSIDADE TIRADENTES COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE

Aprovada por:

_____
Marlizete Maldonado Vargas, D.S.c.
Orientador

_____
Cristiane Costa da Cunha Oliveira, D.S.c.
Orientador

_____
Claúdia Moura de Melo, D.S.c.

_____
Margarethe Zanardo Gomes, D.S.c.

_____
Maria Cecília Tavares Leite, D.S.c
ARACAJU

_____
Rogério Carvalho Santos, D.S.c
ARACAJU

ARACAJU
Julho - 2010

Para meus filhos Fabienne, Rafaela, José Augusto e Emiliano.

# AGRADECIMENTOS

Agradeço aos bons espíritos por todas as dádivas concedidas.

Aos meus avós José Emiliano (*in memorian*) e Isabel Maia (*in memorian*), por terem sido um alicerce sólido. A eles serei eternamente grata. Por eles serei eternamente apaixonada.

Aos meus filhos Fabienne, Rafaela, José Augusto e Emiliano. Nossa convivência é sagrada e meu amor por eles é incondicional.

Aos meus irmãos José Antonio, Solyon e Fábio, por tudo que compartilhamos. Somos um quarteto perfeito.

À minha mãe Mirian Maia, pelo dom da vida e presença constante.

A Zélia, minha prima irmã, pelo apoio e por estar sempre disponível para ajudar.

A todos os meus familiares, de raiz e agregados.

A Cristiane Melo, Leila Elias, Sindaya Belfort e todos os amigos, de longa e nova data.

A Guadalupe Oliva, por ter acreditado em meu potencial e em 2002 ter sugerido meu nome para o coletivo gestor da saúde do município de Aracaju.

A Magda Dórea, que me disponibilizou vasto material didático.

A Natividade e Luzitência, pelas primeiras orientações sobre gestão de serviços de saúde.

A José Augusto e Iêda. Obrigada pela dedicação aos meus filhos.

Aos companheiros de jornada, de todos os espaços por onde passei. Meu trabalho sempre foi e será parte importante da minha vida.

Aos gestores do Sistema Único de Saúde – SUS, por estarem construindo algo de uma grandeza imensurável.

Às orientadoras Marlizete Maldonado Vargas e Cristiane Cunha Oliveira, pela paciência e compreensão do quanto foi difícil essa jornada. Vocês foram maravilhosas.

Aos docentes do Mestrado, pelo aprendizado construído.

A todos, muito obrigada.

# SUMÁRIO


**1. INTRODUÇÃO** 12

**2. CAPÍTULO I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA** 15

**2.1 A Saúde Pública no Brasil e a Influência do Movimento de Reforma Sanitária na Edificação do SUS** 15

**2.2 Construção e Normatização do Sistema Único de Saúde** 22

**Referências** 32

**3. CAPÍTULO II – MÉTODOS** 35

**4. CAPÍTULO III - SAÚDE PÚBLICA EM SERGIPE: ASPECTOS HISTORICOS E NOVAS PERSPECTIVAS** 37

**4.1 Introdução** 38

**4.2 Saúde Pública em Sergipe: Aspectos Históricos** 39

**4.3 Saúde Pública em Sergipe: Caminhos Para a Reforma Sanitária** 44

**4.4 Conclusão** 50

**Referências** 51

**5. CAPÍTULO IV – GESTORES DA SAÚDE PÚBLICA DE EM SERGIPE E SEUS ORGANOGRAMAS DE GESTAO** 53

**5.1 Introdução** 54

**5.2 Métodos** 56

**5.3 Resultados e Discussão** 57

**5.4 Conclusão** 70

**Referências** 71

**6. CAPÍTULO IV – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM SERGIPE SEGUNDO A ÓTICA DOS GESTORES** 73

**5.1 Introdução** 74

**5.2 Métodos** 75

**5.3 Resultados e Discussão** 76

**5.4 Conclusão** 89

**Referências** 90

**7. CONSIDERAÇÕES FINAIS** 92

**APÊNDICE**

**I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**II – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA PARA SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

**III – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA PARA COORDENADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

**ANEXOS**

**I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO PROJETO DE PESQUISA**

**II – PADRÃO ARQUITETÔNICO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**III – TABELA MUNICÍPIOS DE SERGIPE POR REGIÃO DE SAÚDE**

# LISTA DE FIGURAS


| | | |
|---|---|---|
| **FIGURA 01** | **Mapa Regional Sanitário de Sergipe.** | **47** |
| **FIGURA 01** | **Modelo de organograma para conformação da estrutura básica dos sistemas de saúde nos municípios de grande porte do Estado de Sergipe.** | **68** |
| **FIGURA 01** | **Modelo de organograma para conformação da estrutura básica dos sistemas de saúde nos municípios de pequeno porte do Estado de Sergipe.** | **69** |

# LISTA DE QUADROS


| | | |
|---|---|---|
| **QUADRO 01** | **Distribuição da população urbana do Brasil nos anos 1940,1960,1980.** | **18** |
| **QUADRO 02** | **Responsabilidades referentes ao modelo de gestão adotada pelo município.** | **28** |
| **QUADRO 03** | **Divisão dos municípios de Sergipe por regiões de saúde.** | **46** |
| **QUADRO 04** | **Leis direcionadas para a Reforma Sanitária de Sergipe.** | **49** |
| **QUADRO 05** | **Principais fragilidades identificadas pelos Coordenadores de Serviços de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010.** | **77** |
| **QUADRO 06** | **Principais fragilidades identificadas pelos Secretários Municipais de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010.** | **79** |
| **QUADRO 07** | **Principais potencialidades identificadas pelos Coordenadores de Serviços de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010.** | **81** |
| **QUADRO 08** | **Principais potencialidades identificadas pelos Secretários Municipais de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010.** | **83** |
| **QUADRO 09** | **Concepções sobre políticas de saúde, pelos Coordenadores de Serviços de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010.** | **85** |
| **QUADRO 10** | **Caracterização da saúde municipal, pelos Secretários Municipais de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010.** | **86** |
| **QUADRO 11** | **Expectativas dos Secretários Municipais de Saúde quanto ao futuro da saúde pública municipal. Sergipe, Brasil, 2009/2010.** | **87** |

# LISTA DE TABELAS


| | | |
|---|---|---|
| **TABELA 01** | **Distribuição das variáveis de caracterização sócio-demográficas dos Coordenadores de Serviços de Saúde e Secretários Municipais de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010.** | **60** |
| **TABELA 02** | **Distribuição de frequência da escolaridade dos coordenadores por região de saúde de Sergipe. Sergipe, Brasil, 2009/2010.** | **61** |
| **TABELA 03** | **Distribuição de freqüência da escolaridade dos secretários municipais de saúde por região de saúde de Sergipe. Sergipe, Brasil, 2009/2010.** | **62** |
| **TABELA 04** | **Distribuição de freqüência da residência dos coordenadores por região de saúde de Sergipe. Sergipe, Brasil, 2009/2010.** | **62** |
| **TABELA 05** | **Distribuição das variáveis de relações de trabalho dos Coordenadores Municipais de Serviços de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010.** | **64** |
| **TABELA 06** | **Distribuição das variáveis de relações de trabalho dos Coordenadores Municipais de Serviços de Saúde e Secretários Municipais de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010.** | **65** |

# RESUMO

## SAÚDE PÚBLICA EM SERGIPE: UM OLHAR DAS EQUIPES MUNICIPAIS DE GESTÃO

**Valéria Maia**

As políticas de saúde têm se reproduzido ao longo dos anos com características peculiares ao idéario do comando político. Os gestores são peças fundamentais para a produção e reprodução de políticas públicas. Esse estudo apresenta os resultados da pesquisa sobre gestão de políticas municipais de saúde em Sergipe, com 73 sujeitos que exerciam as funções de coordenação ou gestão de secretarias municipais de saúde. Trata-se de uma pesquisa tipo survey, com levantamento quanti-qualitativo através de questionários específicos para coordenadores e secretários municipais de saúde. Os gestores, na maioria do genêro feminino, referiram experiência prévia em gestão. A maioria absoluta (87%) é de graduados, tendo formação específica na área da saúde (60%). Na conformação dos organogramas estabelecidos pelas gestões municipais, observaram-se basicamente dois tipos de estrutura. Nos municípios mais populosos prevalece um organograma composto por cinco coordenações, e em municípios menos populosos, por quatro coordenações. A existência das coordenações de atenção básica e de vigilância foi verificada em 100% dos municípios. Quanto às fragilidades percebidas pelos sujeitos, as que se referem às condições de trabalho tiveram maior freqüência para os dois grupos; quanto às potencialidades, o grupo de coordenadores apontou as relações subjetivas de trabalho enquanto o grupo de secretários priorizou as condições concretas de trabalho, como estrutura física e material. Quanto ao conceito sobre a saúde do munícipio, os juízos valorativos positivos prevaleceram para os dois grupos em mais de 60%; quanto às expectativas futuras dos secretários, as falas representam idéia de melhora dos serviços e da qualidade de oferta dos mesmos. Constata-se a relevância do apoio da Secretaria Estadual de Saúde e sugere-se a ampliação das relações intermunicipais para a organização de políticas mais regionalizadas.

Palavras-chave: Políticas públicas; Gestão; SUS; Saúde pública.

# ABSTRACT

## PUBLIC HEALTH IN SERGIPE: A VIEW BY MUNICIPAL MANAGEMENT TEAMS

**Valéria Maia**

Health policies have been reproduced over the years with characteristics peculiar to the ideals of political command. Managers are fundamental to the production and reproduction of public policies. This study presents the results of research on management of municipal health policies in Sergipe, with 73 subjects performing the functions of coordination or management of city health department. This is a survey research with quantitative and qualitative survey through questionnaires specific to coordinators and municipal health secretaries. The managers, mostly female, reported previous experience in management. The majority (87%) are graduates, with specific training in health care (60%). In the formation of the charts established by municipal governments, there were basically two types of structure. Prevalent in more populated municipalities an organization chart consists of five coordinations, and in less densely populated municipalities, four coordinations. The existence of the coordination of primary care and vigilance was observed in 100% of municipalities. As for weaknesses perceived by the subjects, those relating to working conditions had a higher frequency for the two groups; regarding the potential, the group of coordinators pointed out the subjective relationships of work, while the group of secretaries prioritized the concrete conditions of work, as the physical structure and material. The concept about the health of the municipality, the positive value judgments prevailed for both groups in more than 60%, about the future expectations of the secretaries, the lines represent the idea of improving the quality and the offer of services. It shows the importance of support from the State Department of Health and suggests the expansion of inter-relations policy for he organization more regionalized.

Keywords: Public policy; Management; SUS; Public health.

# 1 – INTRODUÇÃO

O estudo científico sobre as Políticas Públicas é muito recente, o que nos leva à dificuldade em referenciais para embasamento teórico. Nos anos 50, tem-se registro desses estudos nos EUA, e nos anos 70 na Europa, especificamente na Alemanha. No Brasil, só no final do século XX, foram realizados estudos nessa ordem, predominando micro-abordagens contextualizadas. Como as teorias foram elaboradas para países desenvolvidos, sua utilização por países em desenvolvimento, como o Brasil, carece de adequação à realidade local, pois os fatores condicionantes das Políticas Públicas são sujeitos a alterações ao longo do tempo, em decorrência de novas contextualizações. A análise de Políticas Públicas no contexto brasileiro perpassa por peculiaridades, sendo preciso considerar a ampla autonomia dos municípios tanto em questões financeiras e administrativas como políticas (FREY, 2000).

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente (PAIM; TEIXEIRA, 2006). Portanto, política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento.

As Políticas Públicas de Saúde objetivam a melhoria das condições da saúde dos indivíduos e da coletividade. Consistem em organizar um elenco de ações e procedimentos que visam à resolução pacífica de conflitos em torno da alocação de bens e recursos públicos e surgem como resposta a uma necessidade social apresentada. A saúde está entendida não como o resultado de um processo centrado no poder e saber absoluto do médico e da intervenção na doença, mas como resultado de fatores também relacionados ao meio, com influência no homem. São diversos os fatores que se relacionam ao conceito de saúde, entre eles, os: físicos, emocionais, religiosos, econômicos, culturais, ambientais e psicossociais, havendo necessidade, nesse processo, de interrelação e meios de intervenção que possam propiciar ao indivíduo qualidade de vida (MERHY, 2004).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 definiu a política de Saúde Pública que seria desenvolvida no território nacional e coloca a saúde como direito universal, acessado

pelo Sistema Único de Saúde (SUS) "*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação"*. A Constituição Federal também definiu as competências e atribuições específicas para os entes governamentais, criando um modelo pioneiro de implementação de Articulação Institucional entre os gestores de cada esfera governamental no trato das políticas sociais públicas (ANDRADE, 2000; MAIA et al, 2000).

A premissa básica do SUS é promover e recuperar a saúde de todos os brasileiros, independente de onde moram, se trabalham ou não e de sua condição econômica. É uma proposta de igualdade e cidadania. O objetivo do SUS é garantir aos cidadãos o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, promovendo, protegendo e recuperando a sua saúde (BRASIL, 1990). A prestação de serviços de saúde como meio de efetivar a política pública de saúde deve ser prioritariamente ofertada pelo setor público, sendo o setor privado executor de serviço suplementar. A defesa da ampliação do espaço público não representa um confronto público-privado, mas o exercício legítimo por parte dos governos do direito de estabelecer as garantias para o acesso à saúde, desde a prevenção e promoção, à assistência sanitária, passando pela investigação das doenças, para todos os cidadãos (IBÁNEZ, 2007).

Sergipe hoje é um estado que apresenta em torno de dois milhões de habitantes, sendo a grande concentração populacional na capital (mais de 25%). É constituído por 75 municípios, com distância máxima de 213 km entre estes e a capital. Considerando o mapa sanitário da Secretaria de Estado da Saúde, o estado de Sergipe está configurado em 07 regiões: (Aracaju (Metropolitana), Propriá (Baixo São Francisco), Lagarto (Centro-Sul), Itabaiana (Agreste), Estância (Sul), Nossa Senhora da Glória (Sertão) e Nossa Senhora do Socorro (Socorro). É importante verificar especificamente como o Estado de Sergipe esta processando esta nova proposta de Política de Saúde Pública preconizada pela Constituição Federal, focando as equipes municipais de gestão, sua caracterização sócio-demográfica, concepções sobre políticas de saúde, fragilidades e potencialidades para desenvolver sua prática e planejamento das ações.

É assim relevante esta pesquisa, pois traz contribuições para a construção de um referencial técnico científico sobre a Saúde Pública em Sergipe, para o mapeamento das gestões municipais, para a compreensão histórica da organização e evolução do sistema de saúde pública e traz contribuições para o planejamento das ações a serem desenvolvidas pelas administrações.

A partir da experiência profissional no desenvolvimento de atividades práticas de gestão do SUS junto à Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju, Secretaria Municipal de Saúde de Areia Branca e Secretaria Municipal de Umbaúba, tivemos oportunidade de vivenciar situações complexas enfrentadas pelo coletivo de gestão de políticas públicas no exercício de suas atividades profissionais no campo da saúde. Nas reuniões promovidas pela Secretaria de Estado de Saúde e pelo COSEMS, ouvimos com freqüência relatos configurados como fragilidades e potencialidades para o exercício da gestão, suscitando a necessidade de um estudo que caracterizasse a política de saúde pública que estava se desenvolvendo no Estado de Sergipe, ainda que com características e intensidades distintas.

O objetivo desse estudo foi investigar concepções sobre políticas de saúde pública e caracterização de equipes municipais de gestão de saúde pública no Estado de Sergipe. Para isso alguns objetivos específicos foram delineados, como: identificar perfil das equipes de gestão das secretarias municipais de saúde; verificar o grau de autonomia dos gestores municipais quanto à gestão financeira dos recursos das Secretarias Municipais de Saúde; identificar os organogramas de gestão; verificar se há planejamento das ações a serem desenvolvidas pelas Secretarias Municipais de Saúde; levantar a concepção dos gestores sobre o sistema de saúde pública municipal; identificar as fragilidades e potencialidades, relacionadas pelos gestores do sistema de saúde pública para a execução das políticas de saúde pública.

Este estudo está organizado em capítulos. O primeiro capítulo traz a revisão bibliográfica e está subdividido em dois temas: “Saúde Pública no Brasil e a Influência do Movimento de Reforma Sanitária na Edificação do Sistema Único de Saúde” e “Construção e Normatização do Sistema Único de Saúde”; o segundo capítulo corresponde aos Métodos; o teceiro capítulo corresponde ao artigo “Saúde Pública em Sergipe: aspectos historicos e novas perspectivas”, o quarto capítulo corresponde ao artigo “Gestores da Saúde Pública em Sergipe e os Organogramas para execução das Políticas do SUS" e o quinto capítulo corresponde ao artigo ”Políticas Públicas da Saúde em Sergipe Segundo a Ótica dos Gestores”.

# 2 – CAPÍTULO I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

## 2.1 – A Saúde Pública no Brasil e a Influência do Movimento de Reforma Sanitária na Edificação do SUS

A saúde pública no Brasil praticamente inexistiu nos tempos de colônia. Não havia pessoal preparado para esse fim e nem havia um modelo exploratório nesse sentido. O pajé, com suas ervas e cantos, e os boticários, que viajavam pelo Brasil Colônia, foram as únicas formas de assistência à saúde. Em 1789, o Rio de Janeiro representava um grande centro urbano do país, desenvolvendo intensas relações comerciais com a Europa, e somente existiam quatro médicos para atender a população (INDRUINAS, 2007; POLIGNANO, 2001).

Não existiu no período do Brasil-Colônia um projeto de saúde pública. A administração portuguesa, até a metade do século XVIII tinha suas ações voltadas para medidas curativas, agindo em uma perspectiva mais de combater o mal do que de cultivar o bem. Não se pensava em desenvolver políticas para a organização do espaço social, combatendo as causas das doenças, que se faziam presente pelas principalmente pelas epidemias letais. A saúde não era interpretada como algo que pudesse ser produzido, incentivado, organizado, aumentado; só era percebida na visão negativa representada pelo adoecimento (GALVÃO, 2007).

A vinda da família real portuguesa para o Brasil, em 1808, alterou o roteiro de necessidades de saúde. Em decorrência da falta de profissionais para atender inclusive a corte, foram criadas as duas primeiras escolas de medicina do país: o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. Indruinas (2007) considera essas medidas governamentais como as únicas medidas referentes à saúde pública, tomadas até a República. Malaquias Neto e Barros (2003) descreveu sobre as ações de saneamento básico ocorridas no Rio de Janeiro no século XIX e no empenho dos governantes para melhorar a estrutura sanitária local..

Nos séculos XVIII e XIX já havia na Europa conceitos e práticas sobre ações em Saúde Pública. Esse conjunto de saberes influenciou os primeiros passos da saúde pública estabelecida no Brasil, através da instituição da Polícia Médica, idéia formulada na Alemanha, definida como o conjunto de ações voltadas à saúde e ao bem-estar da mãe e da criança, à prevenção de acidentes, ao controle e prevenção de epidemias, à organização de estatísticas, ao esclarecimento do povo em termos de saúde, à garantia de cuidados

médicos, à organização da profissão médica e ao combate ao charlatanismo (GALVÃO, 2007; GRAÇA, 2004; LIMA, 2005).

A partir do final do século XIX, a Saúde Pública no Brasil sofreu mudanças profundas e transformadoras. O paradigma estabelecido até então, pautado na teoria dos miasmas, foi substituído por um processo já em evolução na Europa, que se fundamentava pela Bacteriologia e Microbiologia, representando uma profunda mudança nas práticas dominantes até então. Em relação ao saber médico-sanitário, destacou-se a adoção dos saberes experimentais, em substituição aos saberes tradicionais (GALVÃO, 2007).

Segundo Aciole (2006) e Polignano (2001), o início do século XX é marcado pela ausência de políticas em um cenário social em evolução, as cidades cresciam ao ritmo da industrialização. O destaque é dado para as ações que se efetivaram no Rio de Janeiro, capital federal da época, com precário saneamento básico, que experimentou os efeitos saneadores da Liga Pró-Saneamento, resultando na Revolta da Vacina.

A Liga Pró-Saneamento do Brasil foi um movimento nacionalista, articulado em torno do tema saúde, constituído em fevereiro de 1918, em sessão pública, com participação do próprio presidente da República, Wenceslau Braz, que ocupou o cargo de presidente honorário. Miguel Couto, Carlos Chagas Juliano Moreira, Rodrigues Alves, Clovis Bevilacqua, Epitácio Pessoa, Pedro Lessa, Aloysio de Castro e Miguel Calmon integravam o conselho supremo da associação. A Liga buscou fortalecer a organização da saúde púbica dos centro urbanos e da área rural (FINKELMAN, 2002). Com a extinção da Liga Pró-Saneamento, os intelectuais da Saúde Pública criariam, em 1923, a Sociedade Brasileira de Higiene, que por sua vez atuou em conjunto com o Departamento Nacional de Saúde Pública. A discussão dos problemas de saúde pública e a realização freqüente de Congressos Nacionais de Sanitaristas foi uma prática constante da Sociedade Brasileira de Higiene (GALVÃO, 2007).

O ideário higienista se fez presente no ensino médico a partir de 1918, quando foi criada a cadeira de Higiene, na Faculdade de Medicina de São Paulo, com apoio da Fundação Rockefeller. Nas décadas de 1920, 1930 e 1940, a Fundação Rockefeller continuou apoiando o movimento sanitarista no Brasil, financiando estudos complementares para os profissionais brasileiros que se dispunham a realizar estudos na Escola John Hopkins de Higiene e Saúde Pública, nos Estados Unidos (FINKELMAN, 2002).

Hochman (1998) considera o movimento sanitário da primeira metade do século XX dividido em dois momentos. O primeiro momento corresponde à primeira década do século XX, de 1903 a 1909, marcado pela gestão de Oswaldo Cruz à frente dos serviços federais

de saúde. Nele privilegiaram-se o saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro e o combate às epidemias de febre amarela, peste e varíola. Nesse primeiro momento ocorre a Revolta da Vacina. O segundo momento corresponde à segunda década do século XX, de 1910 a 1920, e tem como característica fundamental a ênfase no saneamento rural, focando o combate às endemias rurais, ancilostomíase, malária e a recém-descoberta doença de Chagas. Nesse momento Carlos Chagas sucede Osvaldo Cruz.

O crescimento do movimento sanitário do início do século XX foi impulsionado por várias forças políticas e institucionais, merecendo destaque o Tenentismo, mais precisamente os revolucionários da Coluna Prestes. No período compreendido de 1924 a 1927 esse movimento contribuiu fortemente com o ideário sanitarista, levando para o interior do país os conceitos da reforma social e política definida pelos propagandistas do saneamento, a marcha da Coluna pelo interior do País (GALVÃO, 2007).

Como resposta aos problemas de saúde da população, devido ao crescimento da população urbana pelo proletariado imigrante em decorrência da industrialização, na década de 20 surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões, que são substituídas na década de 30 pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões. Os Institutos criaram alguns hospitais de grande porte para atender ao público de trabalhadores contribuintes. Na década de 60 os Institutos foram unificados para criar o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. (PONTES, 2000).

A partir de 1930, no governo de Getúlio Vargas, a ação do estado para a política de saúde fica concentrada na construção de um sistema previdenciário, voltado para os trabalhadores com vínculo empregatício e organizados politicamente. As ações de caráter coletivo são esvaziadas em favor da expansão da assistência médica individual pelos Institutos de aposentadorias e Pensões. A saúde coletiva pautava-se no combate às doenças endêmicas e nas campanhas de vacinação. (VASCONCELOS, 2001).

Segundo Fonseca (2006), essa institucionalização de atenção aos cidadãos, de forma diferenciada, estratificando pela inserção ou não ao mercado de trabalho e privilegiando os que nele estão inseridos, vai contribuir para a formatação de dois modelos de inclusão social: um corporativo e outro com ideário de acesso universalizado.

