

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS ARTES**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**ESTUDO SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE  
ALTA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA**

**DENISE DE OLIVEIRA**

**João Pessoa-2007**

CE  
36(043)  
0482

**DENISE OLIVEIRA**

**ESTUDO SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS  
DE ALTA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE  
JOÃO PESSOA**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social.

**Área de Concentração: Política Social**

**Orientadora: Profa. Dr<sup>a</sup>. Patrícia Barreto Cavalcanti.**

João Pessoa / 2007

UFPB / BIBLIOTECA CENTRAL	
BC 1.0	UFPB/CEH/A/S. Social
26/03/09	
	03062

II

**DENISE DE OLIVEIRA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIENCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES**  
**PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**ESTUDO SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**  
**DE ALTA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE**  
**JOÃO PESSOA**

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profª Drª Patrícia Barreto Cavalcanti**  
**(Orientadora)**

---

**Doutora**

---

**Doutora**

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que me ampara em todos os momentos de minha vida, seja eles, de alegria ou tristeza. Meu reconhecimento e amor, pois sei que sem seu amor não conseguiria vencer mais essa etapa da minha vida.

A minha filha Iris que me fortalece com sua existência, pela felicidade carinho e amor que proporciona em minha vida. Meu eterno amor.

A Indalécio pelo tempo de companheirismo e carinho.

Aos meus pais, especialmente a minha mãe, Mariynha, que é uma pessoa muito especial em minha vida e sempre me instigou em todos os momentos.

A meu irmão, Denílson, minha cunhada Marinalva e meus sobrinhos Davison e Samuel, pelo apoio e carinho. Meu eterno amor.

A minha avó Iná que com sua delicadeza e sabedoria me dar colo em todos momentos que preciso. Meu eterno amor e gratidão pelo exemplo de mulher guerreira e linda que é.

Ao meu amigo Eré, por compartilhar comigo momentos de dificuldades pessoais e me incentivar a descobrir uma grande força interior. Você é especial.

As minhas amigas Siomary e Simone que ultrapassaram os muros acadêmicos e compartilharam comigo momentos de tristeza e alegria minha eterna amizade, carinho e gratidão. Jamais Esquecerei vocês.

Em especial à Orientadora Professora Dr.<sup>a</sup> Patrícia Barreto Cavalcanti que teve a paciência, insistência e compreensão do momento especial que passava minha vida, que soube dosar e respeitar meus momentos de fraqueza, insegurança como também de cobrar

minha capacidade diante de todos os fatos existentes nesse processo durante o mestrado. Meu eterno carinho e respeito.

À Professora Dr.<sup>a</sup> Aparecida Ramos de Menezes pelo voto de confiança e carinho. minha eterna admiração e respeito reconheço que devo muito desse momento a você.

A coordenação, professores e aos funcionários em especial a Fatinha, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, pela contribuição direta e indireta, que sempre me prestaram.

Aos gestores e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde do Município de João Pessoa, pela contribuição para realização deste trabalho.

As colegas do SEPSASS, pelos momentos compartilhados de aflição, alegrias e companheirismo.

Aos colegas do Mestrado, em especial a Raquel, Francisco, Conceição e Sandra Marrocos meu eterno carinho.

A minha Coordenadora Maria Nilza Cirne Ramalho e colegas de trabalho em especial Antônia Marize Guerra, do Serviço Sentinela de João Pessoa que mesmo indiretamente contribuíram muito com a concretização desse trabalho. Pelos momentos de alegrias, incentivos e confiança, meu eterno carinho.

A todos que diretamente ou indiretamente torceu por me e contribuíram para a concretização deste trabalho.

**DEDICATÓRIA**

*À Minha filhinha Iris por trazer felicidade a minha vida.*

## RESUMO

Esta dissertação é resultado de uma investigação realizada no Programa de Pós-graduação em serviço social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no âmbito do SEPSASS - Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social. A referida dissertação localiza-se na área de concentração de Política Social e possui como objetivo principal, analisar o processo de municipalização e o atual quadro de operacionalização do SUS em nível de gestão precisamente no tocante a organização dos serviços de alta complexidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** SUS, Organização de Serviços, Gestão.

## ABSTRACT

This dissertation is result of a research carried through in the Master's degree Social Work (UFPB), in the SEPSASS - Section of Studies and Research in Health and Social Work. The related dissertation is situated in the area of Social Politics and has as main objective to analyze the process of municipalization, in the present situation of operacionalization of the SUS, in level of management in regards to services organization of the high complexity.

**Keywords:** SUS (The Brazilian National Health System), Services Organization, Management.

**LISTA DE SIGLAS**

Alta Complexidade - **AC**

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - **ABRASCO**

Ações Integradas de Saúde - **AIS**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - **CEBES**

Constituição Federal do Brasil-**CFB**

Centro de Ciências Humanas Letras e Artes – **CCHLA**

Comissão Intergestora Tripartite - **CIT**

Conselho Municipal de Saúde - **CMS**

Conselho Nacional de Saúde - **CNS**

Conselho Nacional de Administração da Saúde e Previdência - **CONASP**

Centro de Saúde - **CS**

Gestão Plena de Atenção Básica - **GPAB**

Gestão Plena do Sistema Municipal - **GPSM**

Instituto de Aposentadoria e Pensão - **IAPS**

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - **INAMPS**

Lei Orgânica de Assistência Social - **LOAS**

Lei Orgânica da Saúde - **LOS**

Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - **MARE**

Ministério da Saúde - **MS**

Normas Operacionais da Assistência Social - **NOAS**

Normas Operacionais Básicas - **NOB**

**Programa Agentes Comunitários - PACS**

**Paraíba - PB**

**Programa Saúde da Família – PSF**

**Secretaria de Saúde - SESAU**

**Secretaria Estadual de Saúde - SES**

**Sindicato de Saúde - SINDSAÚDE**

**Secretaria Municipal de Saúde – SMS**

**Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social - SEPSASS**

**Sistema Único Descentralizado de Saúde - SUDS**

**Sistema Único de Saúde - SUS**

**Universidade Federal da Paraíba - UFPB**

**União dos Médicos - UNIMED**

**LISTAS DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Envelhecimento Populacional	72
Gráfico 2 – Evolução das Condições de Nascimento	75
Gráfico 3 – Distribuição por natureza (públicos ou privados) em João Pessoa	90
Gráfico 4 – Identificação dos gestores entrevistados segundo o sexo	94
Gráfico 5 – Identificação dos gestores entrevistados segundo a formação acadêmica	95
Gráfico 6 – Identificação dos gestores entrevistados segundo a pós - graduação	96
Gráfico 7 – Identificação dos gestores entrevistados segundo o tempo de atuação	97
Gráfico 8 – Identificação dos gestores entrevistados segundo a instituição vinculada	98

**LISTAS DE FIGURAS**

Figura 1 – Estados habilitados em gestão plena de sistema / SUS, segundo ano de habilitação.	32
Figura 2 – Mecanismos de gestão do SUS	38
Figura 3 – Organização dos serviços de saúde no âmbito das esferas	41
Figura 4 – Evolução da implantação das equipes de saúde da família	47
Figura 5 – Componentes da gestão: organização e modelo	64
Figura 6 – Distritos sanitários e unidades básicas de saúde no município de João Pessoa	83

**LISTAS DE TABELAS**

Tabela I – População residente por faixa etária e sexo	73
Tabela II – Rede hospitalar do SUS: hospitais e leitos por especialidades	89
Tabela III – Indicadores da atenção básica no município de João Pessoa	92

**SUMÁRIO**

INTRODUÇÃO	14
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	22
CAPÍTULO I – A GESTÃO DO SUS SOB A VIA DA MUNICIPALIZAÇÃO	24
1.1 Análise sobre a gestão do SUS na última década	59
1.2 A organização de serviços como mecanismo de gestão da saúde	71
CAPÍTULO II – DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM JOÃO PESSOA	72
2.1 A emersão e a consolidação do SUS no município de João Pessoa numa perspectiva histórica	82
2.2 A organização da rede de assistência à saúde no município de João Pessoa no contraponto aos pólos de referência e contra - referência	93
CAPÍTULO III – ANÁLISE SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES	94
3.1 Perfil dos gestores entrevistados	99
3.2 A organização dos serviços de saúde na rede de assistência antes da municipalização e atualmente	104
3.3 Compatibilidade entre organização formal dos serviços de saúde e as propostas de reorganização contidas no SUS no município de João Pessoa	109
3.4 Relação entre Estado e município no que se refere à alta complexidade	112
3.5 Análise sobre as dificuldades que se observa hoje no atendimento de alta complexidade	115
Considerações Finais	118
Referências Bibliográficas	122
Anexos	

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta investigação justificou-se, a princípio, pelo atual quadro vivenciado face aos avanços e recuos que a operacionalização do SUS obteve em nível de gestão na organização dos serviços de saúde. Tais fatores não se restringem apenas ao movimento de prestação de assistência a saúde fornecida pelos serviços a população, ela extrapola esse nível operativo, se expressando no cotidiano institucional em termos de desorganização dos hospitais e os ambulatórios especializados, notadamente a rede que compreende o município de João Pessoa.

A partir desta problemática existiu o interesse em aprofundar estudos acerca do tema, uma vez que, ao final do curso de graduação em Serviço Social realizamos o estágio supervisionado no Hospital Napoleão Laureano (instituição esta em referência no estado, no que se refere ao tratamento de câncer) e nos detivemos na análise das nuances que envolvem tal nível de complexidade.

A delimitação do objeto real de pesquisa só emergiu após o convívio no **“Setor de Estudos e Pesquisa de Saúde em Serviço Social”- SEPSASS** justificada pela necessidade de se fomentar a linha de pesquisa **“Política de Saúde e Organização de Serviços”**.

Após os aprofundamentos necessários, chegou-se a conclusão de que o interesse fundamenta-se em investigar a questão da organização dos serviços públicos de saúde nos cenários da alta complexidade como mecanismo de gestão no SUS em João Pessoa, a partir do período em que o município assumiu a gestão plena de sistema e a atual conjuntura da política, a qual ainda não é efetivada como os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde

estabelecida na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, pelas atribuições dadas nas Leis Orgânicas da Saúde de 1990 (Lei n. °8080 e a Lei n. °8142); (e pelos instrumentos de operacionalização constantes das Normas Operacionais Básicas).

Para tanto, essa investigação partiu da perspectiva metodológica, análise histórico - crítica sobre a organização dos serviços públicos de saúde da rede de alta complexidade em João Pessoa. Paralelamente, buscou-se identificar as percepções dos gestores do nível de alta complexidade da rede pública do município acerca de tal temática.

A pesquisa objetivou também identificar quais os mecanismos de organização de serviços que estão sendo utilizados pelos gestores para facilitar o acesso universal proposto pelo SUS à população usuária.

A hipótese que norteou a pesquisa foi a de que, mesmo com as mudanças que o município de João Pessoa tem sofrido em nível de macro-gestão, assumindo a gestão plena de sistema, e ainda, considerando o modo como a rede está organizada, em nível local na execução dos serviços públicos de média e alta complexidade, detecta-se uma série de problemas que tem dificultado o acesso dos usuários, dentre os quais o mais relevante é justamente a existência de um modelo de gestão convencional que ainda é seguido pelos gestores, incompatíveis com o conteúdo da gestão plena de sistema.

Esta pesquisa iniciou-se no mês de junho de 2005, tendo seu término em janeiro de 2006 a qual apresentou duas fases: a inicial de caráter qualitativo empírico, que procura abordar a realidade nas suas várias dimensões e manifestações, buscando analisa-la dentro de um processo histórico - crítico.

A fase exploratória, como define THIOLENT, foi de fundamental importância, pois..., “Constitui em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas, e estabelecer

um primeiro levantamento (ou 'diagnostico') da situação dos problemas prioritários e de eventuais ações (1985,p48)".

Foi com esta intenção, que se procurou trabalhar esta fase exploratória, na busca de elementos que estabelecem subsídios de cunho contributivo para a fase definitiva da pesquisa.

O procedimento adotado nesta fase e na posterior foi de cunho prioritariamente qualitativo, considerando que tal abordagem reforça o sentido social da prática científica, pois a pesquisa qualitativa analisa os...

“[...] significados que os indivíduos dão às suas ações, no espaço que constroem as suas relações, ou seja, á compreensão do sentido dos atos e das decisões dos atores sociais, assim como dos atos e das decisões dos atores sociais, assim como dos vínculos das ações particulares, como o contexto social mais amplo, em que estas se dão. Há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, entre o sujeito e o objeto, entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito [...]” (BAPTISTA, 1994, p.21).

Desta forma, na investigação foram utilizados os instrumentos de coleta distribuídos em dois momentos que contribuiram para o desenvolvimento da pesquisa, os quais terão seus usos detalhados a seguir, de acordo com cada fase de investigação.

- **Revisão Bibliográfica**

Este instrumento teve como objetivo de aprofundar teoricamente o objeto delimitado. Este primeiro momento foi de grande importância, em função da pouca produção de conhecimento disponível, foram consultadas as bibliotecas setoriais da UFPB quais sejam: a Biblioteca Central da Universidade e Setorial (CCHLA), buscando um maior aprofundamento bibliográfico sobre o tema pesquisado na área da organização dos serviços de saúde, o que serviu para mostrar sua importância no desenvolvimento acadêmico e na investigação científica da UFPB.

Destacamos ainda que grande parte da nossa pesquisa foi realizada com base na produção do SEPSASS, visto que como já destacamos este Setor já tem uma linha de pesquisa que vem trazendo importantes contribuições para o debate sobre política de saúde e organização de serviços. Ressaltamos também que, além desse recurso fizemos uso da internet, já que o tema da política de saúde tem um vasto acervo disponível em sites e bibliotecas eletrônicas

- **Pesquisa Documental**

A utilização deste instrumento consistiu em consultas aos órgãos públicos sites relacionados (arrolados nas referências), que tivessem relação tanto com o tema investigado quanto com momentos históricos da política de saúde no município, ou seja, o processo de municipalização dos serviços públicos de saúde em João Pessoa tais como: DATASUS; IBGE; Ministério da Saúde, entre outros, que contribuíram como fonte de resgate de dados estatísticos que o objeto investigado exigiu, bem como em face da imensa dificuldade em realizar entrevistas com a equipe da SESAU/JP.

Destacamos que esta fase da pesquisa coincidiu com a transição de gestão municipal, em que um delas tinha governado o município durante oito anos.

Também foram levantadas informações em alguns jornais em nível estadual: o jornal O Norte - JP/PB, o Jornal da Paraíba – CG/PB, e o Jornal Correio da Paraíba – JP/PB, tendo como objetivo de pesquisar notícias sobre a organização dos serviços de saúde em João Pessoa. O período de coletas da coleta desse recorte de jornais foi o mesmo de todo o processo da pesquisa.

Por outro lado, foram realizadas visitas à SESAU/JP, com objetivo de conhecer como se organizam os serviços de alta complexidade e os serviços de referência e contra-referência. Buscou-se também conhecer os gestores que gerenciam tais serviços, como também o Plano Municipal de Saúde<sup>1</sup>, o Relatório de Gestão (Quadriênio 1997 a 2000), 1.º Oficina de Planejamento Estratégico – Relatório(2005) e o Mapa da Distritalização da Saúde.

- **Fase definitiva**

Nesta fase partimos para a coleta dos dados através de entrevistas, para tanto se optou enquanto universo da pesquisa pelo município de João Pessoa notadamente, sede de grande referência de serviços públicos de alta complexidade para rede saúde do estado.

Os atores da pesquisa foram os gestores dos serviços de saúde de alta complexidade<sup>2</sup>. Além destes atores arrolados foram incluídos agentes privilegiados<sup>3</sup> que ocupam espaços importantes na organização dos serviços de saúde.

---

<sup>1</sup> Destaca-se que a última versão consta do ano de 2006

<sup>2</sup> Entrevistamos gestores numa perspectiva ampliada que extrapola a crença dos serviços.

