

GESTÃO DO SUS EM SALVADOR/BA: ANÁLISE DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017 E SEUS IMPACTOS NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

SUS sustainability management in Salvador / BA: analysis of the Municipal Health Plan 2014-2017 and its impacts in the provision of Health services

Érica Rios de Carvalho (UCSal)

Informações do artigo

Recebido em 16/02/2018

Aceito em 09/06/2018

doi>: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p121-139>



Esta obra está licenciada com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](#).

Como ser citado (modelo ABNT)

CARVALHO, Érica Rios de. Gestão do SUS em Salvador/BA: análise do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e seus impactos na prestação dos serviços de Saúde. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**, Salvador, n. 246, jan./abr., p. 121-139, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p121-139>

Resumo

Este artigo teve como intenção retomar o traçado do panorama da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir de sua descentralização (municipalização), utilizando o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014-2017 de Salvador/BA e seus indicadores como parâmetro avaliativo, em especial comparando-o ao PMS 2010-2013 para verificar continuidades, avanços e retrocessos. Os objetivos foram avaliar tais indicadores, examinar se as políticas adotadas foram efetivas face aos objetivos traçados para o novo período. A metodologia utilizada foi de revisão bibliográfica e análise de documentos, em especial da legislação nacional em relação à saúde e do PMS 2014-2017 de Salvador/BA. A partir dessas técnicas metodológicas, confrontou-se as propostas do referido Plano com o que foi realizado na prática. A comparação entre o planejado e o cumprido evidenciou descumprimentos que implicam em baixa efetividade da política pública de saúde.

Palavras-chave: Gestão de Saúde. Municipalização. Políticas Públicas. SUS.

Abstract

This work aims to retrace the overview of the management of the Sistema Único de Saúde (SUS) in Brazil, from its decentralization (municipalization). The Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014-2017 of Salvador/BA and its indicators were used as evaluation parameters, specially comparing them to the PMS 2010-2013, to check continuities, advances and regressions. The objectives were to evaluate such indicators, examine if the policies adopted were effective regarding the objectives chosen for the new period. Bibliography review and documents analysis were used as methodology, mainly the national laws about health and Salvador's PMS 2014-2017. Through these techniques, this PMS' proposals were confronted with what was actually achieved. Such comparison showed noncompliance that imply low effectiveness of the health public policy.

Keywords: Health Management. Municipalization. Public Policies. SUS.

Considerações iniciais

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido no artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988 como um sistema público, de caráter universal. Foi criado com base na concepção do direito à saúde como direito de cidadania, sendo de implantação obrigatória pelas três esferas federativas – União, Estados e Municípios. Suas diretrizes organizativas, conforme expostas na própria Constituição, nas leis 8.080/90 e 8.142/90, são de descentralização com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento e igualdade da assistência; universalidade do acesso aos serviços de saúde; e participação da comunidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, bem como o artigo 196 da nossa Carta Magna prevê que a saúde é um 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 sua promoção, proteção e recuperação.

Tendo tais conceitos em vista, a ideia da descentralização do sistema e a definição do papel de cada esfera de governo na sua implementação e gestão decorrem, principalmente, de três questões: as acentuadas desigualdades existentes no país; as especificidades dos problemas e desafios na área de saúde; as características do federalismo brasileiro (CONASS, 2003).

Segundo D’Espíndola (2013, p.440):

A gestão da saúde é a mais nobre missão dos governos democráticos e o seu reconhecimento como direito traz uma responsabilidade ética e legal da implantação de políticas e ações capazes de assegurar à população as ações de assistência de saúde.

A responsabilidade no que diz respeito à gestão e ao financiamento do SUS é compartilhada pelos três entes federativos, cabendo aos Municípios, entretanto, lidar com os aspectos mais práticos e diretos do sistema, tais como contratação e pagamento dos profissionais de saúde, criação e manutenção de Postos de Saúde da Família (PSF) e Centros de Atenção PsicoSocial (CAPS).

Como passo essencial para a implementação da gestão municipalizada do SUS, a Norma Operacional Básica (NOB-SUS) 01/96 exige que cada município elabore um Plano Municipal de Saúde (PMS), explicitando o caminho a ser seguido pela Secretaria Municipal de

Saúde para cumprir seus objetivos. O Plano apresenta a orientação política sobre o que fazer no conjunto das organizações de saúde durante o período de quatro anos, a partir da explicitação de diretrizes, objetivos, ações, indicadores e metas. Segundo Saliba, Garbin et al. (2012, p. 224), o Plano:

Constitui-se como um documento formal de exigência legal, entretanto, é um instrumento flexível e dinâmico que deve ser consultado, ajustado, executado e não engavetado, objetivando a operacionalização das decisões tomadas em torno do que fazer para enfrentar problemas e atender necessidades de saúde da população do município relacionado.

Serve, portanto, de norte para o planejamento anual das ações e serviços de saúde prestados pelo Município. Diante desse panorama, o presente artigo faz o recorte da cidade de Salvador/BA, analisando o seu Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014-2017 e seus indicadores. Os objetivos são avaliar tais indicadores, examinar se as políticas adotadas foram efetivas (OLIVEIRA, 2013)¹ face aos objetivos traçados para o período, em especial comparando-o ao PMS 2010-2013 para verificar continuidades, avanços e retrocessos. A metodologia utilizada foi de revisão bibliográfica e análise de documentos, em especial da legislação nacional em relação à saúde e do PMS 2014-2017 de Salvador/BA. A partir dessas técnicas metodológicas, confrontou-se as propostas do referido Plano com o que foi realizado na prática.