Na primeira metade da década de 1940, durante o período da Segunda Guerra Mundial, no Brasil, a fundação Rockefeller, em convênio com órgãos do governo americano, patrocinou a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942. Esse é um momento de investimento do capital estrangeiro no país e suas multinacionais, estando as ações em saúde sendo pensadas no sentido de produção de mão de obra apta ao trabalho.

Na segunda metade da década foi desenhado um plano desenvolvimentista que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia. Devido à escassez de recursos, esse plano não foi implementado (BRAVO, 2006).

O Departamento Nacional de Saúde, na década de 1940, com o apoio do Presidente da República e atendendo ao objetivo político do governo de controlar a execução das políticas de saúde em todo o país, amplia a participação deste na gestão da saúde (FONSECA, 2006). Em 1942, o Ministério da Educação e Saúde, através do Departamento Nacional de Saúde, desenvolvia atividades voltadas para doenças específicas: febre amarela, malária câncer, tuberculose, lepra e doenças mentais. A medicina tinha caráter privatista e as ações no interior eram restritas (FINKELMAN, 2002).

A política de saúde desenvolvida no Brasil no período de 1923 a 1975 está caracterizada pela duplicidade assistência/previdência, com uma prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, que prioriza a capitalização da medicina e a sua produção privada, em detrimento de uma política de caráter público, voltada para a sociedade, com acesso universal. A oferta dos serviços tinha público estratificado e definido (PONTES, 2000).

Na segunda metade do século XX, o Brasil passou por um processo de transformação importante, em decorrência do aumento do percentual da população urbana. Como as cidades não apresentavam estrutura sanitária de suporte para receber esse contingente populacional, esse processo migratório do campo para as cidades suscitou em precárias condições de existência para as camadas sociais desprovidas de recursos econômicos, que se alojavam na periferia dos grandes centros. De uma população ainda rural em 1960, duas décadas mais tarde tornou-se o Brasil, um país de população predominantemente urbana. Em decorrência desse quadro, vários estudos sobre pobreza urbana e suas relações com temáticas sanitárias foram realizados (FINKELMAN, 2002).

**Quadro 01** – Distribuição da população urbana do Brasil nos anos 1940,1960,1980.

| PERÍODO | POPULAÇÃO URBANA |
|---|---|
| 1940 | 31,2% |
| 1960 | 44,7% |
| 1980 | 67,6% |

FONTE: Finkelman, 2002

Os anos 70 foram férteis para a desigualdade na distribuição de renda e ampliação da repressão. Várias leituras acerca das teorias marxistas dialogavam com a dureza da ortodoxia que dominara este campo. Em pleno regime militar repressor, os intelectuais brasileiros produziam um modelo dicotômico da realidade proposta. A influência da teoria marxista foi alicerce para a construção teórica das políticas públicas (CARDOSO, 1986).

Segundo Paim e Teixeira (2006), a Saúde pública latino-americana sofreu influência de diversos movimentos internacionais e projetos de reforma sanitária, resultando de um arcabouço de experiências vivenciadas em instituições públicas, de pesquisa e no âmbito acadêmico. No Brasil, os Estados Unidos tiveram influência preponderante, através da atuação da Fundação Rockefeller.

O regime repressivo imposto pela ditadura militar validou como política de saúde um modelo médico-assistencial privatista. A década de 1970 foi fomentada pela efervescência dos movimentos sociais. Na área da saúde, o sistema implantado recebeu fortes críticas de setores acadêmicos, localizados nas Universidades, Departamentos de Medicina Preventiva e Social e Escolas de Saúde Pública, além de setores da sociedade civil. A partir desses movimentos e suas reivindicações, ficou sedimentado o alicerce do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (ANDRADE, 2006).

O movimento de reforma sanitária se constituiu como resposta às condições de vida do povo brasileiro às precárias condições sanitárias e ao não acesso a saúde pela maior parte da população. Quanto à assistência à saúde para esse coletivo, esta era de péssima qualidade (TAVARES, 2009). Inicialmente, o grupo que reivindicou a reforma sanitária foi constituído pela intelectualidade universitária e por profissionais da área de saúde, sendo também incorporado pelos movimentos sociais, por alguns parlamentares que defendiam uma política de saúde pública e por segmentos diversos da população. O regime político era autoritário, mas esse coletivo defendia proposituras democráticas, como descentralização e universalidade (FELIPE, 1987; MALIK, 1998,).

A discussão da saúde permeava o discurso por melhores condições sociais. Além de discutir sobre a contextualização dos problemas de saúde da população, também era discutido o conceito de saúde, saindo da visão historicamente adotada, que tem foco no biológico, para a ampliação desse conceito, com a apropriação da discussão para além da doença, numa visão de totalidade (TAVARES, 2009).

As Conferências Internacionais contribuíram para solidificar e difundir a necessidade de uma política de saúde inclusiva, pautada em ações preventivas promocionais, em torno de compromisso para todos. As discussões de Otawa foram fomentadas a partir do proposto

na Declaração de Alma-Atá, 1978, para os Cuidados Primários em Saúde (ANDRADE, 2006).

Os sanitaristas levaram à Constituinte, instalada em 1º de fevereiro de 1987, anos de debates sobre a reforma sanitária. Esses debates começaram na década de 1960, na III Conferência Nacional de Saúde. Com a ditadura, as discussões foram caladas; contudo, frente às questões sociais que se agravavam com a pauperização da população e a ausência de resolubilidade do setor público, os teóricos e profissionais questionavam a medicina vigente e a organização dos serviços de saúde. Algumas experiências em saúde coletiva foram surgindo, como a de Montes Claros, iniciada em 1974, e dando fôlego para reivindicações sociais (RADIS, nº72, 2008).

O projeto de Saúde Pública defendido pelo movimento de reforma sanitária estava diretamente relacionado a conceitos de igualdade, participação, cidadania, direitos sociais. Em tempos de regime militar, suscitava a gestão democrática e participativa (FLEURY, 1997). Segundo Bravo (2006) o projeto de Reforma Sanitária teve como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS). Sua preocupação central foi assegurar uma política de saúde em que o Estado atuasse em função da sociedade, democraticamente em prol de seus cidadãos, ofertando políticas de saúde.

O marco histórico nesse processo foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986. Essa conferência reuniu intelectuais, profissionais da saúde, estudantes e diversos setores organizados da sociedade, que discutiram sobre a saúde do Brasil e, em consenso, definiram que a estrutura de saúde pública era insuficiente para atender ao povo brasileiro e que era necessária uma mudança em todo o arcabouço jurídico institucional vigente, com ampliação do conceito de saúde. Os resultados das discussões produzidas na VIII Conferência Nacional de Saúde geraram um relatório sobre um Sistema Único de Saúde e serviram de referência para os constituintes responsáveis pela elaboração da Constituição de 1988 (ANDRADE, 2006).

A Constituição de 1988 ficou conhecida como a constituição Cidadã. Esse rótulo impregnado à Constituição Federal remete reflexões ao seu conteúdo, voltado para a ampliação de direitos aos cidadãos brasileiros. A criação do SUS corrobora com a definição de uma constituição cidadã, no momento em que ficou definido seu acesso universal e o reconhecimento de que saúde é direito de todos e dever do Estado (MATTOS, 2001).

O Sistema Único de Saúde mudou o paradigma das políticas de saúde no Brasil. Até a Constituição de 1988, o modelo de saúde preconizado era centralizador e o acesso era definido pelo pagamento privado ou na perspectiva de seguro social através do INAMPS. O

coletivo populacional que não possuía recursos para o acesso a saúde privada e que não tinha vínculo empregatício formal gerador de seguro social estava excluído do sistema. Com o SUS, um novo estatuto jurídico foi colocado e houve a completa reversão do modelo de saúde vigente. Princípios como o do acesso universal, assistência integral e eqüitativa, foram incorporados à nova proposta da constituição (MERHY, 2004).

A luta histórica do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que desde os anos de 1940 vem empreendendo esforços e participando para produzir uma mudança política e cultural na sociedade brasileira tendo a saúde como eixo de transformação, ocupa, no contexto sociopolítico, lugar fundamental. Esse movimento pode ser considerado um dos movimentos sociais mais articulados em defesa da democratização da sociedade brasileira e da saúde como direito de cidadania (WESTPHAL, MENDES e COMARU, 2006).

Antes da reforma sanitária, a política de saúde pública praticada pelos Estados e Municípios tinha como características: a falta de integração entre as instituições e as esferas governamentais; a total responsabilização do governo federal, sendo dessa esfera a competência para desenvolver as políticas de saúde; a ausência do controle social; a política de saúde com ações focadas na assistência à saúde (ANDRADE et al, 2000; MINÍSTÉRIO DA SAÚDE, 2006;).

A dimensão política dessa construção histórica imputa ao SUS uma tarefa complexa, uma vez que não bastaria, como se não fosse muito, reorganizar o sistema de saúde, mas também atuar para produzir políticas econômicas e sociais justas, porque a produção da saúde, enquanto fato social, daí decorre (FELIPE, 1989; PASCHE e HENNIGTON, 2006; ROVERE, 2004;).

No Brasil do século XXI, a oferta de serviços de saúde é realizada prioritariamente através do SÚS, com a medicina privada atuando como rede suplementar. Os avanços são visibilizados nas estatísticas, com atendimento a quase 100% das gestantes e à maioria dos acidentes. Há principalmente um crescimento significativo de alguns programas de promoção e prevenção de saúde, e expansão da atenção básica. Alguns municípios estão em processo de evolução mais ampliado que outros, consolidando suas políticas com mais empenho no atendimento da população, mas em todos há uma garantia de acesso universalisado (CAMPOS, 2007).

A criação do SUS é geralmente entendida como a mais bem-sucedida reforma da área social empreendida sob o novo regime democrático. Ainda que a implantação do novo sistema esteja longe de se completar e muitos sejam seus impasses, no estágio atual já significa uma transformação profunda do sistema público de saúde. A reforma promoveu a

racionalização dos serviços de saúde por meio de: integração das redes federal, estadual e municipal, municipalização do atendimento primário; definição das fontes de financiamento; estabelecimento de funções para as instâncias de governo e criação de mecanismos automáticos de transferências de recursos (FINKELMAN, 2002; PEREIRA et al*.,* 2004).

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais; 610 milhões de consultas; 10,8 milhões de internações; 212 milhões de atendimentos odontológicos; 403 milhões de exames laboratoriais; 2,1 milhões de partos; 13,4 milhões de ultra-sons, tomografias e ressonâncias; 55 milhões de seções de fisioterapia; 23 milhões de ações de vigilância sanitária; 150 milhões de vacinas; 12 mil transplantes; 3,1 milhões de cirurgias; 215 mil cirurgias cardíacas; 9 milhões de seções de radioquimioterapia; 9,7 milhões de seções de hemodiálise; havendo também o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo. Os números expostos demonstram o processo de ampliação da inclusão proporcionado pelo Movimento de Reforma Sanitária à grande parcela da população excluída do cuidado à saúde, até a implantação do SUS (SANTOS, 2008).

## 2.2 – Construção e Normatização do Sistema Único de Saúde

A construção do SUS é histórica. Para compreendermos esse projeto de políticas públicas da saúde, é importante visualizarmos cronologicamente o que entendemos como marcos históricos imprescindíveis para a sua materialização.

O surgimento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 foi fundamental para a discussão e planejamento de um novo modelo de saúde pública, que atendesse às demandas populares. Resultante da mobilização de vários médicos e demais profissionais da área de saúde oriundos dos Departamentos de Medicina Preventiva e de Serviços de Saúde, envolvidos na luta pela democratização da saúde e da sociedade, o CEBES funcionou como apoio da sociedade civil ao emergente movimento sanitário[1] e

[1] A partir de 1978, os “altos escalões intelectuais” do CEBES formaram o Projeto Andrômeda. Em suas reuniões, definiam estratégias de atuação e de consolidação nos espaços institucionais.

continua um veículo para o registro e resgate histórico das políticas de saúde desenvolvidas no país (ANDRADE, 2006; HOCHMAN et al, 2004).

No bojo das discussão da saúde pública, em 1979 a Câmara dos Deputado promove o I Simpósio Nacional de Saúde. Esse evento gerou um documento histórico do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, intitulado “A questão democrática na área da Saúde”, que continha recomendações sobre políticas de saúde. Essas recomendações sintetizam a proposta para o SUS e demonstram sobre saúde pública. Entre as 10 medidas recomendadas pelo documento, temos: “*um sistema único de saúde; a atribuição ao Estado da responsabilidade total pela administração desse sistema; a delegação ao SUS da tarefa de planificar e executar uma política nacional de saúde; a definição de mecanismos eficazes de financiamento do sistema que não sejam baseados em novos gravames fiscais sobre a população nem em novos impostos específicos para a saúde; a necessidade de o financiamento se basear na maior participação proporcional da saúde nos orçamentos federal, estaduais e municipais; uma autêntica participação popular em todos os níveis e etapas da política de saúde, com voz e voto em todas as instâncias; uma estratégia específica de controle sobre produção e distribuição de medicamentos”* (RADIS, 2008).

Para efetivar uma resposta aos movimentos em prol da saúde pública, as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, foram planejadas no sentido de não somente responder à crise financeira e política, mas também reorientar a assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. Foi originada como plano de estratégias do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), envolvendo, além do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mais dois Ministérios: Educação e Saúde, objetivando ampliação da oferta de serviços de saúde (MISHIMA, 1987).

Com militância definida e atuante, em 1986 foi realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, com a participação de mais de quatro mil delegados, com significativa participação de gestores, usuários e trabalhadores, processo esse iniciado nas conferências municipais e estaduais, ocorridas em todo o país, o que deu grande visibilidade à luta do setor de saúde e aprofundou o debate sobre os temas e propostas. Na literatura da saúde pública brasileira, a VIII Conferência de Saúde é referenciada como um marco histórico definidor dos encaminhamentos para a instituição do SUS. As propostas que resultaram dessa conferência formaram três eixos fundamentais, que foram: ampliação do conceito de saúde, envolvendo condições de vida e interssetorialidade com outras políticas públicas; sistema de saúde com acesso universal, descentralizado e com ações

integralizadas; financiamento definido, para possibilitar sua execução (FELIPE 1989; TAVARES, 2009;).

As propostas expostas pela sociedade na Conferência de Saúde de 1986 foram fomentadas pelo governo federal em 1987, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUDS adotou como diretrizes a universalização e a eqüidade no acesso aos serviços; a integralidade dos cuidados; a regionalização dos serviços de saúde; a implementação de distritos sanitários; a descentralização das ações de saúde; o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras; e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos (MALIK, 1998).

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal. Segundo Pasche e Hennington (2006) depois de anos de luta e de disputas foi possível escrever uma nova Carta Magna e a área da saúde no Brasil, pela primeira vez, ganhou destaque nesse plano. Para Aciole (2006) as disputas no plano de elaboração da Carta Constitucional foram acirradas e na área da saúde constituiu enfrentamento entre setores conservadores e reformistas. Os reformistas constituíram o grupo em defesa do SUS e buscou inscrever no texto constitucional os princípios da universalidade, eqüidade, uniformidade e equivalência, irredutibilidade dos valores dos benefícios, gestão democrática e participativa. A ação reformista buscou um novo modelo da saúde pública, com o encontro de uma estrutura operacional que separava as ações de saúde pública das ações de assistência médica.

Ate a Constituição, a saúde pública encarregou-se do leque de ações preventivas que tinham seu foco no embate às doenças endêmicas e epidêmicas e na oferta de cuidados específicos a grupos sociais especiais, como as mulheres grávidas e seus filhos; e a assistência médica, encarregava-se do oferecimento de acesso aos serviços de atendimento médico, com consultas, exames e internações, porém estruturadas num sistema meritocrático, a que só tinha acesso a fração dos trabalhadores empregados na economia formal, considerados como contribuintes da previdência (ACIOLE, 2006).

Como fruto da visibilidade e articulação política dos diversos movimentos sociais, coordenados e articulados em torno do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, nos anos 1980, conquistou-se, por meio da Constituição Federal de 1988 – que incorporou o conjunto de proposições da VIII Conferência – a garantia do princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, a base legal de criação do Sistema Único de Saúde – SUS, o qual surgiu como estratégia descentralizada para a atenção e o cuidado à saúde (ANDRADE et al, 2000; TAVARES, 2009).

> “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação“ (BRASIL, 1988).

O II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva foi realizado de 3 a 7 de julho de 1989, em São Paulo, em parceria com a Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), e trouxe como tema central o “Sistema Único de Saúde – conquista da sociedade”. Como fruto dos trabalhos desenvolvidos foi aprovado uma declaração intitulada Carta de São Paulo (ABRASCO, 1989). Essa Carta denunciou as condições de vida e saúde da população e as distorções do sistema de saúde, defendendo a implantação de um sistema de saúde socialmente justo e tecnicamente adequado ao Brasil contemporâneo, reafirmando os objetivos do SUS.

A Carta de São Paulo exigiu a preservação e o avanço do projeto de reforma sanitária, através da aprovação do arcabouço legal necessário, como também exigiu uma reforma político-administrativa que garantisse a unicidade de comando em cada esfera de poder e as bases financeiras da seguridade social. A Carta reafirmou a retomada da política de desenvolvimento científico e tecnológico que permitia a auto-suficiência nacional na produção de insumos e equipamentos e o respeito ao direito constitucional de acesso do cidadão às informações de saúde de caráter individual e coletivo. Os gestores de saúde pública foram cobrados na Carta quanto ao seu compromisso com o SUS, e foi colocada a necessidade de posicionamento político desses governantes (BELISÁRIO, 2002).

Em 1990, o movimento de Reforma sanitária recebeu a relevante participação de um coletivo importante para a defesa do SUS, que foram os Secretários Municipais de Saúde e os Secretários Estaduais de Saúde. Somados aos sanitaristas, os secretários se envolveram em um movimento que gerou o processo de pactuação infraconstitucional, onde se editou a chamada Lei Orgânica da Saúde Brasileira, que é o consolidado de duas Leis Complementares (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90) (ANDRADE, 2006; POLIGNANO, 2001).

Na Lei Orgânica da Saúde, 8.080/90, foram vetados alguns artigos que definiam repasse financeiro, participação popular e a incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde. Essas questões eram imperativas para a garantia da efetividade do SUS, de forma que foi mantida uma grande mobilização popular contra os vetos, estimulada pelos sanitaristas e se opondo a setores conservadores que defendiam o veto, como os representantes de hospitais e lobistas do setor privado. Essa mobilização popular garantiu que o Congresso Nacional, posteriormente, discutisse os artigos vetados na Lei 8.080/90 e

os recuperassem em outra Lei, a 8.142/90, ficando assim o setor saúde com duas leis que o regulamentam. (TAVARES, 2009).

A Lei nº 8.080/90 disciplinou a descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, regulamentando as condições para sua promoção, proteção, recuperação e financiamento. A Lei 8.142/90 regulamentou a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (ANDRADE, 2006).

Na Lei Orgânica nº 8.080/90 estão dispostos os princípios básicos do SUS:

> Universalidade: “A saúde é um direito de todos", como afirma a Constituição Federal.
>
> Integralidade: A atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos;
>
> Eqüidade: Todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam.
>
> Participação da comunidade: O controle social. Os usuários participam da gestão do SUS através das Conferências de Saúde.
>
> Descentralização político-administrativa: Cada esfera com comando único e atribuições próprias.
>
> Hierarquização e regionalização: Corresponde aos níveis de complexidades e área de abrangência.

No entanto, na operacionalização, os signos da universalização, descentralização e participação chocam-se, segundo palavras de Tavares (2009), frontalmente com a cultura do “mandonismo” e do clientelismo, tão presentes historicamente nas políticas sociais do país, especialmente do Nordeste. Para sua superação, é necessária a construção de uma cultura política voltada para a consolidação da cidadania, rompendo com relações arcaicas de poder.

Nesse processo de movimento para a regulamentação do SUS, de 1991 a 1993, foram editadas três normas regulamentadoras: A Norma Operacional Básica n.º 01/91, a Norma Operacional Básica - n.º 01/92; e a Norma Operacional Básica - n.º 01/93. As Normas Operacionais Básicas, NOBs, foram um instrumento normativo, legal, regulamentador dos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde, cuja atribuição de elaboração foi designada ao Ministério da Saúde, para de forma essencial realizar a definição operativa do Sistema (ACIOLE, 2006).

Segundo Oliveira Jr. (1998), a NOB 01/91 seguiu os parâmetros de financiamento adotados anteriormente, prevalecendo a estrutura de compra de serviços privados de saúde do INAMPS, só que aplicado aos gestores públicos estaduais e municipais. Essa NOB definiu que estados e municípios passariam a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados.

Para Aciole (2006) como a NOB 01/91 foi editada no governo de Fernando Collor, representa a proposta conservadora de manutenção do modelo liberal de prestação de serviços. Em seu texto, os serviços estatais e empresariais são tratados indistintamente, sob a condição de prestadores, mantendo a prática centralizadora e potencialmente corruptora do INAMPS, mesmo este tendo sua extinção decretada como necessária à constituição de um sistema descentralizado e democratizado pela via da municipalização. Como a NOB 01/91 não previu remuneração para as ações promocionais e preventivas, enfatizou as atividades de caráter curativo, dificultando as mudanças de paradigmas em oferta de serviços de saúde.

Em 1992 foi editada a NOB 01/92, mantendo a lógica de financiamento contida na NOB 91, e com poucos avanços. Por sua pouca relevância, é pouco citada e muitas vezes desconhecida (ACIOLE, 2006).

A NOB 01/93 foi editada pós-mudança de governo em decorrência de um impeachment. No novo cenário político, o vice-presidente, que assumiu o comando do país, levou para o Ministério da Saúde um grupo mais afinado com as propostas de municipalização, e com a efetivação do SUS nos moldes em que havia sido concebido. Esta NOB estabeleceu o rompimento de práticas tutelares entre União, Estados e Municípios; criou gestão autônoma pelo repasse direto entre as instâncias; definiu parâmetros para a descentralização do SUS; reconheceu o gestor único em cada instância; regulamentou os papéis e responsabilidades de cada nível de governo em relação ao financiamento das ações e serviços; definiu os papéis das Comissões Intergestoras Tripartite (CIT) e Comissões Intergestoras Bipartite (CIB); rompeu com a tabela de procedimentos como fonte de definição de recursos, privilegiando o interesse público na gestão financeira do Sistema de Saúde (ACIOLE, 2006).

No processo de organização para o funcionamento do SUS, em Julho de 1993 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi extinto e seu

quadro de pessoal e atribuições, absorvidos pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências.

Em 1996 foi editada mais uma Norma Operacional Básica, a NOB 01/96, que estabeleceu a responsabilização do município pelo atendimento das demandas de saúde da população. Essa NOB possibilitou a Gestão Plena da Atenção Básica para municípios pequenos e a Gestão Plena do Sistema Municipal para municípios mais populosos. Como tema principal, estabeleceu: “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”, buscando, assim, construir a plena responsabilidade do poder público municipal sobre a gestão de um sistema de saúde, e não somente sobre a prestação de serviços de saúde (ANDRADE, 2006).

**Quadro 02.** Responsabilidades referentes ao modelo de gestão adotada pelo município.

| GESTÃO PLENA DE ATENÇÃO BÁSICA | GESTÃO PLENA DOS SISTEMAS MUNICIPAIS |
|---|---|
| Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar. | Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar. |
| Gerência de unidades ambulatoriais próprias. | Gerência de unidades ambulatoriais próprias e hospitalares, inclusive as de referência. |
| Gerência das unidades ambulatoriais do estado e/ou da União | Gerência das unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e/ou da União |
| Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS | Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS |
| Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB para todos os casos de referência interna ou externa ao município | Prestação dos serviços ambulatoriais e hospitalares para todos os casos de referência interna ou externa ao município |
| Contratação , controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB | Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares |
| Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional | Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional |
| Autoriza AIH e Procedimentos Ambulatoriais Especializados | Autoriza, fiscaliza e controla as AIH e Procedimentos Ambulatoriais Especializados e de alto custo |
| Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia | Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia |
| | Normalização e operação de centrais de procedimentos ambulatoriais e hospitalares |

FONTE: Polignano, 2001

Após uma década de SUS, em 1999 foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A finalidade institucional da Anvisa é de promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e do controle da

comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive controle dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados (lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999).