<sup>3</sup> Estamos considerando agentes privilegiados os atores que tem acompanhado a evolução histórica do SUS em João Pessoa, bem como aqueles que compõem o controle social no município.

BIBLIOTECA CENTRAL

No que se refere á amostragem, entendemos que a mesma é um procedimento em que se torna uma parte (amostra) do todo (universo), desde que esta amostra seja representativa, com relação ao universo estudado. A qual

“[...] é selecionada por um processo que não apenas dá a cada elemento da população uma oportunidade igual de ser incluído na amostra, mas também torna igualmente provável a escolha de todas as combinações possíveis do número desejado de casos [...]” (RÚDIO, 1992,p51e52).

A amostra no caso deste estudo foi do tipo intencional tendo a especificidade do objeto investigado, Isto é, entrevistamos atores que têm ligação direta com o processo de gestão da organização dos serviços de saúde no município investigado.

Assim nossa amostra foi composta pelos seguintes atores: um representante do CES/PB e integrante da comissão Bipartite; Gerente de Controle, Avaliação e Auditoria da SESAU/JP; Coordenador do Controle e Avaliação SESAU/JP; Gerente de Regulação SESAU/JP; Coordenador Geral do Serviço de Unidade Móvel – SAMU SESAU/JP; Gerente da ANVISA/JP.

Foram utilizadas as entrevistas semi-estruturadas com o objetivo de colher depoimentos dos atores privilegiados, dos profissionais que vivenciaram as mudanças ocorridas no processo de municipalização da saúde em João Pessoa, bem como de gestores que vivenciam hoje em dia.

Cabe ressaltar que, para a realização de todas as entrevistas foram feitos contatos informais anteriores, com a explicação do teor da pesquisa e a garantia do anonimato de cada entrevistado e da integridade das respostas fornecidas.

O uso deste instrumental tanto...

“Valorizou a presença do investigador, como ofereceu todas as perspectivas possíveis para que o informante alcançasse a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (...) favorecendo, não só a descrição de sua totalidade, tanto dentro de sua situação específica, como de situações de dimensões maiores”. (TRIVIÑOS, 1990, p.146 e 152).

Com base nesses pressupostos, elaboramos o roteiro de entrevista que constou de 07 questões, as quais abordaram os seguintes temas: **O Processo de Municipalização; Organização dos Serviços; Organização Formal e as Propostas de Reorganização do Sistema; Setores de Gestão; Relacionamento entre Estado e Município Face aos Problemas de Alta Complexidade; Papel das Comissões Tripartite e Bipartite; Quadro da Alta Complexidade no Município de João Pessoa.**

Os seis entrevistados tiveram seus depoimentos colhidos em seus locais de trabalho, todos previamente agendados, sendo registrados com o auxílio de gravador depois de muita resistência.

Vale salientar que o momento eleitoral em que passava o país, e, por conseguinte João Pessoa (eleições municipais) no período previsto para coleta de dados houve grande resistência por parte dos gestores, esta recusa foi justificada pelo fato de desconfiança e acirramento ideológico entre os partidos de oposição e situação.

Embora tenhamos usado cartas de referências como apresentação às instituições e setores destinados a campo de pesquisa. Só podemos efetivá-la, pela via dos conhecimentos

personais e privados, ou seja, através de contatos externos. O que demonstra como as questões eleitorais causa em insegurança na fala de algumas pessoas .

No que diz respeito ao método de Análise dos Dados, considerando todas as expressões significativas dos atores, bem como análises dos documentos dos serviços investigados, privilegiou-se a análise descritiva dos depoimentos coletados e a posteriori procedemos ao tratamento através da alocação dos dados em módulos temáticos analisados a luz dos campos teóricos relacionados aos mesmos. Os dados obtidos através das entrevistas foram tratados tanto de modo qualitativo, através da análise de depoimentos colhidos junto à mídia escrita, bem como da utilização de trechos de documentos oficiais relacionados à saúde, quanto qualitativo, (através da alocação de dados em tabelas e gráficos).

A dissertação é composta por três capítulos, sejam eles: o primeiro, concentra-se uma reflexão sobre a gestão do SUS sob a via da municipalização, tendo como foco análise sobre a gestão do SUS na última década, e a organização de serviços como mecanismo de gestão da saúde. O segundo capítulo é denominado desenvolvimento do processo de municipalização da saúde em João Pessoa, focalizando a emergência e a consolidação do SUS no município de João Pessoa numa perspectiva histórica, percorrendo a organização da rede de assistência à saúde no município de João Pessoa no contraponto aos pólos de referência e contra-referência. No terceiro capítulo são apresentadas as concepções dos gestores entrevistados por esta pesquisa, no tocante a organização dos serviços municipais de saúde em João Pessoa.

Após os três capítulos apresentados, são expostas as considerações finais nas quais procuramos mensurar as afirmativas mais evidentes que a nossa investigação conseguiu obter. Seguidas das referências bibliográficas e dos anexos.

## **Capítulo 1 A Gestão do SUS sob a via da Municipalização**

As questões relativas à saúde no Brasil contemporâneo devem ser apreendidas a partir do próprio desenvolvimento da nossa sociedade no decorrer do tempo, pois entendemos que o interesse ou atenção que o tema desperta, em cada momento específico, é fruto de necessidades sociais e históricas.

Dessa forma, cada ação, cada medida, cada programa e/ou cada política trazem consigo a marca da história, sendo atravessados por forças sociais que se articulam e se definem a partir de compromissos que expressam interesses de classe da história.

Inserida nesse processo social, a saúde tem assumido historicamente diversas posturas, ainda que, em alguns casos, antigas práticas tenham adquirido apenas uma nova aparência.

Este estudo propõe, portanto, ampliar conhecimentos, conhecer a realidade e ver como está se processando a inter-relação das questões norteadoras da operacionalização do Sistema de saúde centrando-se na seguinte questão: Analisar como vem se configurando a organização dos serviços de saúde, nos cenários da alta e média complexidade como mecanismo de gestão no SUS em João Pessoa a partir do período em que o município assumiu a gestão plena de sistema.

A saúde, tal como a compreendemos hoje, é resultado de uma elaboração que para situarmos esta evolução, fomos buscar como suporte a significativa contribuição da Constituição Federal do Brasil de 1988.

Com a Constituição de 1988, a saúde passou a ser conceituada diferentemente, agora como direito, tornou-se então necessária uma mudança na organização e suas formas de prestação desses serviços, exigindo um novo modelo de gestão, além de novas maneiras de enfrentar os problemas de saúde.

Não se pode negar que no campo das políticas públicas, o SUS avançou bastante nos últimos anos. A descentralização, a municipalização, o aperfeiçoamento da gestão, e as mudanças no financiamento são parte dessa nova concepção de assistência.

Entretanto, enquanto todos os avanços na área de gestão não traduzirem uma assistência resolutiva, humanizada e democrática, muito pouco terá contribuído para mudanças efetivas no seu perfil epidemiológico e para melhoria das condições de saúde da população.

Para tanto nossa abordagem principal constituiu-se acerca da condição de gestão em saúde no município de João Pessoa particularizando, a organização de serviço de saúde, como colocamos anteriormente, por percebemos que tal categoria insere-se num campo complexo, discutido em todas as agendas de saúde, como também despertando o interesse de muitos estudiosos que têm se debruçado a investigar tal temática.

Partindo destes pressupostos, abordaremos neste capítulo de acordo com a literatura especializada, os conceitos, tipos e diferentes definições referentes ao tema, levando em consideração suas aplicações no atual contexto da política de saúde no país.

## 1.1 - Análise sobre a gestão do SUS na última década

A busca de referências históricas do processo de reformulação das políticas de saúde, e da vinculação da saúde ao contexto político geral do país, pode contribuir para um melhor entendimento do momento atual e do próprio significado do SUS. Para tanto é necessário recuperar historicamente o desenvolvimento do SUS nas duas últimas décadas.

No Brasil, o debate sobre as políticas sociais na perspectiva de sua democratização tem origem no quadro político dos anos 80, quando emergem com força as lutas contra a ditadura militar e os esforços de construção democrática do Estado e da Sociedade.

Diante da crise da ditadura, do aumento da questão social na década dos anos 80, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica cujos efeitos persistem até os dias atuais. As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população.

A chamada por muitos teóricos de “década perdida”, devido ao quadro político e econômico marcado por dificuldades nacional e internacional vem contribuir para o aumento da pobreza e da miséria ao mesmo tempo em que, contraditoriamente, cresce a luta pela democratização do Estado, como já mencionado acima, intensifica-se o debate a respeito das políticas públicas, especificamente as de corte social.

Mais uma vez, a questão da crise econômica aflora no país, apesar dos inúmeros planos econômicos colocados em vigor, os quais logo fracassaram, a exemplo do Plano Cruzeiro 1983, o Plano cruzado 1986, o Plano Bresser 1988 e o Plano Verão em 1989.

Para vários autores esse movimento em direção ao processo de redemocratização põe em discussão não somente o padrão histórico (seletivo, fragmentado, excludente e setorizado), que tem definido as políticas sociais no país, mas como acrescenta Bravo (2000) “a decisão da democratização dos processos decisórios responsáveis pela definição de prioridades e modos de gestão de políticas e programas sociais”.

Neste cenário de redefinições as relações Estado e Sociedade Civil, participação de novos sujeitos na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuem para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixa de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política.

As discussões em torno da universalização do acesso, da reestruturação do setor, a descentralização do processo decisório para as demais esferas do governo, o financiamento efetivo e a democratização do poder local ganham força e expressão com a participação de novos atores.

Imbuídos neste meio os profissionais de saúde representados pelas suas entidades, originando o “Movimento Sanitário” ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como melhoria da saúde e o fortalecimento do setor público, o Movimento Sanitário, (tendo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde –CEBES- como meio de difusão e ampliação do debate em torno do tema saúde e democracia). Acompanhada paralelamente, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) Somou-se ainda os

partidos políticos de oposição, que começaram a colocar a temática nos seus programas viabilizando debates no Congresso para discussão da política do setor, além dos movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 1996, p.35).

Associado a esse contexto da crise do fim do Estado de Bem-Estar Social Brasileiro, surgiram os primeiros indícios de um novo Estado Brasileiro, os quais mostravam que as necessidades suplementares para um trabalhador correspondiam ao desempenho desse trabalhador, e o Estado provia apenas as necessidades básicas dos excluídos.

Isso veio mostrar que este tipo de Estado expunha a sua idéia na liberdade de mercado, sendo esta a melhor forma de consecução do bem-estar coletivo, pois através “[...] da liberdade econômica é que se concretizava a possibilidade de ter liberdade civil política [...]” (ALMEIDA, 1994, p.20).

Diante deste caldeirão efervescente de movimentos sociais, reivindicações, de redemocratização pelos quais o Estado passava, evidenciam-se a crise da Previdência Social em função do seu alto déficit operacional.

Esse pano de fundo econômico e político acabam por determinar os rumos das políticas de saúde nesse período e é justamente para redirecionar o percurso das ações de saúde que o governo cria o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária, com o propósito de estabelecer as regras gerais de funcionamento do sistema em busca de alternativas para crise, na tentativa de refletir formas de serviços de saúde mais acessíveis á população pauperizada.

Segundo Mendes:

Esse conselho teve como finalidade principal estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra na natureza e propor medidas de avaliação e controle do sistema de atenção médico (MENDES, 1994, p.36).

O conselho era subordinado diretamente ao presidente da república e propunha possibilitar o egresso de princípios mais progressistas no trato da saúde pública, na tentativa de repensar formas de serviços de saúde mais acessíveis à população.

A partir do plano do CONASP<sup>4</sup>, foram implementadas as Ações Integradas de Saúde - AIS em 1984, que objetivavam integrar e descentralizar as ações de saúde e ainda *visava alcançar níveis de articulações Institucionais que viabilizassem ações mais eficientes e eficazes* (NORONHA, 1994, p.84).

Nas AIS a relação dava-se diretamente com o Estado, através do ex- INAMPS, e os municípios utilizavam convênios abrangendo a relação das diretrizes dos serviços públicos da saúde, ou seja, como participantes dos fóruns de discussões oficiais através das Comissões Interinstitucionais e Municipais de Saúde.

Embora alguns autores, como Cavalcanti, as coloquem como, “*promotoras de descentralizações das ações de saúde*”. As AIS não conseguiram ultrapassar a concepção privatista de saúde “[...]. Dessa forma, as AIS dependeram principalmente das realidades locais onde foram implantadas e do acúmulo de experiências que os municípios já tinham com relação às organizações dos serviços de saúde[...].” (CAVALCANTI, 2000, p.6).

Sem deixar de reconhecer as AIS como referencial na busca de reforma no modelo sanitário do que uma política de saúde assumida pelo Estado, Mendes ilustra dois momentos que caracterizam as, AIS (1983- 85/ 1985- 87).

O primeiro momento das AIS vai caracterizar-se como um programa de Atenção Médica que se justapunha àqueles tantos outros que as Secretarias Estaduais e Municipais, tradicionalmente, vinham executando na área da saúde pública [...] segundo momento das AIS é o que vai do início do governo Sarney até a implantação do SUDS em 1987 (1994, p.38).

---

<sup>4</sup> - CONASP- Decreto nº 86.329, de 02 de setembro de 1991.

Este primeiro momento das AIS (83/85) caracterizou-se pelas limitações da conjuntura da época, advindo da crise previdenciária, já comentada, bem como de diversos outros componentes do plano, a proposta das AIS foi incorporada muito mais na esfera discursiva do que na prática concreta.

Mas foi no biênio 1985/1987 que ocorreu o movimento de expansão das AIS, ao qual corresponde o período de maior efervescência das políticas sociais da NOVA REPÚBLICA ou “TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA”, que foi marcado pela busca de organizações políticas no país em direção a um Estado de direitos.

No campo de saúde ocorre o evento político sanitário mais importante da década a VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, realizada em março de 1986, que teve como tema: “Reorganização de saúde”, fundamentada em três questões cruciais: “Saúde como dever do Estado e Direito do cidadão”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. A plenária foi composta por 3.000 representantes de instituições da área da saúde (pública, privada e não governamental), com participação da sociedade civil organizada. Os debates e as reflexões acaloradas introduziram no cenário da discussão da saúde, a sociedade civil.

O relatório final resultou num processo político e democrático, tornando-se referência para a Constituinte na questão da saúde. Era consenso à conceituação de saúde e seus determinantes, como um direito de cidadania e dever do Estado e a necessidade de criação do SUS, entre outras, ultrapassa a análise setorial, colocando-se para a sociedade como um todo, propondo não somente o Sistema Único de Saúde, mais principalmente a Reforma Sanitária.

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

Assim, o avanço dos debates sobre a saúde consolida a proposta da descentralização como única alternativa para a constituição de um sistema adequado às necessidades do povo brasileiro, viabilizando sua universalização e equidade.

É neste contexto que vai confluír a proposta do SUDS - Sistema Descentralizado Unificado de Saúde em 20 de julho de 1987, através do decreto 94.657, o Presidente da República, José Sarney, cria o SUDS, com a finalidade de assegurar a qualidade das AIS e como estratégia de transição em direção ao SUS, Propõe a transferência dos serviços do INAMPS para Estados e municípios. Assim, como as, AIS o SUDS se desenvolveu em dois períodos distintos: o que vai de 1987 a 1988, onde os primeiros convênios caracterizam-se de acordo com as condições políticas dos governos estaduais e com os aspectos técnicos operacionais das respectivas secretarias de saúde; e o segundo, de 1988 a 1990, em que o mesmo irá sofrer obstáculos de cunho concreto, que é a redução e atraso nos repasses dos recursos financeiros destinados ao setor público e a luta política entre a Reforma Sanitária já oficialmente implementada e o projeto neoliberal.

Apesar de tudo, esse segundo período não veio a desmontar certas conquistas, como o processo de desconcentração, estadualização e o movimento de municipalização de saúde como também não atinge a integridade do INAMPS. De forma que o SUDS sobrevive até a aprovação

da Lei Orgânica da Saúde, em 1990. A LOS, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde detalha diretrizes e modalidades operacionais previstas para esse sistema.