Para tanto, não se pode perder de vista também que a Prefeitura de Salvador definiu em 2010 como missão de sua Secretaria Municipal de Saúde “Cuidar de forma integral da saúde do cidadão em Salvador, assegurando seus direitos e respeitando as diversidades.” e como sua visão “Ser reconhecida pela sociedade, como referência de gestão democrática, com autonomia e criatividade, na condução plena do Sistema Municipal da Saúde.”,

¹ O autor diferencia os três conceitos, definindo eficiência como fazer tudo certo, aplicar bem os recursos, reduzir os custos sem prejuízo da qualidade; eficácia como fazer a coisa certa, evitando perda de tempo, produzindo alternativas, maximizando o uso dos recursos sem prejuízo da qualidade, obtendo resultados e aumentando os lucros; efetividade como manter-se no ambiente, apresentar resultados globais positivos ao longo do tempo (ideia de permanência), com capacidade de coordenar constantemente no tempo esforços e energia. A eficácia depende de identificar oportunidades no ambiente, sendo flexível e adaptável, enquanto a efetividade depende de prévias eficiência e eficácia. Como este trabalho se debruça sobre o PMS 2014-2017, mas retomando seus avanços, retrocessos e continuidades em relação ao anterior, pode-se vislumbrar a (in)efetividade.

conforme constava de seu sítio *online*². Em consulta mais atual, verifica-se que a missão da Secretaria Municipal de Saúde agora é “Ser referência como gestão democrática e de excelência do sistema municipal de saúde.” Sua visão, por sua vez, permanece igual à anterior.³

A mudança de missão parece menos comprometida com o fim e mais com o meio, com a gestão. Se uma excelente gestão realmente foi alcançada, será discutido adiante. Veja-se a seguir se a construção do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014-2017 foi mais democrática e participativa do que a do anterior e se seus indicadores mostram uma melhor gestão, com melhores resultados.

A construção do Plano Municipal de Saúde e a participação social

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Salvador-BA para o período entre 2014 e 2017⁴ foi elaborado obedecendo ao quanto preconizado na Lei 8.142/90⁵ e reforçado pela Emenda Constitucional nº 29 de 2000, que dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, prevendo e incentivando a participação popular através dos Conselhos Municipal, Distritais e Locais de Saúde. Além disso, também tomaram parte nas deliberações o gestor municipal, a equipe técnica, representantes da sociedade civil e dos distritos sanitários da cidade.

O desenho que orientou a elaboração do PMS 2014-2017 buscou coerência interna entre os seguintes instrumentos de gestão: o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do Município de Salvador (PDDU, 2006), o Plano Nacional de Saúde (PNS 2012-2015) e o Plano Estadual de Saúde (PES 2012-2015), a Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (2013-2015), o Planejamento Estratégico de Gestão do Município de Salvador 2013-2015, o Plano Plurianual (2014- 2017), os Planos de Ações das Redes de Atenção à Saúde, as Políticas transversais, os termos e compromissos

² Até 2014, esta informação estava disponível em:

<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=200&Itemid=63>

Acesso em 05 abr. 2014. Porém esse link já não funciona mais.

³ Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/missao-e-visao/>> Acesso em 11 fev. 2018. Vale destacar que o prefeito que assumiu em 2013 e que foi reeleito para segundo mandato, gerindo a cidade até os dias atuais, assumiu o cargo sob a primeira missão e visão. A alteração, portanto, se deu na sua gestão.

⁴ Disponível em:

<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versao_preliminar.pdf> Acesso em 11 fev. 2018.

⁵ A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

assumidos pela gestão municipal e as proposições da XII Conferência Municipal de Saúde. Esse Plano 2014-2017 adotou, em concordância com PDDU, a concepção de Vigilância da Saúde como modelo para reorientar a atenção à saúde do Município de Salvador, tendo na Atenção Básica, e especialmente na estratégia de Saúde da Família, o eixo orientador e coordenador das práticas de cuidados. (SALVADOR, 2014, p. 17)

Essa participação constitui importante vitória da luta pela democratização do SUS, pois com a previsão legal, a partir da referida norma de 1990, para serem criados Conselhos de Saúde em todas as esferas do governo, suas atribuições e decisões contribuem para o amadurecimento da democracia e da garantia de direitos fundamentais através de uma incentivada e regulamentada maior participação popular no processo político (ACIOLE, 2006).

Os Conselhos são formados de modo a contemplar, na sua composição, de forma paritária os profissionais da área de saúde, os usuários do sistema e a sociedade civil em geral. O intuito é ser um órgão colegiado que se aproxime o máximo possível da realidade, conseguindo captar de todos os ângulos as deficiências e forças do sistema, e sendo, também, melhor aparelhado para propor soluções eficazes, eficientes e efetivas para as falhas que emergirem do dia-a-dia. Os Conselhos nasceram, portanto, para formular, deliberar sobre e fiscalizar as políticas de saúde (CORREIA, 2006).