O SUS avançou com as regulamentações, mas até o ano 2000 ainda não apresentava financiamento definido, o que dificultava a implementação das ações em saúde pública. Como resposta para as demandas de financiamento, foi proposta a Emenda Constitucional n.º 29 visa garantir financiamento suficiente e estável para o setor Saúde, uma vez que define o quanto das receitas da União, estados, Distrito Federal e municípios deve ser destinado às ações e serviços públicos de saúde. Para sua implementação, faz-se necessário um esforço no sentido de melhor informar e esclarecer sua aplicabilidade, a fim de que os governantes sintam-se seguros em relação a essa nova medida constitucional e avancem na implementação da Saúde como direito de todos e dever do Estado, viabilizando seu acesso universal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No processo organizacional do SUS, em 2001 foi criado o cartão nacional de saúde e em 2002 a Norma Operacional da Assistência à Saúde. A proposta para o Cartão SUS, é que ele fosse um instrumento de cadastro para um sistema integrado de saúde que possibilitasse o acesso on-line ao prontuário desse usuário em qualquer lugar do país. O cartão SUS como instrumento de identificação dos usuários, reconhecido em todo o território nacional. O cartão está vinculado a uma gestão estadual ou municipal, mas agregado ao sistema nacional, e deveria garantir o atendimento do usuário, em todo o território nacional (TAVARES, 2009).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02, teve como objetivo, promover maior eqüidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. A NOAS-SUS estabeleceu que o planejamento deveria ser integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas e dotadas de mecanismos de comunicação e inter-relacionamento que garantissem o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Com um legado formal já bem estruturado, em 2006, o Ministério da Saúde lança em documento a série "Mais Saúde" ou "Pactos pela Saúde". Foi um chamamento aos municípios para a responsabilização da gestão de seus sistemas de saúde. Nos pactos, o Governo Federal assumiu publicamente o quadro estimado das necessidades de saúde da

população do país, assim como as seguintes metas estimadas: as de ações de prevenção e cura, de promoção da saúde, da gestão do trabalho, incluindo a formação, qualificação e valorização, da qualificação da gestão do sistema, da participação social e cooperação internacional. As esferas governamentais deveriam formular, planejar e executar as políticas da saúde de acordo com as realidades regionais e locais, sob os ângulos das necessidades, custos, prioridades e etapas (SANTOS, 2008).

A Série Pactos pela Saúde foi uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com Conselhos Municipais e Estaduais de Secretários de Saúde, com o objetivo de difundir políticas, instrumentos e orientações para apoiar a gestão das políticas de saúde. Foi um instrumento de cooperação com a gestão da saúde, que assumiu, com a adesão ao Pacto, responsabilidades pela saúde da população, em busca da eqüidade social e melhoria dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, publicado na Portaria/GM nº399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplou o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

> **O Pacto pela Vida** - É o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. São seis as prioridades pactuadas: 1.Saúde do Idoso; 2.Controle do câncer do colo do útero e da mama; 3.Redução da mortalidade infantil e materna; 4.Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; 5.Promoção da Saúde; 6.Fortalecimento da Atenção Básica.
>
> **O Pacto em Defesa do SUS** – Define que o trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos dentro deste Pacto deve considerar as seguintes diretrizes: 1.Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde, estabelecidos na Constituição Federal; 2.Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.
>
> **O Pacto de Gestão** - Estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Regulação, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

È importante que os Pactos sejam rapidamente socializados e compreendidos, para exercerem seu papel enquanto instrumentos que possibilitam o fortalecimento da gestão do SUS. Sua aplicação na prática sanitária cotidiana depende do relacionamento entre os vários níveis de governo e os interesses da Federação, fomentando a convivência e a interdependência. São uma reafirmação com o compromisso sanitário expressado na Constituição Federal e instrumentos de validação do SUS. Para serem efetivados,

dependem fundamentalmente de decisão política e compromisso dos gestores com a gestão pública (ALBUQUERQUE et al, 2009).

No processo de consolidação do SUS, devemos considerar que houve grandes avanços nessa trajetória. Podemos citar, entre tantos: descentralização da gestão; criação dos Fundos de Saúde, garantindo repasses diretos; fortalecimento da rede pública; aumento da cobertura de serviços de nível básico; controle social; política de medicamentos genéricos e formação de banco de preços; política de educação permanente; entre outros. Muitos avanços, mas ainda nos deparamos com importantes dilemas e desafios (FRANCO NETO et al., 2006).

Alguns desafios são colocados para a efetivação dos SUS, tais quais: formação profissional do coletivo trabalhador voltada para as necessidades da população; desprecarização do trabalho e criação de plano de cargos e salários; ampliação da participação popular nas definições das políticas de saúde; intersetorialidade com demais políticas públicas. Para Campos (2007) o SUS precisa ser vivenciado enquanto movimento social e as políticas públicas apropriadas como meio poderoso para a efetiva defesa da vida.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLE, G. G. **A Saúde no Brasil:** cartografias do público e do privado. São Paulo: ed. Hucitec, 2006.

ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: Ed. Huicitec, 2006.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS Jr, Tomaz. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. Rev Panam Salud Publica vol.8 n.1-2 Washington July/Aug. 2000

BELISÁRIO, S. A. **Associativismo em Saúde Coletiva:** um estudo da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco. São Paulo: UNICAMP, 2002. 401 f. Tese (Doutorado da Faculdade de Ciências Médicas), Universidade Estadual de campinas, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____ Ministério da Saúde, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Ministério da Saúde. **Relatório do seminário, com subsídios para o estabelecimento de diretrizes voltadas à aplicação e operacionalização da Emenda Constitucional n.º 29**, 2002.

_____ Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: pactos pela saúde**, 2007.

_____ Ministério da Saúde. **Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado**, 1998.

_____ **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____ **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúdes (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução Nº 258, de 07 de janeiro de 1991. **NORMA OPERACIONAL BÁSICA Nº 01/91**.

_____ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução Nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. **NORMA OPERACIONAL BÁSICA Nº 01/92**.

_____ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução Nº 545, de 20 de maio de 1993. **NORMA OPERACIONAL BÁSICA Nº 01/93**.

Ministério da Saúde. **NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS - NOAS-SUS** 01/02 Portaria nº 373, DE 27 de fevereiro de 2002.

BRAVO, M. I. de S., *et al*. **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional**.** São Paulo. Ed. Cortez, 2006.

CAMPOS, G. W. de S. **Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2007.

_____. **A Saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994.

CARDOSO, R. **A aventura antropológica**: teoria e pesquisa. 2. ed. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1988.

CARTILHA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Cidadania e controle social**. Anvisa. 2a. edição Brasília, agosto de 2002.

FELIPE, J. S. **MPAS — o vilão da reforma sanitária?.** Cad. Saúde Pública vol.3 no.4 Rio de Janeiro Oct.Dec. 1987

FINKELMAN, J. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2002.

FLEURY, M.; FISCHER, R. **Processo e relações de trabalho no Brasil**. São Paulo: Ed. Atlas, 1987.

FRANCO NETO, et al. **Saúde e Ambiente**: reflexões para um novo ciclo do SUS. In. CASTRO, Adriana; MALO, Miguel (org.), **SUS**: resignificando a promoção da saúde. São Paulo: Huicitec, 2006.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. Portal ENSP. **História da Saúde Pública**. Disponível em : <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/historico-da-saude>. Acesso em: 19 dezembro 2009.

GALVÃO, A. M. **Origem da política de Saúde Pública no Brasil**: do Brasil-Colônia a 1930. Ouro Preto: UFOP, 2007.

GRAÇA, L. **História da saúde no trabalho**: A reforma da saúde pública no século XXI. Textos sobre Saúde e Trabalho, última atualização Nov. 2004.

HOCHMAN, G.; SANTOS, P.; PIRES-ALVES, F. **Historia, Salud y Recursos Humanos:** análisis e perspectivas. Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Brasil. Estudios y Análisis – Volumen 2.

IBÁNEZ, J. A. S. **La Gestión Sanitaria em um Marco de Futuro de Escenarios em Salud**. In. AGUIAR, Sylvana M. B. (Org.). **Gestão pública**: práticas e desafios. Recife: Ed. Bagaço, 2007.

INDRUINAS, L. *"***HowStuffWorks - História da saúde pública no Brasil***"*. Publicado em 27 de dezembro de 2007 (atualizado em 10 de julho de 2008) http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm (08 de janeiro de 2010).

LIMA, N. T.**, O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões**. Brasil, 2005.

MAIA, V., et al. **Inovando a gestão pública**. Brasília: MedMindia, 2000.

MALIK, A. M. Saúde & Cidadania: para gestores municipais de saúde. São Paulo. Ed. Fundação Petrópolis Ltda, 1998.

MERHY, E. E.. **SAÚDE**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Ed. Hucitec, 2007.

_____ Emerson, et al. **Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida:** contribuição para as Conferências de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde;

1992. (Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento, v. 1).

MISHIMA, S. et al. **Recursos humanos na implantação das ações integradas de saúde no município de Ribeirão Preto**: visão da equipe de enfermagem. Cadernos de Saúde Pública. vol.6 no.1 Rio de Janeiro. Jan./Mar, 1990.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F.. **Política, planejamento e gestão em saúde:** balanço do estado da arte. ISC/UFBA .Instituto de Saúde Coletiva. UniversidadeFederal da Bahia: Salvador, 2006.

PASCHE, D.; HENNINGTON, E. **O Sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde**. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel (org.), **SUS**: resignificando a promoção da saúde. São Paulo: Huicitec, 2006.

PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; TEIXEIRA, R.a Azenha ; FERRAZ, Clarice Aparecida; NAKAO, Janete Rodrigues da Silva, MELO ,Marcia Regina Antonietto da Costa; ANSELMI, ; Maria Luiza. **Asistencia Domiciliaria – instrumento para potencializar procesos de trabajo em la asistencia y formación**. análisis e perspectivas. Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Brasil. Estudios y Análisis – Volumen 2.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil, 2001.** http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf.

PONTES, R.; ANDRADE, L.; MARTINS JUNIOR, T. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil.** Revista Panamericana de Salud Pública. v.8 n.1-2. Washington, July/Aug. 2000.

ROVERE, M. **Gestión de calidad de los posgrados en salud pública: adecuación crítica en un mundo en cambio.** Washington, D.C: OPS, © 2004.

SANTOS, N. R. **Política pública de Saúde no Brasil**: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. Ciência e saúde coletiva. v.13. supl.2. Rio de Janeiro, Dec. 2008.

S. NETO, G. M., BARROS, A. B. **A HISTÓRIA DO SANEAMENTO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**. Comum - Rio de Janeiro - v.7 - nº 20 - p. 175 a 191 - jan./jun. 2003

SUPLICY, E. M. **Renda básica da cidadania**: a resposta dada pelo vento. Porto Alegre: ed. L&PM, 2006.

TAVARES, M. C. **A Inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju:** os tempos de um movimento. São Paulo: PUC, 2009. 256 f. Tese (Doutorado em Serviço Social), Pontificia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Ed. UVA, 2001.

WESTPHAL, M.; MENDES, R.; COMARU, F.. **A promoção da saúde e as cidades**. In. CASTRO, A.; MALO, M. (org.), **SUS**: resignificando a promoção da saúde. São Paulo: Huicitec, 2006.

# 3 - CAPÍTULO II - MÉTODOS

## 3.1 Delineamento do Estudo

Pesquisa bibliográfica e de campo, do tipo survey, com análise quantitativa e qualitativa.

## 3.2 Local da Pesquisa

A pesquisa ocorreu nos municípios do interior do Estado de Sergipe, no período de 2009-2010.

## 3.3 Amostra do Estudo

Para compor a amostra, considerou-se a divisão adotada pela Secretaria de Estado de Sergipe, que separa o Estado em sete regionais Aracaju (Metropolitana), Propriá (Baixo São Francisco), Lagarto (Centro-Sul), Itabaiana (Agreste), Estância (Sul), Nossa Senhora da Glória (Sertão) e Nossa Senhora do Socorro (Socorro). Cada regional possui um município sede.

A amostra foi constituída por quinze municípios do Estado de Sergipe, sendo dois de cada regional e um das sedes de região. Os municípios foram estratificados em grande porte e pequeno porte, e o porte do município foi definido pela média do quantitativo populacional de cada região (tabela em anexo). Os mais populosos foram considerados de grande porte e os menos populosos considerados de pequeno porte.

## 3.4 Sujeitos

A amostra foi constituída por setenta e três sujeitos, sendo cinqüenta e oito Coordenadores de Serviços de Saúde e quinze Secretários Municipais de Saúde.

### 3.4.1 Critérios de Inclusão dos Sujeitos

Foram incluídos todos os Secretários Municipais de Saúde e todos os gestores que estiveram exercendo cargos de coordenação de projetos ou programas nas Secretarias de Saúde dos municípios sorteados.

### 3.4.2 Critérios de Exclusão dos Sujeitos

O município de Umbaúba foi excluído da pesquisa, por motivos éticos. A

pesquisadora exerceu cargo de Secretária Municipal de Saúde desse município, em 2009.

### 3.5 Instrumentos e Análise dos Dados

Foi utilizado para o levantamento de dados um roteiro de entrevista dirigido com questões do tipo misto (Cf. Apêndice 01 e 02).

Os dados levantados através das entrevistas serão tabulados no soft SPSS e analisados descritivamente;

A análise e a discussão dos dados levantados através das questões abertas foram categorizadas através do método de análise de conteúdo (BARDIN, 1972).

### 3.6 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes, de acordo com as disposições da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (Protocolo 200909).

Os municípios sorteados, no sentido de garantir o anonimato, não tiveram seus nomes divulgados.

Considerando que os sujeitos ocupam cargo público, é relevante informar também, que vai ser mantido o anonimato, como forma de preservar a imagem pública.

# 4 – CAPÍTULO III - SAÚDE PÚBLICA EM SERGIPE: ASPECTOS HISTORICOS E NOVAS PERSPECTIVAS


## RESUMO

As políticas públicas de saúde desenvolvidas em Sergipe seguiram rumos semelhantes aos de outros estados do país, ou seja, os avanços ou retrocessos dependeram da gestão de seus governantes. Este artigo tem como objetivo contextualizar a política pública de saúde em Sergipe, através do resgate histórico das práticas desenvolvidas até a Constituição Federal de 1988 e da apresentação das práticas pós-SUS com a Reforma Sanitária Estadual. Este conhecimento histórico da saúde pública facilita a compreensão e contextualização da política de saúde em desenvolvimento no momento atual, e permite uma análise do modelo assistencial que está sendo implementado no estado de Sergipe. Foi um estudo bibliográfico, organizado em duas partes: saúde pública antes, e pós-SUS. Conclui que a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe tem desenvolvido um papel de transformação na política pública de saúde estadual e tem sido norteadora de novas práticas organizacionais pautadas na regionalização das ações, seguindo um padrão de integralidade.


Palavras-chave: Saúde pública em Sergipe; Reforma Sanitária; SUS.


## ABSTRACT

The public health policies developed in Sergipe followed paths similar to other states in the country, ie, advances or setbacks depended on the management of their rulers. This article aims to contextualize the public health policy in Sergipe, through the historical review of practices developed until the Federal Constitution of 1988 and the presentation of practical post-SUS with the State Health Care Reform. This historical knowledge of public health facilitates understanding and context of health policy development at the present moment and allows an analysis of the care model being implemented in the state of Sergipe. It is a bibliographical study, organized into two parts: public health before and after SUS. Concludes that the Ministry of Health of Sergipe have developed a transformation role in the public health policy statewide and has been guiding the new organizational practices ruled in the regionalization of actions, following a pattern of wholeness.


Keywords: Public health in Sergipe; Health Reform; SUS.

# 1- INTRODUÇÃO

O resgate histórico das políticas de saúde tem sido uma prática científica recorrente, no Brasil e em outros países. Os estudos têm confirmado que conhecer e compreender o passado das políticas públicas desenvolvidas possibilita a produção de identidades profissionais e uma melhor compreensão sociológica dessas políticas, como também sua evolução e organização, a construção de alternativas de soluções para as problemáticas cotidianas, e a construção de uma identidade regional (HOCHMAN et al, 2004; POLIGNANO 2001).

Em Sergipe, as políticas públicas de saúde tomaram contornos semelhantes ao histórico estabelecido pelas práticas nacionais. No entanto, nos últimos nove anos tem acontecido uma mudança significativa no cenário local estadual, no que tange a práticas de políticas públicas de saúde voltadas para a implementação e consolidação do projeto de Reforma Sanitária, instituído pela Constituição Federal de 1988 com o SUS. Todavia, é importante salientar que os processos ocorridos na última década no Brasil foram permeados por características sócio-políticas peculiares a cada Estado da federação (SERGIPE, 2010).

Para Santos (2006) as políticas públicas de saúde em Sergipe, durante a década de 1990, não trouxeram de maneira expressiva as mudanças propostas pela Constituição Federal e foram marcadas pela manutenção de esquemas políticos que priorizaram a permanência dos espaços de poder, em detrimento do desenvolvimento de uma política pública de saúde que efetivasse os princípios do SUS. No entanto, na última década esse contexto sofreu transformações em decorrência da influência do processo político ocorrido em 2000, quando um coletivo gestor afinado com as propostas políticas de saúde do SUS assumiu a direção da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Aracaju, capital do estado de Sergipe, concentra mais de 36% da população do estado.

Tavares (2009) contrapõe o pensamento de Santos (2006) ao descrever sobre o movimento ocorrido na década de 1990 para a municipalização da saúde do município de Aracaju, que no seu entendimento envolveu os gestores de saúde desse município e gerou as condições necessárias para a implementação do projeto de Reforma Sanitária idealizado pelo coletivo gestor que assumiu a gestão da secretaria municipal de saúde de Aracaju no início da primeira década do século XXI.

Em 2001 a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju deu início a um projeto de reforma sanitária, em defesa do SUS, considerando os princípios da universalidade, eqüidade, integralidade e participação popular, e promovendo grandes mudanças no traçado sanitário local (SANTOS, 2006). Com a mudança do quadro político estadual em 2007, a gestão que estava assumindo a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju ocupou a gestão da Secretaria Estadual de Saúde e deu início à implementação de um projeto de reforma sanitária estadual (MELO e ALMEIDA, 2009).

O novo cenário, estabelecido no campo de políticas públicas de saúde em Sergipe desde 2001, provocou o surgimento de discussões e pesquisas sobre a gestão do SUS e a necessidade de compreensão dos caminhos percorridos pela política estadual de saúde até os dias atuais. O resgate histórico das práticas desenvolvidas é o embasamento para a compreensão e significação das políticas de saúde realizadas. A descrição da proposta que está sendo desenvolvida nos atuais governos complementa essa contextualização e possibilita a construção de um ideário futuro. Dessa forma, esse estudo tem relevância para a compreensão e consolidação do SUS em Sergipe.

O estudo apresentado nesse artigo busca contribuir para as gestões do SUS em Sergipe e está dividido em duas partes: na primeira parte apresentamos uma construção histórica sobre políticas públicas em Sergipe; na segunda parte descrevemos sobre a reforma sanitária pós-SUS em Sergipe.

## 2 - SAÚDE PÚBLICA EM SERGIPE: ASPECTOS HISTÓRICOS

A construção histórica da saúde pública no estado de Sergipe segue uma linha cronológica próxima aos acontecimentos referentes à política de saúde pública nacional, com as diferenças inerentes às circunstâncias e peculiaridades locais. Até a República, o Serviço Sanitário de Sergipe esteve ligado a Administração Federal, porém com a República, o Decreto 682, de 21/11/1891, definiu esse desligamento. A primeira Constituição Estadual de Sergipe foi aprovada em 18 de maio de 1892 e objetivou um reordenamento jurídico das instituções públicas. Na área da saúde, a lei nº 15, de 29/07/1892, criou o cargo de Inspetor de Higiene, equivalente ao atual cargo de Secretário de Saúde. O cargo de Inspetor de Higiene deveria ser exercido por profissional médico, e faziam parte de suas atividades, a responsabilidade das enfermarias de polícia e da casa de prisão (SANTANA, 2005).

Após a criação do cargo de Inspetor Sanitário, em 30/11/1892, através do decreto nº 38, foi aprovado o primeiro Regulamento Sanitário do Estado. Esse documento objetivou a organização dos serviços de saúde no Estado de Seripe, criou esferas administrativas e definiu práticas em saúde. Foi um Regulamento com setenta e um artigos que, entre outros pontos: criou a Inspetoria de Higiene, formada pelo Inspetor de Higiene e por Delegados de Higiene para cada município; definiu necessidade de representantes locais para as questões de saúde da população; tornou obrigatórias as notificações de cólera, febre amarela, peste, sarampo, escarlatina, varíola e difteria; criou a obrigatoriedade da vacinação de varíola até os seis primeiros meses de vida; tratou da vigilância sanitária, da fiscalização da medicina, farmácia, obstetrícia e arte dentária; da fiscalização das fábricas, no que elas pudessem atingir as populações vizinhas. A nomeação do Inspetor de Higiene para o Estado e dos Delegados de Higiene para os municípios era uma indicação privativa do Presidente do Estado, equivalente ao atual governador. Em 16/11/1895, a lei nº 171, possibilitou a ampliação da estrutura da Inspetoria com a criação do cargo de Encarregado do Lazareto e Desinfectador (SANTANA, 2005).

No final do século XIX, em Sergipe, a oferta de médicos era maior que a demanda por serviços; havia mais de cem profissionais médicos para um restrito campo de trabalho, levando parte desse coletivo trabalhador para outros estados. Essa migração ocorreu principalmente para o estado de São Paulo, que se apresentava com grande desenvolvimento econômico e com número reduzido de médicos. Três deles se notabilizaram: Ascendino Reis, Enjolras Vampré e Balthazar Vieira de Melo. Ascendino e Vampré foram fundadores da Faculdade de Medicina de São Paulo. Enjolras Vampré, além de ser considerado o fundador da moderna neurologia paulista, chegou a presidir a Associação Paulista de Medicina. Balthazar Vieira de Melo foi o fundador da Higiene Escolar em São Paulo (DIAS, 2009).

Em 30 de dezembro de 1915, o decreto nº 618, transformou a Inspetoria em Diretoria de Higiene e Saúde Pública e ampliou as atribuições com a assistência. De acordo com o novo regulamento, competia à Assistência Pública:

> a) prestar socorros médicos e cirúrgicos de urgência nas vias públicas, em todos os casos de ferimentos, asfixia, envenenamento ou estados mórbidos súbitos;
>
> b) prestar socorros médicos e cirúrgicos aos doentes da população pobre, inclusive às parturientes e aos loucos, remetendo-os para os hospitais, maternidades ou asilos, quando não se possa tratar em domicílio;
>
> c) promover o enterramento dos indigentes depois da verificação do respectivo óbito.

O Regulamento previa a cobrança dos serviços de quem pudesse pagá-los.

No início do século XX, a saúde pública não era da confiança dos cidadãos. Apresentava estrutura física precária e equipamentos insuficientes para atender a população, favorecendo o imaginário popular para a criação de histórias nebulosas[2].

Em 21 de maio de 1916, os Serviços de Assistência Pública (atuais Prontos Socorros), que estavam sob responsabilidade da Diretoria de Segurança (setor policial), passaram para a responsabilidade da Diretoria de Higiene e Saúde Pública (setor saúde). Em 1917, foi criado o Posto de Assistência Pública, subordinado à Diretoria de Higiene e Saúde Pública, mas com direção e pessoal próprios. No seu primeiro ano de funcionamento, o Serviço de Assistência Pública adquiriu uma ambulância, para o transporte dos doentes, e um carro funerário (rabecão), ambos puxados a cavalos (SANTANA, 2005).