Depois da implantação das AIS e do SUDS, é implementado o Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal Brasileira de 1988, como um direito social e dever do Estado, como destaca Luz:

[...] implica numa visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição afirmativa, diferente da visão tradicional típica das instituições médicas, que identifica saúde com ausência relativa de doença (1991,p.88).

Na LEI 8.080<sup>2</sup> no seu capítulo II - Dos Princípios e Diretrizes, art 7º, estabelece entre os princípios do SUS a Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

Isso se refere a uma grande alteração da situação até então vigente. O Brasil passa a contar com um sistema público de saúde, único e universal.

O SUS tem como diretrizes constitucionais à descentralização, com direção única a cada esfera do governo, o atendimento integral com prioridades para todas as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços de saúde em todos os níveis de governo, sejam eles a fiscalização dos recursos públicos e a qualidade de programas e o modo como são desenvolvidos.

Portanto, os princípios fundamentais do SUS são constituídos pela universalidade onde todas as pessoas têm direito à atenção a saúde (ou deveria ter) cabendo ao Estado garantir as condições necessárias para o exercício desse. A equidade significa que a rede de serviços de saúde deve estar alerta para as desigualdades existentes, ou seja, oferecer mais a quem

---

<sup>2</sup> -lei 8.080 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das suas providencias.

precisar mais com o intuito de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população a ser coberta.

Já a Integralidade propõe que todas as pessoas tenham o direito de serem assistidos no conjunto de suas necessidades, e que os serviços de saúde deve se organizar de forma a oferecer as ações requeridas por essa atenção integral.

A lei 8.142/90<sup>3</sup> trata sobre a participação comunitária e o financiamento do sistema. Essas leis definem as atribuições dos diferentes níveis de governo com a saúde, estabelecem responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador, regulamento o financiamento dos espaços de participação popular, dentre outros princípios fundamentais do SUS.

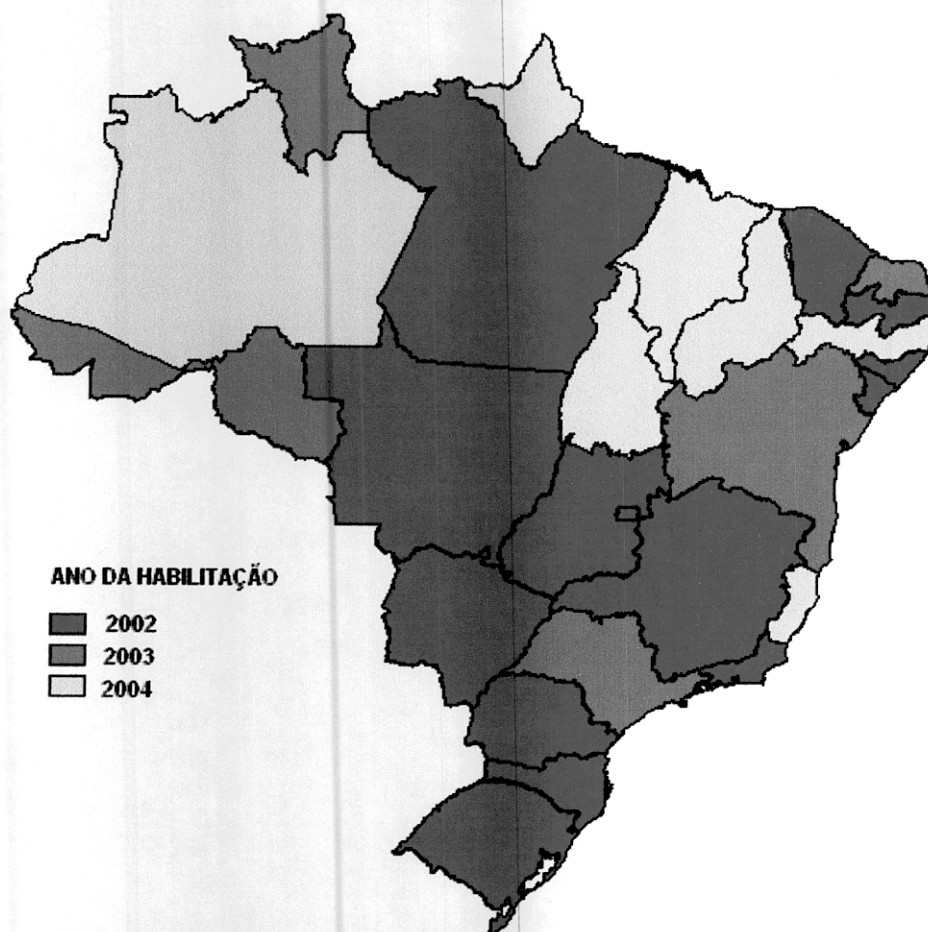
Outros instrumentos têm sido utilizados para possibilitar a operacionalização do sistema, dentre eles às Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS); publicadas pelo Ministério da Saúde sob forma de portarias, as quais regulamentam o processo de descentralização de gestão dos recursos e ações no ambiente da saúde e estabelecem os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar, e ambulatorial, e as diretrizes para os investimentos no setor (BRASIL, 1993, p.48).

O mapa a seguir expressa de certo modo o impacto que as NOB/SUS levaram na aceleração do processo de descentralização da saúde no Brasil, já que, até 2002, metade do país já havia alcançado a gestão plena de sistema.

---

<sup>3</sup> –lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e das suas providências.

**FIGURA 1 - Estados Habilitados em Gestão Plena,  
Segundo Ano da Habilitação**



As duas primeiras Normas Operacionais, a NOB/01 e a NOB/02 foram criadas ainda no período da gestão de Collor de Mello, editadas pela presidência do extinto INAMPS, á época recém-incorporado à estrutura do Ministério da Saúde.

A primeira NOB a ser publicada, foi a NOB/SUS/91, que trouxe como características básicas à transformação dos serviços de natureza pública, tanto estaduais quanto municipais, em prestadores ressarcidos conforme a produção, igualando-os aqueles de natureza privada e filantrópica.

[...] Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, executados em unidades ambulatoriais e hospitalares próprios, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção a saúde voltado para a produção dos serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados, ou seja, continuou prevalecendo a estrutura de compra de serviços privados de saúde do INAMPS, aplicados aos gestores públicos estaduais e municipais (OLIVEIRA JR, 2000, p.04).

Esta NOB teve como objetivo fornecer instruções para implantação do Sus visando operacionalizar as Leis 8.080/90 e 8.074/90 e o fez tendo como convênio entre a União, estados, e municípios. Transformando os prestadores

Outra característica marcante da NOB 91 foi à ausência de um debate público anterior entre os atores sociais interessados. Seu conteúdo e propostas foram de responsabilidades do Ministério da Saúde.

Diferentemente da Norma Operacional anterior, que não foi fruto de negociação prévia entre os atores dos três níveis de governo, a edição da NOB 01/93, na gestão de Itamar Franco, vai coroar um grande processo de consultas e incorporações de vários atores sociais. Nesta Norma regulamentou-se a relação entre gestores dos serviços e ações no âmbito do SUS, através da qual se reorientou o processo de descentralização, propondo-se diversas modalidades de gestão descentralizada para os Estados (condições de gestões parciais e semiplenas) e municípios (condições de gestões incipiente, parciais e semiplenas).

A NOB/ 96 foi editada através da portaria nº. 2.203, publicada no Diário Oficial da União, de 06 de novembro de 1996. Essa NOB/SUS teve por finalidade introduzir definições mais claras da responsabilidade da gestão nas esferas de governo, ressaltando o papel do gestor do município, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde e de intervenção no nível local.

34

Ao final do período de vigência da NOB SUS 01/96, mais de 99% dos municípios brasileiros estavam em uma das condições de gestão da referida norma, sendo 89% em gestão Plena da Atenção Básica e 10,1% em gestão Plena do Sistema Municipal. (BRASIL, 2002, p.25). Vale ressaltar que deste universo a maior parte dessas habilitações ocorreu em 1998 notadamente no primeiro ano de implantação da NOB/96.

Todavia face aos novos avanços e problemas, durante a fase de implantação da NOB SUS 01/96, os diversos atores envolvidos no processo de consolidação do SUS passaram a discutir as estratégias necessárias para enfrentar os grandes desafios colocados de NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS SUS 01/01).

A NOAS - SUS 01/2001, editada em janeiro de 2001, através da portaria nº 95, objetivava promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Esta norma foi muito importante para a implantação do SUS, ao orientar, a macro estratégia da regionalização, pautada de forma tripartite e prevista na LOS. O Ministério da Saúde apresenta um documento contendo propostas de revisão dos critérios de habilitação e qualificação de estados e municípios à condição de gestão plena (proposta de estratificação e qualidade dos municípios por nível de complexidade e papel na rede regionalizada).

A NOAS SUS 01/2001 engloba inúmeros desafios, na medida em que propõe aprofundar-se no processo de descentralização, bem como reorganização do Sistema de Saúde. Um dos pontos mais importantes desta Norma diz respeito ao processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR)<sup>5</sup> coordenado pelo gestor estadual, com a participação do conjunto de municípios.

---

<sup>5</sup> Programa Diretor de Regionalização (PDR), no qual as SES's deveriam planejar a organização dos serviços e ações em saúde de todo o estado, de forma que fosse garantido o acesso da população aos serviços.

No que diz respeito á organização da assistência da saúde, se enfatiza a importância de qualificar e melhorar a resolutividade da atenção básica em todos os municípios brasileiros, a partir da identificação de áreas estratégicas mínimas, relacionadas a problemas de saúde de abrangência nacional (saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase). O que compete, aos gestores estaduais e municipais poder definir outras áreas estratégicas, de acordo com as especificidades locais, ou seja, de acordo com a realidade apresentada e seus problemas. Com vista a facilitar e garantir o acesso dos cidadãos á integralidade da assistência, bem como se a fomentar alguns comportamentos cooperativos entre os gestores.

A Constituição Federal/88 apresenta a organização, direção e gestão do SUS, como uma complementação para os princípios. O art. 8 diz:

Cap. III: “As ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente de saúde ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizadas e hierarquizadas em níveis de complexidade crescente. (BRASIL, 1998)”.

A estrutura dos serviços de saúde, na proposta de municipalização destes serviços, já era foco de desde a década de 80. KUSCHNIR et al afirmam que as alternativas de tamanho e complexidade das unidades da rede de serviços, para que haja conformidade, deve ser diferenciado de acordo com a região, considerando como, “critérios fundamentais, a base populacional e a forma como essa população se distribui e as condições de acesso e a articulação funcional devem ser a mesma” (KUSCHNIR et al.1999.51).

A questão gestão em saúde, a partir da implantação da NOAS, passa a ter uma maior ênfase na regionalização, contemplando uma “lógica de planejamento integrado” com noção de territorialidade, ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, qualificação das

microrregiões com referencia intermunicipal através da definição de um conjunto mínimo de procedimentos de serviços de média complexidade, e a:

[...] garantia de acesso aos serviços de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da saúde a Secretária de Saúde Estadual, fortalecendo, assim a capacidade de gestão dos municípios, dos Conselhos Regionais de Saúde e as Secretárias Estaduais. (NOAS- SUS 01/2001).

Alguns autores como Rodrigues filho (1994), Viana, Quieroz e Abanez (1995) e Mendes (1999) apontam esta questão gerencial da saúde em crise, enumerando os seguintes fatores como condicionantes dessa crise: os interesses profissionais estão acima dos interesses organizacionais (conflitos entre médicos e administradores); o aumento do nível de especialização e de tecnologias médicas; a desordenação da política salarial, a falta de critérios claros para definir as prioridades e os investimentos; a falta de controle organizacional, a falta de uma política de recursos humanos na área gerencial (pouca qualificação dos gerentes dos serviços de saúde, pois não possuem adequado treinamento ou formação para o exercício da função gerencial); e a pouca importância dada para a fonte de informações gerenciais existentes, entre outras.

Além das mínimas ações de atenção básica a serem assegurada em todos os municípios brasileiros, a NOAS propõe a formação de módulos assistenciais, formandos por um ou mais municípios, que garantam no âmbito microrregional o acesso ágil e oportuno de todos os cidadãos a um conjunto de ações de saúde freqüentemente necessárias para atender os problemas mais comuns, que nem sempre podem ser oferecidas em todos os municípios pelo seu pequeno porte populacional.

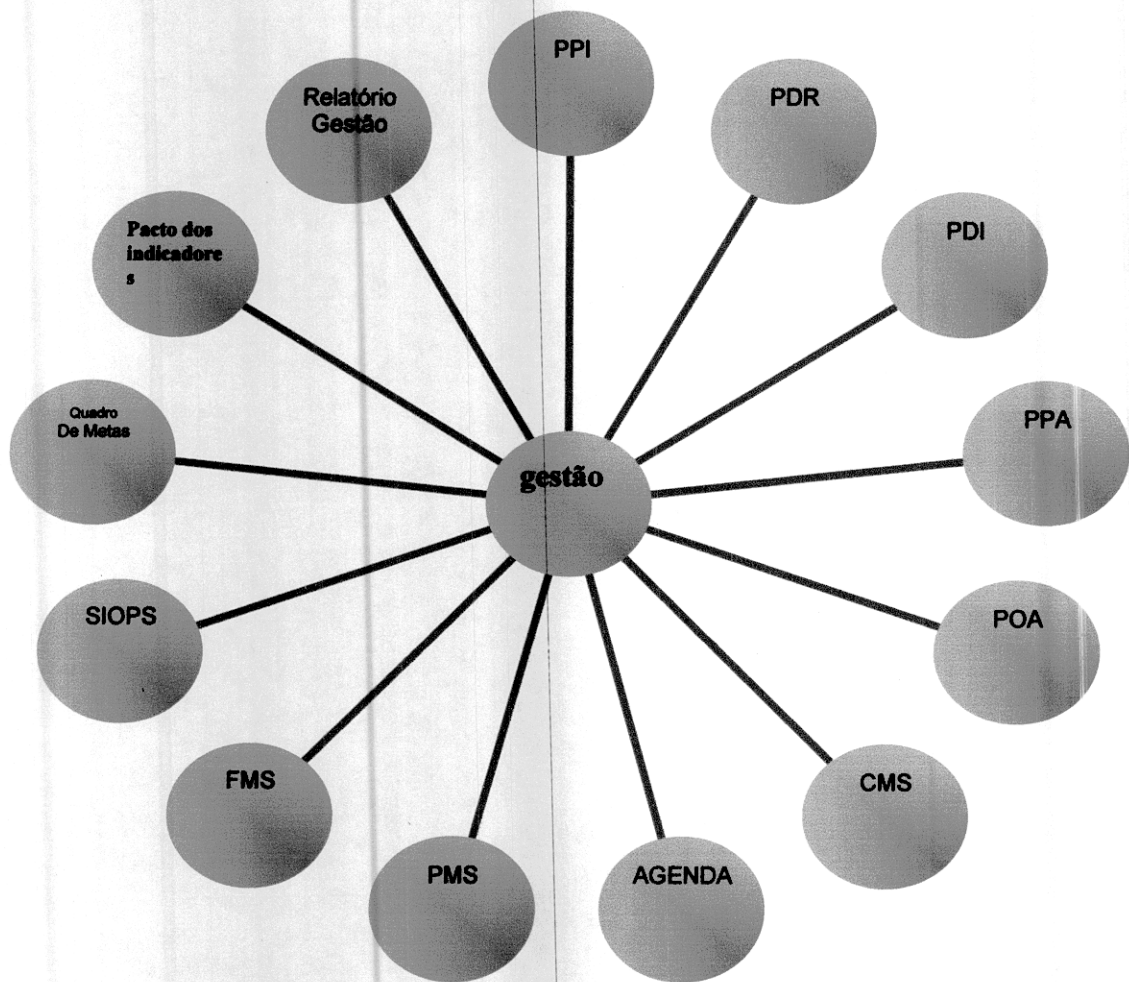
Cada um dos Consórcios possui um ou mais centros de atendimento, representados por municípios classificados como pólos assistenciais e que trabalham oferecendo serviços em especialidades consideradas fundamentais para a garantia da integralidade e resolutividade da atenção (LIMA, 2002, p.65).