Desde a promulgação da Lei 1.842/90, ou seja, desde a previsão legal específica sobre a criação dos Conselhos de Saúde em cada esfera da Administração Pública, a União, todos os Estados e suas capitais já os implementaram.

Os Conselhos de Saúde são essenciais para a descentralização das ações do SUS, o controle do cumprimento de seus princípios e a garantia da participação popular na sua gestão. Como se verifica no caso sob análise, o Plano Municipal de Saúde de Salvador-BA contou com a participação não somente do Conselho Municipal, como também dos Distritais e Locais, o que denota uma salutar tentativa de dar voz a setores diversos da sociedade civil, ampliando o acesso democrático às deliberações.

Quanto à metodologia adotada para a construção do PMS 2014-2017 de Salvador/BA, foram nele descritos os seguintes pontos:

- a) avaliação do PMS 2010- 2013 a partir da análise do grau de cumprimento das metas estabelecidas para cada indicador e discussão dos entraves, das facilidades e estratégias adotadas para o alcance das metas traçadas;

- b) análise da situação de saúde, priorização dos problemas de saúde, módulos operacionais e monitoramento e avaliação;
- c) compatibilização de 91 proposições da XII Conferência Municipal de Saúde que apresentavam consistência e viabilidade técnica-operacional tendo em vista a capacidade de resposta do Município⁶; e
- d) proposta metodológica de monitoramento da implantação dos objetivos previstos.

Daí observa-se que a gestão municipal se preocupou em continuar a realizar a avaliação do PMS do quadriênio anterior⁷, o que constitui importante etapa para aumentar o grau de eficácia, eficiência e efetividade de qualquer política pública. Cohen e Franco (1993:77) conceituam avaliação como “uma atividade que tem como objetivo maximizar a eficácia dos programas na obtenção de seus fins e a eficiência na alocação de recursos para a consecução dos mesmos.

O planejamento estratégico adotado para a elaboração do PMS 2014-2017, conforme narrado no próprio corpo do referido Plano, atendeu aos dois objetivos descritos por Cohen e Franco (1993): ser preventivo e, ao mesmo tempo, solucionador de problemas. Isso fica claro quando se observa os procedimentos adotados previamente à sua redação, em especial com a avaliação do PMS anterior, coleta de dados detalhados sobre o território, a população atingida (seu perfil demográfico e socioeconômico), além dos principais problemas de saúde de cada região, e comparação com PMS de outras capitais e estados. Isso também fora feito no PMS 2010-2013 (RIOS, 2015), o que aponta a continuidade da política pública.

Destaque-se, no entanto, uma descontinuidade: no PMS 2010-2013 fora prevista a construção de indicadores sociais e metas para o primeiro biênio, a fim de serem avaliados e reconstruídos para o segundo biênio com mais efetividade. Isso não se repetiu no PMS 2014-2017, o que pode representar uma fragilidade da avaliação da política, que só será realizada

⁶ Ressalte-se que nem todas as proposições da XII Conferência Municipal de Saúde foram internalizadas no PMS. As deliberações e recomendações advindas da Conferência constituíram meramente uma referência política na definição das ações priorizadas no Plano. (SALVADOR, 2014, p. 19)

⁷ Isso já fora feito no PMS 2010-2013, conforme descrito por Rios (2015).

ao final do quadriênio. A ausência de monitoramento no decorrer dos quatro anos pode implicar em respostas lentas ou inexistentes a problemas que surjam na prática.⁸

Importante destacar, aqui, o conceito de indicador social como uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas públicas) – como é o caso concreto (COHEN e FRANCO, 1993). Os indicadores podem ajudar a melhor analisar e compreender a realidade, fornecendo medidas e dados úteis para se fazer reformas e mudanças, de forma a maximizar a efetividade das políticas públicas.

Resta verificar se os indicadores colhidos do quadriênio anterior contribuíram para a formulação de metas para o seguinte, e se tais metas foram alcançadas através do planejamento estratégico delineado no PMS em tela (JANUZZI, 2001). É o que será analisado a seguir.

Indicadores e metas do PMS 2014-2017

Nos indicadores construídos para elaboração do PMS 2014-2017, foram diagnosticados como principais problemas do estado de saúde:

Quadro 1 – Principais problemas do estado de saúde de Salvador

Elevada incidência de sífilis congênita	Elevado índice de câncer de mama
Elevado número de casos de dengue	Elevado número de casos de gravidez na adolescência
Alta prevalência de tuberculose	Elevado número de óbitos maternos
Aumento de doenças cardiovasculares, em decorrência da HAS e DM	Incremento do índice de cárie e doença periodontal nas diversas faixas etárias da população, residente em Salvador
Elevada incidência de DST/AIDS na população adulta	Elevada prevalência de hanseníase
Elevada ocorrência de casos de violência, inclusive contra a mulher	Aumento de sobrepeso em crianças e adolescentes em idade escolar e obesidade
Aumento de casos de HAS e DM na população adulta e jovem dos Distritos Sanitários	Alta incidência de câncer de próstata na população adulta

⁸ Observe-se, porém, que quando da publicação do artigo desta autora sobre o PMS 2010-2013 (RIOS, 2015), não foram encontradas informações sobre a real construção desses indicadores do primeiro biênio e nem dados sobre sua utilização para a reconstrução de metas para o segundo biênio. É possível, então, que essa avaliação no decorrer do quadriênio não tenha sido feita.