A partir de 1918, a classe médica sergipana inicia um processo de organização profissional e funda a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Sergipe. O Dr. Eronides Ferreira Carvalho, por ocasião do 2º aniversário da Sociedade, alerta em seu discurso:

> "Faço um apelo às autoridades sanitárias, para que estas abram luta sem tréguas, contra o charlatanismo barato que tenta invadir o nosso querido Sergipe."

Em 1923, no governo de Gracho Cardoso, é editado o decreto nº644, de 28/9/1923, que desapropriou uma área na avenida Barão de Maruim, em Aracaju, para a construção do Hospital de Cirurgia, inaugurado em 1926 (FIGUEIREDO, 2000). Gracho Cardoso foi um governador atuante na política de saúde, sendo seu governo considerado como a primeira Reforma Sanitária do Estado de Sergipe. Sofreu influência do iminente médico Augusto Leite e suas práticas cirúrgicas e foi um governo marcado por uma efervescência científica. Como era um governante de visão ampliada e ansioso em promover reformas no Estado, Gracho Cardoso trouxe o carioca Paulo de Figueiredo Parreiras Horta, auxiliar de Osvaldo Cruz, para realizar ações de saneamento e controle de endemias em Sergipe. As ações de saúde pública, desenvolvidas pelo iminente sanitarista convidado, culminaram com a criação do instituto que mais tarde recebeu o seu nome (DIAS, 2009).

Ainda com atenção restrita aos excluídos, na década de 1940, a saúde pública em Sergipe engatinhava, sendo um de seus aportes o ambulatório da Fundação Manoel Cruz,

---

[2] Segundo Santana (2001), corria o "boato" de que aos doentes dos hospitais, em situação mais grave, era ministrado o ***chá da meia-noite***, uma poção venenosa que apressava o fim da vida daquela alma sofredora.

organização religiosa liderada por freiras e pelo clero, que atendia filantropicamente a população desassistida, com a colaboração de dois médicos. Em 1967, as instalações dessa fundação foram ampliadas dando origem ao Hospital São José. Em torno de 65% dos recursos empreendidos na construção do Hospital foram doados por instituições filantrópicas alemãs, voltadas para o combate à fome e à miséria. O Hospital priorizava o atendimento da população pobre de Sergipe e o atendimento particular era realizado com o objetivo de adquirir recursos para custeio dos indigentes. A proposta da direção do hospital para os médicos é a de que a cada atendimento particular fosse realizado um atendimento a paciente pobre (SANTANA, 2005).

O que foi excedente no final do século XIX, passou a fazer falta em meados do século XX. O Estado de Sergipe, que outrora exportou médicos para os grandes centros urbanos, agora sentia a falta desta categoria profissional para atender suas próprias demandas. Nas décadas de 1950 e 1960, os trabalhos desenvolvidos pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e Superintendência de Campanhas (SUCAM), expressaram demanda de profissionais médicos e insuficiência de mão de obra local, promovendo a migração de profissionais médicos de outros estados para atuar em Sergipe. Em 1961 foi criada a Faculdade de Medicina (DIAS, 2009).

As açoes desenvolvidas na primeira metade do século XX foram insuficientes para atnder as necessidades expressas pela população sergipana. Segundo Oliva (2004), em 1968 o Estado de Sergipe apresenta uma estrutura de Saúde Pública fragilizada, com grande deficiência no setor de assistência médica à população e condições sanitárias précarias. As vacinações eram realizadas de forma irregular, ocorrendo quando se manifestava um surto de endemias, e com grande esforço e negociação para despensação, entre os orgãos estaduais e os federais. Os recursos disponíveis eram insuficientes para os trabalhos de estruturação técnico-administrativa do orgão da saúde, incluindo o treinamento do seu pessoal. As unidades de atendimento à população concentravam-se na capital, dixando os municípios em situação de desamparo. Em 15/07/1968, o governo firmou convênio com o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL), para prestação de assistência médica a dez municípios, sendo esta uma ação relevante para a saúde pública do Estado.

Na segunda metade do século XX, nas décadas de 1960 a 1980, o INSS tinha em seu quadro profissional mais de cem médicos, muitos tidos como os melhores e mais preparados médicos de Sergipe. Os serviços de atendimento médico dispensados pelo INSS eram restritos à parcela da população que estava amparada pela previdência, ou seja,

que estava inserida no mercado formal de trabalho. Os não previdênciários eram atendidos pela assistencia filantrópica ou em serviços de saúde particulares, dependendo da condição econômica de cada cidadão (SANTANA, 2005).

A mentalidade dominante na década de 1970, referente aos serviços de saúde pública no Estado, era voltada para a concentração da oferta na capital, Aracaju. Os serviços de pronto-socorro tiveram seu funcionamento conveniado exclusivamente com o Hospital Cirurgia, não incluindo os hospitais do interior, dificultando o acesso para as populações dos municípios mais distantes. Nesse momento não havia Posto Sanitário em 75% dos municipios sergipanos, numa demonstração clara da precariedade da saúde pública estadual (OLIVA, 2004).

Aracaju, com arrecadação maior que a dívida pública, na década de 1970, apresentava uma realidade sanitária em conflito com os dados contábeis. A realidade sanitária local mostrava dados alarmantes, com vários bairros atacados, em cem por cento, de *Ascaris lumbricoides*. O Ministro da Saúde, Mário Augusto de Castro Lima, declara em Salvador, em 26/06/1979, que os índices de esquistossomose são alarmantes em Sergipe, e Aracaju é citada pelo ministro, como “a capital da esquistossomose”. Nessa década, no Estado de Sergipe, de cada mil crianças nascidas morriam cento e quarenta, e foram registrados trinta e sete casos de meningite (FIGUEIREDO, 2000).

Os ecos do movimento pela reforma sanitária no Brasil chegaram a Sergipe. Segundo Tavares (2009), foi na segunda metade da década de 1970 que surgiram os primeiros registros históricos do movimento pela reforma sanitária em Sergipe. O movimento foi marcado pela participação dos estudantes da área da saúde da Universidade Federal de Sergipe, que se organizaram com o objetivo de reestruturar os centros acadêmicos, questionar sobre a formação técnico-profissional ofertada pelos cursos de saúde, questionar sobre o quadro sanitário do Brasil e sobre a melhoria da qualidade do ensino. Esse movimento estudantil teve influência político-partidária do Partido Comunista Brasileiro (PCB).

No final da década de 1970, a rede hospitalar do Estado de Sergipe era composta por onze Hospitais Públicos e quarenta e dois Hospitais Particulares. De 1975 a 1979, Sergipe passou de 1.809, para 2.754 leitos hospitalares, em uma política pública de saúde que demonstrava seu caráter hospitalocêntrico, priorizando o atendimento curativo. Nesse período, a Secretaria da Saúde Estadual dispunha, em seu quadro técnico, de cento e noventa e sete médicos, sendo que desses, cento e quarenta e cinco prestavam serviços públicos de atendimento médico em Aracaju. Para dar suporte à Secretária Estadual de

Saúde, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) atendia quarenta e quatro municípios e sete povoados sergipanos (FIGUEIREDO, 2000).

A política de saúde desenvolvida pelo Estado mostrou-se inexpressiva durante a década de 1980. Utilizando recursos do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), os postos de saúde foram ampliados e em todos eles havia oferta de serviços de imunização, distribuição de alimentos e medicações. A distribuição de alimentos era parte de uma política de alimentação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), que objetivou combater a desnutrição. A distribuição de medicamentos era realizada pela Central de Medicamentos (CEME), que tinha por finalidade promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis ou a título gratuito, de medicamentos a quantos não pudessem adquiri-los a preços comuns do mercado (TAVARES, 2009). A CEME adquiria medicamentos dos laboratórios oficiais e empresas privadas de capital estrangeiro.

No final da década de 1980 tem-se a aprovação da Constituição Federal e a definição do SUS como política pública de saúde do Brasil. Em Sergipe, os movimentos para a reforma sanitária são pautados basicamente até o final da década de 1990, pela municipalização da gestão da saúde dos municípios sergipanos e início das atividades do Programa Saúde da Família - PSF.

# 3 – SAÚDE PÚBLICA EM SERGIPE: CAMINHOS PARA A REFORMA SANITÁRIA

O processo de implementação da Reforma Sanitária em Sergipe teve início em 2001[3], no município de Aracaju, com o projeto denominado “Saúde Todo Dia”. Para desenvolver esse projeto, foi convidado um coletivo trabalhador afinado com as propostas da Carta Magna, com experiência prática em gestão de saúde pública, imbricado com o movimento em defesa do projeto do SUS. Uma parte desse coletivo veio de outros estados, sendo sempre priorizada a capacidade técnica à indicação política. Esse projeto promoveu, de forma contundente, grandes mudanças no traçado sanitário local e subsidiou transformações em outros municípios do estado de Sergipe (SANTOS, 2006).

[3] Em 2001, Marcelo Deda era o Prefeito do município de Aracaju e Rogério Carvalho o Secretário Municipal de Saúde.

O projeto, que estava sendo implementado em Aracaju, carecia de envolvimento e apropriação dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para sua efetivação. Como resposta a essa demanda, uma das estratégias de estreitamento entre teoria e prática foi um cardápio de ofertas de capacitações. Como fio condutor para as práticas pedagógicas, foi instituído o Centro de Educação Permanente em Saúde – CEPS, que assumiu plenamente a proposta à qual estava designado (TAVARES, 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica colocou o Programa de Saúde da Família (PSF) como porta de acesso universal da comunidade aos serviços de saúde. A complementaridade da oferta se efetivaria pela integralidade com o restante da rede de saúde (GIOVANELLA, 2009).

Em Aracaju, de 2001 a 2004, o número de equipes do Programa Saúde da Família (PSF) foi ampliado de quarenta e oito para cento e vinte, numa demonstração clara de melhoria de oferta de serviços. Também foi adotado um padrão arquitetônico e de ambiência para construção ou reforma das Unidades Básicas de Saúde, onde foi pretendido oferecer à população instalações semelhantes às ofertadas pela rede particular (SANTOS, 2006). Em estudo realizado por Resende (2007), evidenciou-se que os profissionais da saúde sentem-se constrangidos ao trabalhar com políticas de saúde, em ambiente inadequado. O espaço físico adequado proporciona um ambiente facilitador da atenção acolhedora, resolutiva e humana dos profissionais de saúde.

> De fato, houve uma estruturação e ganhos consideráveis do sistema municipal, tanto em termos de estrutura física das redes, quanto no que se refere ao quantitativo de pessoal; a criação do Serviço de ouvidoria como mais um canal de comunicação entre os trabalhadores e usuários com a gestão; a realização do concurso público; além do intenso processo de capacitação permanente que muito contribuiu para assimilação da proposta e dos conceitos introduzidos pela gestão (TAVARES, 2009, p. 164).

Com a mudança do quadro político estadual em 2007[4], a gestão que estava assumindo a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju ocupou a gestão da Secretaria Estadual de Saúde e, nos primeiros meses de trabalho, realizou um diagnóstico da situação da atenção básica em todos os setenta e cinco municípios sergipanos, com o objetivo de elencar as principais necessidades dos equipamentos de saúde pública existentes nos municípios. O diagnóstico foi realizado em todos os equipamentos de saúde relacionados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e orientou a definição de um

[4] Em 2007, Marcelo Deda era o Governador de Sergipe e Rogério Carvalho o Secretário de Estado da Saúde.

projeto de construção ou reforma desses equipamentos. Esse diagnóstico priorizou estrutura física e equipamentos e foi tido como marco da gestão para a implementação do projeto de reforma sanitária estadual (MELO e ALMEIDA, 2009).

O Estado de Sergipe é geograficamente e demograficamente pequeno, com uma população estimada de aproximadamente 2.000.000 habitantes e um território de 21.910,3 $km^2$. Possui uma malha viária com rodovias pavimentadas que interligam todos os municípios, e em 100% deles há a prestação de serviços telefônicos. A Secretaria de Estado da Saúde está interligada aos municípios via internet, com possibilidade de contato permanente (SANTOS, 2006). Dos setenta e cinco municípios que formam o Estado de Sergipe, cinqüenta e nove municípios possuem menos de 25.000 habitantes e destes, vinte e oito municípios possuem menos de 10.000 habitantes. Apenas seis municípios possuem mais de 50.000 habitantes e destes somente dois possuem mais de 100.000 habitantes (IBGE, 2008), ou seja, 78,66% dos municípios do Estado possuem menos de 25.000 habitantes. O modelo gerencial do SUS adotado pela gestão atual considera o Estado como uma macro-região subdividida em sete regionais, conforme descrito no Quadro 3 e visualizado geograficamente na Figura 1.

**Quadro 03** – Divisão dos municípios de Sergipe por regiões de saúde

| REGIONAIS DE SAÚDE | POPULAÇÃO |
|---|---|
| Aracaju / Metropolitana<br>(08 Municípios) | 683.280 |
| Propriá / Baixo São Francisco<br>(16 Municípios) | 146.026 |
| Lagarto / Centro Sul<br>(06 Municípios) | 232.058 |
| Itabaiana / Agreste<br>(14 Municípios) | 222.227 |
| Estância / Sul<br>(10 Municípios) | 222.736 |
| Nossa Senhora da Glória / Sertão<br>(09 Municípios) | 147.555 |
| Nossa Senhora do Socorro / Socorro<br>(12 Municípios) | 285.088 |

Fonte: Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe

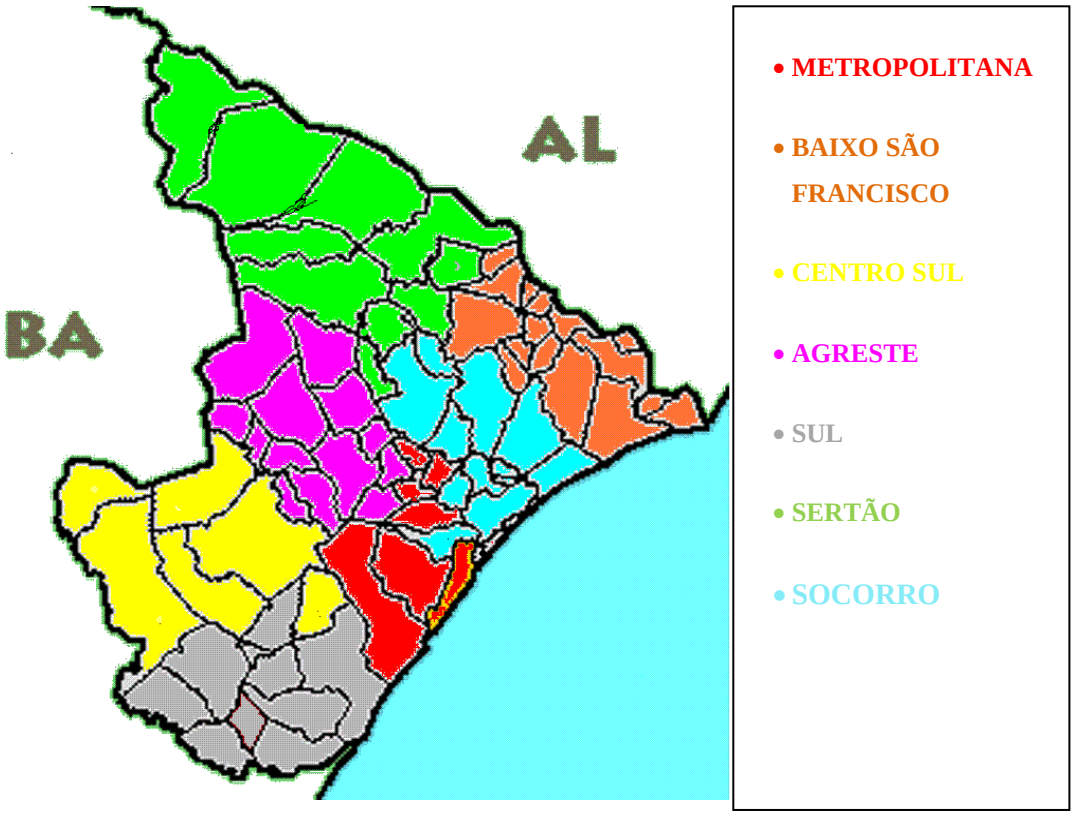



**FIGURA 01.** Mapa Regional Sanitário de Sergipe. Saúde Pública em Sergipe: novas perspectivas, 2010. Fonte: MAIA, V,

O grupo gestor do SUS em Sergipe em 2007 trouxe em pauta e buscou consolidar várias demandas importantes para a saúde, também citadas por Tavares (2009) como importantes, tais como: construção de um modelo assistencial; adequação e reequipamento da rede pública de saúde; sistema único de informação.

Um Estado geograficamente pequeno, Sergipe, apresenta especificidades loco-regionais referentes à cultura, tradições, economia, clima e vegetação. A divisão do mapa estadual em regiões de saúde favorece a discussão protagonizada pelos municípios, em colegiados regionais. Os Colegiados Interfederativos Regionais (CIR) são instâncias que, de forma consensual, buscam soluções para os problemas que afligem os municípios da região. Os entes federativos devem discutir e aprovar a integração operativa das ações e serviços de saúde, a sua regionalização, hierarquização, responsabilidades, financiamento e demais aspectos da atenção e do sistema de saúde no Estado. As decisões tomadas no CIR são levadas para o Colegiado Interfederativo Estadual de Gestão da Atenção e do Sistema (CIE), que é outro espaço de decisões coletivas para a efetivação do projeto de

Reforma Sanitária e é composto por um representante de cada região, capital e estado (SERGIPE, 2010).

Seguindo os caminhos da reforma sanitária no município de Aracaju, a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, após realização de diagnóstico situacional, definiu um padrão de integralidade para o atendimento em todas as redes de saúde de Sergipe. Esse padrão foi definido por: ambiência (modelo arquitetônico – anexo I); Insumos (medicamentos e materiais médico-hospitalares); Equipe de profissionais; Oferta de serviços; Reorganização produtiva do trabalho (SERGIPE, 2010).

Estabelecer um padrão de integralidade é necessário, enquanto eixo de apoio para a conformação do projeto de saúde estabelecido pela gestão. Um padrão de integralidade no âmbito do SUS possibilita a unificação do sistema e o acesso igualitário, em detrimento ao fracionamento e atendimento desigual, sem equidade (SANTOS, 2007). O Ministério da Saúde em 2006 publicou uma cartilha sobre humanização dos territórios, orientando quanto à ambiência e organização dos espaços físicos.

Resende (2007) traz em sua pesquisa que o usuário tem direito a um ambiente de saúde digno, que proporcione conforto, individualidade e possua os equipamentos necessários para o seu atendimento. O padrão arquitetônico estabelecido pela SES buscou, além de proporcionar um ambiente agradável, confortável, bem iluminado, que valorizasse os usuários e os servidores, estabelecer uma identidade visual para seus prédios públicos, de modo que a população identificasse visualmente que ali era um espaço de produção de assistência em saúde pública.

Como estratégia para dar sustentabilidade ao projeto de Reforma Sanitária Estadual, e consolidar as redes interfederativas de saúde, foi constituído um arcabouço legal que regulamenta o SUS em Sergipe, formado até 2009 por oito Leis. No aparato legal produzido, o Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe (SUS/SE) é constituído pelo conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde, assistenciais, de ensino, pesquisa, produção de medicamentos, sangue e hemoderivados, equipamentos e outros insumos de saúde, desenvolvido por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta, e por instituições privadas participantes do SUS no Estado, em caráter complementar, imprescindíveis para a garantia das necessidades de saúde individual e coletiva no Estado (SES, 2010).

**Quadro 04** - Leis direcionadas para a Reforma Sanitária de Sergipe

| LEI | PUBLICAÇÃO | DISPOSIÇÃO |
|---|---|---|
| LEI Nº 6.299 DE 19 DE DEZEMBRO DE 2007 | Publicado no Diário Oficial No 25418, em 20/12/2007 | Institui o Programa Estadual de Parcerias Público-Privadas de Sergipe - PROPPPSE, e dá providências correlatas. |
| LEI Nº 6.300 DE 19 DE DEZEMBRO DE 2007 | Publicado no Diário Oficial No 25418, em 20/12/2007 | Cria o Conselho Estadual de Saúde - CES e dá providências correlatas. |
| LEI Nº 6.303 DE 19 DE DEZEMBRO DE 2007 | Publicado no Diário Oficial No 25418, em 20/12/2007 | Dispõe sobre o Fundo Estadual de Saúde - FES, revoga a Lei nº 3.525, de 27 de setembro de 1994 e dá outras providências. |
| LEI Nº 6.341 DE 02 DE JANEIRO DE 2008 | | Dispõe sobre o Contrato Estatal de Serviços e dá providências correlatas |
| LEI Nº 6.345 DE 02 DE JANEIRO DE 2008 | Publicado no Diário Oficial Nº 25424, em 03/01/2008 | Dispõe sobre organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe - SUS/SE, e dá outras providências. |
| LEI Nº 6.346 DE 02 DE JANEIRO DE 2008 | Publicado no Diário Oficial No 25424, em 03/01/2008 | Dispõe sobre a autorização para criação da Fundação de Saúde “Parreiras Horta” - FSPH, e dá providências correlatas. |
| LEI Nº 6.347 DE 02 DE JANEIRO DE 2007 | Publicado no Diário Oficial No 25424, em 03/01/2008 | Dispõe sobre a autorização para criação da Fundação Hospitalar de Saúde - FHS, e dá providências correlatas. |
| LEI Nº 6.348 DE 02 DE JANEIRO DE 2008 | Publicado no Diário Oficial No 25424, em 03/01/2008 | Dispõe sobre a autorização para criação da Fundação Estadual de Saúde - FUNESA, e dá providências correlatas. |

FONTE: Secretaria de Estado as Saúde de Sergipe – SES.

Segundo Odorico (2008), a adoção de instrumentos jurídicos é um dos desafios para o funcionamento das redes regionalizadas. Nesse sentido, a experiência que está sendo desenvolvida em Sergipe, tem sido citada como referência, em espaços de abrangência nacional.

Os gestores das políticas públicas são responsáveis pela oferta de serviços disponibilizada em seu território. A estrutura organizacional que ele adota é que ira expressar sua capacidade administrativa (MAIA et al*.,* 2000).

> A garantia do direito à saúde e a democratização desse setor não dependem meramente de questões técnicas e administrativas, mas, fundamentalmente, dos posicionamentos políticos sobre “o que” e “como” se quer construir (TAVARES, 2009).

Para consolidar o SUS em Sergipe, e o projeto de Reforma Sanitária, ainda há vários desafios e enfrentamentos a serem ultrapassados. A mudança de prática política e construção de novos paradigmas são fundamentais para consolidar a eqüidade, integralidade e universalidade. É imprescindível contextualizar a política de saúde como produtora de cidadania (SANTOS, 2006).

# 5 – CONCLUSAO

Conclui-se que a saúde pública em Sergipe seguiu os parâmetros ocorridos no cenário nacional, com mudanças ocasionadas em decorrência dos gestores que estavam assumindo a política local e federal. Historicamente, identificamos dois momentos de mudanças contundentes, entendidos como Reforma Sanitária, sendo o primeiro na primeira década (1920) do século XX e marcado pelas práticas cirúrgicas e ações saneadoras de controle de endemias; e o segundo, na primeira década (2001) do século XXI, iniciado em Aracaju e estendido para todo o Estado, sendo marcado pela efetivação dos princípios do SUS.

Em relação às atividades de gestão que estão sendo desenvolvidas, identifica-se um projeto de reforma sanitária implementado pela gestão estadual desde 2007. Esse projeto está se concretizando com mais visibilidade, pela definição e adoção de um padrão de integralidade que redefine os espaços públicos e fomenta uma rede interfederativa de assistência à saúde.