Ainda no que tange á assistência á saúde, a NOAS estabelece diretrizes gerais para a organização das demais ações de média e alta complexidade, e indica que o plano de regionalização compreenda o mapeamento das referências em áreas estratégicas específicas (gestação de alto risco, urgência e emergência, hemoterapia, entre outras). Assim, é possível perceber que o processo formal de gestão do SUS depende de vários elementos que disciplinados pelas NOB's ganham concretude. Dentre os elementos de gestão destacam-se os colocados no diagrama a seguir:<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Plano Diretor de Regionalização – PDR; Plano Diretor de Investimento – PDI; Programação Pactuada Integrada – PPI; Plano Municipal de Saúde; Quadro de Metas; os Relatórios de Gestão; Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde; Plano Operativo Anual - POA; Plano Plurianual; Pacto dos Indicadores da Atenção Básica.

**FIGURA 2 - MECANISMOS DE GESTÃO DO SUS**



Com base nos mecanismos de gestão acima descritos destacamos a descentralização por funcionar como estratégia que fortalece a relação do governo federal com os municípios e permite graus diferenciados de responsabilidades sobre a gestão dos serviços. Do ponto vista conceitual, o termo define uma “transferência ou delegação de autoridade legal e política aos poderes locais para planejar, tomar decisões e gerir funções públicas do governo central” (JACOBI, 1992, p.37). Ou seja, descentralização tem como objetivos gerais obter mais democracia, eficácia nas ações e mais justiça social.

No setor saúde adotou-se uma política deliberada de descentralização, utilizando estratégia como elo que fortalece a relação do governo federal com os municípios e permite graus diferenciados de responsabilidades sobre a gestão dos serviços. A municipalização dos serviços de saúde somente pode ocorrer por solicitação do governo segundo uma das três formas de adesão prevista: gestões incipientes, semiplenas e plenas de sistema.

Para o município aderir ao processo de municipalização dos serviços de saúde (seja em qualquer uma das formas de adesão prevista), ele tem de instituir um órgão local (o conselho municipal de saúde) ter representação paritária, esse conselho deve ser constituído por prestadores e usuários, e encarregá-lo da gestão da política de saúde. “A Lei confere aos conselhos de Saúde e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições estas que são também próprias dos poderes Executivo e Legislativo (Ministério da Saúde, 2001, p.53)”.

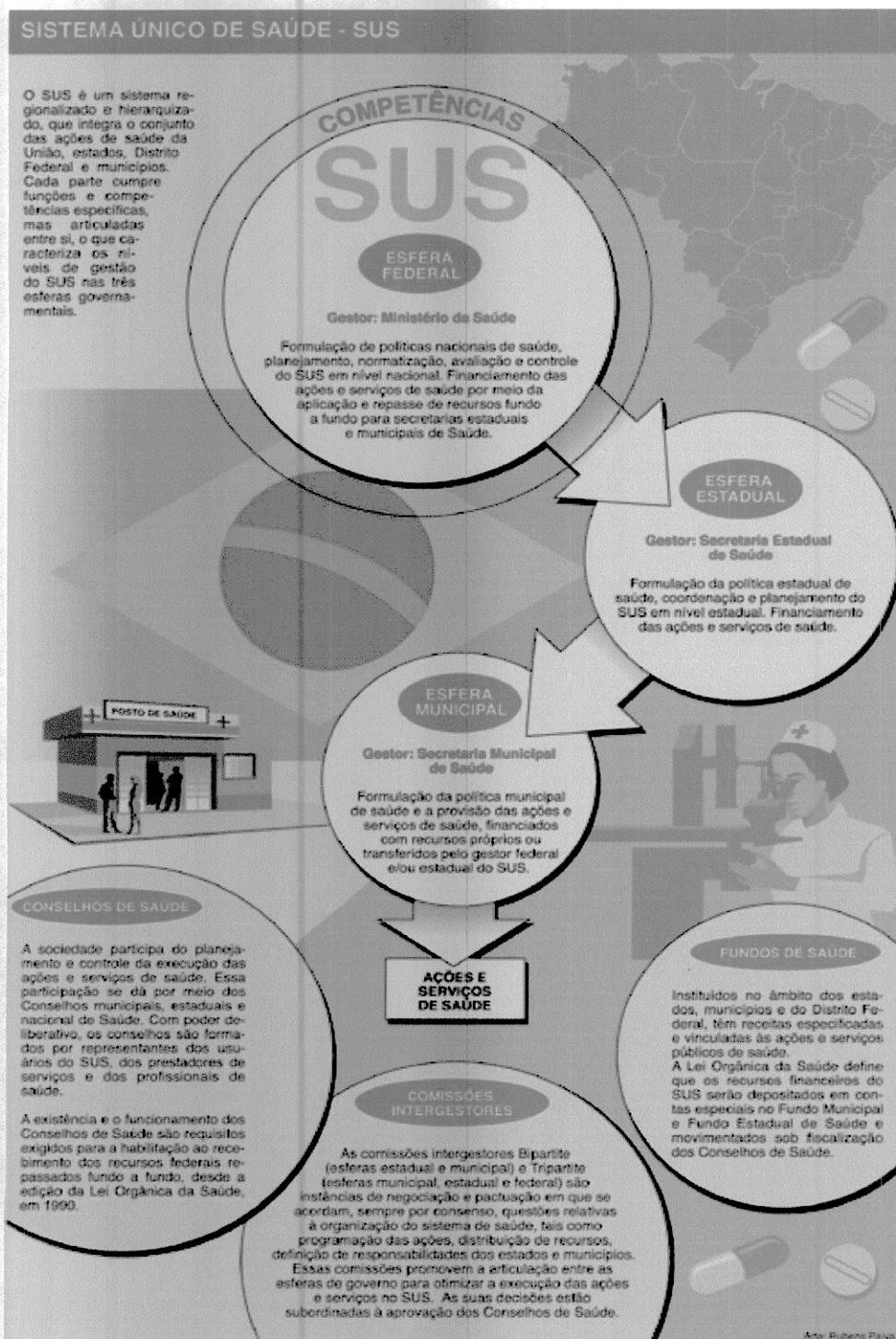
Por isso, segundo a lei, os Conselhos de Saúde atuam compartilhando suas atribuições com os gestores propriamente ditos (Ministério e Secretárias de saúde) e as

Casas Legislativas que são: Congresso Nacional, Assembléia, Estaduais e Câmeras de Vereadores.

Ao integrarem o poder público os Conselhos têm diante de si a definição do seu espaço privilegiado de atuação em que devem exercer as suas atribuições. Pesquisas por amostragem de usuários, prestadores e profissionais e de indicadores de saúde. Deve-se ter o cuidado, nesse processo, de não responsabilizar somente os serviços de saúde por todas as agressões á saúde dos cidadãos, uma vez que elas também podem estar relacionadas a outras variáveis (sócias, econômicas, raciais, etárias e de gênero). Definição do seu espaço privilegiado de atuação em que devem exercer as suas atribuições. Nesse aspecto é importante destacar a atuação no controle da execução que não deve ser meramente de fiscalização tradicional burocrática, mas sim de acompanhamento permanente de execução dos programas prioritários do SUS.

Assim, o processo de municipalização supõe decisão municipal de aderir á Política Federal de Saúde e, desse modo, obter o montante de recursos previstos para cada condição de gestão. Para tal, o município precisa adaptar-se às normas federais, firmando no plano local um conjunto de normas definido pela união.

## FIGURA 3 – ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DAS TRÊS ESFERAS



Como visto, as diferentes condições de gestão dos serviços de saúde permitem que o sistema nacional se adapte às distintas realidades dos municípios, seja quanto á disposição do poder local para assumir a gestão dos serviços que lhe pareçam, mas adequados, seja quanto á capacidade técnica instalada, em termos de organizações físicas e de recursos humanas.

Mintzberg (1999), Dussault (1992) e Rodrigues Filho (1994) apresentam as organizações de saúde conceituando-as como organizações profissionais em virtude de suas configurações profissionais em virtude de suas configurações e filosofias surgiram rumos diferentes das organizações, comerciais e industriais. Sobre a questão da análise estrutural da organização, Mitzeberg define a estrutura da organização:

[...] Simplesmente, como a soma total das ma pelas quais os trabalho é dividido em tarefas distintas e como é feita a coordenação dessas tarefas a fim de se obter os resultados propostos; (...) e as partes básicas da organização englobam as cúpulas estratégicas, a linha intermediária, o núcleo operacional, a tecnoestrutura e a assessoria de apoio. (MITZEBERG, 1995, 10 e 19).

Dussault (1992) contextualiza as organizações de serviços públicas, afirmando que estas possuem um grau maior de dependência do ambiente sócio-político do que as demais organizações e, uma tendência da uniformidade nas condições e organização do trabalho que está baseado no condicionamento humano, voltado para o trabalho em grupo. Não são submetidos às regras do mercado e podem sobreviver mesmo quando não são eficientes, sendo mais vulneráveis a interferência política. Tem-se então, uma “tendência centralização das decisões visto que seus dirigentes são responsáveis perante uma autoridade externa ao sistema dessas organizações (MITZEBERG apud DUSSAULT, 1992, p.13)”.

Enfocando a questão da gestão, Motta (2001,36) apresenta-a como “uns termos genéricos, que engloba a administração e a gerência, dando a idéia de dirigir e de decidir”. Salienta ainda, que, através da evolução da gestão, o passa, por fazer parte do processo decisório organizacional, deve, em suas, ações possuir uma grande capacidade analítica, por meio da arte de pensar e julgar deve agrupar conhecimentos novos e apreendidos na experiência individual profissional (interna e Externa a organização), e ter a capacidade de desenvolver estratégias de negociação e de integração, de liderança, de soluções para conflitos e riscos.

O termo Gestão é visto convencionalmente como gerência de meios, recursos humanos, materiais e financeiras,

Tais mecanismos de gestão sofreram influências de reformas mais gerais pelas quais o SUS passou, dentre estas duas se destacaram quais sejam.

Segundo Viana (2001) as análises sobre os processos de Reforma dos Sistemas de saúde em geral, indicam dois tipos de reforma: Big Bang e Incremental.

As Reformas Big Bang são as que inserem modificações expressivas e significativas no funcionamento do Sistema de saúde, de forma rápida e pontual; já as Reformas do tipo Incrementais, contrariamente, fundamentam-se em pequenos ajustes que são tecidos sucessivamente.

No período que vai da Constituição federal de 1998 até meados, de 1996 a Reforma do tipo “big bang” aponta mudanças profundas no Setor Saúde, uma vez, que este serviço passa a evidenciar.

[...] na estrutura organizacional de serviços de saúde, pela formação de um Sistema (regionalizado, hierarquizado e Integrado) com base nos municípios (destaca-se a descentralização dos serviços para os municípios), na forma de gestão, com a inclusão dos vários participantes da política nas instâncias da decisão (nos seus vários níveis), bem como no funcionamento, com a inserção

da assistência médica individual pela rede pública, no perfil de financiamento - Fundo de Saúde, nas três esferas do governo (VIANA 2000, p.135).

Para tanto nessa nova concepção de deveres sociais e dever do Estado, não é necessário ser contribuinte do Sistema de Seguridade Social, para ter garantido estes direitos, uma vez que o artigo 194 de Constituição de Seguridade Social: “Compreende um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e a Assistência Social. (Constituição Federal, artigo 194)”.

Independente do trabalho direto ou da comprovação desses serviços na oferta do mercado, esse direito é assegurado pelo artigo 198 que determina: “O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da Seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e municípios, além de outras fontes (Constituição Federal, artigo 195)”.

Esta questão é muito importante, pois, em todo debate sobre o financiamento do SUS, a ênfase é na participação da União, como se esta fosse a única responsável. Um dos fatores determinantes deste atendimento foi, provavelmente, o papel do INAMPS, no início do SUS, como veremos abaixo.

Um passo significativo na direção do cumprimento da determinação Constitucional de Construção do SUS foi à publicação do decreto nº. 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde, o que não evitou o desfinanciamento de recursos do Ministério da Previdência Social deixando de repassar para o Ministério da Saúde recursos previdenciários, desencadeado uma enorme defasagem entre a responsabilidade constitucional e a disponibilidade orçamentária.

Nessa segunda metade da década de 90, em função do avanço do modelo neoliberal no campo da saúde, verifica-se o desencadeamento do processo de Reforma Incremental da Saúde,

no qual emerge o PAC's (Programa de Agentes Comunitários), encaminhados pelas, AIS (Ações Integradas de Saúde), com o objetivo de contribuir para a redução do alto índice de mortalidade infantil e materna principalmente nas regiões Norte e Nordeste, bem como, a fragilidade das ações preventivas que vinham sendo operacionalizada até então, pressionadas por medidas urgentes.

Diante deste conturbado contexto, o MS lança em 1991 o PAC's o qual constitui-se num programa de saúde direcionado para a prevenção de doenças de informações e orientações sobre cuidados de saúde a grupos de risco.

Vale salientar com todas as melhorias significativas dos princípios indicadores de saúde, a forte identificação com a comunidade, pelo fato de morar e se conhecer o cotidiano das famílias, pela valorização e resgate do saber popular pela aceitação e adesão da comunidade ao Programa, no nível de execução local evidencia-se um limite importante para continuidade de suas ações. Quais sejam as Unidades Básicas de Saúde dava continuidade ao atendimento no sistema tradicional, ou seja, com um enfoque puramente curativo, o que vinha de encontro com a proposta do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, que era de trabalhar em articulação com a comunidade.

Surge a necessidade de incorporar novos profissionais à equipe, com o intuito de aumentar o nível de resolutividade das suas ações.

Assim o PSF (Programa da Saúde da Família) criado após expressivas experiências com o PACS, foi pensado pelo MS com o intuito de iniciar a reorganização da prática assistencial (nível preventivo) numa tentativa de substituir-se o modelo tradicional (curativo) e que vigora até os dias atuais.

Como acrescenta Franco e Merhy no PSF (2002 p.02):

A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando as equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde/ doença e da necessidade de Intervenção que vão além de práticas curativas.