Aumento do uso abusivo de álcool e outras drogas, de forma precoce, na população dos DS	Aumento do número de agravos decorrentes do diabetes em idosos
Elevada incidência de doença falciforme	Elevado número de casos de leptospirose
Elevada ocorrência de agressão canina e felina entre os residentes de Salvador	Aumento do número de casos de gestação de alto risco
Aumento dos casos de pessoas portadoras de transtornos mentais leves e moderados e graves, principalmente depressão	Aumento do número de abortos em adolescente e adulto jovem no município de Salvador

Fonte: PMS 2014-2017 SALVADOR, 2014, p. 70.

Já a título de principais problemas de gestão e serviços de saúde, foram identificados:

Quadro 2 – Principais problemas de gestão e serviços de saúde de Salvador

Ineficiência dos serviços de manutenção preventiva e corretiva das instalações físicas, equipamentos e mobiliário da rede de serviços da SMS, inclusive rede de frio	Deficiência na oferta e qualidade dos serviços oferecidos nos Prontos Atendimentos	Deficiência na marcação e insuficiência na oferta de serviços em média e alta complexidade
Irregularidade no fornecimento de materiais, insumos e medicamentos as Unidades de Saúde	Insuficiência da oferta de serviços na rede assistencial para agravos prevalentes como hanseníase, tuberculose, leishmaniose, dengue, meningite, DST, HIV, HAS e Insuficiência Respiratória Aguda	Fragilidade na implementação das redes assistenciais (Cegonha, RAUE e RAPS)
Desequilíbrio da distribuição de procedimentos através da Programação Pactuada e Integrada	Ausência do fluxo de referência e contra-referência institucionalizado nas Unidades de Saúde	Ausência de protocolos institucionalizados para atendimento aos programas de saúde da criança, mulher, bucal, adolescente, homem e pré-natal
Deficiência na oferta de serviços voltados para a prevenção das drogas	Deficiência na rede de comunicação (telefonia, internet) das Unidades de Saúde	Falta de implementação da Política de Humanização nas Unidades de Saúde
Inadequação da infra-estrutura dos DS para descentralização das ações de vigilância da saúde	Insuficiência de Unidades Sentinela para o monitoramento da influenza	Insuficiência de profissionais de nível médio e superior; Necessidade de manutenção e ampliação das equipes de NASF
Insuficiente quantitativo de veículos para o desenvolvimento das ações da SMS	Estruturas físicas inadequadas das Unidades de Saúde para o acesso de pessoas com deficiência	Inexistência de Hospital Municipal
Descumprimento de carga horária dos profissionais da rede própria da SMS	Falta de integração entre o ponto biométrico e a folha de pagamento	Pouca incorporação de práticas de planejamento, monitoramento e avaliação pela SMS
Falta de segurança nas Unidades de Saúde e Administrativas da SMS	Fragilidade nos mecanismos de controle da produção de serviços dos EAS	Dificuldade para controle no cumprimento dos contratos pela falta de acompanhamento da publicação das agendas
Dificuldade na execução e morosidade na tramitação dos processos licitatórios da PMS	Precarização dos vínculos trabalhistas de algumas categorias profissionais	Fragilidade no funcionamento dos serviços de saúde como observatório epidemiológico da saúde

Ausência do Plano de Desenvolvimento de Pessoas	Baixo valor dos procedimentos de média e alta complexidade da tabela SUS	Fragilidade técnica dos trabalhadores da saúde para desempenho das funções
Falta de cumprimento do Termo de Gestão Compartilhada da Regulação entre o Estado e o Município	Fragilidade na implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra	Fragilidade na integração entre as Vigilâncias e a Assistência
Pouco preenchimento do quesito raça/cor nas fichas e formulários dos SIS	Insuficiência de recursos financeiros para execução dos programas de Saúde	Inexistência do módulo prontuário eletrônico e deficiência nos módulos regulação, urgências, SISFARMA e laboratório do Sistema VIDA+
Falta de informação à população quanto aos locais que dispõem dos serviços de saúde e o fluxo de referência	Falta de cumprimento dos fluxos da área de administração e Educação Permanente de Gestão de Pessoas da Saúde	Falta de um sistema de gestão de pessoas que atenda as necessidades da área de administração e educação permanente
Ausência de equiparação entre as equipes de saúde bucal e de saúde da família; (xxxxi) Inexistência de autonomia financeira da Vigilância Sanitária	Ausência de uma Política Municipal de Gestão do Trabalho e Educação em saúde	Ausência de uma Política Municipal de Promoção da Saúde
Ausência de uma Política de fortalecimento do controle social	Baixa cobertura da atenção básica	

Fonte: PMS 2014-2017 SALVADOR, 2014, p. 71-72.

Em relação ao PMS 2010-2013, o PMS 2014-2017 detalha mais os indicadores⁹, o que permite uma melhor visualização e planejamento da política pública. No entanto, fica evidente a persistência de problemas relacionados à insuficiência da estrutura.