Identifica-se que o estado de Sergipe vive um momento político favorável para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e que pode influenciar positivamente na construção e desenvolvimento das políticas públicas de saúde nos municípios do estado. As ações implementadas pela Secretaria de Estado da Saúde se caracterizam por oferecer importante suporte para o fortalecimento do SUS em Sergipe e se refletem como referência nacional para projetos de políticas públicas de saúde.

# REFERÊNCIAS


ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006.

**___Redes interfederativas de saúde** - um padrão de integralidade no atendimento aos cidadãos. SESDEC - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

___Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Básica à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. Ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2006, 32p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

DIAS, et al . **Dicionário biográfico de médicos de Sergipe**. Aracaju, 2009.

FIGUEIREDO, A. **História Política de Sergipe:** 1975 a 1982. Aracaju, [s.n.], 2000.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. Portal ENSP. **História da Saúde Pública**. Disponível em : <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/historico-da-saude>. Acesso em: 19 dezembro 2009.

GIOVANELLA, L. et al. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.3 Rio de Janeiro maio/jun. 2009.

HOCHMAN, G.; SANTOS, P.; PIRES-ALVES, F. **Historia, Salud y Recursos Humanos:** análisis e perspectivas. Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Brasil. Estudios y Análisis – Volumen 2.

IBGE: I**nstituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2008.

MAIA, V. et al. **Inovando a gestão pública**. Brasília: MedMindia, 2000.

MELO, C.; ALMEIDA, A. **A Gestão da atenção básica contribuindo para uma reforma sanitária em Sergipe.** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE, [s.n.], 2007.

OLIVA, J. **Sobretudo a imprensa.** Aracaju: Ed. Brava, 2004.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil.** http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf. Acesso em: 10 de abr. 2010.

RESENDE, A. F. **Humanização em ambiente da atenção básica à saúde**: representações sociais de agentes comunitários de saúde. 2007. 120 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente), Universidade Tiradentes, Aracaju, 2007.

SERGIPE. Secretaria de estado da Saúde. **Reforma Sanitária**. www.ses.se.gov.br. Acesso em: 05 de Jan. 2010.

SANTANA, A. S. **As Febres do Aracaju**: dos miasmas aos micróbios. Aracaju: [s.n.], 2001.

**___História da Medicina em Sergipe**. http://antonio_samarone.blog.uol.com.br/. Aceso em: 11 de nov. 2009.

SANTOS, L. **Contornos Jurídicos da Integralidade da Assistência**. O SUS Passo a Passo. Luiz Odorico Monteiro de Andrade (organizador), São Paulo, Editora Hucitec, 2007.

SANTOS, R. C. **Saúde Todo Dia**: Uma Construção Coletiva. São Paulo: Ed. Huicitec, 2006.

TAVARES, M. C. **A Inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju:** os tempos de um movimento. 2009. 256 p. Dissertação (Doutorado em Serviço Social), Pontificia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

# 5 – CAPÍTULO IV – GESTORES DA SAÚDE PUBLICA EM SERGIPE E SEUS ORGANOGRAMAS DE GESTÃO


## RESUMO

A condução das políticas de saúde pública está diretamente ligada à capacidade de produção de serviços do coletivo gestor que assume o comando das secretarias municipais de saúde. Esse artigo teve como objetivo caracterizar os gestores de saúde de Sergipe e verificar como estão sendo conformados os organogramas das secretarias municipais de saúde. Apresenta os resultados do estudo sobre gestão de políticas de saúde em Sergipe, envolvendo 58 coordenadores de serviços de saúde e 15 secretários municipais de saúde. Os dados foram levantados através de dois roteiros de entrevistas, para coordenadores e secretários municipais de saúde. Trata-se de uma pesquisa tipo survey, com levantamento quanti-qualitativo. Os resultados para os dois grupos apontaram mais de 65% dos gestores do genêro feminino, 76% dos coordenadores na faixa etária entre 20 e 40 anos, e 60% dos secretários com faixa etária acima de 40 anos. Mais de 55% dos sujeitos referiram experiência prévia em gestão, 87% são graduados e destes, 60% com formação específica na área da saúde. Quanto a conformação dos organogramas estabelecidos pelas gestões municipais para a efetivação da política do SUS, os resultados demonstraram que nos municípios mais populosos prevalece um organograma composto por cinco coordenações; e em municípios menos populosos quatro coordenações. A existência da coordenação de Atenção Básica foi verificada em 100% dos municípios pesquisados assim como a coordenação de Vigilância Epidemiológica. Conclui-se que a maioria dos gestores de Saúde Pública no estado de Sergipe são tecnicamente qualificados, conhecedores dos referenciais teóricos das políticas de saúde, com histórico de experiência em gestão de serviços de saúde e que as secretarias municipais de saúde seguem padrão semelhante quanto a sua estrutura organizacional formal.


Palavras-chave: Políticas públicas; Gestão; Coordenação de saúde; Saúde pública.


## ABSTRACT

The conduct of public health policy is directly linked to the capacity of public service manager who takes charge of municipal health departments. This study aimed to characterize the health managers of Sergipe and see how the charts of city health department are being conforned. It presents the results of the study on management of health policies in Sergipe, involving 58 coordinators of health services and 15 municipal health secretaries. Data were collected through two interview scripts, for coordinators and municipal health secretaries. This is a survey research with quantitative and qualitative survey. The results for both groups showed more than 65% of female managers, 76% of coordinators in the age group between 20 and 40, and 60% of secretaries with age above 40 years. Over 55% of participants reported prior experience in management, 87% are graduates and of these, 60% with specific training in health. As the conformation of the charts established by the municipal administration for effective policy of SUS, the results showed that in more populated municipalities prevails a chart with five coordinators, and four less populous municipalities in coordination. The existence of the coordination of primary care was found in 100% of the surveyed municipalities as well as coordination of Epidemiological Surveillance. We conclude that most managers of Public Health in the state of Sergipe are technically qualified, knowledgeable of theoretical health policy, with a history of experience in management of health services and that the city health department follow a similar pattern as its formal organizational structure.


Keywords: Public policy, Management, Coordination of healt, Public healt.

## 5.1 – INTRODUÇÃO

Desde a Constituição de 1988 e a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), vem sendo delineado a construção de um modelo assistencial mais coerente com o corpo doutrinário da reforma sanitária brasileira. Considera-se que a idéia de modelo não se refere à organização de serviços de saúde, mas a combinação de técnicas e tecnologias na busca de soluções para demandas individuais e coletivas, observando o perfil epidemiológico local (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2003).

Para Merhy (2000) o modelo de atenção à saúde referencia a intenção governamental com o cuidar do indivíduo, do coletivo, do social. No Brasil coexistem dois modelos: o médico hegemônico e o sanitarista. Segundo Rouquayrol e Almeida (2003) podemos caracterizar, ainda que de forma simplista, o modelo médico hegemônico como assistência voltada para o indivíduo; atenção predominante para o processo curativo, com cuidado centrado na relação médico paciente; valorização da assistência médica e hospitalar na organização da produção da saúde. Por outro lado o modelo sanitarista valoriza a assistência integral com prioridade das ações voltadas à saúde do coletivo; descentralização das atividades com foco no processo curativo e valorização das atividades preventivas e promocionais; intersetorialidade e integralidade das ações na linha do cuidado dos indivíduos. A proposta para o SUS foi construída adotando-se o modelo sanitarista para referenciar a política de saúde pública no cuidado da população brasileira.

Em 1996, o governo federal, através do Ministério da Saúde, editou uma Norma Operacional Básica, NOB 01/96, que estabeleceu como uma de suas finalidades prioritárias a transformação do modelo de atenção à saúde, até então hegemônico. Conforme enfatizou, tinha o propósito de implicar no aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde no Brasil e na própria organização do sistema, pois pela NOB, o município passaria a ser, de fato, responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território. Como tema principal, esta NOB estabeleceria: “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. Buscou-se assim, construir a plena responsabilidade do poder público municipal sobre a gestão de um sistema de saúde, e não somente sobre a prestação de serviços de saúde.

A NOB 01/96 criou duas categorias de gestão: a Gestão Plena da atenção Básica, em que o município é responsável pelos cuidados primários dos munícipes; e a Gestão Plena do Sistema Municipal, na qual o município, além de ser responsável pela atenção primária, também deveria organizar o atendimento especializado, correspondente à média

complexidade (ANDRADE, 2006; POLIGNANO). Em Sergipe, somente seis, dos setenta e cinco municípios, exercem a gestão plena do sistema de saúde: Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, Itabaiana, Lagarto, Estância e Propriá (SES, 2010).

Independente da categoria de gestão que o município esteja enquadrado, é da competência do gestor dar as diretrizes da atuação do órgão que ele dirige. No município, o gestor de saúde é o secretário de saúde e a ele cabe formular, executar, supervisionar e controlar as políticas públicas de saúde. O SUS prevê autonomia de gestão para as secretarias municipais de saúde, com repasse direto de recursos por parte do governo federal e estadual, para o município (PAIM e TEIXEIRA, 2006).

Ainda há muitas causas que colocam o SUS em xeque, que precisariam ser superadas, mesmo havendo autonomia para gestão e recursos definidos. Uma das estratégias de superação está relacionada à capacidade de gestão dos gestores dos serviços de saúde. O espaço de gestão deveria estar comprometido com o aumento da eficiência do sistema e com a geração de eqüidade. Dessa forma, entre outras ações, torna-se imprescindível repensar o tipo de gestor de saúde adequado para essa nova realidade e como deve ser a sua formação. Esse novo profissional deveria dominar uma gama de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, assim como teria uma visão geral do contexto em que elas estão inseridas e um forte compromisso social (MALIK,1998).

A preocupação com a temática relacionada à gestão do trabalho e suas formas de vinculação aos serviços, esteve presente na agenda do Ministério da Saúde, desde o final da década de 1990. Para discutir o tema, em 1998 foi organizado um seminário focando sobre a preocupação com os vínculos contratuais e a dificuldade de colocar em prática uma proposta de trabalho que possibilitasse o trabalho multidisciplinar e horizontalizado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Para Pierantoni et al (2004) a estrutura do trabalho na década atual se apresenta por três caminhos: novas tecnologias, novas formas de organização do trabalho e novas formas de gerenciamento. Nas instituições, as gerências verticalizadas foram substituídas por gerências horizontais, com introdução de sistemas mais participativos. O gestor deveria usar como ferramenta de gestão sua capacidade intelectual e necessitaria de autonomia para tomar decisões e superar desafios. Uma estratégia para superar os desafios apresentados cotidianamente no exercício da gestão seria a busca de informação. O Observatório de Recursos Humanos de Saúde das Américas é uma instituição que congrega vários países, inclusive o Brasil, e na última década vem produzindo informações e instrumentos que

podem auxiliar os gestores na formulação e oferta de políticas públicas de saúde. Cabe aos gestores, exercitar sua capacidade intelectual e acessar os meios disponíveis (OPAS-OMS, 2004).

Com o objetivo de desenvolver as políticas de saúde, as secretarias municipais de saúde de Sergipe, em sua totalidade, estão organizadas em coordenações, sendo cada uma, responsável por uma linha de cuidado específico, de modo a constituírem um organograma de gestão da saúde municipal. O organograma é um gráfico que representa a estrutura formal dos níveis hierarquicos de uma organização. Nas secretarias municipais de saúde, as coordenações são unidades administrativas de apoio ao gestor de saúde, com área de atuação bem definida e com autonomia restrita a sua área de atuação (RODRIGUES, 2009).

Segundo Paim et al (2006) muitos estudos acadêmicos se processaram de 2000 a 2005 na área de planejamento e gestão, suscitados pelo novo modelo de gestão municipalizada como também pela extensão dos objetos de investigação (economia da saúde, promoção da saúde, saúde mental, cuidado e subjetividade, entre outros).

Esse estudo foi realizado com o objetivo de caracterizar os gestores de saúde de Sergipe e verificar como estão sendo conformados os organogramas das secretarias municipais de saúde. Está organizado em três partes: a primeira parte é introdutória; na segunda estão descritos os métodos de pesquisa; na terceira são apresentados os resultados e discussões.

## 5.2 - MÉTODOS

### 5.2.1 - Delineamento do Estudo, Local da Pesquisa e Amostra do Estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo survey com análise quantitativa e qualitativa, ocorrida nos municípios do interior do Estado de Sergipe, no período de 2009-2010. A amostra foi constituída por 15 municípios do Estado de Sergipe, sorteados, sendo dois de cada regional de saúde, e um sorteado das sedes regionais. Os municípios foram estratificados em grande porte e pequeno porte, sendo o porte do município definido pela média do quantitativo de usuários de cada região. Cada uma das sete regiões participou com um município de grande porte e um município de pequeno porte.

### 5.2.2 Sujeitos, Critérios de Inclusão dos Sujeitos, Critérios de Exclusão dos Sujeitos

A amostra foi constituída por 73 sujeitos, sendo 58 Coordenadores de Serviços de Saúde e 15 Secretários Municipais de Saúde. Foram incluídos todos os Secretários Municipais de Saúde e todos os gestores que estiveram exercendo cargos de coordenação de projetos ou programas nas Secretarias de Saúde dos municípios sorteados.

O município de Umbaúba foi excluído da pesquisa, por motivos éticos. A pesquisadora exerceu cargo de Secretária Municipal de Saúde desse município, em 2009.

### 5.2.3 – Instrumentos

Foi utilizado para o levantamento de dados um roteiro de entrevista dirigido com questões do tipo misto (Cf. Apêndice 01 e 02).

Os dados levantados através das entrevistas foram tabulados no soft SPSS e analisados descritivamente; A análise e a discussão dos dados levantados através das questões abertas foram categorizadas através do método de análise de conteúdo (BARDIN, 1972).

### 5.2.4 – Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes, de acordo com as disposições da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (Protocolo 200909).

## 5.3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.3.1 Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos

Participaram da pesquisa 58 gestores, que estavam exercendo cargos de coordenação de projetos ou programas nas Secretarias de Saúde Municipais, e 15 Secretários Municipais de Saúde. No grupo de coordenadores, constatou-se que (69%) são do gênero feminino e (31%) do gênero masculino. No grupo de secretários, verificou-se que (66%) são do gênero feminino e (33,3%) do gênero masculino (Tabela 1).

Em estudos realizados no Brasil e em outros países, verificou-se que na saúde pública há predominância de trabalhadores do gênero feminino. Uma exceção a esta situação é o Camboja, onde as mulheres representam (40%) dos trabalhadores da saúde.

No Brasil o estudo também constatou que o percentual de pessoas do gênero feminino é maior que do gênero masculino no que se refere à gestão de serviços de saúde (DAL POZ, 2009; GIRARDI et al., 2004). Sergipe não se diferencia do que relata a literatura e apresenta um percentual de gestores do gênero feminino maior do que o quantitativo masculino, o que sugere possibilidade ampliada do uso de tecnologias leves (relações interpessoais) no cotidiano profissional.

Quanto à idade dos sujeitos, identificou-se que no grupo de coordenadores há um quantitativo maior (75,9%) na faixa etária de 20 a 40 anos, caracterizando uma população mais jovem, enquanto que no grupo de secretários municipais há um quantitativo maior (60%) na faixa etária acima de 40 anos, o que sugere possibilidade de maior experiência profissional para esse coletivo gestor (Tabela1). Na análise desses dados podemos constatar que há uma mesclagem de idades nos grupos gestores, mas o comando das secretarias de saúde está com a faixa etária mais velha. A faixa etária predominante para os dois grupos está nos 30 a 50 anos, que sugere um coletivo maduro, com formação acadêmica definida, possibilidade de experiências diversas no campo profissional. Encontramos uma freqüência pequena de secretários de saúde abaixo dos 30 anos, como também de coordenadores, acima dos cinqüenta anos.

Relativo ao local de residência, (58,6%) dos coordenadores reside em outro município, enquanto (41,4%) residem no município em que trabalham. Quanto ao município de moradia quando este não é o município em que o coordenador trabalha, verificamos que a residência da maioria é na capital do estado, Aracaju. No grupo de secretários, (40%) residem em outro município e (60%) residem no município em que trabalham. Como os secretários municipais são pessoas da confiança do prefeito, entendemos que é no coletivo local que o mesmo procura montar seu grupo de trabalho (Tabela 1). Para Dal Poz et al (2009), as localidades mais distantes dos centros urbanos desenvolvidos tendem a apresentar dificuldades em relação à contratação e manutenção de recursos humanos.

Por tratar-se de um estado geograficamente pequeno, em Sergipe não se encontram grandes distâncias das fronteiras estaduais para a capital do estado e possivelmente por esse motivo verificamos que muitos profissionais residem fora do município que trabalham. Soma-se a esse fato, o porte dos municípios, que em sua maioria possuem menos de 20.000 habitantes e caracterizam-se como pequeno porte, ou seja, com reduzida oferta de serviços.

Ao verificar-se o nível de experiência prévia em gestão, observou-se que (55,2%) dos coordenadores possuem experiência prévia em gestão e (86,7%) secretários de saúde com

experiência prévia em gestão (Tabela 1). O setor da saúde no Brasil vive hoje um momento peculiar. O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde, que tem como uma de suas características primordiais valorizar o nível municipal. Contudo, apesar de seu alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira desejada, em decorrência de sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação (MALIK, 1998). Segundo Pierantoni et al (2004) a experiência é em gestão é um componente importante para o planejamento e execução das ações.

Entende-se que a experiência prévia dos gestores municipais, pode reduzir as dificuldades para a operacionalização do SUS. De fato, a passagem anterior por espaços de gestão, facilita a construção das relações profissionais interpessoais, mas principalmente, fornece um acréscimo de informações decorrentes das experiências vivenciadas o que pode interferir positivamente na tomada de decisões.

Quanto ao nível de formação, (87,9%) dos coordenadores são graduados, sendo que destes, (70,7%) possuem formação acadêmica específica na área da saúde. Dos secretários de saúde, (86,7%) são graduados e destes, (60%) possuem formação acadêmica na área da saúde. Chamou a atenção neste estudo o fato de que (22,4%) dos coordenadores e (20%) dos secretários terem pós-graduação em gestão pública, o que reflete a possibilidade de uma cultura organizacional semelhante nos diversos municípios (Tabela 01). Falcão e Siqueira (2003) entendem como cultura organizacional os hábitos de trabalho, procedimentos, valores e normas, produzidos por um coletivo, em determinado ambiente de trabalho.

Foi surpreendente verificar que os gestores das políticas de saúde em Sergipe, em quase totalidade, possuem graduação, e desses, grande parte tem pós graduação. A apropriação do conhecimento teórico é uma ferramenta de suporte fundamental para o desenvolvimento das atividades. O conhecimento dos referênciais teóricos pode produzir profissionais críticos e serviços mais qualificados.

Os trabalhadores da área da saúde representam um dos principais componentes dos sistemas de saúde e são identificados como uma prioridade para o seu fortalecimento (ROVERE, 2004; DAL POZ, 2009). Nesse sentido podemos afirmar que o coletivo gestor da saúde pública em Sergipe, de acordo com a formação acadêmica declarada, é um instrumento de fortalecimento do SUS.

**Tabela 01**. Distribuição das variáveis de caracterização sócio-demográficas dos Coordenadores de Serviços de Saúde e Secretários Municipais de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010.

| | COORDENADORES | | SECRETÁRIOS DE SAÚDE | |
|---|---|---|---|---|
| **VARIÁVEIS** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| **Genero** | | | | |
| Feminino | 40 | 69,0 | 10 | 66,7 |
| Masculino | 18 | 31,0 | 5 | 33,3 |
| **Idade** | | | | |
| 20 - 30 anos | 21 | 36,2 | 2 | 13,3 |
| 31 - 40 anos | 23 | 39,7 | 4 | 26,7 |
| 41 - 50 anos | 12 | 20,7 | 5 | 33,3 |
| Acima de 51 anos | 2 | 3,4 | 4 | 26,7 |
| **Residência** | | | | |
| Outro Município | 34 | 58,6 | 6 | 40,0 |
| No Município | 24 | 41,4 | 9 | 60,0 |
| **Experiência Prévia em Gestão** | | | | |
| Sim | 32 | 55,2 | 13 | 86,7 |
| Não | 26 | 44,8 | 2 | 13,3 |
| **Área de formação** | | | | |
| Saúde | 28 | 48,3 | 6 | 40,0 |
| Saúde pública | 13 | 22,4 | 3 | 20,0 |
| Outras áreas | 10 | 17,2 | 4 | 26,7 |
| Não graduado | 7 | 12,1 | 2 | 13,3 |

Referente à distribuição de escolaridade por região de saúde, constata-se que (100%) dos coordenadores da região de Socorro são pós-graduados; nas regiões Sul, Centro Sul e Agreste, (100%) dos coordenadores são graduados; na região Metropolitana encontramos (9,0%) com escolaridade nível médio, mas (91%) são graduados e destes 63,5% são pós-graduados; nas regiões do Baixo São Francisco e Sertão foi onde verificamos maiores percentuais de coordenadores sem graduação quanto ao nível de escolaridade (p=0,001). No Baixo São Francisco (25%) dos coordenadores são de nível médio, (75%) são graduados e (12,5%) são pós-graduados; no Sertão (67%) são de nível médio, (33%) são graduados e (16,5%) são pós-graduados (tabela 02).

Das possibilidades pelas diferenças entre escolaridade e região de saúde, podemos citar o fato de as regiões do Baixo São Francisco e Sertão não possuírem nenhuma cidade com população acima de 35.000 habitantes e das 29 cidades do Estado de Sergipe com menos de 10.000 habitantes, (51,5%) se encontrarem nessas regiões. Outra possibilidade

para as diferenças encontradas pode ser o fato de essas regiões localizarem-se mais distantes da capital do Estado.

Esses resultados corroboram com Andrade e al (2000), (40%) dos municípios brasileiros possuem menos de 10 mil habitantes. Em Sergipe, (37,33%) dos municípios seguem a estatística citada e (74,5%) possuem menos de 25.000 habitantes (IBGE).

**Tabela 02**. Distribuição de frequência da escolaridade dos coordenadores por região de saúde de Sergipe. Sergipe, Brasil, 2009/2010.

| **NÍVEL DE ESCOLARIDADE** | **REGIÕES DE SAÚDE DE SERGIPE** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Metropolitana | Baixo São Francisco | Centro Sul | Agreste | Sul | Sertão | Socorro | **Total** |
| Médio | 01 | 02 | 00 | 00 | 00 | 04 | 00 | **07** |
| Graduação | 03 | 05 | 05 | 02 | 01 | 01 | 00 | **17** |
| Pós-graduação | 07 | 01 | 11 | 03 | 05 | 01 | 06 | **34** |
| **Total** | **11** | **08** | **16** | **05** | **06** | **06** | **06** | **58** |

$p = 0,001$; $X^2 = 33,053$.

Referente à distribuição de escolaridade por região de saúde, podemos constatar que nas regiões de Socorro, Sul e Agreste, (100%) dos sujeitos pesquisados possuem pós-graduação; nas regiões: Metropolitana e Baixo São Francisco, (100%) são graduados e, destes, (50%) são pós-graduados; na região Centro Sul, (33,3%) possui nível médio e (66,7%) são graduados, sendo (33,3%) destes, pós-graduados; na região Sertão encontramos (50%) nível médio e (50%) graduados. Do total da pesquisa, encontramos (87%) dos secretários de saúde com graduação e, destes, (60%) com pós-graduação, sem apresentar diferenças significativas ($p = 0,586$;) (Tabela 03).

A OMS define seis elementos como fundamentais para a saúde: os trabalhadores, o financiamento, a informação, a liderança e governabilidade, as tecnologias e a prestação de serviços. Para Malik, (1998) os conhecimentos e habilidades dos gestores de saúde são fundamentais para que o SUS se efetive cada vez mais. O conhecimento e as novas tecnologias podem alterar o trabalho e gerar novas demandas, relacionadas à capacidade de inovação, qualificação, autonomia e capacidade de produzir novas soluções (PIERANTONI et al, 2004).