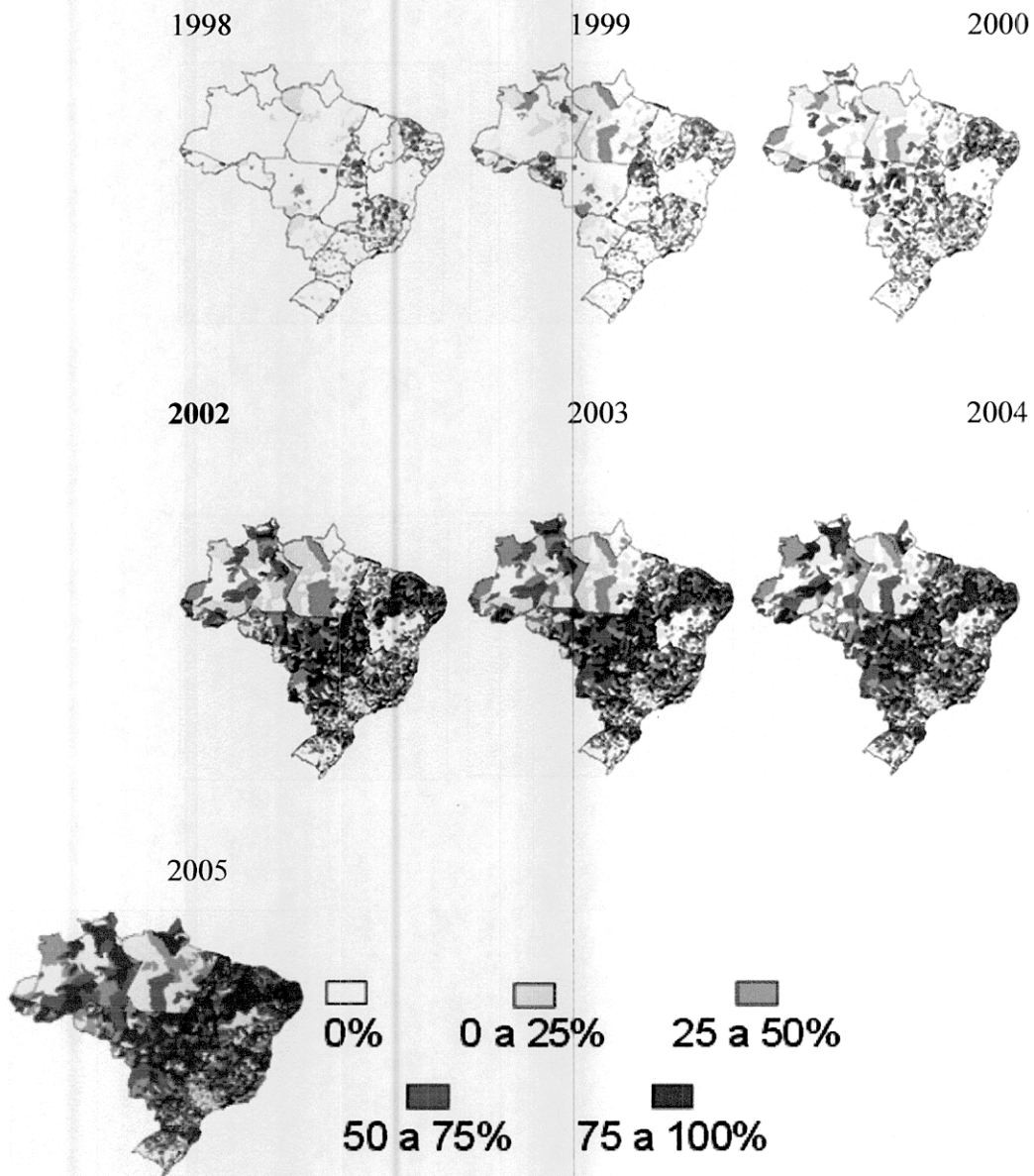
A família passa a ser o foco principal de Atenção compreendida, a partir do ambiente onde vive e das relações sócio-econômicas estabelecidas no contexto. As ações voltam-se para a educação em saúde e controle social, representando desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompem os meios da Unidade de Saúde para a comunidade como um todo.

Nesse período conjuntural, permeado de contradições e de um desmonte das políticas em geral, o PSF surge, num momento em que a prática política de saúde passa por um desfinanciamento e pela perda de credibilidade do SUS, por parte da sociedade civil.

Além disso, este programa permanece focalizado nos mais pobres, como uma política compensatória e de controle social, reduzindo-se o campo estatal de garantia universal da cidadania.

O quadro abaixo demonstra a evolução da implantação das Equipes de Saúde da família de 1998 a 2005, onde podemos observar um aumento significativo desta equipe no país.

**FIGURA 4 - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família  
BRASIL, 1998/2005**



FONTE: DATASUS

Mas essa rápida expansão não significou um avanço propriamente dito, pois, trouxe vários problemas de operacionalização, indisponibilidades de recursos para o desenvolvimento de ações planejadas da equipe, técnicos sem o perfil apropriado ao PSF, dificuldade de permanência de técnicos em particular os médicos, insumos e/ou equipamentos escassos e inadequados e infra-estrutura insuficiente que dificulta o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes.

É importante assinalar que nos anos 90, torna-se clara a intenção de minimização do Estado no trato das questões sociais, tendo como aporte ideológico às concepções neoliberais trazidas mais concretamente na proposta de reforma do Estado.

Segundo Bravo e Matos apud Lima (2002, p.52):

[...] na estrutura organizacional de serviços de saúde, pela formação de um Sistema (regionalizado, hierarquizado e Integrado) com base nos municípios (destaca-se a descentralização dos serviços para os municípios), na forma de gestão, com a inclusão dos vários participantes da política nas instâncias da decisão (nos seus vários níveis), bem como no funcionamento, com a inserção da assistência médica individual pela rede política, no perfil de financiamento - Fundo de Saúde, nas três esferas do governo (VIANA 2000, p.135).

Além desses impactos mais expressivos, a discussão acerca do papel do Estado particularmente no âmbito da assistência pública a saúde, traz a tona na verdade uma questão mais de fundo, qual seja, a presença de dois projetos societários antagônicos, no cenário nacional. O primeiro, propõe uma sociedade baseada em uma democracia restrita, acarretando a diminuição dos direitos sociais e políticos e o segundo projeto societário, se fundamenta na democracia de massas, estimulando a presença da sociedade civil na condição da vida social.

Estes dois projetos, segundo Lima (2001), repercutem no lócus da saúde, através de duas propostas de condução da política da saúde: a proposta capitaneada pelos pressupostos da reforma sanitária e a proposta de privatização dos serviços públicos de saúde, seguindo-se a

diminuição dos direitos sociais e políticos e o segundo projeto societário, se fundamenta na democracia de massas, estimulando a presença da sociedade civil na condição da vida social.

Estes dois projetos, segundo Lima (2001), repercutem no lócus da saúde, através de duas propostas de condução da política da saúde: a proposta capitaneada pelos pressupostos da reforma sanitária e a proposta de privatização dos serviços públicos de saúde, seguindo-se a lógica do mercado. Os últimos movimentos econômicos, políticos e sociais observados não só no Brasil, mas em toda a América Latina sinalizam para uma predominância das idéias neoliberais, caracterizadas por uma série de ajustes econômicos, que tem reduzido sobre maneira a presença do Estado na execução das políticas sociais, notadamente às políticas de saúde. No Brasil tais reformas repercutem no campo da saúde nas seguintes propostas:

Caráter focalizado para atender a população vulnerável através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. Percebe-se que a universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto da Reforma Sanitária é um dos aspectos que tem provocado tensão e resistência saúde voltada para o mercado (BRAVO E MATOS apud LIMA, 2001,p.200).

Nogueira e Simionatto destacam que tais Reformas (do tipo Big Bang e Incremental) relacionam-se diretamente ao paradigma que vem sendo implementado no plano internacional [...] a racionalidade do paradigma da economia da saúde vem se sobrepondo, largamente, em relação ao paradigma da equidade, dominante até a década de 1980. (CBASS, 2001,p.1).

Notadamente essa proposta de Reforma do Estado em curso no Brasil, provocou uma desaceleração no desenvolvimento dos direitos sociais e políticos, especificamente no SUS desarticulando as conquistas alcançadas, o que é possível constatar, por exemplo, através da Reforma da Previdência e na quebra da estabilidade do servidor público.

No entanto,

“O objetivo da reforma do Estado, segundo seus ideólogos, é a condução de um Estado fortalecido, com finanças recuperadas e uma administração pública burocrática, tendo como componentes básicos: a delimitação da função do Estado e a redução do grau de interferência do Estado [...]” (BRAVO, 2001, p.206).

Na verdade um dos pilares que compõem a citada reforma é justamente servir como instrumento de modificação dos métodos da gestão pública nacional, na perspectiva neoliberal. Nesse sentido, no campo do SUS as NOB's (apesar de se constituírem em instrumentos de gestão importantes, carregam em seus interiores conteúdos de reforço ao escopo neoliberal) expressam justamente os movimentos da reforma no âmbito da saúde.

Assim, refletir e estudar saúde hoje no Brasil pressupõe o exame desses determinantes, sócio-políticos, que conformaram o desenrolar dos rumos da sociedade e conseqüentemente, do sistema de saúde apontando para rumos confusos e tortuosos acerca da condução não só da Saúde, como também de todo sistema de seguridade brasileiro, principalmente no que diz respeito à destituição dos direitos conquistados na Constituição de 1988.

Como já pudemos ver, o contexto social brasileiro atual influenciou sobremaneira a conformação do sistema de saúde brasileiro, assim como as condições sanitárias e de vida da população.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) lançou em 2002 um documento que fez um balanço do SUS desde sua origem até o referido ano, em que foram detectados importantes avanços e alguns desafios. Com relação à expansão da municipalização, destacam-se (CNS, 2002, p.12):

- ✓ *Crescimento do Programa Saúde da Família;*
- ✓ *Aumento de técnicos na Secretaria de Saúde;*
- ✓ *Aumento de cuidados básicos, mas, por outro lado, com falhas na cobertura;*
- ✓ *Não se concretizou a integralidade;*
- ✓ *Problemas nos níveis de alta complexidade;*
- ✓ *Equidade regional restrita, ainda recursos concentrados no sul e sudeste;*
- ✓ *Relatórios de aspectos regionais e nacionais revelam que ainda não são comuns as avaliações de qualidade e a resolubilidade também é problemática;*
- ✓ *Verificou-se a expansão da assistência médica primária, entretanto esse incremento, na sua maioria, se deve:*

[...] ao deslocamento dos procedimentos de alta complexidade e alto custo de hospitais para serviços ambulatoriais, não evidenciando um aumento significativo em investimento e custeio para o setor.

Desse modo, podemos perceber que o processo de desenvolvimento do SUS tem se dado de forma gradual, com alguns obstáculos, mas também com alguns avanços.

Conforme o documento supracitado, podemos destacar como avanços (CNS, 2002, p. 17 et seq.):

- ✓ *Descentralização da gestão;*
- ✓ *Desenvolvimento dos Fundos de Saúde (nacional, estadual e municipal), com os repasses “fundo a fundo”;*
- ✓ *Crescimento do controle social;*
- ✓ *Incremento da Rede pública de serviços de saúde;*

- ✓ *“Prática política dos municípios saudáveis”;*
- ✓ *Melhoria da capacidade de gestão pública;*
- ✓ *Ampliação do Programa de Transplantes, da cobertura vacinal, de programas para gestantes e crianças etc.;*
- ✓ *Ampliação de informações sobre saúde através da Internet;*
- ✓ *Estados e municípios passam a financiar o SUS;*
- ✓ *Começo da implantação do Cartão SUS;*
- ✓ *“Ampla reconhecimento e legitimação pela sociedade, governo e partidos, dos princípios e Diretrizes do SUS”;*
- ✓ *Vigilância Sanitária incluída na Agenda prioritária do SUS etc.*

Um dos maiores desafios é a organização do novo modelo de atenção, de modo que a assistência médica individual tenha interligações com interesses coletivos e de cidadania (universalidade, equidade e integralidade) e conseqüente: melhoria da qualidade da atenção, aumento da resolutividade da Atenção Básica de Saúde (Porta de entrada do sistema, através das Unidades de Saúde da Família) e aumento do acesso à assistência médica de média e alta complexidade.

Mesmo assim, a situação atual da gestão de serviços é marcada num plano estatal por um perfil burocrático e corporativo. Com baixo compromisso com o desempenho da organização, e com o baixo compromisso com os usuários.

Apesar dessas dificuldades, os maiores desafios na área da saúde estão ligados à estruturação do novo modelo de atenção a saúde que, a partir das funções da saúde pública, subordine os conceitos e programas da assistência médica individual aos preceitos e programas

dos interesses coletivos e direitos de cidadania e realize, efetivamente, as atividades de promoção e proteção a saúde, sob os princípios éticos do SUS. Em decorrência, os desafios referem-se à melhoria da qualidade de atenção da rede de Unidades Básicas de Saúde o qual tem como papel de porta de entrada no, SUS e a garantia, de acesso aos serviços de alta complexidade, com o objetivo de se recuperar as desigualdades de acesso existentes.

Tais desafios constituem-se em obstáculos estruturais que devem ser ultrapassados na gestão do SUS. Recentemente numa avaliação feita pelo CNS acerca dos 15 anos de implementação do SUS, foi constatado que os níveis de média e alta complexidade precisam passar por análises em função do descaso histórico com que as autoridades governamentais vêm tratando tais níveis de atendimento. Os principais problemas se referem particularmente ao papel que estes têm tido na organização mais geral do sistema e internamente como os mesmos vêm expressando suas respectivas organizações.

Nesse sentido, entende-se por organização de serviços, a forma como o modelo assistencial de saúde vigente, está organizado estruturalmente, podendo ser classificado segundo o local de atendimento ou mesmo os níveis de complexidade de atenção que oferece, bem como agrupados de acordo com o modo como são financiados (setores públicos e privados). Tais modelos sofrem alterações mediante aos momentos históricos, sociais e políticos de uma dada conjuntura. No SUS essa organização se expressa a partir de uma subdivisão segundo as esferas do governo as quais pertencem os serviços, podendo ser este federal, estadual e municipal.

Assim, Elias colocá que:

[...] a esfera federal compete à formulação de políticas nacionais, o planejamento, a normalização, a avaliação e o controle do sistema de abrangência nacional; à esfera estadual compete a formulação de política estadual de saúde e a coordenação e o planejamento de abrangência estadual; e

a esfera municipal compete à formulação da política municipal de saúde, a provisão das ações e serviços de saúde (1996, p.66).

E o setor privado segundo as várias modalidades de prestação (filantrópicas lucrativas e beneficentes). Os serviços privados sem fins lucrativos são instituições dirigidas pela comunidade civil ou religiosas ou por grupos sociais, que tem financiamento dependente dos recursos do Estado através de renúncias fiscais ou pelo pagamento dos serviços prestados (ex: Casa de Misericórdias ou Fundações). Já os serviços lucrativos são instituídos por pessoas jurídicas ou anônimas com atividades empresariais objetivando fins lucrativos do capital investido (ex: UNIMED).

Para efeito didático, faz-se necessário à explicitação dos estabelecimentos assistenciais que compõem a rede de serviços de saúde-estatais e privados, são classificados em:

- ❖ postos de saúde: atuam no nível da atenção primária, prestando assistência ao usuário valendo-se de procedimentos simplificados, praticamente sem equipamentos e recursos humanos elementar;
- ❖ centros de Saúde: atua no nível primário e secundário na modalidade ambulatorial, é um estabelecimento mais complexo que os postos de saúde dispondo de profissionais de nível superior;
- ❖ unidade mista: é um tipo de estabelecimento que desempenham as mesmas ações do centro de saúde, adicionando leitos para internações nas áreas de pediatria, obstetrícia, clínica médica e cirurgias. Dispõe de incorporações tecnológicas e recursos humanos com maior qualificação (médicos em suas várias especialidades). Atuam na atenção secundária, modalidades ambulatoriais e hospitalares;

- ❖ policlínica ou postos de assistência médica: é o tipo de serviço que dispõe de atendimento ambulatorial especializado, concentrando-se nas cidades de médio e grande porte, e economicamente mais desenvolvidos. Atuam na atenção secundária, modalidades ambulatoriais;
- ❖ pronto-socorro: instituições com atendimento contínuo para os casos de urgência e emergência médica e /ou odontologia, funcionam nas regiões urbanas apresentando variados graus de complexidade tecnológicas e de qualificação dos recursos humanos, principalmente o corpo médico. Atuam na atenção secundária e terciária;
- ❖ hospitais: estabelecimento voltado para a assistência médica em regime de internação, localizado geralmente em áreas urbanas, incorporação tecnológica, corpo médico e pessoal de enfermagem em regime permanente de atendimento (sistema de plantão), sendo alguns deles voltados exclusivamente para o atendimento mais especializado. Atuam nos níveis secundários ou terciários de atenção à saúde;

Esta ampla rede assistencial coloca alguns traços distintos, que a qualifica como organizações e serviços e que as caracterizam em suas especialidades, sendo a rede básica de saúde disponibilizada pelo setor público, geralmente incorporado de tecnologia de baixo custo, enquanto o setor privado concentra-se no segmento hospitalar, tradicionalmente incorporador de tecnologia de maior custo. Salvo os casos em que o setor público subsidia o privado, prestando a assistência que exige pessoal altamente especializado, instalações e equipamentos de alto custo para parcela da população vinculado a planos de saúde do setor privado que não cobrem serviços de alta complexidade. Que exigem equipamentos de tecnologia avançada e de ponta, recursos humanos especializados exigem um custo mais

elevado. No entanto, no que diz respeito aos serviços de média e alta complexidade<sup>4</sup> por comporem de equipamentos de tecnologia menos avançados e com menor custo financeiro absorve também importante quantidade dos problemas de saúde demandada pela população.