A fim de sanar tais problemas, o PMS 2014-2017 estabeleceu 3 módulos operacionais:

- a) Vigilância em Saúde,
- b) Atenção Integral à Saúde e
- c) Gestão do Sistema Único de Saúde Municipal.

⁹ Note-se que o PMS 2010-2013 não havia feito a separação em duas categorias: “estado de saúde” e “gestão e serviços de saúde”. Porém nos indicadores de saúde municipal à época elencados, constavam apenas pontos que parecem pertencer à segunda categoria: (i) insuficiência de manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos e estrutura de saúde; (ii) ineficiência do modelo de atenção vigente que não contempla a integralidade do cuidado e o acolhimento do usuário; (iii) desarticulação entre os Distritos Sanitários e o nível central; (iv) insuficiente regulação de consultas, exames e internação na rede de serviços de saúde; (v) insuficiente política de promoção e prevenção em saúde; insuficiência quantitativa e qualitativa do quadro permanente de servidores e gerentes; (vi) precárias condições de trabalho e remuneração para os trabalhadores de saúde; (vii) fragilidade da capacidade de gestão (planejamento, avaliação, articulação, integração e comunicação); e (viii) inexistência de formulação de políticas locais. (SALVADOR, 2010)

“Os módulos operacionais organizam um conjunto de proposições relativas às intervenções que se pretende realizar para o enfrentamento de um dado problema (TEXEIRA, 2001) alcance de resultados e impacto” (SALVADOR, 2014, p. 73). Cada módulo, por sua vez, possui uma diretriz e vários objetivos específicos. Cada objetivo é detalhado no corpo do PMS com indicação de responsáveis, metas, ações e indicadores de monitoramento.

Essa previsão detalhada constitui um instrumento facilitador não só da avaliação da política por parte do Município, como também sua fiscalização por parte da população. Uma vez que o PMS é de acesso público e contém a identificação dos órgãos responsáveis por cada objetivo, torna-se viável a cobrança de resultados por parte dos cidadãos. Resta saber se os canais de comunicação funcionam, se há respostas eficientes, se os munícipes têm feito uso dessa via de participação. Essa investigação e discussão, porém, não são objeto desse artigo.

Ao comparar o detalhamento dos 3 módulos operacionais do PMS 2014-2017 com as 22 linhas de ação do PMS 2010-2013, observa-se uma mudança de organização do Plano. O anterior dividiu-se em mais linhas de ação, porém os mais recentes módulos operacionais eram, cada um, mais detalhados e transparentes quanto à responsabilização dos órgãos municipais sobre cada objetivo. O PMS 2010-2013 não trazia essa identificação dos responsáveis, o que abria menor espaço para diálogos e viés democrático da gestão.

Foram pinçados dois itens dentro dos mais novos módulos operacionais, selecionados a partir do aspecto estrutural e de possibilidade de acesso e atendimento da população na baixa e média complexidade. Outro fator levado em consideração para tal escolha foi a viabilidade de cruzamento de metas e números do PMS com os dados atualizados da Secretaria Municipal de Saúde e do SUS retratando a realidade do município. Assim, os itens aqui recortados para análise foram: fortalecimento da estratégia de saúde da família e rede hospitalar municipal.

O Município de Salvador possui uma população de cerca de 2.883.672 habitantes, sendo a cidade mais populosa do Nordeste e a terceira mais populosa do Brasil (IBGE, 2013). Em 2014, havia uma Unidade de Saúde da Família para cada 57.818 habitantes, aproximadamente, se considerada somente a capital. (RIOS, 2015)

Conforme dados coletados no sítio *online* da Secretaria Municipal de Saúde, existem atualmente 61 Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídas em 11 dos 12 distritos

sanitários da capital baiana (o distrito de Pau da Lima não possui USF).¹⁰ Significa que há uma USF para cada 47.273 habitantes, aproximadamente. A proporção, então, melhorou em relação ao quadriênio anterior. Mas isso não significa que o cenário aponta para uma política pública bem-sucedida.

Ainda que se tenha em mente que cada uma dessas unidades conta com no mínimo uma equipe de profissionais de saúde, formada por pelo menos:

- a) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade;
- b) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
- c) auxiliar ou técnico de enfermagem; e
- d) agentes comunitários de saúde (podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal), a proporção atual continua sendo um quadro alarmante de deficiência na prestação do serviço de saúde de Salvador. Isso porque a regulamentação da Estratégia de Saúde da Família estabelece o seguinte:

Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. (BRASIL, 2012, p.55)

Ora, se considerada a cidade de Salvador, e que cada Unidade ou Posto de Saúde da Família tenha uma equipe completa, isso significa que a situação é aproximadamente 12 vezes mais habitantes para cada equipe do que o máximo estipulado pela Estratégia de Saúde da Família – SUS. Por óbvio, não se pode crer que, com tal extrapolação da proporção de habitantes por equipe, o atendimento prestado venha sendo de qualidade. Ainda que cada equipe se esmere ao máximo, nunca falte e até mesmo preste horas extras, milhares de pessoas ficarão sub-atendidas ou sem atendimento, dada a impossibilidade fática de tais profissionais se desdobrarem para atender 47.273 habitantes, ao invés de 4.000.