**Tabela 03.** Distribuição de freqüência da escolaridade dos secretários municipais de saúde por região de saúde de Sergipe. Sergipe, Brasil, 2009/2010.

| NÍVEL DE ESCOLARIDADE | REGIÕES DE SAÚDE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Metropolitana | Baixo São Francisco | Centro Sul | Agreste | Sul | Sertão | Socorro | **Total** |
| Médio | 00 | 00 | 01 | 00 | 00 | 01 | 00 | **02** |
| Graduação | 01 | 01 | 01 | 00 | 00 | 01 | 00 | **04** |
| Pós-graduação | 01 | 01 | 01 | 02 | 02 | 00 | 02 | **09** |
| **Total** | **02** | **02** | **03** | **02** | **02** | **02** | **06** | **15** |

$p = 0,586$; $X^2 = 10,347$.

Quanto à distribuição de freqüência da residência dos coordenadores por região de saúde de Sergipe (Tabela 04), os grupos não apresentam diferença significativa (p = 0,662). Foi constatado que na região Metropolitana (45%) dos coordenadores residem no município; na região de Socorro(16%), na região Sul e Sertão ( 50% ); na região Centro Sul (31,25%); no Agreste (40%) e na região Baixo São Francisco (62,5%).

Trabalhar em um município e residir em outro, no caso do Estado de Sergipe, pode estar relacionado ao fato de o Estado ser pequeno e apresentar boa malha viária; como também a predominância de municípios com menos de 25.000 habitantes, que por serem pequenos apresentam mão de obra qualificada insuficiente para atender suas demandas e precisam trazer técnicos de outras localidades, mas não possuem estrutura de oferta de serviços convidativa para estabelecer em loco os profissionais que residem em centros mais desenvolvidos.

**Tabela 04.** Distribuição de freqüência da residência dos coordenadores por região de saúde de Sergipe. Sergipe, Brasil, 2009/2010.

| RESIDÊNCIA | REGIÕES DE SAÚDE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Metropolitana | Baixo São Francisco | Centro Sul | Agreste | Sul | Sertão | Socorro | **Total** |
| Outro Município | 6 | 3 | 11 | 3 | 3 | 3 | 5 | **34** |
| Município | 5 | 5 | 5 | 2 | 3 | 3 | 1 | **24** |
| **Total** | **11** | **8** | **16** | **5** | **6** | **6** | **6** | **58** |

$p = 0,662$ ; $X^2 = 4,105^a$

### 5.3.2 Relações de trabalho

Algumas questões abordadas na pesquisa referem-se às relações de trabalhos, no que diz respeito ao vínculo empregatício dos coordenadores, autonomia de gestão para os secretários municipais de saúde e planejamento das ações para todos os sujeitos. Nos resultados foi verificado que sobre o vínculo empregatício dos Coordenadores Municipais de Serviços de Saúde, (44,8%) dos coordenadores têm vínculo estável (efetivos e cedidos) e (55,1%) são contratados ou comissionados. Quanto à carga horária, (84,3%) declararam trabalhar mais de 30 horas semanais e (17,7%) até 25 horas semanais (Tabela 05).

A forma de contratação nos serviços de saúde está relacionada à natureza dos serviços que serão desenvolvidos. Na administração pública, o vínculo contratual comumente é regido por um estatuto que discrimina direitos e deveres. Para os cargos de gestão, as relações de trabalho podem ser regidas por contratos ou cargos comissionados sem com isso serem caracterizadas como precárias, pois são garantidos os direitos trabalhistas previstos na Consolidação das Leis do Trabalho - CLT (NOGUEIRA et al*,* 2004).

Há diversos tipos de mecanismos de seleção para o exercício profissional no setor público: o concurso público, em que a lógica prevalente é oferecer a toda a população, desde que se encaixe no perfil exigido, o direito de se candidatar a um dado cargo; indicação, segundo a qual o responsável consulta as pessoas em quem confia (ou de quem depende) a respeito do indivíduo ideal para exercer determinadas funções. O critério neste último caso pode ser técnico (a pessoa mais competente para realizar aquela função) e/ou político (a pessoa mais conveniente para realizar aquela função). Por mais que essas decisões pareçam rotineiras, deveriam ser consideradas como estratégicas, pois a escolha e definição dos gestores podem influenciar os rumos e os resultados pretendidos pela organização (MALIK, 1998).

No final da década de 1990, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) demonstrava sua preocupação com a organização dos recursos humanos, especificamente relacionada ao vinculo contratual dos gestores da saúde pública, buscando compreender as implicações que a forma de contratualização pode gerar, no processo de autonomia das gestões.

Quanto à carga horária, (84,3%) declararam trabalhar mais de 30 horas semanais e (17,7%) até 25 horas semanais. Esse percentual demonstra que os coordenadores, em sua maioria, estão com sua atenção profissional voltada para o desenvolvimento das atividades nas suas coordenações. Pelos serviços inerentes às coordenações, é preocupante verificar

que em alguns municípios a carga horária dispensada pelos coordenadores para suas atividades profissionais é menor que 26 horas semanais.

**Tabela 05.** Distribuição das variáveis de relações de trabalho dos Coordenadores Municipais de Serviços de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010.

| | COORDENADORES | |
|---|---|---|
| **VARIÁVEIS** | **n** | **%** |
| **Vínculo** | | |
| Efetivo | 18 | 31,0 |
| Contrato | 14 | 24,1 |
| Cedido | 08 | 13,8 |
| Comissionado | 18 | 31,0 |
| **Carga Horária** | | |
| 08 horas-semana | 01 | 01,7 |
| 15 horas-semana | 01 | 01,7 |
| 20 horas-semana | 06 | 10,3 |
| 25 horas-semana | 01 | 01,7 |
| 30 horas-semana | 15 | 25,8 |
| 32 horas-semana | 02 | 03,4 |
| 40 horas-semana | 32 | 55,1 |

Ao abordar sobre realização de reuniões específicas para planejamento das ações e reunião com a equipe de gestão, os dois grupos pesquisados fazem referência às mesmas, como prática habitual, porém cronologia diferenciada. (20,7%) dos coordenadores afirmaram não haver no município reuniões para esse fim, e (19%) dos coordenadores afirmaram que essas reuniões acontecem dependendo da demanda. Quanto aos secretários, (40%) afirmaram realizar mensalmente reunião para planejamento, (13,3%) informaram que depende da demanda e (20%) que acontecem anualmente (Tabela 06).

Referente aos resultados sobre as reuniões de coordenação, dos coordenadores (5,2%) afirmaram não haver no município essas reuniões, (34,5%) que depende da demanda e (24,1%) que acontecem mensalmente. Quanto aos secretários de saúde, (6,7%) afirmaram não haver no município essas reuniões, (26,7%) que depende da demanda e (40,1%) que acontecem mensalmente (Tabela 06).

Foi verificado que há dúvidas dos gestores quanto às reuniões, no sentido de não haver uma distinção clara quanto a reuniões específicas para planejamento. Esse dado é preocupante já que é importante para a gestão, ter um projeto definido das ações a serem desenvolvidas nos municípios. Mais preocupante ainda, é quando foi colocado a não

realização de reuniões. Mesmo sendo um percentual baixo, mas afirmar que não há reunião com o coletivo gestor, supõe que a pratica que está sendo desenvolvida é meramente tarefeira, voltada para o atendimento das demandas externas. Verificamos que não há fluxo pré-estabelecido para a realização de reuniões para as duas situações pesquisadas.

É importante que a equipe gestora se reúna para discutir a política de saúde local, pois há momentos em que faltam conhecimentos para a tomada de decisões, outros em que há conhecimentos suficientes, mas as decisões são adiadas, e ainda existem aqueles em que as decisões são necessárias mesmo diante de escassas evidências. Do mesmo modo, é também interessante a prática de reuniões para planejamento, entendendo que planejamento consiste no estabelecimento de ações coordenadas para tomada de decisões, elaboração de planos, programas e projetos (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Para Merhy, 2007, as organizações de saúde são lugares estratégicos para intervenções que podem ampliar a governabilidade do gestor, como: pelo controle de custos, instituição de ações programáticas e atuação sobre as disputas cotidianas envolvendo os diversos atores e buscando impor controle sobre elas. O planejamento é uma ferramenta para o monitoramento da gestão pública, podendo garantir equilíbrio através da detecção de problemas e produção de soluções para as demandas verificadas (ANDRADE, 2006).

**Tabela 06.** Distribuição das variáveis de relações de trabalho dos Coordenadores Municipais de Serviços de Saúde e Secretários Municipais de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010.

| | **REUNIÃO PARA PLANEJAMENTO** | | | | **REUNIÃO COM COORDENAÇOES** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VARIÁVEIS** | **COORDENADORES** | | **SECRETÁRIOS DE SAÚDE** | | **COORDENADORES** | | **SECRETÁRIOS DE SAÚDE** | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Não | 12 | 20,7 | 00 | 0,0 | 03 | 5,2 | 01 | 6,7 |
| Depende da demanda | 11 | 19,0 | 02 | 13,3 | 20 | 34,5 | 04 | 26,7 |
| Semanal | 02 | 3,4 | 01 | 6,7 | 06 | 10,3 | 02 | 13,3 |
| Quinzenal | 02 | 3,4 | 00 | 0,0 | 05 | 8,6 | 00 | 0,0 |
| Mensal | 10 | 17,2 | 06 | 40 | 14 | 24,1 | 06 | 40,0 |
| Bimestral | 03 | 5,2 | 02 | 13,3 | 03 | 5,2 | 02 | 13,3 |
| Semestral | 04 | 6,9 | 01 | 6,7 | 07 | 12,1 | 00 | 0,0 |
| Anual | 14 | 24,1 | 03 | 20 | 00 | 0,0 | 00 | 0,0 |
| **Total** | **58** | **100,0** | **15** | **100,0** | **58** | **100,0** | **15** | **100,0** |

Quanto à autonomia para ordenar os recursos financeiros pertinentes às políticas públicas de saúde municipais, (86,5%) dos secretários municipais de saúde se declararam

como ordenadores de despesas, enquanto que (13,5%) informaram que não são ordenadores de despesas, sendo neste caso o prefeito o ordenador financeiro.

A autonomia para o ordenamento dos recursos é uma premissa que está fundamentada em Lei, porém ainda há resistência de vários gestores municipais em delegar essa autonomia aos seus secretários, provavelmente por receio de perder poder de contratualização, como também para poder utilizar os recursos da saúde para outras finalidades.

Em estudos realizados por Camargo Jr. et al (2008) constataram que a maioria dos secretários municipais de saúde dos municípios pesquisados era ordenador de despesas dos Fundos Municipais de Saúde, o que resultava em uma gestão com capacidade ampliada para contratualizar com outros atores políticos.

Sobre interferência política na gestão dos trabalhadores, (60%) dos secretários municipais de saúde colocaram que não sofrem interferência política e (40%) coloram que sofrem interferência política, mas que há consenso quanto às decisões nesse contexto.

Esses dados demonstram uma tendência que é a gestão técnica das secretárias de saúde. Como é uma secretaria que dá visibilidade a gestão municipal em decorrência das atividades por ela desenvolvidas, os gestores municipais, possivelmente por falta de conhecimento técnico, quando interferem na gestão dos trabalhadores o fazem de forma consensual para não prejudicar a oferta de serviços.

### 5.3.3 Estrutura Básica dos Sistemas de Saúde Municipal no Estado de Sergipe

Nas secretarias minicipais de saúde as coordenações correspondem ao primeiro escalão, ou seja, aos trabalhadores que estão diretamente ligados ao secretário de saúde e com ele fazem a gestão das políticas de saúde.

A partir dos dados coletados em campo, identificou-se as seguintes coordenações: Atenção Básica; Vigilância a Saúde; Atenção Psicossocial; Vigilância Ambiental; Atenção Hospitalar; Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica; Saúde Bucal; Administrativa / Financeira; Assistência Farmacêutica e Logística. Quando encontrou-se a coordenação de Vigilância a Saúde, era a junção das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica.

Os municípios de grande porte (maiores populações na média população-município da região) apresentaram na estrutura da secretaria municipal de saúde, um organograma composto de um número maior de coordenações e os municípios de pequeno porte

(menores população na média população-município da região), um organograma com menos coordenações. A estrutura dos organogramas das secretarias municipais de saúde esta representada nas Figuras 02 e 03.

Verificou-se na pesquisa que independente do porte, em (100%) dos municípios pesquisados exitem as coordenações de atenção básica, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica. A atenção básica é prioritariamente a porta de entrada aos serviços de saúde e corresponde aos cuidados individuais e coletivos voltados para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. Na política de saúde pública desenvolvida pelo governo federal com o SUS, desde 1996 os municípios passaram a assumir a responsabilidade com os primeiros cuidados de sua população (ANDRADE,2006; GIOVANELLA et al, 2009;).

Quanto a coordenação de vigilância epidemiológica, verificou-se que existem em (100%) dos municípios pesquisados sendo que em alguns municípios essa coordenação está conjunta com a coordenação de vigilância sanitária. As ações da vigilância epidemiológica são voltadas para investigação e controle de doenças endêmicas no município e de possíveis epidemias. A epidemiologia foi definida como uma ciência que estuda o processo saúde-doença em grupos humanos, para poder analisar a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo assim, medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças e, fornecendo indicadores que possam ser utilizados como base para o planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL, 1994).

A coordenação de vigilância sanitária segue as orientações definidas pela ANVISA, para o cuidado da coletividade. O controle sanitário ficou sendo regulado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada em 1999. A finalidade institucional da ANVISA foi promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados (lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999) (MINISTÉRIODA SAÚDE, 2002).

A coordenação de Atenção psicossocial não foi frequente em municípios de pequeno porte, provavelmente em decorrência da política ministerial para implantação de Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), que incentiva a instituição do serviço para municípios com quantitativo mínimo de 20.000 habitantes. O Estado de Sergipe possui 25 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cadastrados. Dos 25 cadastros, 06 estão no município de Aracaju, 03 em Nossa Senhora do Socorro e 02 em São Cristovão.

Quanto à Coordenação de Atenção Hospitalar, foi encontrada nos municípios de pequeno porte. Essa coordenação funciona como organizadora de fluxos de atendimento 24 horas e promove interlocução do Hospital de Pequeno Porte (HPP) com os hospitais regionais e da capital. Segundo Corrêa (2009) os HPP comportam de 01 a 49 leitos, representam (62%) da rede hospitalar brasileira e (18%) dos leitos existentes no país, são hospitais de baixa complexidade e densidade tecnológica e possuem estrutura e funcionamento deficientes. Verificou-se na pesquisa, que no estado de Sergipe, os hospitais das cidades mais populosas apresentam estruturas físicas maiores e mais resolutivas, e são comumente administrados pelo Estado ou instituições filantrópicas. Provavelmente por esse motivo, não serem administrados pelo município, essa coordenação não foi evidenciada nos organogramas dos municípios de grande porte.

Referente à Coordenação de Saúde Bucal, foi verificado nos organogramas dos municípios de grande porte. A saúde bucal no Brasil é uma ação programática com verba específica de financiamento, pautada nos princípios do SUS. Segundo Narvai (2006) os serviços públicos odontológicos estão em sua maioria, reproduzindo o modelo praticado pelo setor privado, sem atentar para a visão de saúde coletiva definida pelo modelo assistencial sanitarista.

Outras coordenações foram relacionadas pelos entrevistados, mas não foram expressadas nos organogramas, por representarem situação específica de determinado local. Da análise dos organogramas das secretarias pesquisada, foi possível estabelecer dois modelos, sendo um para municípios de grande porte e outro para municípios de pequeno porte.

**Figura 02 -** Modelo de organograma para conformação da estrutura básica dos sistemas de saúde nos municípios de grande porte do Estado de Sergipe.

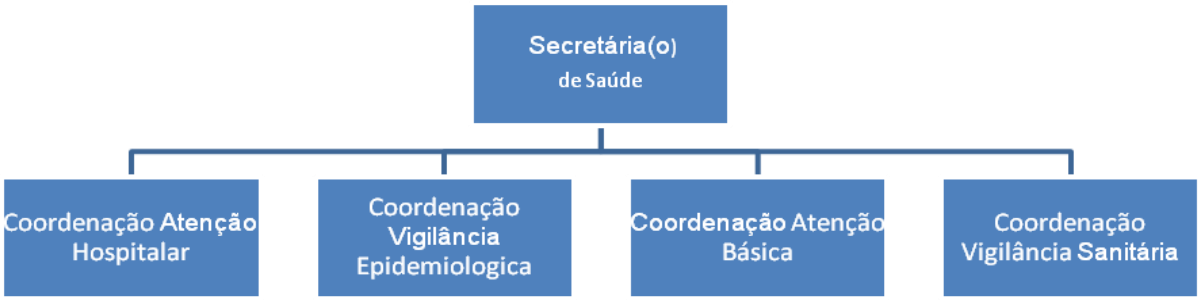



**Figura 03** - Modelo de organograma para conformação da estrutura básica dos sistemas de saúde nos municípios de pequeno porte do Estado de Sergipe.

Independente da configuração da secretaria municipal de saúde, a gestão que está no controle das políticas de saúde precisa dar respostas às demandas apresentadas em decorrência dos fluxos estabelecidos pelos governos, federal e estadual, e das necessidades locais. A capacidade organizacional pode favorecer maior integralidade na linha do cuidado.

## 5.4 – CONCLUSAO

O estudo apresentou um perfil de gestor semelhante, caracterizado pela experiência prévia em gestão e formação acadêmica na área da saúde. Os gestores demonstraram ter conhecimento dos referenciais teóricos das políticas de saúde, sugerindo que há possibilidades concretas para a consolidação do SUS no estado. Foi identificado que as regiões Sertão e Baixo São Francisco são as que apresentam menor nível de escolaridade. Podemos citar como fragilidade das gestões de saúde a falta de fluxos pré-estabelecidos para a realização de reuniões.

Os secretários de saúde sofrem pouca interferência política dos gestores municipais para a gestão dos trabalhadores, e quando há é em consenso. Ainda encontramos secretários de saúde que não são ordenadores de despesas.

As Secretarias Municipais de Saúde estabelecem coordenações como forma de organização dos processos de trabalho, e seguem as diretrizes do Ministério da Saúde no desenvolvimento da política de saúde local.

Dependendo do porte do município (grande ou pequeno), e das demandas locais, estabelecem-se os organogramas de gestão, constituído pelas diversas coordenações, com o propósito de efetivar o SUS. O número ampliado de coordenações nos organogramas das secretarias de saúde reduz a concentração de atividades e atribuições para os coordenadores e amplia a possibilidade de oferta qualificada.

Esse estudo foi importante ao caracterizar as equipes de gestão, e verificar a conformação dos processos de trabalho e fluxos organizacionais, e com isso permitir uma radiografia das possibilidades de construção de políticas públicas de saúde em Sergipe,

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: Ed. Huicitec, 2006.

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS Jr, T. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. Rev Panam Salud Publica vol.8 n.1 Washington July/Aug. 2000

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

CAMARGO Jr., K. R., et al. **Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade.** Cad. Saúde Pública vol.24 suppl.1 Rio de Janeiro 2008

CORRÊA, L. R. C. **Os hospitais de pequeno porte do sistema único de saúde brasileiro e a segurança do paciente**. 2009. 126 p. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas), Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2009.

DAL POZ, M. R.; et al. **Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos.** Organización Mundial de la Salud, 2009.

FALCÃO, E. B. M.; SIQUEIRA, A. H. **Pensar cientificamente**: representação de uma Cultura. Interface **-** Comunic, Saúde, Educ, v7, n13, p.91-108, ago 2003.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ALMEIDA, Patty Fidelis de; ESCOREL, Sarah; SENNA, Mônica de Castro Maia; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; DELGADO, Mônica Mendonça; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; CUNHA, Marcela Silva da; MARTINS, Maria Inês Carsalade; TEIXEIRA, Carina Pacheco. **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.3 Rio de Janeiro maio/jun. 2009.

GIRARDI, S., Et al. **Configuraciones Del mercado de trabajo de los assalariados de La salud em Brasil.** Observatório de Recursos Humanos em Salud em Brasil. Estudios y Análisis, Volume 2, 2004.

IBGE: I**nstituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2008.

MERHY, E. E. **SAÚDE**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Ed. Hucitec, 2007.

MALIK, A. M. **Saúde & Cidadania: para gestores municipais de saúde**. São Paulo. Ed. Fundação Petrópolis Ltda, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **"Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado" -** Relatório Final do Seminário**.** Brasília, 1998.

___ CARTILHA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Cidadania e controle social**. Anvisa. 2a. edição Brasília, agosto de 2002.

___ NOB-SUS 01/96**.** "**Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão"** Publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996

NARVAI, P. C. **Saúde bucal coletiva:** caminhos da odontologia sanitária à bucalidade**.** Rev. Saúde Pública, 2006.

NOGUEIRA, R. P.; et al. **Límites críticos de las nociones de precariedad y desprecarización del trabajo en la administración pública**. Observatório de Recursos Humanos em Salud em Brasil. Estudos y análises. Volumen 2. 2004

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SALUD EM BRASIL. **Estudos y análises**. OPS-OMS, Volumen 2. 2004.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. **Política, planejamento e gestão em saúde:** balanço do estado da arte. ISC/UFBA. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia: Salvador, 2006.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. **Recursos Humanos y Gestion Del Trabajo em Salud: de La teoria a la práctica**. Observatório de Recursos Humanos em Salud em Brasil. Estudos y Análisis, Volume 2, 2004.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil.** 2001. http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf

RODRIGUES, R. C. **Tipos de Organogramas**. Qualiblog, o blog sobre Gestão da Qualidade e ISO 9001. Publicado em 23 de março de 2009.

ROVERE, M. **Gestión de calidad de los posgrados en salud pública: adecuación crítica en un mundo en cambio.** Washington, D.C: OPS, 2004.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro, MEDSI, 2003, 6 ed.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda., 1994.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE. www.ses.se.gov.br. **Reforma Sanitária.** 2010.

# 6 – CAPÍTULO V – POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE EM SERGIPE SEGUNDO A ÓTICA DOS GESTORES


**RESUMO**

Esse artigo apresenta os resultados de pesquisa qualitativa sobre gestão de políticas municipais de saúde em Sergipe realizada com 58 coordenadores de serviços de saúde e 15 secretários municipais de saúde. Através de roteiros de entrevistas específicos para coordenadores e secretários municipais objetivou-se conhecer as fragilidades, potencialidades, políticas locais, nível de experiência e expectativas dos sujeitos quanto ao desenvolvimento das políticas de saúde. Através da análise de conteúdo destacaram-se, enquanto potencialidades no desenvolvimento da gestão, as condições favoráveis de trabalho. Paradoxalmente, as fragilidades também estão mais concentradas nas condições de trabalho, sendo que o grupo de coordenadores apontou como mais problemáticas as relações de trabalho. Ao tratar dos conceitos sobre saúde, os juízos valorativos positivos prevaleceram nos dois grupos. Já, nas expectativas dos secretários, as falas representam a idéia de melhoria dos serviços e qualidade na oferta dos mesmos. Conlui-se pela revisão de conceitos que não apenas qualifique, mas problematize a questão da saúde pública entre os gestores e, considera-se necessária a ampliação das relações intermunicipais para a organização de políticas regionalizadas.