As organizações de serviços de saúde caracterizam-se, segundo Dussoult por “estarem voltadas para o atendimento de necessidades” multidimensionais “e, no caso do setor público, também estarem submetidos a injunções políticas e sociais ou meramente burocráticas que, muitas vezes, nada tem haver com suas finalidades principais (1999,p.26)”.

A realidade encontrada nos diversos sistemas locais de saúde é bastante diferenciada, o que acarreta também processos bastante diferentes para enfrentá-la. Alguns aspectos, no entanto, são comuns e permitem apontar passos que poderão nortear a intervenção dos gestores municipais. Sendo necessário um diagnóstico principalmente do conhecimento da realidade de saúde, incluindo o perfil epidemiológico da população, sua composição etária, áreas caracterizadas como a de maior risco e principais necessidades na atenção a saúde.

Sabe-se que o SUS não representa todo o ideal de Reforma que se procurou construir na década de 80, pois tem apresentado necessidades de mudanças no seu interior para uma construção de novas modalidades ou atuação assistencial e sanitária e de novas formas de gestão do Sistema de Saúde.

Isto se deve, de certo modo, ao fato de que o modelo SUS nunca foi plenamente implantado, tendo a duras penas sobrevivido aos entraves dos setores contrários-projetos, médico neoliberal privatista, a existência de um modelo universalista, integralizado e equânime.

---

<sup>4</sup> - Hospitais com atendimento de internação e ambulatorial em odontologia, e nas áreas médicas básicas (clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia/obstetrícia), serviços básicos (anestesiologia, radiologia e laboratório clínico) esses hospitais servem de referência para os centros de saúde.

Essa realidade detectada, apesar das conjunturas adversas que continuam envolvendo sua construção, além do esforço de dirigentes e técnicos da saúde (embora não sejam todos) dos municípios, assim como de profissionais e representantes da sociedade civil, e também o aprofundamento das estratégias formuladas com a participação dos Conselhos de Saúde, que visam atingir efetivamente o modelo de atenção à saúde na direção de seus princípios, descentralização, regionalização e participação social, objetivando gradualmente a superação de desigualdades de acesso existentes.

A partir das Leis 8.080/90 e 8.142/90, muitos avanços foram alcançados pelas gestões municipais, estaduais e federais. Dentre esses avanços destacam-se: a descentralização da gestão, estadualização e municipalização, com criações das comissões Intergestoras (Tripartite e Bipartite); criação e desenvolvimento aos fundos de saúde nacional, estaduais e municipais; fortalecimento da rede pública de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, principalmente os de Atenção Básica; incentivo a prática intersetorial e a política de município saudável (sul, sudeste); elevação da capacidade de gestão pública, principalmente entre os municípios; criações dos Distritos Sanitários e em especial indígenas; criação do Sistema Nacional da Vigilância; ampliação do acesso às informações de saúde via internet; política de medicamentos genéricos e de controle da AIDS e início da implantação do Cartão SUS.

Entretanto, a construção do SUS decorre não só das resistências aos avanços realizados até o momento, mas de desafios. Desafios colocados para os gestores e para os conselheiros de saúde, na visão de gestão participativa.

O gestor deve buscar promover um ambiente democrático, com transparência, para que seja construída uma cidadania<sup>7</sup> ativa e envolvida pelas questões públicas. De um lado, o gestor

---

<sup>7</sup> O conceito de cidadania é compreendido aqui como estratégia política para a construção democrática, com um nexos constitutivo entre as dimensões da cultura e da política. HERBERMAS, Jurgen. Soberania popular como procedimento. São Paulo nova estudo 1990.

precisa provocar o interesse da sociedade pela coisa pública; de outro lado, a sociedade civil organizada precisa encontrar no gestor público alguém que tenha uma postura favorável e aberta à participação social, que esteja disposto a prestar informação e que não tenha medo de ser cobrado, monitorado e fiscalizado.

Foi com o processo Constituinte que um momento de inflexões, em que emerge claramente nas reivindicações dos movimentos sociais, a idéia de “participação” tal como a estamos entendendo neste contexto. A partir da Constituinte, e ao longo da década de 90, torna-se cada vez mais clara para os movimentos sociais a reivindicação de participar de reivindicação dos direitos e de a gestão da sociedade. Não reivindicam apenas para obter ou garantir direitos já definidos, mas ampliá-los e participar da definição e da gestão desses direitos: não apenas ser incluídos na sociedade, mas participar da definição do tipo de sociedade em que se quem incluídos e de participar da “invenção de uma nova sociedade”.

O processo Constituinte e o amplo movimento de “participação Popular na Constituinte”, que elaborou emendas populares à Constituição e coletou subscrições em todo o país, marcam este momento de inflexão e uma nova fase dos movimentos sociais. É o momento em que as experiências da “fase” anterior, predominantemente reivindicativa, são sistematizadas e traduzidas em propostas políticas mais elaboradas e levadas aos novos canais institucionais conquistados.

## 1.2 - A Organização de Serviços como mecanismo de gestão da saúde.

Para discutir a organização dos serviços de saúde no interior do SUS, faz-se necessário trabalhar um pouco o próprio conceito de organização.

Uma organização é a coordenação de diferentes atividades de contribuições individuais com a finalidade de efetuar transações planejadas com o amplo conceito utiliza a noção tradicional de divisão do trabalho ao se referir às atividades e à coordenação existente na organização e aos recursos humanos participantes ativos dos destinos dessa organização. As contribuições de participante da organização variam em função das diferenças individuais em função das oportunidades de participação oferecidas por ela. As organizações são tomadas como sistema orgânico, em que ocorre uma conscientização dos participantes pelos seus destinos e pela orientação necessária para atingi-los. Desenvolve-se uma nova conscientização social dos participantes organizacional: não somente deles em relação interna à organização, mas e principal encontra [...] (CADERNO SAÚDE E CIDADANIA, 2004, p.1).

Já para Mintzberg qualquer “organização” pode ser descrita como “operadores” que, produzem bens ou serviços, de um centro de decisão; de gerente, mais numerosa à medida que a organização cresce, de especialista, técnico ou analista, se for necessário que planejam os trabalhos dos operadores de pessoal de apoio. São os componentes básicos da organização, ligados (ou divididos) por crenças, representações, tradições que compõem a cultura organizacional (DUSSAULT apud MINTZBERG, 1992, p.10).

Dussault acrescenta quando define, “*organização como um conjunto de mecanismos de divisões e de coordenações do trabalho* (1992, p. 10)”.

As considerações expostas acima estão especificadas em diferentes contribuições relacionadas com o que pode chamar de organizações, no entanto, podemos perceber que organização é fundamental nos meandros dos serviços por complementar a sua operacionalização. Nesse sentido discutir organização é considerar que o processo dos serviços só se caracteriza quando apropriado individual ou coletivamente pela clientela, de forma que esse processo é mediado por seus diversos atores organizacionais, que desempenham papéis diferentes em função de seu conhecimento que determina, inclusive, a sua posição na produção.

Conforme Lemos (1995), as diferentes perspectivas explicativas tratam de valorizar/enfatizar algum ou alguns dos principais elementos condicionantes da vida organizacional. Estes diversos condicionamentos podem ser agrupados em torno das seguintes categorias ou dimensões organizacionais: as pessoas; que integram e executam o processo de trabalho da organização; a estrutura que compreende a divisão coordenação interpretação do trabalho visando à operacionalização dos objetivos organizacionais; a tecnologia enquanto o próprio processo de trabalho, com os conhecimentos técnicas, instrumentos e ações relacionadas com a produção organizacional; e o poder compreende enquanto atenção entre as diversas capacidades acumuladas visando influenciar o destino e as ações da organização; e por fim o ambiente compreendendo tanto quanto fonte de insumos e receptor dos produtos organizacionais, através de seus formadores, clientes, parceiros, órgão fiscalizadores etc., mas também com seus condicionamentos mais gerais, de caráter político, social, econômico, cultural, ecológico dentre outros.

Neste sentido, organizações de serviços se refletem na sua magnitude, no número de pessoas que nela trabalham o ambiente, a tecnologia utilizada, os objetivos e estratégias e a cultura organizacional considerada com o conjunto de crenças, valores, compreensões e normas compartilhadas pelos seus integrantes.

Finalmente, os serviços de saúde têm características que geram exigências particulares, em termos de organização. O objeto ou a razão desses serviços envolve, na verdade, uma equação entre diferentes interesses: usuários, profissionais, gestores e dirigentes governamentais (políticos) e todos os segmentos empresariais envolvidos no suprimento de bens e serviços indispensáveis ao funcionamento das organizações de saúde. Toda via, todos estes argumentos levam ao reconhecimento dessas organizações como “espaços” de realizações de múltiplos interesses, sejam eles.

Para os usuários serviços de qualidade, para o profissional locus de desenvolvimento de suas atividades, obtenção de uma boa renda, prestando bons serviços, para as empresas de materiais e produtos, os seguros, os estabelecimentos privados que querem fazer bons negócios, o governo, que quer benefícios políticos etc. (DUSSAULT, 1992, p.12).

A concepção de organização de serviços de saúde anteriormente mencionada confere ao setor uma dupla responsabilidade, de um lado, produzir cuidados de saúde integrais no interior de um sistema de serviços através dos seus componentes públicos ou privados; de outro interagir, dialogar e pactuar com outros setores econômicos e sociais que determinam ou condicionam o estado de saúde da população influenciam a organização dos respectivos serviços.

Assim, o significado prático da afirmação anterior está presente no cotidiano e todos que trabalham nos estabelecimentos de saúde, tanto dos que realizam as atividades, como dos responsáveis pela direção da instituição.

Outra característica das organizações sedentárias deslocadas por Dussault decorre do fato de que os “*serviços produzidos atendem as necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar*” (1992, p.13). O autor se refere à questão, que vem ocupando as atenções de muitos

quais sejam a elevação da consciência individual e coletiva com relação a tais necessidades e o avanço dos direitos sociais quanto ao seu atendimento. A discussão sobre adequação da oferta de serviços de saúde no contexto da modernidade das relações sociais passa a ter um participante principal, o próprio usuário de tais serviços, tradicionalmente chamado de paciente. Seus interesses passam a serem considerados de formas novas, especiais por que vão defender uma melhor qualidade de serviços ao mesmo tempo em que se rompe a intermediação historicamente feita pelos profissionais de saúde, os médicos, que sempre se julgaram conhecedores das necessidades dos seus “pacientes” e, portanto, defensores de seus interesses. Passando a dividir juntamente com o controle social<sup>8</sup> os meandros que envolvem a política de saúde.

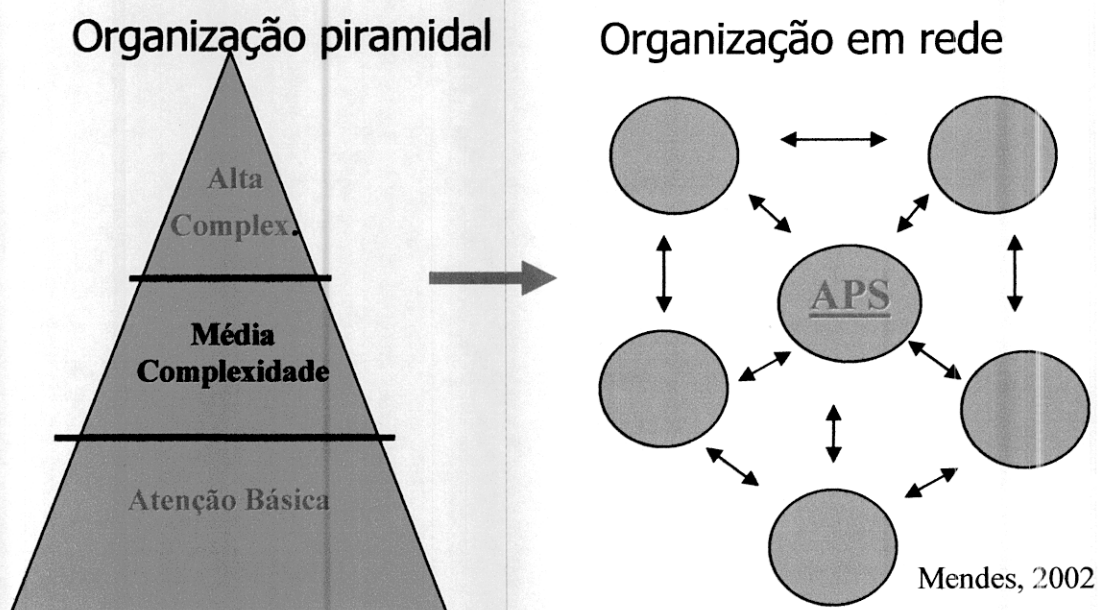
Para Mendes, a maneira de organizar os serviços de saúde também,

Estruturam-se de forma hierarquizada, por níveis de atenção, que variam segundo suas respectivas densidades tecnológicas. Os níveis de atenção constituem diferentes composições tecnológicas referidas por sua densidade, seu custo e sua viabilidade, para a solução de conjuntos específicos de problemas de saúde de diferente natureza (1998 p.33).

O autor supramencionado nos apresenta fundamentalmente dois modelos de organização de serviços de saúde: o Modelo Conservador ainda em uso extremante hierarquizado, e o outro Modelo Ideal as configurações do SUS atualmente, conforme figura a seguir.

---

<sup>8</sup> Controle social é aqui entendido como controle sobre o Estado pelo conjunto da sociedade organizada em todos os segmentos sociais. Evidentemente, esse controle deve visar ao benefício do conjunto da sociedade e deve ser permanente.(BRASIL, 2004).

**FIGURA 5 - Componentes da Gestão: Organização e Modelo**

Como foi possível perceber a categoria da organização dos serviços é importante em qualquer processo de gestão. Mas, para o melhor esclarecimento a cerca do processo de gestão que percorre “os corredores das organizações dos serviços em suas várias dimensões faremos uma breve compreensão do que vem a ser gestão devida sua importância principalmente no âmbito da saúde que é abordado nesse estudo”.

De início, destacaremos o conceito de gestão como coloca Catanni como sendo “processo ativo de determinação e orientação do caminho a ser seguido por uma empresa para realização de seus objetivos, compreendendo um conjunto de análises, decisões, comunicações, lideranças, motivação, etc.”(CATANNI, 1997,p.87 ).

Um outro conceito para gestão é colocado por Lobato, quando define *gestão como campo de conhecimento e prática, suas contradições e impasses* (2002, p.01).

A gestão na perspectiva administrativa assume um caráter de organizações, baseada no cálculo e onde o condicionamento humano está voltado para o trabalho em grupo. Portanto, temos gestão como uma prática que envolve todo processo administrativo através do qual se busca planejar, organizar, dirigir e controlar os recursos disponibilizados.

Não há dúvidas de que o campo da gestão organizacional seja ela gestão de recursos humanos, orçamentária / financeira, gestão social ou em saúde, apresenta significativo acúmulo de conhecimento e prática, sendo ainda bastante diferenciada segundo tipos de organizações. Lidar com tais conhecimentos, aprimorar práticas, alcançar resultados não é tarefa simples, por mais que qualquer profissional, de qualquer formação seja capaz de emitir opiniões ou mesmo agir diante de um problema. Nesse aspecto gerenciar é buscar, compromissos, consensos, é negociar a participação dos interesses existentes, de modo a gerar acumulação de forças internas e externas para implementação de decisões.

Para Dussault, impõe-se desenvolver a competência gerencial em três dimensões:

Ao nível do saber ou dos conhecimentos, compreendendo as teorias, os conceitos, dados sobre o ambiente, o processo de produção; ao nível do saber-fazer que se expressa pela capacidade pessoal em utilizar para análise de situações, sabendo diagnosticar problemas, definir, difundir e implementar estratégias, organizar o trabalho, gerir o pessoal. E ao nível do saber-ser ou das atitudes, compreendendo a abertura de espírito, sentido ético, empatia e prognatismo (1992, p.12).