¹⁰ Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios>> Acesso em 11 fev. 2018.

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica do SUS, em janeiro de 2014 Salvador possuía 183 equipes de Saúde na Família cadastradas no Sistema e funcionando, distribuídas nas 51 Unidades ou Postos, proporcionando atendimento a 23,29% da população da cidade. Já em dezembro de 2017, havia 239 equipes implementadas nas 61 USFs ativas, proporcionando atendimento a 30,42% dos cidadãos soteropolitanos.¹¹

Vale frisar que se cada uma das então 183 equipes do início de 2014 atendesse aos 4.000 habitantes previstos na Estratégia da Saúde na Família, seriam 732.000 cobertos. Contudo, os dados do Departamento de Atenção Básica do SUS denotam a ineficiência das unidades, haja vista que em janeiro de 2014 foram estimados somente 631.350 atendimentos. Já em dezembro de 2017, com 239 equipes, se cada uma atendesse a 4.000 habitantes, seriam 956 mil cobertos. Porém foram apenas 824.550, conforme dados estimados do Ministério da Saúde. Levanta-se a hipótese dessa ineficiência se dever ao aparelhamento insuficiente das Unidades de Saúde da Família onde atendem, à falta de preparo e/ou de profissionais para compor equipes completas.

Fato é que o número de estimados 824.550 pessoas atendidas quase desaparece diante do peso dos quase três milhões de habitantes de Salvador. Mesmo com a melhora que houve entre 2014 e 2017 na cobertura, de 7,13%, permanece o cenário de considerável ineficiência das Unidades de Saúde da Família, ainda mais quando observado à luz das diretrizes e princípios da Estratégia de Saúde da Família, estabelecidas na Portaria nº 648/GM de 2006:

- a) ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- b) atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

¹¹ Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso em 11 fev. 2018.

- c) desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- d) buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e (v) ser um espaço de construção de cidadania.

Nenhum desses princípios vem sendo cumprido, na medida em que a quantidade de Unidades de Saúde da Família em funcionamento em Salvador é gritantemente insuficiente para sua população, e que suas equipes sequer dão conta dos 4.000 atendimentos por cada, previstos na Estratégia de Saúde da Família.

Sobre a rede hospitalar municipal, o PMS 2010-2013 já previa a criação do primeiro hospital municipal, mas não cumpriu. O PMS 2014-2017 reconheceu a inexistência do referido espaço (SALVADOR, 2014, p. 72), mas não menciona a proposta de sua criação em nenhum momento. Há, portanto, um recrudescimento de intenção. Talvez por se tratar de Plano que transiciona do primeiro para o segundo mandato do mesmo prefeito e ter pensado em não destacar o reiterado descumprimento dessa meta, que inclusive fora promessa de campanha eleitoral.¹²

O hospital foi inaugurado em 04 de abril de 2018¹³, portanto após finalizado o quadriênio do PMS 2014-2017 e com muitos anos de atraso em relação aos planos anteriores. Embora não seja objeto deste trabalho analisar as causas específicas da morosidade na construção de um hospital municipal em Salvador, trata-se de mais um sinal da ineficiência da gestão municipal do SUS.

A inexistência de um hospital da rede municipal em Salvador, cidade de proporções demográficas tão significativas, representava grave deficiência na saúde pública. Há que se lembrar que a referida capital funciona como pólo concentrador de atendimento do SUS no

¹² Como se vê nas notícias: <<http://atarde.uol.com.br/politica/eleicoes/noticias/1450870-acompanhe-as-promessas-de-campanha-de-acm-neto>> e <<http://g1.globo.com/bahia/eleicoes/2016/noticia/2016/09/conheca-principais-propostas-dos-candidatos-prefeito-para-saude.html>> Acesso em 11 fev. 2018.

¹³ Como se vê nas notícias: <<https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/hospital-de-salvador-e-inaugurado-e-atendera-pacientes-do-samu-e-upa-demanda-espontanea-sera-aberta-dia-30.ghtml>> <<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/hospital-municipal-sera-inaugurado-nesta-quarta-4-pacientes-chegam-a-partir-das-19h/>> Acesso em 12 fev. 2019.

Estado da Bahia, atraindo usuários de todas as cidades do interior. Tanto assim que após dez meses de funcionamento, o novo hospital atingiu a marca de 100 mil atendimentos. De acordo com dados divulgados pela prefeitura, 10% das admissões foram de pacientes provenientes de municípios do interior e outros estados.¹⁴

O último censo apontou uma população aproximada de 15.044.137 habitantes na Bahia (IBGE, 2013). Não era de se admitir como razoável, portanto, a inexistência de um hospital municipal na capital, devidamente estruturado e equipado para fornecer atendimento pelo menos de média complexidade para a população. A própria prefeitura soteropolitana reconhece que há necessidade de ampliar os quadros e leitos do hospital agora inaugurado, face à elevada demanda.¹⁵

Ainda que tomando como base somente esses dois aspectos do PMS 2014-2017, a situação narrada traduz a realidade da saúde pública na capital baiana, que os noticiários e o senso comum da observação cotidiana confirmam. Há alguns avanços, mas ainda tímidos face ao tamanho da defasagem

Se o Programa de Saúde na Família deveria ser a porta de entrada do SUS, o meio prioritário de acesso dos cidadãos ao sistema, deveria ser prioridade máxima da gestão torná-lo não só eficaz e eficiente, mas também efetivo. No momento, o quadro que se apresenta não tem nenhuma dessas características. Quanto à implementação e ao aparelhamento da rede hospitalar municipal, reconhece-se seu primeiro passo, de grande relevância, porém com inescusável demora e ainda carente de expansão.