Palavras-chave: Saúde Pública; Políticas; Gestão;


**ABSTRACT**

This article presents the results of qualitative research on management of municipal health policies in Sergipe performed with 58 coordinators of health services and 15 municipal health secretaries. Through interviews that were specific to coordinators and municipal secretaries study aimed at identifying the weaknesses, potential, local, level of experience and subjects' expectations regarding the development of health policies. Through content analysis stood out as potential in management development, favorable conditions of work. Paradoxically, the weaknesses are also more concentrated on working conditions, and the group of coordinators appointed, as the most problematic, work relationships. When dealing with the concepts of health, the positive value judgments prevailed in both groups. However, about the expectations of the secretaries, the lines represent the idea of improving services and quality on offer from them. Collude with a review of concepts that not only qualify, but problematizes the public health between the managers and it is considered necessary to expand the inter-municipal relations for the organization of regionalized policy.


Keywords: Public healt; Policy, Management.

## 6.1 – INTRODUÇÃO

A maioria dos países americanos começou as reformas nos sistemas de saúde nos anos noventa dos século XX, com exceção do Brasil e do México, que se antecederam. Um ponto comum na transformação dos sistemas de saúde pública vigentes é a necessidade de redução de custos, proveniente de um desequilíbrio negativo entre as demandas populares e os recursos para atendê-las (SHELTON e RIVAS-LORIA, 2004).

A literatura sobre a saúde pública apresenta uma relação de proximidade quanto aos rumos que os países das Americas estão tomando no que se refere ao estabelecimento de políticas universalizadas. Em diversos países têm sido levantada a necessidade de um sistema de saúde pública de qualidade, acessível e equitativo para toda a população. No entanto, a escassez de recursos economicos dos países para o financiamento dos serviços de saúde, apresenta-se como um dos maiores desafios para o enfrentamento das questões de saúde pública, e consequentimente para o coletivo gestor da saúde (MASIS e CASTELLANOS, 2004).

Países desenvolvidos, como o Canadá, com estrutura organizacional e econômica definidas, tem defendido uma política de saúde universalizada, que deveria ser compreendida como um bem público e não um produto que devesse ser regido pelo mercado. No início do século XXI o Canadá realizou um relatório que apresentou como proposta para a população: ”o acesso universal aos cuidados primários de saúde como um direito de cidadania" (SHELTON e RIVAS-LORIA, 2004).

Em 2008 foram celebrados os 30 anos da Conferência de Alma-Ata e sua atemporal Declaração que foi um marco referencial mundial para o propósito de uma política de saúde com caráter universalizado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

> Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

No Brasil, a política de saúde está definida constitucionalmente, com a percepção que é dever do Estado e direito do cidadão, permeada de conceitos que paltam a inclusão social dos sujeitos e ofertada através do Sistema Único de Saúde -SUS (MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 2008).

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

.

A política de saúde pública brasileira tem caráter descentralizado e democratizado, com propósito de desenvolver uma assistência plena e integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Os gestores de saúde devem incluir como premissa a adequação dos recursos disponíveis, sendo estes reconhecidos não somente como os economicos, mas também o conhecimento, os trabalhadores, a organização, a comunicação, e outros componentes presentes no espaço de gestão. Merhy (2007) descreve o gestor de saúde como um ator em prol da coletividade, que precisa se valer de várias ferramentas para exercer sua governabilidade.

Valendo-se dos princípios que regem o SUS (equidade, universalidade, integralidade, participação popular), e da atenção à disponibilidade de recursos, os municípios poderiam alcançar níveis altos de saúde pública, principalmente se adotassem como política de saúde, o desenvolvimento individual e coletivo, a participação social, as especificidades locais, o mapa epidemiológico regional e as relações intersetoriais, entre outros fatores (ROVERE, 2004).

O objetivo desse estudo foi verificar as fragilidades, potencialidades, contextualização sobre a política local de saúde, e expectativa dos gestores locais de saúde de Sergipe quanto ao futuro da política de saúde municipal. Está organizado em três partes: a primeira parte é introdutória; na segunda estão descritos os métodos de pesquisa; na terceira são apresentados os resultados e discussão.

## 6.2 - MÉTODOS

### 6.2.1 - Delineamento do Estudo, Local da Pesquisa e Amostra do Estudo

Trata-se de uma pesquisa de levantamento descritivo com análise de conteúdo dos dados categorizadas através do método de análise de conteúdo (BARDIN, 1972). Teve como locais, 15 municípios do Estado de Sergipe, sorteados, de cada regional de saúde, estratificados em grande porte e pequeno porte, considerando a média populacional da região. Cada uma das sete regiões participou com um município de grande porte e um município de pequeno porte. Foi sorteado 01 município sede de região.

### 6.2.2 Sujeitos, Critérios de Inclusão dos Sujeitos e de Exclusão dos Sujeitos

A amostra foi constituída por 73 sujeitos, sendo 58 Coordenadores de Serviços de Saúde e 15 Secretários Municipais de Saúde. Foram incluídos todos os Secretários Municipais de Saúde e todos os gestores que estiveram exercendo cargos de coordenação de projetos ou programas nas Secretarias de Saúde dos municípios sorteados.

O município de Umbaúba foi excluído da pesquisa, por motivos éticos. A pesquisadora exerceu cargo de Secretária Municipal de Saúde desse município, em 2009.

### 6.2.3 – Instrumentos

Foram utilizados para o levantamento de dados dois roteiros de entrevista semi-dirigida com questões abertas e semi-abertas que contemplam as categorias de análise propostas pelos objetivos do estudo e diferenciadas conforme os grupos de coordenadores e secretários (Cf. Apêndice 01 e 02).

### 6.2.4 – Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes, de acordo com as disposições da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (Protocolo 200909).

## 6.3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.3.1 Fragilidades e Potencialidades

Os resultados apresentados referem-se aos dados levantados sobre fragilidades e potencialidades encontradas na gestão dos coordenadores e secretários de saúde do Estado de Sergipe.

No quadro 05, temos a identificação das fragilidades colocadas pelos coordenadores de serviços de saúde para o exercício de suas atividades profissionais. As respostas foram consolidadas em três categorias de análise, onde: as dificuldades em relação aos servidores resultaram em uma freqüência de (87%), prevalecendo insuficiência de pessoal (31,03%) e falta de compromisso do servidor (37,93%). Sobre as dificuldades com relação às condições de trabalho, foi identificada uma freqüência de (143,10%), prevalecendo a carência de transporte (56,89%), estrutura física precária (32,2%) e

insuficiência de recursos financeiros (20,68%). Em freqüência menor (44,82%), foram citadas dificuldades relativas a fluxos de trabalho.

**Quadro 05.** Principais fragilidades identificadas pelos Coordenadores de Serviços de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010

| CATEGORIAS DE ANÁLISE | TEMAS | n | % |
|---|---|---|---|
| 1. DIFICULDADE EM RELAÇÃO AOS SERVIDORES | Falta de compromisso do servidor | 22 | 37,93 |
| | Insuficiência de pessoal | 18 | 31,03 |
| | Falta de qualificação profissional | 06 | 10,34 |
| | Baixa remuneração | 05 | 8,62 |
| | **Total** | **51** | **87,93** |
| 2. CONDIÇOES DE TRABALHO | Carência de transporte | 33 | 56,89 |
| | Estrutura física precária | 21 | 32,20 |
| | Insuficiência de recursos financeiros | 12 | 20,68 |
| | Carência de linhas telefônicas | 09 | 15,51 |
| | Falta de equipamentos e materiais em geral | 08 | 13,79 |
| | **Total** | **83** | **143,10** |
| 3. FLUXO DE TRABALHO | Interferências políticas | 09 | 15,51 |
| | Relações intersetoriais prejudicadas | 07 | 12,06 |
| | Desconhecimento do SUS | 06 | 10,34 |
| | Excesso de burocracia | 04 | 6,89 |
| | **Total** | **26** | **44,82** |

As narrativas que seguem representam o que a maioria dos coordenadores trouxe em relação às condições gerais de seu trabalho.

> “Precisa melhorar a qualificação profissional do servidor, eles são despreparados” (S 27).

> “Eu uso o computador da minha casa para alimentar o sistema” (S 01).

> “Há falta de recursos financeiros para aquisição de equipamentos e materiais” (S 15).

> “O trabalho da vigilância está prejudicado nos povoados porque não tem transporte para a gente ir” (S 42).

> “O município formaliza pactos que não cumpre e não acontece nada” (S 56).

As dificuldades categorizadas como relações de trabalho, denotaram a carência de pessoal qualificado, bem como descompromisso dos servidores com a política de saúde. A falta de compromisso do servidor é preocupante uma vez que as atividades de saúde são caracterizadas em sua maioria por prestação de serviços direto aos usuários podendo esse “descompromisso” gerar desqualificação da oferta. Tratando-se do quantitativo de pessoal e valores salariais, comumente a gestão do município alega insuficiência financeira para manter o quadro pessoal reduzido e com salários baixos.

Pierantone et al (2004) relataram sobre carência de investimentos na área de

recursos humanos da saúde, principalmente na produção de informações e qualificação dos servidores. Fapohunda et al (2009) apontaram que há uma relação entre a qualidade dos serviços prestados e a quantidade de pessoal disponível para desenvolver esses serviços, colocando que, havendo recursos humanos insuficientes, os municípios não poderiam atender as demandas locais e o desenvolvimento sanitário seria prejudicado.

Segundo Brito (2004) na América Latina, os países se comportariam de forma semelhante quanto ao cuidado e investimento em recursos humanos, na saúde.

> Os países não valorizam os recursos humanos como um dos seus ativos mais importantes e, portanto, não têm quadros legais, recursos e iniciativas capazes de manter e reforçar a força de trabalho necessária para atender as necessidades de saúde das suas populações (BRITO, 2004).

Quanto às dificuldades referentes às condições de trabalho, os coordenadores se expressaram sobre a deficiência da estrutura física dos equipamentos de saúde. A Secretaria de Saúde de Estado de Sergipe, em 2007, realizou um diagnóstico sobre a estrutura física dos equipamentos de saúde dos municípios, com o objetivo de estruturar um plano de reformas e ou construção, como suporte institucional para funcionamento do SUS.

O projeto da Secretaria de Estado da Saúde é que até o final de 2010, todos os municípios receberiam uma nova clínica de saúde da família. Esse projeto contemplou todas as sedes municipais e em poucas situações, sede e um povoado. No entanto, é necessário ter-se a compreensão de que esse aporte físico nas sedes dos municípios não resolveria a situação dos equipamentos de saúde da área rural, que continuariam apresentando situação física precária. Para Aciole (2006) desconstruir a imagem do SUS, as empresas privadas reforçam a idéia de ineficiência dos serviços públicos, o que é fortalecido pelo sucateamento de sua estrutura, que funciona em parte na estrutura herdada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em espaços que centralizam o atendimento e com oferta insuficiente.

As dificuldades colocadas com transporte foi um ponto de preocupação, uma vez que a oferta da média e alta complexidade no Estado de Sergipe está centralizada em poucos municípios, bem como, as reuniões de coordenações e capacitações acontecerem de modo freqüente na capital, Aracaju. Além do comprometimento para o deslocamento externo, a falta de transporte para o deslocamento interno também foi colocada pelos coordenadores, ressaltando-se que a oferta de serviços de saúde para os povoados fica comprometida. Quanto à falta de linhas telefônicas, materiais e equipamentos, percebeu-se que as os processos de comunicação intersetoriais ficam precarizados e alguns fluxos e

processos de trabalho não são executados. Segundo Aciole (2006) o financiamento continua a sofrer entraves, desconsiderando-se a necessidade de uma base econômica sólida para a organização de políticas públicas.

Nas fragilidades referentes aos fluxos de trabalho, a interferência política e o desconhecimento do SUS foram pontuadas, demonstrando que essas situações de entraves podem dificultar a Reforma Sanitária Estadual.

No quadro 06 temos a identificação das fragilidades colocadas pelos secretários municipais de saúde. As respostas foram consolidadas em quatro categorias de análise, onde as dificuldades em relação aos servidores resultaram em uma freqüência de (66,66%), prevalecendo servidores despreparados profissionalmente (26,66%). Dificuldades em relação ao gestor municipal resultaram em uma freqüência de (33,33%), prevalecendo desconhecimento do SUS (13,33%). Com relação às dificuldades em relação de trabalho, verificamos uma freqüência de (106,66%), prevalecendo recursos financeiros insuficientes (53,33%). Quanto à categoria de análise referente a outros fluxos, identificou-se freqüência de (33,33%), prevalecendo desconhecimento do SUS pela população (13,33%).

**Quadro 06.** Principais fragilidades identificadas pelos Secretários Municipais de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010.

| CATEGORIAS DE ANÁLISE | TEMAS | n | % |
|---|---|---|---|
| 1. DIFICULDADE EM RELAÇÃO AOS SERVIDORES | Servidores despreparados profissionalmente | 04 | 26,66 |
| | Insuficiência da oferta de médicos no mercado de trabalho | 02 | 13,33 |
| | Escassez de servidores qualificados, que residam no município | 02 | 13,33 |
| | Lidar com as diferentes categorias profissionais | 01 | 6,66 |
| | Falta de compromisso dos servidores | 01 | 6,66 |
| | **Total** | **10** | **66,66** |
| 2. DIFICULDADE EM RELAÇÃO AO GESTOR MUNICIPAL | Desconhecimento do SUS | 02 | 13,33 |
| | Interferência política | 01 | 6,66 |
| | Ordenamento de despesas | 01 | 6,66 |
| | Visão assistencialista | 01 | 6,66 |
| | **Total** | **05** | **33,33** |
| 3. DIFICULDADE EM RELAÇÃO ÀS CONDIÇOES DE TRABALHO | Recursos financeiros insuficientes | 08 | 53,33 |
| | Insuficiência de transporte | 03 | 20,00 |
| | Dificuldades burocráticas | 03 | 20,00 |
| | Rede especializada insuficiente | 02 | 13,33 |
| | **Total** | **16** | **106.66** |
| 4. OUTROS FLUXOS | Desconhecimento do SUS pela população | 02 | 13,33 |
| | Apoio do Estado insuficiente | 01 | 6,66 |
| | Formar parcerias com outros municípios | 01 | 6,66 |
| | Inexperiência profissional do gestor | 01 | 6,66 |
| | **Total** | **05** | **33,33** |

As narrativas que seguem representam fielmente o que a maioria dos secretários trouxe em relação às condições gerais de seu trabalho

> “Profissionais não querem se envolver” (S 13).
>
> “Servidores são muito despreparados para o SUS” (S 01).
>
> “Se o prefeito entendesse o SUS, facilitaria muito nosso trabalho. Ele é muito assistencialista” (S 04).
>
> “O município gasta muito dinheiro para transporte da média complexidade, seria bom um hospital no município” (S 07).
>
> “Os recursos financeiros são muito poucos, não dá para muita coisa” (S 12).
>
> “Falta de compreensão do SUS pela população” (S 15).

A disponibilidade de médicos no mercado foi colocada como um elemento que dificultaria as ações de saúde nos municípios. O PSF não tem sido a opção de carreira adotada pelo coletivo médico em Sergipe e a escassez desse profissional desencadeia arranjos de carga horária e salariais, diferenciados das demais categorias profissionais.

> Os próprios médicos que estão submetidos ao estilo de trabalho liberal-privatista, são agentes de um processo de produção de ações de saúde que não lhes permite ser sujeitos efetivos, pois este processo é comandado por um conjunto de determinantes, que submete o conjunto dos valores que a relação trabalhador-usuário pode supor, aos princípios do valor de troca que a relação do modelo liberal-privatista pressupõe (MERHY, 2006).

O despreparo técnico dos profissionais que atuam nas secretarias de saúde foi expressado pelos secretários entrevistados como uma dificuldade para a gestão, corroborando com as colocações dos coordenadores. Outra dificuldade colocada pelos secretários municipais referente a pessoal, foi a falta de técnicos residentes nos municípios. Como os coordenadores, os secretários também identificaram descompromisso dos servidores.

Nas dificuldades referentes ao gestor municipal, identificamos nas falas dos secretários de saúde, que em alguns municípios, o ordenamento das despesas das secretarias municipais de saúde estão sendo realizados pelo gestor municipal, mesmo sendo estabelecido por lei que esse ordenamento é responsabilidade do secretário de saúde. Por se tratar de ordenamento legal, é afirmativo que (100%) dos gestores dos municípios são conhecedores da autonomia dos secretários municipais de saúde para a gestão dos recursos financeiros das secretarias. O desconhecimento do SUS pelo gestor municipal somado à visão assistencialista que eles têm com relação à política de saúde, dificultando a implementação de uma política nos parâmetros constitucionais. Tavares (2009) fala do mandonismo, presente na prática de alguns políticos, que tentam usar as

políticas públicas para a manutenção do poder, através do voto de cabresto.

No contexto das condições de trabalho a insuficiência de recursos foi amplamente citada. A programação das políticas desenvolvidas necessita de planejamento, e ordenamento financeiro. Como os recursos são findáveis, os gestores têm a árdua tarefa de controlar os custos, para poder atender as demandas da população. Na maioria dos países, é preciso eleger prioridades para os gastos na saúde (MASIS e CASTELLANOS, 2004).

O desconhecimento do SUS pela população surgiu como uma dificuldade, para os secretários de saúde. Essa situação pode apresentar-se como uma dificuldade para a Reforma Sanitária Estadual.

As dificuldades apresentadas pelos dois grupos pesquisados se assemelharam, prevalecendo nos dois grupos dificuldades com relação às condições de trabalho. Na pesquisa com secretários de saúde, surgiu uma categoria não identificada pelos coordenadores, referente a dificuldades em relação ao gestor municipal.

No quadro 07, apresenta-se as potencialidades para o exercício profissional, colocadas pelos coordenadores. As respostas foram organizadas em 03 categorias de análise. Na categoria que expressa as relações de trabalho, totalizou-se uma freqüência de (167,24%), prevalecendo apoio dos gestores (70,68 %). Quanto à freqüência referentes às condições favoráveis de trabalho, totalizaram uma freqüência de (53,44%), prevalecendo experiência profissional (18,96%). (5,17%) dos entrevistados, não identificaram aspectos que potencializam o exercício da prática profissional.

**Quadro 07.** Principais potencialidades identificadas pelos Coordenadores de Serviços de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010

| CATEGORIAS DE ANÁLISE | TEMAS | n | % |
|---|---|---|---|
| 1. RELACÕES DE TRABALHO | Relação entre servidores | 47 | 81,03 |
| | Apoio dos gestores | 41 | 70,68 |
| | Apoio da Secretaria de Estado da Saúde | 06 | 10,34 |
| | Participação da população | 02 | 3,44 |
| | Ampliação das coordenações | 01 | 1,72 |
| | **Total de respostas** | **97** | **167,24** |
| 2. CONDIÇOES FAVORÁVEIS DE TRABALHO | Experiência profissional | 11 | 18,96 |
| | Aquisição de materiais em geral | 05 | 8,62 |
| | Transporte | 05 | 8,62 |
| | Instalações de trabalho adequadas | 04 | 6,89 |
| | Autonomia nas decisões | 03 | 5,17 |
| | Salário pago em dia | 03 | 5,17 |
| | **Total** | **31** | **53,44** |
| 3. NENHUM ASPECTO FAVORÁVEL | **Total** | **03** | **5,17** |

As falas que seguem representam fielmente o que a maioria dos coordenadores trouxe em relação às potencialidades para o exercício profissional.

> “O apoio que a Secretaria de Estado da Saúde dá é muito importante” (S 05).
>
> “A compreensão, colaboração e acolhimento das demandas pela gestora de saúde” (S 22).
>
> “Minha experiência profissional me dá suporte” (S 54).
>
> “Estrutura física da secretária de saúde” (S 05).

As citações sobre as relações de trabalho da coordenação com os servidores foram preponderantes, demonstrando que um ambiente harmonioso e uma equipe coesa, facilitam o desenvolvimento das atividades profissionais e tem efeitos positivos para o coletivo gestor. O apoio do gestor de saúde também foi citado como uma potencialidade para o exercício profissional.

As gestões têm se transformado de estruturas verticalizadas para estruturas horizontalizadas, com participação de seus componentes e tomadas de decisões ouvindo o coletivo gestor. A força intelectual está sendo cada vez mais valorizada (PIERANTONI, 2004).

A experiência profissional dos coordenadores foi colocada como elemento positivo para o exercício profissional. O conhecimento se constitui uma forma de poder, que pode fortalecer o planejamento para as práticas desejadas.

Uma situação excepcional foi a colocação por alguns gestores de que não identificariam potencialidades para o exercício profissional, sugerindo uma visão pessimista da saúde pública municipal.

Verificou-se que as fragilidades e potencialidades são semelhantes, definindo-se a categoria em que são citadas pela ausência ou presença de determinada situação. Quando um município não disponibiliza de uma frota para transporte suficiente, essa situação fica caracterizada como uma fragilidade. O inverso da situação, ou seja, a suficiência de transporte no município caracteriza-se como uma potencialidade.

No quadro 08 apresentamos as potencialidades para o exercício profissional, colocadas pelos secretários municipais de saúde. As respostas, tais quais representações dos coordenadores, foram organizadas em 02 categorias de análise. A categoria que dispõe sobre as relações de trabalho registrou uma freqüência de (120%), prevalecendo o

apoio do gestor municipal (46,66%), o apoio da Secretaria Estadual de Saúde (26,66%) e a boa relação com outras secretarias (13,33%). Quanto às condições favoráveis de trabalho, foi registrada uma freqüência de (113,33%), prevalecendo experiência da equipe técnica (33,33%), experiência profissional (26,66%) e autonomia nas decisões (20%).

**Quadro 08.** Principais potencialidades identificadas pelos Secretários Municipais de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010

| CATEGORIAS DE ANÁLISE | TEMAS | n | % |
|---|---|---|---|
| 1. RELAÇÕES DE TRABALHO | Apoio do Gestor Municipal | 07 | 46,66 |
| | Apoio da Secretaria de Estado da Saúde - SES | 04 | 26,66 |
| | Bom relacionamento com o servidor municipal | 03 | 20,00 |
| | Boa relação com outras secretarias | 02 | 13,33 |
| | Boa relação com os usuários | 02 | 13,33 |
| | **Total** | **18** | **120,00** |
| 2. CONDIÇOES FAVORÁVEIS DE TRABALHO | Equipe técnica com experiência | 05 | 33,33 |
| | Experiência profissional | 04 | 26,66 |
| | Ser do município | 03 | 20,00 |
| | Autonomia nas decisões | 03 | 20,00 |
| | Conselho Municipal de Saúde atuante | 01 | 6,66 |
| | Participação do Legislativo Municipal | 01 | 6,66 |
| | **Total** | **17** | **113,33** |

As falas que seguem representam fielmente o que a maioria dos secretários trouxe em relação às potencialidades para o exercício profissional.

> "Equipe maravilhosa, com experiência, compromissada com a causa da saúde" (S 07).
>
> "O gestor não é desses políticos que perseguem" (S 10).
>
> "O apoio da equipe é muito importante. Apesar de um morar aqui e outro acolá, mas eles apóiam" (S 10).
>
> "Sinceramente, o que eu sei hoje foi com o apoio da Atenção Básica do Estado" (S 11).
>
> "Já trabalhei na ponta e em coordenação, e isso é um facilitador" (S 12).
>
> "A municipalização fortaleceu a autonomia para os secretários" (S 13).

As relações interinstitucionais e intersetoriais foram colocadas pelos secretários municipais de saúde, de forma significativa, como potencialidade para o exercício da gestão. É compreensível e esperado o apoio do gestor municipal, já que trata-se de um cargo político, de indicação, supondo que o ocupante é pessoa de sua confiança. Quanto ao Estado, cumpre seu papel ao orientar e apoiar os municípios para a efetivação do SUS e da Reforma Sanitária em Sergipe.

O setor da saúde pública necessita estar em processo permanente com outros

espaços de gestão, numa constante troca de informações e conhecimentos, sem que se estabeleçam disputas, mas que se construa uma dinâmica cooperativa (CASTRO e MALO, 2006).

Referente às condições favoráveis de trabalho, a experiência da equipe e a experiência profissional do próprio gestor, foram citadas como potencialidades. A autonomia para tomada de decisões e a participação do conselho de saúde foram citados como potencialidades. Muitos gestores municipais adotam uma gestão descentralizada e horizontal, gerando mais autonomia para seu secretariado.