Em suma, as decisões sobre gestão remetem a uma questão de fundo, que é a gestão social, ou gestão das ações sociais públicas. “*A gestão do social é, em realidade, a gestão das demandas e necessidades dos cidadãos*”<sup>9</sup> (CARVALHO, 1999, P. 19)”.

O qual merece destaque por abordar a gestão em saúde que será discutida mais adiante por se tratar do foco central desse estudo, e, portanto merecer uma discussão mais aprofundada.

A gestão social tem sido objeto de interesse de estudiosos e administradores. Ora, por uma perspectiva defendida como um conjunto de instrumentos para um encaminhamento de respostas, mas eficazes e eficientes para as políticas sociais, ora, por ter sofrido críticas exatamente por ter como bases esses preceitos.

O tema, não é simples, mas, em linhas gerais podemos identificar duas amplas visões sobre o papel da gestão social, como bem afirma Carvalho “*a gestão social tem um compromisso com a sociedade de assegurar por meio das políticas e programas o acesso efetivo aos bens, serviços e riquezas societárias [...] (1999, p.28)*”.

Uma outra visão é “*gestão social como uma forma maquiada ou administração dos recursos cada vez mais escassos destinados às áreas sociais, dirigida por governos que privilegiam o ajuste econômico às expensas de uma importante redução dos investimentos na área social (LOBATO, 2002, p. 1)*”.

Tomadas essas premissas, podemos dizer que o reconhecimento da gestão social se dá num campo unificado de conhecimentos e práticas que visam à redução das diferenças sociais e a consolidação da cidadania. Todavia, essa proposta requer uma análise crítica juntamente com instrumentos e técnicas que permitam reconhecer e alcançar as diferentes manifestações das desigualdades sociais dadas às complexidades da questão social na atualidade. De forma a

---

<sup>9</sup> As políticas sociais, os programas sociais, os projetos, soa canais e respostas a estas necessidades e demandas.

propor alternativas e estratégias para seu enfrentamento através de políticas, programas e projetos sociais.

No caso específico da saúde, enquanto área de enfrentamento de necessidades sociais, e não simplesmente como recorte de uma política setorial de governo, a gestão em saúde tem que ser direcionada às mudanças demográficas, sociais e epidemiológicas, o que exige maior flexibilidade.

Essa equação entre essas mudanças é de algum modo à área de atuação da gestão. Adiante atuar nesse campo será uma decorrência do quanto é possível explicar e compreender a dinâmica das necessidades de saúde, os valores sociais envolvidos, os interesses, a epidemiologia dos respectivos processos de saúde/doença.

Em relação à gestão em saúde Mendes define:

Gestão da atenção à saúde como a reengenharia dos Sistemas de Serviços de Saúde, nos âmbitos microeconômicos e moleculares, voltada para a gestão dos riscos populacionais e para a gestão da oferta e utilização dos serviços, destinada a aumentar a eficiência e a qualidade da atenção e a satisfação dos usuários (MENDES, 1998, p. 64).

Assim, no setor saúde a gestão é difícil por causa da complexidade dos problemas a resolver e da natureza dos serviços a produzir.

Neste trabalho, nossa intenção é notadamente analisar a articulação da organização dos serviços de saúde no universo de gestão do SUS. Uma vez, que, a institucionalização do SUS, por meio da lei 8.080/90, trouxe para os serviços saúde profundas transformações, ao definir a universalização do acesso, a equidade na prestação de serviços e a integralidade das ações, como princípios da atenção à saúde no Brasil. Isto significa dizer que todo cidadão brasileiro,

independentemente de sua condição social, tem direito ao acesso a todos os níveis de atenção à saúde.

No interior do Sistema Único de Saúde brasileiro a gestão tem ocorrido através de um processo que se estabelece a partir das três esferas de governo; a federal, estadual e municipal.

Nesses termos a organização dos SUS decorre das seguintes diretrizes: descentralização com a fixação das direções pelas esferas de governo (federal, estadual e municipal), atendimento integral que contabilize as atividades preventivas e as assistenciais, e a participação da comunidade, difundida como controle social. Vale salientar que o detalhamento dessas diretrizes foi regulamentado por leis ordinárias, no caso, as leis 8.080 de 1990 e a 8.142 de 1991, conhecidas como a Lei Orgânica do SUS (LOS). Cabe ressaltar que é essa legislação que trata das competências das três esferas de governo.

Assim, a esfera federal compete, a formulação de políticas nacionais, o planejamento, a normalização, a avaliação e o controle do Sistema de abrangência nacional; a esfera estadual compete à formulação da política estadual de saúde, e a coordenação e o planejamento do sistema de abrangência estadual; e a esfera municipal compete à formulação da política municipal de saúde, a provisão das ações e serviços de saúde.

Essas competências de gestão foram estabelecidas ao longo ao longo desses 16 anos de criação e consolidação do SUS, considerando-se as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde (8, 9 e 10), as conquistas asseguradas na constituição de 1988, regulamentadas através do processo de descentralização que são expressas na forma das NOBs (em quatro versões: 1991, 1992, 1993,1996) e mais recentemente, em uma norma específica da assistência, a NOAS 01/2001. As NOBs 93 e 96, bem como a NOAS foram frutos de negociações entre o Ministério da Saúde e as representações dos estados dos municípios e entidades de iniciativas privadas, como já mencionado.

E a partir delas surgem elementos fundamentais para a definição e implantação de um Modelo de Gestão. Segundo Rezende:

Todo Modelo de Gestão em Saúde baseia-se em uma concepção de Estado e uma concepção de saúde. Contém uma proposta prática de ação (Planos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde) para a solução de problemas de saúde do país, dos estaduais ou municipais e tem uma concepção de sobre o processo de trabalho em saúde. De maneira simples pode-se definir Modelo de Gestão em Saúde como a forma e modo de conceber, gerir/administrar e organizar serviços e o Sistema de saúde em cada localidade (REZENDE, 1998, p.1).

Organizar os serviços e ações, garantindo acesso integral, universal e de equânime significa que os serviços devem ser acessivos à população durante o maior tempo possível e capaz de atender com efetividade às necessidades do cidadão.

As ações Básicas de Saúde devem ser realizadas as mais próximas possíveis da residência (ou nela própria), ou do trabalho dos cidadãos. Para isto as Unidades Básicas de Saúde (Postos de Saúde, Centro de Saúde, Unidades Sanitárias) e ou as Equipes Programa de Saúde da Família devem ser localizadas e organizadas de descentralizado para facilitar o atendimento.

Assegurar as ações e serviços de retaguarda e complementares às ações das unidades Básicas de Saúde, das equipes de PSF/PCS, tais como: exames de laboratório, radioimagens, consultas especializadas, internações hospitalares, atendimento por programas específicos (saúde da mulher, da criança, do trabalhador, para portadores de sofrimento mental, de DST/AIDS, de hanseníase, etc) e, garantir o atendimento às ações de reabilitação. Além disso, deve-se assegurar a distribuição de medicamentos necessários ao tratamento.

Todo este procedimento vai respaldar as ações das Unidades de Saúde de Referências devem ser localizadas e organizadas de modo a atender ao maior número possível de pessoas

referenciadas pelas unidades Básicas de Saúde, e pelas Equipes de Saúde da Família, considerando-se a maior facilidade de acesso aos usuários a um menor custo para o sistema.

Os serviços de referência (ambulatórios especializados, exames complementares e serviços hospitalares) nem sempre existem no mesmo território de jurisdição do gestor municipal de saúde. Por isso, é imprescindível que os gestores municipais estabeleçam um bom relacionamento entre si, negociando Programações Pactuadas Integradas com a participação efetiva das Secretarias Estaduais de Saúde, bem como instituindo Consórcios Intermunicipais de Saúde para resolverem problemas assistências e/ou de gestão peculiares de uma micro-região. Os consórcios devem buscar soluções de problemas específicos, visando assegurar à assistência integral de saúde.

De modo, que o sistema de marcação de consultas e exames especializados e vagas para internações devem de forma a evitar o desgaste dos usuários, gasto financeiro desnecessário e seleção de clientela pelos serviços de referências contratados/conveniados. Alguns Municípios brasileiros que são referência desses atendimentos implantaram centrais telefônicas de marcação de consultas e internação, onde diversas vagas dos serviços existentes (públicos e privados) são colocadas á disposição da central. Os municípios que pactuaram o sistema de Referência e Contra-Referência solicitam a vaga, exame e consulta especializada para o usuário ser atendida (município de João Pessoa), uma outra forma de organização de serviços é quando o município onde o sistema de referência para estes casos se dar dentro do próprio município. Nestes casos não são utilizadas centrais telefônicas, mas as unidades básicas de saúde ou as equipes do PSF estabelecem contatos telefônicos com estes serviços, solicitando a vaga de internação ou consulta especializada.

Nesse sentido, a definição de novo papel a ser desempenhado pelos hospitais levará em conta as suas respectivas vocações representadas, entre outras características, pelo seu porte, a capacidade instalada, o conjunto de profissionais necessários e a população a que devem atender. Essa redistribuição de papéis da atenção deverá considerar a estruturação da atenção hospitalar, com mudança espontânea aos hospitais, em uma perspectiva de articulação e complementaridade das redes de serviços adequando os pequenos hospitais aos sistemas locais de saúde e modificando sua forma de financiamento”. (PLN, 2004) Trigueiro<sup>10</sup>.

Essas mudanças, dentre outras, vêm transformando a proposta inicial do SUS de reorganizar os serviços públicos de saúde de forma macro, seguindo o modelo sanitário, onde a universalidade, a equidade e a integralidade devem prevalecer associadas ao que está na CFB /88, “A saúde é direito de todos e é dever do Estado”.

## **CAPÍTULO 2 DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM JOÃO PESSOA**

### **2.1 - Análise histórica sobre a municipalização da saúde em João Pessoa.**

Para uma compreensão contextualizada do processo de municipalização da saúde em João Pessoa, é pertinente conhecer o município e suas características mais gerais.

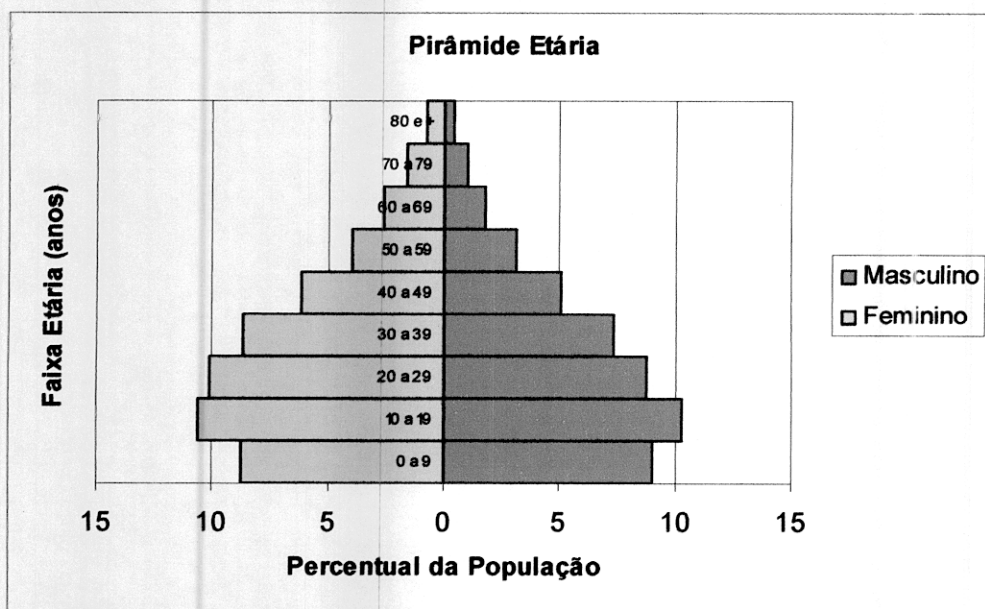
---

<sup>10</sup> Durante esta gestão o governador em exercício era o Sr. Wilson Braga, o qual irá substituir na gestão municipal posterior.

De acordo com o IBGE<sup>11</sup> o município de João Pessoa possui uma área de 210.055, e população de 597.934 habitantes na faixa etária entre 20 a 39 anos (quadro 1), com situação de domicílio predominantemente concentrado em zona urbana. Aproximadamente 82% dessa população encontram-se na faixa etária de 10 anos ou mais, e destes, cerca de 440 mil pessoas são alfabetizadas, contornando uma taxa de alfabetização em torno de 88,4%.

A configuração da pirâmide etária do município mostra um processo de envelhecimento populacional, com redução da base e aumento das faixas etárias subsequentes (figura 1). Tais características demográficas apontam para a necessidade de uma atenção em saúde que contemple as faixas etárias mais expressivas, a exemplo das mulheres em idade fértil, crianças, adolescentes, e idosos.

**GRÁFICO 1 - ENVELHECIMENTO POPULACIONAL**



<sup>11</sup> Instituto Brasileiro de Geografia – Censo 2003.

**Tabela I. População residente por faixa Etária e sexo, 2003.** <sup>12</sup>

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMININO</b>	<b>TOTAL</b>
MENOR 01 ANO	5.533	5.375	10.908
01 A 04 ANOS	22.312	21.508	43.820
05 A 09 ANOS	28.808	28.127	56.935
10 A 14 ANOS	31.220	31.099	62.319
15 A 19 ANOS	33.220	35.458	68.678
20 A 29 ANOS	55.237	63.440	118.677
30 A 39 ANOS	46.013	54.509	100.522
40 A 49 ANOS	31.965	38.841	70.806
50 A 59 ANOS	19.821	25.164	44.985
60 A 69 ANOS	11.095	16.540	27.635
70 A 79 ANOS	6.094	9.989	16.083
80 ANOS E MAIS	2.600	4.869	7.469
<b>TOTAL</b>	<b>293.918</b>	<b>334.919</b>	<b>628.837</b>

As características econômicas da capital do estado evidenciam-se em atividades dos setores primários, secundários e terciários, de maneira mais diversificada e mais acentuada em outros setores que outros.

No Setor Primário apresenta-se inexpressivo tanto no Setor agrícola, quanto no Setor Pecuário.

Já no Setor Secundário, o desenvolvimento é bem mais leve, contando com 863 indústrias, absorvendo cerca de 27.000 trabalhadores. O Setor da construção civil é o que possui

<sup>12</sup>FONTE: IBGE / DATASUS.

o maior número de profissionais 23.34% seguido de produtos alimentícios 22.54%; vestuário 9.05%; editorial e gráfica 7.02% e metalúrgica 5.22%.

No Setor Terciário (comércio, transportes, serviços, microempresas, turismo, e abastecimento) é o que mais se expande, possuindo, no setor público, cerca de 74.000 trabalhadores atuando nos três níveis de governo.

João Pessoa, por ser a capital do estado, tem um intenso movimento migratório, por oferecer uma estrutura diversificada nas áreas de educação, saúde e trabalho, pois o interior do estado não dispõe dessa diversidade. Por esta razão, as questões sociais se agravam, onde é possível verificar uma crescente “favelização” com aproximadamente 138.477 habitantes vivendo no limite da pobreza, o que corresponde a 28% da população da capital.<sup>13</sup>

Como afirma Rosas:

A cidade de João Pessoa como complexo urbano tem revelado momentos de progresso e de desenvolvimento. Porém, encaminhar de forma combinada os três elementos instituídos como fundamentais pelo Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, a saber: longevidade, educação e renda per capita, constituindo tarefa árdua para as autoridades governamentais que têm mantido uma participação efetiva com as comunidades locais, procurando assim atuar de forma significativa para minimizar o problema de baixo IDH (2002, p. 06).