Descentralização da Saúde: dificuldades práticas

Como já mencionado, o Brasil optou pela gestão descentralizada da saúde na Constituição de 1988, regulamentando-a na Lei 8.080/90, criadora do SUS, e em outras normas infraconstitucionais.

Cohen e Franco (1993, p.37) aduzem que:

A opção descentralizadora, então, se caracteriza por incorporar novos atores, totalmente autônomos dentro de suas competências, no campo de forças da política social. A transferência de poderes da administração central

¹⁴ Fonte: <<https://www.bahianoticias.com.br/saude/noticia/22330-hospital-municipal-de-salvador-atendeu-100-mil-pacientes-em-10-meses.html>> Acesso em 12 fev. 2019.

¹⁵ Idem.

a diversas pessoas jurídicas de âmbito territorial pode aumentar a dispersão decisória e dificultar o esforço racionalizador que conduz ao estabelecimento de um executivo social.

Um dos desafios que a descentralização do SUS enfrenta, para sua máxima efetividade, é que a maioria dos municípios brasileiros não tem arrecadação própria significativa e depende das transferências intergovernamentais de recursos, com limitada capacidade de aumentar seu grau de autonomia política e financeira a partir do processo de descentralização previsto pela Constituição de 1988 e pela Lei 8.080/90. (LIMA, 2012)

A Lei Complementar Federal nº 141 de 2012 prevê que os municípios gastem com saúde 15% de sua arrecadação tributária própria e das transferências estaduais e federais. Assim, se essa arrecadação for baixa, também serão baixos os investimentos em saúde, comprometendo a eficácia e a eficiência das ações nessa área.

Com a descentralização, também chamada de municipalização do SUS, a União ficou responsável por determinar as diretrizes das políticas de saúde e repassar aos estados e municípios os recursos necessários para executá-las.

Além das competências comuns aos outros entes federativos, são responsabilidades do município os serviços de saúde primária ou de baixa complexidade (emergências, pronto-socorro, ambulatórios de clínica geral, odontologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia). Dificilmente realizará procedimentos de média e a alta complexidade, tais como cirurgias neurológicas, cardíacas e tratamentos de câncer. Porém em cidades de grande porte, como é o caso de Salvador, até mesmo esse tipo de atendimento pode ficar a cargo do município.

As Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS desde 1991 vêm regulamentando e fortalecendo cada vez mais a municipalização do Sistema. Em especial, a NOB 01/96 criou duas novas formas de gestão municipal. Na Gestão Plena da Atenção Básica, o município assume a responsabilidade sobre ações e serviços de atenção básica à saúde de sua população. Na Gestão Plena do Sistema Municipal, além de responsabilizar-se pela provisão de atenção básica, o município assume serviços de maior complexidade, como a gerência de serviços hospitalares e a oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo (ANDRADE; LISBOA, 2001).

No caso sob análise, Salvador possui Gestão Plena do Sistema Municipal, segundo a Portaria nº 465/GM de 2005, o que confirma sua ingerência quanto à construção de um hospital próprio para cumprir sua obrigação de se responsabilizar também por serviços de

maior complexidade. Assim, o fato de não ter construído, até o final do PMS 2014/2017, um único hospital de rede própria denota grave deficiência no Sistema e na alocação de recursos feita por esta esfera.

Por outro lado, a municipalização, em tese, facilitaria a implementação dos programas de Atenção Primária à Saúde (APS), inspirados na Declaração de Alma Ata (1978), que a conceituou como:

Atenção primária à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter. [...] Faz parte integrante tanto do sistema de saúde do país [...] quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade [...] pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Entretanto, como demonstrado neste trabalho, a realidade soteropolitana destoa dos princípios, diretrizes, conceitos e objetivos de Atenção Básica e Saúde da Família constantes dos programas e estratégias do setor. A gestão municipal do SUS em Salvador não vem dando conta de atender aos objetivos da Estratégia de Saúde da Família, não provendo seus Distritos Sanitários de suficientes Unidades e Postos.

Inclusive, nesse sentido, a ausência de dados ou de sua publicação, até o presente momento, na Secretaria Municipal de Saúde, acerca da avaliação por ela mesma realizada quanto ao primeiro biênio do PMS, e quanto aos indicadores e metas construídos para o segundo biênio e sua referida avaliação, também apontam para as dificuldades de gestão municipal do sistema, exacerbadas com a descentralização. Mesmo em se tratando de uma capital, que goza da gestão plena do SUS em seu território, a operacionalização da própria política, as construções de indicadores e metas, suas avaliações e execuções ainda estão longe do ideal.