Quanto ao conselho local de saúde como potencialidade para a gestão, a participação da população brasileira nos Conselhos de Saúde está prevista constitucionalmente. No Brasil, os Conselhos de Saúde tem a participação dos trabalhadores da saúde, da população e dos prestadores. Apesar de legalmente constituídos, e de receberem incentivos do governo federal para seu funcionamento, esses conselhos funcionam de forma deficiente e participam de forma tímida nas decisões locais de saúde. Outros países da America Latina, como, Equador, Bolívia e Honduras, estabeleceram leis para ordenar a participação popular no processo de tomada de decisões, diferenciando-se quanto a ampliação dessa participação na política de saúde (SHELTON e RIVAS-LORIA, 2004).

Ser do município e ter um legislativo atuante, foram citados como potencialidades. O fato de o secretário ser do município sugere que ele tenha um conhecimento mais intrínseco dos problemas do município. Um legislativo atuante facilitaria a formulação de uma legislação municipal para as políticas de saúde.

### 6.3.2 Concepções sobre Saúde Pública

Quanto às concepções sobre políticas de saúde, na visão dos Coordenadores de Serviços de Saúde, os juízos valorativos positivos se sobrepuseram em mais de 100% aos juízos valorativos negativos. Dos juízos positivos, destacaram-se: está melhorando (31,03%), boa (15,51%), razoável (17,24%). Dos juízos negativos, prevaleceram: precisando melhorar (17,24%) e precária (16,06%), conforme as categorias de análise encontradas e demonstradas no quadro 09. Em uma terceira categoria foram alocadas respostas diversas, que no somatório apresentaram (6,89%) de freqüência.

**Quadro 09.** Concepções sobre políticas de saúde, pelos Coordenadores de Serviços de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010

| CATEGORIAS DE ANÁLISE | TEMAS | n | % |
|---|---|---|---|
| 1. JUIZOS VALORATIVOS POSITIVOS | Está melhorando | 18 | 31,03 |
| | Razoável | 10 | 17,24 |
| | Boa | 09 | 15,51 |
| | Ótima | 01 | 1,72 |
| | Muito boa | 01 | 1,72 |
| | **Total** | **39** | **67,24** |
| 2. JUIZOS VALORATIVOS NEGATIVOS | Precisando melhorar | 10 | 17,24 |
| | Precária | 07 | 16,06 |
| | Alta demanda e baixa resolutividade | 02 | 3,44 |
| | **Total** | **19** | **32,75** |
| 3. OUTRAS CATEGORIAS | Precisa implementar promoção em saúde | 02 | 3,44 |
| | Organograma bem estruturado | 01 | 1,72 |
| | Descompromisso dos servidores | 01 | 1,72 |
| | **Total** | **04** | **6,89** |

As falas que seguem representam fielmente o que a maioria dos coordenadores trouxe em relação à visão que têm da política de saúde municipal.

> "Eu considero regular, mas depende das condições de trabalho que são oferecidas. Se tem condições, pode-se desenvolver um bom trabalho" (S 40).
>
> "Em relação ao que era, melhorou muita coisa. Antes, se você não fosse do grupo político, não tinha acesso à saúde. Hoje todos têm acesso a saúde, independente da opção política" (S 51).
>
> "Existem avanços, mas precisa melhorar. A verba pública não é utilizada a contento" (S 48).

Os profissionais entrevistados relataram as melhorias que estão ocorrendo nas secretarias de saúde, com o desenvolvimento e implantação de programas assistenciais e investimentos, mas reportam a necessidade de continuar ampliando e aperfeiçoando os processos de trabalho. Houve uma avaliação positiva, no sentido da construção e participação no novo modelo assistencial e na defesa do SUS, e do acesso universalizado.

Os coordenadores fizeram colocações sobre implementação de programas e atividades preventivas no município, mas em sua maioria demonstraram estar trabalhando para que haja melhorias. Seria interessante se fossem consideradas as fragilidades colocadas, e os gestores buscassem resolutividade para situações estruturais apresentadas.

Para Rovere (2004) os profissionais de saúde pública tem se aprimorado para desenvolver suas competências no modelo assistencial desenhado pelo SUS. Essa nova realidade suscita que, de forma progressiva, trabalhadores e gestores desenvolvam novas

habilidades e atitudes para a apropriação da realidade local.

As concepções sobre políticas de saúde, na visão dos Secretários Municipais de Saúde, os juízos valorativos positivos se sobrepuseram em (300%) aos juízos valorativos negativos, conforme demonstrado no quadro 10.

**Quadro 10.** Caracterização da saúde municipal, pelos Secretários Municipais de Saúde. Sergipe, Brasil, 2009/2010

| CATEGORIAS DE ANÁLISE | TEMAS | n | % |
|---|---|---|---|
| 1. JUÍZOS VALORATIVOS POSITIVOS | Boa | 03 | 20,00 |
| | Processo de avanço | 03 | 20,00 |
| | Está melhorando | 02 | 13,33 |
| | Razoável | 02 | 13,33 |
| | Regular | 02 | 13,33 |
| | **Total** | **12** | **80,00** |
| 2. JUÍZOS VALORATIVOS NEGATIVOS | Precisando melhorar | 02 | 13,33 |
| | Ainda é carente | 01 | 6,66 |
| | **Total** | **03** | **20,00** |

As falas que seguem representam fielmente o que a maioria dos secretários trouxe em relação à visão que têm da política de saúde municipal.

> "Como está em início de gestão, é preciso se apropriar dos recursos para desenvolver atividades com base" (S 05).
>
> "À medida do possível mesmo com dificuldade de recursos, tentamos dar aos munícipes uma saúde pública de qualidade" (S 06).
>
> "Há dificuldade de desenvolver um trabalho preventivo, devido à cultura imediatista da população" (S 07).
>
> "Falta de formação e informação da comunidade dificulta" (S 10).
>
> "Encontramos sucateada e estamos em processo de trabalho" (S 04).

Os juízos valorativos positivos foram preponderantes em relação aos juízos valorativos negativos, de forma que os secretários vêm a gestão da política de saúde pública como um processo em permanente construção.

As falas dos secretários sugerem que a população apresenta uma visão arraigada e ultrapassada sobre serviços de saúde pública, pautada em um caráter imediatista que demanda por um modelo médico-hegemônico e hospitalocênctrico, contrario à proposta do modelo sanitarista.

Nos serviços há diferença entre o empenho da cada servidor, mas predomina o envolvimento deles na busca em atender as demandas colocadas pela população. Em se tratando de oferta de serviços de saúde, cotidianamente, há disputa, por ser a oferta quase

sempre menor que a demanda (ANDRADE, 2006). Para os secretários de saúde há um desafio cotidiano, que é ajustar a demanda à oferta de recursos no atendimento da população. Para atender suas necessidades, a população exercita o princípio da universalidade, mas esquece de exercitar o princípio da eqüidade.

Referente às expectativas dos secretários municipais de saúde quanto às perspectivas futuras da saúde do município, foi possível organizar os resultados em três categorias, prevalecendo os temas reforma dos equipamentos de saúde (33,33%) e fortalecimento do SUS (26,66%), apresentados no quadro 11.

**Quadro 11.** Expectativas dos Secretários Municipais de Saúde quanto ao futuro da saúde pública municipal. Sergipe, Brasil, 2009/2010

| CATEGORIAS DE ANÁLISE | TEMAS | n | % |
|---|---|---|---|
| 1. PERSPECTIVAS RELATIVAS À MELHORIA DOS SERVIÇOS | Garantir atenção básica aos usuários | 02 | 13,33 |
| | Ampliar o acesso aos serviços de atenção especializada | 01 | 6,66 |
| | Implantar atendimento 24 horas em Urgência e Emergência | 01 | 6,66 |
| | Informatizar o atendimento | 01 | 6,66 |
| | Melhorar o transporte sede-povoado-sede, sede-capital-sede | 01 | 6,66 |
| | **Total** | **06** | **40,00** |
| 2. PERSPECTIVAS RELATIVAS À MELHORIA DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS | Fortalecimento do SUS | 04 | 26,66 |
| | Melhora na qualidade dos serviços prestados | 02 | 13,33 |
| | Implementar atividades de cunho preventivo – promocional | 02 | 13,33 |
| | Capacitação dos servidores | 01 | 6,66 |
| | **Total** | **09** | **60,00** |
| 3. OUTRAS CATEGORIAS | Reformar os equipamentos de saúde | 05 | 33,33 |
| | Secretários com mais autonomia | 02 | 13,33 |
| | Promover educação continuada para usuários | 01 | 6,66 |
| | **Total** | **08** | **53,33** |

As falas que seguem representam fielmente o que a maioria dos secretários trouxe em relação à expectativa futura da política de saúde.

> "Que os futuros administradores dêem continuidade, para que melhore a gestão" (S 11).

> "Espero melhorar ainda mais o atendimento à população na área de prevenção e promoção, e poder oferecer acesso aos serviços com mais facilidade". (S 13).

> "Acredito que vai dar uma alavancada muito boa, principalmente com a nova clínica, porque a estrutura física vai ficar bem melhor" (S 14).

> "Tenho fé que os gestores e a população conheçam o SUS" (S 15).

Os secretários municipais de saúde foram entusiastas e otimistas em suas colocações, sugerindo que teem definições claras com relação ao que poderia ser

instituído na política de saúde municipal.

A reforma dos equipamentos de saúde municipais foi colocada como perspectiva para avanços na gestão da saúde. Resende (2007) realizou estudos em que foi confirmada a importância e valorização do espaço pelo usuário. A política de humanização do Ministério da Saúde, estimula o cuidado com o ambiente de trabalho, no sentido das relações entre os diversos atores e da estrutura física apropriada.

As perspectivas colocadas são pertinentes ao modelo proposto pelo SUS. Gestão informatizada, acesso qualificado e garantido, servidores capacitados, estrutura e equipamentos adequados, capacitação para usuários e autonomia para o gestor de saúde.

Merhy (2007) coloca que os processos são dinâmicos e pertinentes a cada realidade, constituindo-se desfio a qualquer paradigma adotado.

> Qualquer tentativa de receita para a gestão em saúde terá de enfrentar a tensão constitutiva desse campo nos terrenos da política e do processo de trabalho, que conformam as bases para o conjunto das organizações em saúde, onde se opera cotidianamente a produção dos modelos de atenção, e reconhecer que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, ontologicamente conflitivo, conforme os sujeitos coletivos em cena (MERHY, 2007 ).

Para Rovere (2004) o século XXI deverá ser marcado pelas relações sociais. A humanidade deverá ser capaz de fomentar respostas coletivas, desenvolver relações solidárias, proteger o meio ambiente. Nesse contexto, a gestão da saúde surge como espaço e porta para a cidadania.

## 5.4 - CONCLUSÃO

Verificou-se que uma boa estrutura física, transporte suficiente, fácil comunicação e trabalhadores harmonizados, são considerados como elementos potencializadores para as atividades de gestão, e que a situação inversa gera fragilidades para os gestores. A dificuldade de servidores capacitados foi citada e entendeu-se que nesse sentido as possibilidades de solução não podem ser imediatas e exigem dos gestores uma política específica em educação permanente. O apoio da hierarquia superior foi considerado uma potencialidade para os dois grupos pesquisados. Destaca-se a valorização que os gestores dão à sua experiência profissional, sendo essa característica citada como potencialidade para o exercício da gestão.

No momento em que os gestores expressaram sua visão em relação à saúde do município, demonstraram que os trabalhos estão em plena atividade e reconhecem que a saúde pode ser melhorada.

Os secretários se expressaram otimistas quanto ao futuro da política de saúde municipal, demonstrado compromisso em efetivar, ampliar e qualificar as ofertas do SUS. Verificamos que o apoio que da Secretaria de Estado da Saúde para os municípios é fundamental, não somente no sentido de ajuda técnica e ou material, mas fundamentalmente no fortalecimento da consolidação do projeto de reforma sanitária proposto pelo SUS.

Ainda há muito que avanças, mas é preeminente que os governos se engajem ainda mais para a promoção de uma política de saúde inclusiva, solidária com os menos favorecidos.

Esse estudo foi importante ao pontuar as fragilidades e potencialidades para o exercício profissional dos gestores e de saúde, pontuar a visão dos gestores com relação à saúde municipal e às perspectivas futuras para as políticas de saúde municipais.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


ACIOLE, G. G. **A Saúde no Brasil:** cartografias do público e do privado. São Paulo: ed. Hucitec, 2006

ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: Ed. Huicitec, 2006.

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS Jr, T. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. Rev Panam Salud Publica vol.8 n.1 Washington July/Aug. 2000

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRITO, P.E., **Los recursos humanos y los sistemas de salud**: ante una nueva perspectiva de desarrollo. Revista Fortaleciendo los Sistemas de Salud y las Reformas. Número 7, 2004.

CASTRO, A.; MALO, M. (org.), **SUS**: resignificando a promoção da saúde. São Paulo: Huicitec, 2006

**CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978

FAPOHUNDA, B.; et al. **Uso de las evaluaciones de establecimientos en el análisis del personal sanitário**. Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos**.** Organización Mundial de la Salud, 2009

IBGE: I**nstituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2008.

MASIS, D. P.; CASTELLANOS, M. I. C**aracterización de los recobros por tutelas y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud.** Revista Gerencia y Políticas de Salud, Nº 7, 2004.

MERHY, E. E. **SAÚDE**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Ed. Hucitec, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **"Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado" -** Relatório Final do Seminário**.** Brasília, 1998.

NOGUEIRA, R. P.; et al. **Límites críticos de las nociones de precariedad y desprecarización del trabajo en la administración pública**. Observatório de Recursos Humanos em Salud em Brasil. Estudos y análises. Volumen 2. 2004

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. **Recursos Humanos y Gestion Del Trabajo em Salud: de La teoria a la práctica**. Observatório de Recursos Humanos em Salud em Brasil. Estudos y Análisis, Volume 2, 2004.

RESENDE, A. F. **Humanização em ambiente da atenção básica à saúde**: representações sociais de agentes comunitários de saúde. 2007. 120 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente), Universidade Tiradentes, Aracaju, 2007.

ROVERE, M. **Gestión de calidad de los posgrados en salud pública: adecuación crítica en un mundo en cambio.** Washington, D.C: OPS, 2004.

TAVARES, M. C. **A Inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju:** os tempos de um movimento. 2009. 256 p. Dissertação (Doutorado em Serviço Social), Pontificia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

# 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo, que versou sobre as gestões de políticas de saúde pública em Sergipe, gerou resultados que possibilitaram o alcance de seus objetivos. A organização do conteúdo histórico e contextualização das práticas atuais são referenciais que ficam instituídos para uma melhor compreensão dos avanços na política de saúde em Sergipe.

Na caracterização sócio-demográfica dos gestores de políticas de saúde pública, destaca-se a formação técnica dos mesmos, sendo a maioria de nível superior, com especialização na área; a maioria dos coordenadores é jovem (até 40 anos), do gênero feminino, sugerindo um coletivo afinado com os referenciais teóricos que embasam as políticas de saúde pós-SUS.

Os dados apontaram para interferências políticas nas gestões municipais de saúde, embora a maioria dos secretários seja ordenador de despesas e tenha referido apoio de seus prefeitos. Entende-se que a vinculação compromissada dos secretários está atrelada ao tipo de cargo (de confiança e de indicação privativa) do executivo.

As fragilidades e potencialidades para o exercício profissional apontadas pelos gestores da saúde demonstraram que para algumas situações seria possível buscar soluções regionalizadas, enquanto outras necessitariam de ações mais pontuais e técnicas, além da vontade política. O conhecimento técnico dos gestores sobre o SUS favorece suas atividades profissionais, mas para efetivar as políticas de saúde locais necessitam da participação dos gestores municipais e dos trabalhadores da saúde, sendo estes nem sempre conhecedores da proposta ministerial o que leva a práticas assistencialistas e imediatistas.

Quanto às concepções, os gestores conhecem a proposta do SUS, estão otimistas quanto aos rumos das políticas de saúde, identificam avanços e estão buscando aprimorar e qualificar a saúde municipal. O trabalho que vem sendo desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde tem contribuído para aproximar os municípios quanto a qualidade e padronização dos serviços a serem ofertados a população.

# APÊNDICES

**A** - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
abaixo assinado, autorizo a Universidade Tiradentes, por intermédio da aluna, Valéria Maia Lôbo Menezes devidamente assistida por suas orientadoras Marlizete Maldonado Vargas e Cristiane Costa da Cunha Oliveira, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título do Experimento: “Saúde Pública em Sergipe: Concepções sobre Políticas de Saúde e Caracterização de Equipes Municipais de Gestão”.

2-Objetivo: Investigar concepções sobre políticas de saúde pública e processos de gestão de saúde pública em municípios do interior de Sergipe.

3-Descrição de procedimentos: Entrevistar os gestores municipais de saúde pública e sua equipe de gestão, dos municípios sorteados, através de formulário de entrevista específico.

4-Desconfortos e riscos esperados: Não há riscos previstos. Fui devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

5-Benefícios esperados: Entre outros, contribuir para a construção de um referencial teórico cientifico sobre o Sistema Único de Saúde em Sergipe.

6-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

7-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

8-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

9-Confiabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

*ATENÇÃO:* A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes. Av. Mutilo Dantas, 300 – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE, 79-2182100, ramal 2593.

Aracaju, _____de _____de 20 __.

_____

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

**B** - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

1. Nº
2. GENÊRO
3. IDADE
4. ESCOLARIDADE (MAIOR TITULAÇÃO)
5. LOCAL DE RESIDENCIA:
6. EXPERIENCIA PREVIA EM GESTÃO ( ) SIM ( ) NÃO

   6.1 SE SIM, QUANTIFIQUE CRONOLÓGICAMENTE
7. É ORDENADOR DE DESPESAS? ( ) SIM ( ) NÃO

   7.1 SE NÃO, COMO AS DESPESAS DA SMS SÃO DEFINIDAS?
8. AS COORDENAÇÕES ATENDEM AS DEMANDAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE? ( ) SIM ( ) NÃO

8.1 SE NÃO, QUE COORDENAÇÕES PODEM SER IMPLEMENTADAS?

9. HÁ REUNIÃO DA EQUIPE GESTORA? ( ) SIM ( ) NÃO

10.1 SE SIM, QUAL A PERIODICIDADE? ( )SEMANAL ( ) QUINZENAL ( ) MENSAL ( ) OUTRA_____

10. HÁ REUNIÃO DA EQUIPE GESTORA PARA O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES? ( ) SIM ( ) NÃO

10.1SE SIM, QUAL A PERIODICIDADE? ( )SEMANAL ( ) QUINZENAL ( ) MENSAL ( ) OUTRA_____

11. EXISTE ALGUM TIPO DE INTERFERÊNCIA POLÍTICA NA GESTÃO DOS TRABALHADORES, POR PARTE DO GESTOR MUNICIPAL?
12. COMO ESTA A COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO?
13. QUAIS AS DIFICULDADES QUE O SENHOR(A) ENCONTRA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS SUAS ATIVIDADES DE GESTÃO?
14. QUAIS AS FACILIDADES QUE O SENHOR(A) ENCONTRA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS SUAS ATIVIDADES DE GESTÃO?
15. COMO O SENHOR(A) CARACTERIZA A SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO?
16. QUAL A PERSPECTIVA FUTURA DO SENHOR(A) COM RELAÇÃO À SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO.

**C** - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COORDENADORES

1. Nº:
2. GENÊRO
3. IDADE
4. ESCOLARIDADE (MAIOR TITULAÇÃO)
5. LOCAL DE RESIDENCIA
6. EXPERIENCIA PRÉVIA EM GESTÃO ( ) SIM ( ) NÃO

6.1 SE SIM, QUANTIFIQUE CRONOLÓGICAMENTE.

7. COORDENAÇÃO QUE ATUA?
8. COMO É SEU VÍNCULO EMPREGATÍCIO COM A SMS?
9. POSSUI OUTROS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS? ( ) SIM ( ) NÃO

9.1 SE SIM, QUAIS?

10. QUAL SUA CARGA HORÁRIA SEMANAL PARA A ATIVIDADE DESSA COORDENAÇÃO?
11. O SENHOR(A) RECEBE ALGUM INCENTIVO EM DECORRÊNCIA DO CARGO? ( ) SIM ( ) NÃO

11.1 SE SIM, QUAIS INCENTIVOS?

12. HÁ REUNIÃO DA EQUIPE GESTORA? ( ) SIM ( ) NÃO

12.1 SE SIM, QUAL A PERIODICIDADE? ( ) SEMANAL ( ) QUINZENAL ( ) MENSAL ( ) OUTRA_____

13. HÁ REUNIÃO DA EQUIPE GESTORA PARA O PLANEJAMENTO DAS AÇÕES? ( ) SIM ( ) NÃO

13.1 SE SIM, QUAL A PERIODICIDADE? ( ) SEMANAL ( ) QUINZENAL ( ) MENSAL ( ) OUTRA_____

14. QUAIS AS DIFICULDADES QUE O SENHOR(A) ENCONTRA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS SUAS ATIVIDADES DE COORDENAÇÃO?
15. QUAIS AS FACILIDADES QUE O SENHOR(A) ENCONTRA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS SUAS ATIVIDADES DE COORDENAÇÃO?
16. COMO O SENHOR(A) CARACTERIZA A SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO?

# ANEXOS

## ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO PROJETO DE PESQUISA

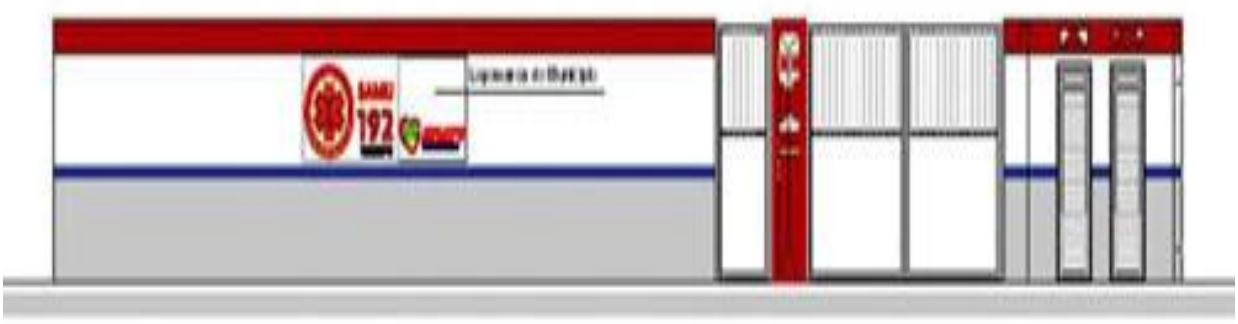
## ANEXO II - PADRÃO ARQUITETÔNICO DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SERGIPE (GESTÃO 2007/2010)

### 1 – Clínica de Saúde da Família 24 Horas

Gerência de Planejamento em Projetos de Arquitetura Hospitalar (Geplah/SES)

Arquitetos: Jarbas Dutra, Lívia Viana e Andrezza Andrade

### 2 - Base descentralizada do Samu 192 Sergipe




Gerência de Planejamento em Projetos de Arquitetura Hospitatar (Geplah/SES)

Arquitetos: Jarbas Dutra, Lívia Viana e Andrezza Andrade

## 3 - Hospital Regional

Projeto: Gerência de Projetos da SES

Arquitetos: Ana Carla Andrade e Flávio Novaes

## 4 - Centro de Especialidades Odontológicas

Projeto: Gerência de Planejamento em Projetos de Arquitetura Hospitatar (Geplah/SES)

Arquitetos: Jarbas Dutra, Lívia Viana e Andrezza Andrade

## ANEXO III - PLANILHA DAS REGIÕES DE SAÚDE DE SERGIPE