Considerações finais

O trabalho se propôs a analisar os indicadores, objetivos e metas do PMS 2014-2017, em sua interface com os princípios gerais do SUS, da Estratégia de Saúde da Família, conceitos da OMS, da Declaração de Alma-Ata e de normas infraconstitucionais brasileiras

diversas sobre as políticas públicas de saúde. Aproveita-se para fazer uma comparação com o PMS 2010-2013, tecendo comparações e reflexões críticas sobre o que se cumpriu ou não, em que houve avanços, retrocessos ou continuidades.

Fazendo o recorte das linhas de ação propostas no PMS 2014-2017 relativas ao fortalecimento da estratégia de saúde da família e à rede hospitalar, e comparando seus objetivos e metas traçados com a realidade fática da cidade no período e até o início do ano de 2018, verificou-se um quadro de distanciamento entre eles. Observou-se avanço relativo ao Plano anterior. A continuidade de descumprimentos dos Planos e de promessas de campanha eleitoral representa o desrespeito aos mandamentos constitucionais e de direitos humanos, incluindo a lógica democrática e participativa de gestão (vide missão assumida pela Secretaria Municipal de Saúde, já mencionada).

A insuficiência da estrutura e, conseqüentemente, do acesso à saúde para a população é inegável e precisa ser encarada pelo próximo PMS 2018-2021 de Salvador com seriedade e avaliações prévias competentes, com a intenção de realizar profundas reformas na gestão municipal do SUS, aproximando-a mais do conceito de efetividade, e, assim, garantindo o direito fundamental à saúde para todos, conforme previsto na Carta Magna de 1988.

O que a realidade apontada pelos dados analisados indica é de desrespeito ao artigo 196 da Constituição Federal¹⁶, na medida em que a estrutura municipal é flagrantemente insuficiente para atender às necessidades mínimas da população. Para ajudar a reverter tal situação, faz-se urgente uma avaliação das políticas públicas adotadas, confrontando os objetivos traçados com os resultados alcançados no PMS 2010-2013 e pelo PMS 2014-2017, rediagnosticando as demandas da sociedade e elaborando o novo PMS 2018-2021 com visão de futuro e maior eficácia, eficiência e efetividade. Em última instância, a população como um todo será beneficiada por essa nova abordagem da gestão municipalizada da saúde.

¹⁶ Artigo 196 da Constituição Federal de 1988: 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 sua promoção, proteção e recuperação.

Referências

ACIOLE, G.G. A Trajetória da Saúde no Brasil: veredas e caminhos do Público e do Privado. In: **A Saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec, 2006.

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

BRASIL. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n. 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 jun. 2013.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 12 jun. 2013.

BRASIL. **Portaria nº 465/GM de 06 de fevereiro de 2005**. Ministério de Estado da Saúde. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-465re.htm>> Acesso em 12 abr. 2014.

BRASIL. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Ministério de Estado da Saúde. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em 12 abr. 2014.

BRASIL. **Portal do Departamento de Atenção Básica (DAB)**. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br.php>> Acesso em 11 fev. 2018.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS nº 01/96**. Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>> Acesso em 12 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

COHEN, E. & FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1993.

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, URSS, 1978.

CORREIA, M.V. C. Controle Social na Saúde. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

D'ESPÍNDOLA, T. C. de A. S. **Judicialização da medicina no acesso a medicamentos:**

reflexões bioéticas. Revista Bioética, 2013; 21 (3): 438-447.

IBGE, 2013. **Censo Demográfico de 2013.** Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes ao Estado da Bahia, fornecidos em meio eletrônico. <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>> Acesso em 12 fev. 2018.

JANNUZZI, P.M. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações.** Campinas: Alínea, 2001.

LIMA, L. D. de. Federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde no Brasil. In: **Direito Sanitário.** São Paulo: Elsevier, 2012.

OLIVEIRA, D. de P. R. de **Planejamento Estratégico.** 31ª Ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2013.

PRADO (2003) e DE LIMA (2007) In: DE LIMA, Luciana Dias. Federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde no Brasil. In: **Direito Sanitário.** São Paulo: Elsevier, 2012.

RIOS, É. de. Gestão Municipal do SUS e seus impactos na prestação de serviços de saúde – o caso de Salvador/BA entre 2010 e 2013. In: **Revista Jurídica da Defensoria Pública da Bahia**, v. 3, p. 09-22, 2015.

SALIBA, N. A., GARBIN, C.A.S., et al. **Plano Municipal de Saúde: Análise do Instrumento de Gestão.** Biosci. J., Uberlândia, v. 29, n. 1, p. 224-230, Jan./Fev. 2013

SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013.** Prefeitura Municipal de Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Prefeitura Municipal de Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versao_preliminar.pdf> Acesso em 11 fev. 2018.

TEXEIRA, Carmen F. **Planejamento Municipal em Saúde.** Salvador-BA, 2001.

Dados da autora

Érica Rios de Carvalho

Professora de Direito da Universidade Católica do Salvador (UCSal); Especialista em Direito Privado, Mestra e Doutoranda em Políticas Sociais e Cidadania pela UCSal; bolsista FAPESB. Coordenadora do Núcleo de Análises em Direitos Humanos e Alteridades (NADHA/UCSal) e Coach do time de Direitos Humanos do Núcleo de Tribunais Internacionais (NUTI/UCSal). E-mail: ericariosc@gmail.com