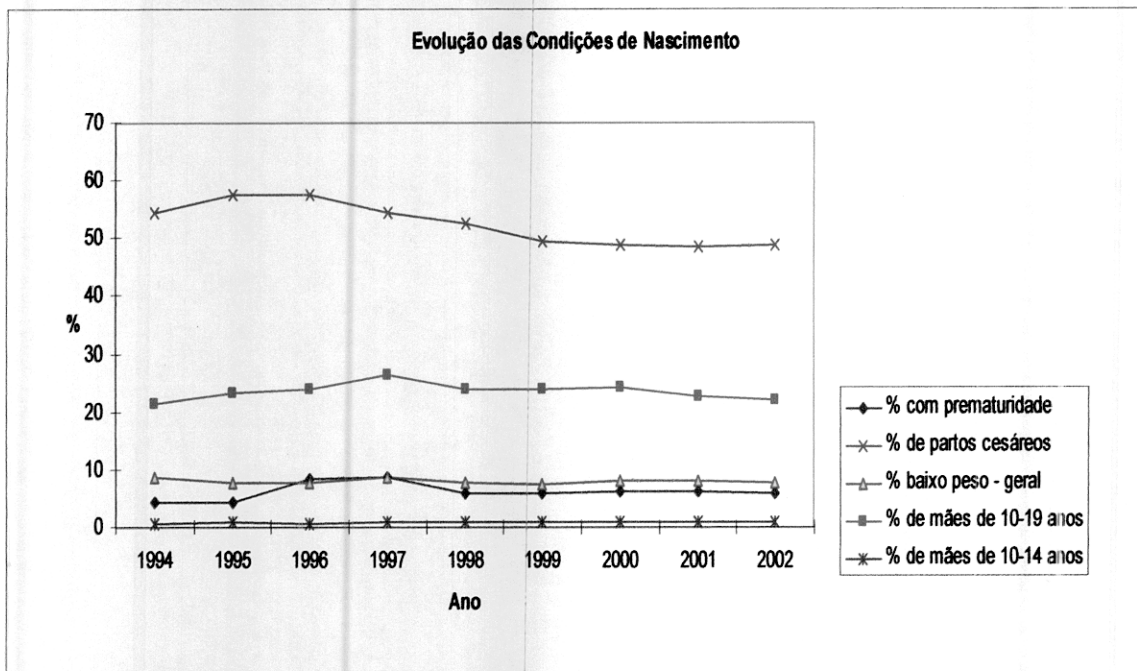
Como podemos observar as informações acima, a prevalência de enfermidades que estão ligadas às péssimas condições de sobrevivência: como parasitoses, infecções respiratórias agudas, dermatose, doenças genitais da mulher, diarreia, escabiose, dentre outras. Por conseguinte, estes dados indicam a necessidade de levantar carências e demandas destes segmentos para se construir políticas descentralizadas direcionadas aos usuários de saúde.

---

<sup>13</sup> Dados obtidos pela 01 Oficina de Planejamento Estratégico-Relatório/s SESAU-JP/2005.

No gráfico que segue destaca-se a evolução das condições de nascimento no município onde prevalece o parto Cesário, que além de ter um custo maior para o SUS, ainda exige da usuária um tempo maior de permanência interna da usuária como do bebê o que os coloca em situação de vulnerabilidade a infecções hospitalar.

**GRÁFICO 2 – EVOLUÇÃO DAS CONDIÇÕES DE NASCIMENTO**



Fonte: Datasus (BRASIL, 2005).

Além dessas questões um outro fato chama atenção, a mortalidade como o gráfico abaixo demonstra:

A municipalização dos serviços públicos de saúde é uma realidade que vem se concretizando desde a década de 90 em todo o país e se constitui numa das vias de reorganização da rede de assistência pública á saúde.

Por outro lado, analisar as políticas de saúde em João Pessoa pressupõe considerar ainda, o quadro político paraibano; isto porque, sendo a capital do Estado, o município é palco das grandes lutas de poder político-partidário, colocando-se como alvo mais importante do continuísmo e da utilização do serviço público como poder de barganha em momentos eleitorais.

[...] A capital paraibana só assumiu características de cidade a partir do início do século XX com o crescimento de sua população. Mesmo assim permaneceu como centro administrativo. Até a década de 60, disputava com Campina Grande<sup>14</sup> – que se firmava como centro comercial – o lugar de principal cidade do Estado. Por outro lado, a proximidade do Recife, (110km) e a ausência de atividades econômicas significativas contribuiu para a manutenção de seu papel secundário entre as capitais regionais. Na década de 60, com uma população de 135.000 habitantes, mantinha sua condição de centro administrativo e de serviços com grande concentração de funcionários, embora poucos na área federal. (LIMA e MEDEIROS, 1990, p.19).

Só na década de 70, esse quadro de estagnação sofreu modificações em função da criação do distrito industrial, implantação de empresas estatais, crescimentos da Universidade Federal da Paraíba, modificações essas que, resultou no aparecimento de novos atores sociais, desde a expansão urbana, até o aparecimento de novos padrões de consumo e de comportamento.

Contudo, é na década de 80 que podemos ver importantes movimentos de mudanças na cidade, obviamente como reflexo de efervescência política e econômica vivida em todo país. No tocante às políticas de saúde municipais, durante a década de 80 celebrou-se o convênio da SESAU/JP com as Ações Integradas de Saúde, na gestão do prefeito Oswaldo Trigueiro<sup>15</sup>, durante a qual algumas inovações foram realizadas, dentre as quais se destacou a intenção da SESAU em investir na melhoria das condições de trabalho dos profissionais. Entretanto, apesar

---

<sup>14</sup> Campina Grande se constitui a Segunda maior cidade do Estado Paraibano.

<sup>15</sup> Durante esta gestão o governador em exercício era o Sr. Wilson Braga, o qual irá substituir na gestão municipal posterior.

dessas iniciativas, o convênio com as AIS não melhorou substancialmente as ações de saúde embora, ao nível da retórica, tenha-se procurado estabelecer as pré-condições que o mesmo estabelecia.

No período de 1989 a 1992 o município passou por duas gestões (Wilson Braga e seu vice Carlos Mangureira) e, no campo da saúde, observam-se algumas alterações ao nível de planejamento e gerenciamento: houve uma reorganização administrativa criando novas divisões (Vigilância Sanitária e Educação em Saúde), assim como viabilizou-se a criação do CMS/JP-Conselho Municipal de Saúde, após intensas mobilizações dos trabalhadores da saúde.

O processo de municipalização de fato teve início em função de vários fatores, dentre os quais o mais expressivo foi à pressão exercida pelos movimentos sociais organizados (dentre estes o SINDSAÚDE/JP e o Ministério da Saúde) sobre a SESAU em 1993, apresentou a proposta de implantação da municipalização dos serviços de saúde, no que se refere às ações concretas de organização e gerenciamento dos serviços, com o objetivo de organizar os serviços em uma rede de distritalização, rede esta, que já havia sido elaborada em 1983, mas que só veio ser retomada uma década depois.

A partir de então, João Pessoa passou a ter em sua política de saúde uma divisão distrital, em cinco distritos sanitários, de acordo com critérios de necessidade da população, localização, acesso, onde cada distrito sanitário abrangeria uma rede de serviços com níveis de complexidade diferentes, e ao mesmo tempo cada distrito sanitário organizaria os seus serviços, tendo as “Unidades de Portas de Entradas” (Centros de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde, com a prestação de assistência nas clínicas básicas contemplando as ações preventivas e curativas) e os Serviços de Referência e Contra Referência (Centros de saúde Especializados e Hospitais).

A partir desta proposta que direcionava para um processo de municipalização da saúde, houve um avanço considerado através do ofício da SESAU/JP n.º 333316/94 de 14 de janeiro de 1994, onde o Secretário de Saúde do município de João Pessoa encaminhou ao Secretário Estadual de Saúde da Paraíba a intenção de assumir todos os serviços de saúde dos níveis

federal e estadual. O município de João Pessoa se propunha à gestão incipiente<sup>16</sup> através da Portaria n.º. 109 da SESAU/JP de 27 de junho de 1994.

De modo, Cavalcanti acrescenta:

A descentralização dos serviços de saúde que se deu através da municipalização não se constitui num processo democrático, mas num processo centralizador tangenciado pela lógica da democratização. A questão da intervenção governamental no funcionamento do Conselho Estadual de Saúde e a lentidão no repasse dos serviços constituíram-se expressões concretas dessas características. A dinâmica desse momento histórico caracterizou-se fundamentalmente pela manipulação dos órgãos públicos como lócus privados, ou seja, os comportamentos dos principais dirigentes das instituições de saúde envolvidas no processo foram pautados em interpretações pessoais e não baseados em critérios técnicos que era o que mais se exigira num processo como o da descentralização dos serviços. (CAVALCANTI, 2000, p.07).

Só em 1997 que João Pessoa passa a implantar a municipalização da saúde tendo inicialmente uma Gestão Semiplena<sup>17</sup> através da portaria n.º. 19 de 27 de janeiro de 1997, e no ano seguinte passa a Gestão Plena de Sistema de Saúde através da portaria n.º 2801 de 14 de maio de 1998.

Conforme atestam depoimentos abaixo:

---

<sup>16</sup>É importante apontar que a **gestão incipiente** é uma fase preparatória em que as Secretarias Municipais de Saúde assumem a responsabilidade sobre a autorização do credenciamento, descredenciamento, controle e avaliação dos Serviços ambulatoriais e hospitalares privados e filantrópicos contratados no município; a distribuição de uma cota de AIHs negociada na Comissão Bipartide ou o correspondente a 8% da sua população; assumem o gerenciamento da rede ambulatorial existente no município; desencadeiam o processo de reorganização do modelo assistencial, incluindo a incorporação das ações de Vigilância Epidemiológica Sanitária”.

<sup>17</sup>Na Gestão **Semiplena**”Os Estados e Municípios do ponto de vista da capacidade gerencial e do reordenamento do modelo assistencial estarão exercendo a totalidade de suas responsabilidades. A transição, neste caso, se caracteriza pela manutenção da série histórica corrigida como base para determinação de tetos financeiros a serem repassados diretamente (totalidade dos custos ambulatorial e hospitalar).Informe Epidemiológico do SUS/jul/1993.Fonte dos dados sobre a Paraíba: Séc. Estadual de Saúde/PB, Comissão Intergestores Bipartide/PB, Relatório de manutenção de gestão/97.

João Pessoa foi Habilitada na Gestão Semi-Plena no ano de 1997 com a NOB 96, e a partir daí o processo de municipalização se deu de forma muito lenta, muito gradual, neste momento a NOB não previa Comando Único da Rede, existia uma portaria do Ministério da Saúde acho que o número era 91, era uma portaria muito polêmica que permitia que o Estado tivesse Gestão em alguns Serviços e Gerência, e esse conceito entre Gestão e Gerência era muito complicado nessa época, tanto para a compreensão dos gestores como para a execução e gerência da Rede, então isso foi muito complicado durante todo esse período até a NOAS ser publicada no início de 2002, que define com mais clareza com quem fica o comando da REDE chamado ,Comando Único, mesmo com o Comando Único essa descentralização de recursos, de decisões e da Rede de Gerência do Município de João Pessoa, ainda acontece. Então atualmente ainda encontra-se em negociação já foi paltado na reunião da Comissão Bipartite por diversas vezes no ano de 2005, o processo de descentralização, ou seja, de municipalização da Maternidade Frei Damião, do Hospital Infantil Arlinda Marques, do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira e do PAM de Jaguaribe. São quatro serviços que se encontra em discussão havendo a possibilidade que o município assuma a gerência dessas unidades. A gestão já é única de João Pessoa, mas, gerência o estado ainda detém essas, e também tem o Hospital de Emergência e Trauma que esse até agora todas as posições dentro da Comissão Bipartite tem o entendimento que ele deva continuar sobre a gerência do estado” (ENTREVISTA N.º 01).

Como já mencionado a municipalização,

O processo de municipalização de João Pessoa, em 1997 ocorreu de forma lenta em função do antagonismo político, existente entre os poderes Executivo Estadual e Municipal e como fato marcante, quando da negociação para estabelecimentos dos tetos do município, a SES-PB criou uma divisão nos procedimentos ambulatoriais, dividindo-os em média complexidade I e II, o que acarretou numa gestão dupla, de vez que, os procedimentos mais simples foram licenciados para fixação dos tetos municipal, ficando os complexos, sobre gestão das Secretarias Estadual. Ainda hoje estamos sobre gestão Estadual em recursos destinados ao financiamento de tratamento fora de domicílio e medicamento excepcional, estando em negociação a gestão dos recursos referentes ao custeio de órteses e próteses (ENTREVISTA N.º 3).

Conforme foi visto acima o conflito entre estado e municípios é histórico, e foi neste contexto que a SESAU investiu muito na reordenação dos serviços, tendo como objetivo a

municipalização. A SESAU/JP elaborou o Plano Municipal de Saúde realizando um levantamento sobre as condições de saúde da população e dos equipamentos disponíveis. Entretanto, os embates políticos entre o governo do Estado (Antônio Mariz e posteriormente José Maranhão-PMDB) e a prefeitura de João Pessoa (Francisco Franca-PDT) dificultaram de sobremaneira, a consolidação do processo de municipalização da saúde na Paraíba, como bem afirma o depoimento acima. No entanto existem posturas diferenciadas como se ver a seguir:

“Esse processo se deu de forma muito rápida, sem na verdade um preparo antecipado com os próprios servidores, gestores da SESAU, na verdade estamos neste processo porque na minha opinião ainda não chegamos a nos organizar para atendermos de forma correta como prega o SUS. A população como se pode acompanhar por meio da mídia é quem mais sofre, são forçados a enfrentar o tormento filas enormes, onde o paciente chega de madrugada para conseguir marcar uma consulta, como vimos por estes dias no HU, que por causa de uma pane na energia elétrica, há toda uma quebra na rede de informática e com isso atrasos e falta de atendimentos ou como estamos acompanhando essa vergonha que uma lista de espera para se submeter a sessões de quimioterapia, que é de extrema urgência, porque como se sabe o câncer não espera e por causa da demanda que aumentou, e os repasses financeiros não são passados corretamente, tornam-se um caos a vida dessas pessoas.” (ENTREVISTA Nº. 05)

Ressalta-se que o processo municipalizador da saúde em João Pessoa, não:

“[...] surgiu uma força política expressiva de impacto a favor da municipalização. O processo como um todo foi condicionado estritamente a ganhos políticos – eleitoreiros, o que prolongou demasiadamente as iniciativas formais em torno da municipalização” (CAVALCANTI, 2000, p.5).

Além destes aspectos alguns personagens importantes para o processo indicam que o processo foi permeado de conflitos, como se pode ver nas falas a seguir:

O Processo foi traumático, não houve discussão com a população ou movimentos populares. Houve dificuldades por todos as esferas (Estaduais, Federais), só quando foi fundado O SINDISAÚDE que serviu para aglutinar, os servidores (estado = município) para lutarem por um mesmo propósito, houve resistência com o poder estadual em virtude dos repasses. A vigilância Sanitária ainda não está estruturada no tocante a alta complexidade, ficando a cargo da ANVISA (Vigilância Sanitária Estadual), porém, hoje na gestão da VISA já foi implantado um sistema de processos administrativos, fazendo jus ao que deve ser desempenhado pela Vigilância Sanitária (ENTREVISTA Nº. 05)

Esta proposta de distritalização, (elaborada inicialmente em 1983 e retomada 10 anos depois), dividiu o município em 05 distritos sanitários, com base em alguns critérios que envolviam: necessidades da população, localização, acesso, demandando uma rede de serviços com diversos níveis de complexidade. Cada distrito disporia, de acordo com a proposta, de “Unidades de Porta de Entrada” (centros de saúde que prestam atendimento nas clínicas básicas e que contemplam ações preventivas e curativas) e “Serviços de Referência e Contra Referência” (centros de saúde especializados).

Apesar de todo esse avanço no processo de descentralização via municipalização na saúde em João Pessoa, esse processo vem se revelando de forma precária, seja por falta de rumos políticos, ou seja, por falta de recursos financeiros.

## **2.2 - A Organização da rede de assistência à saúde no município de João Pessoa no contraponto aos pólos de referência e contra-referência.**

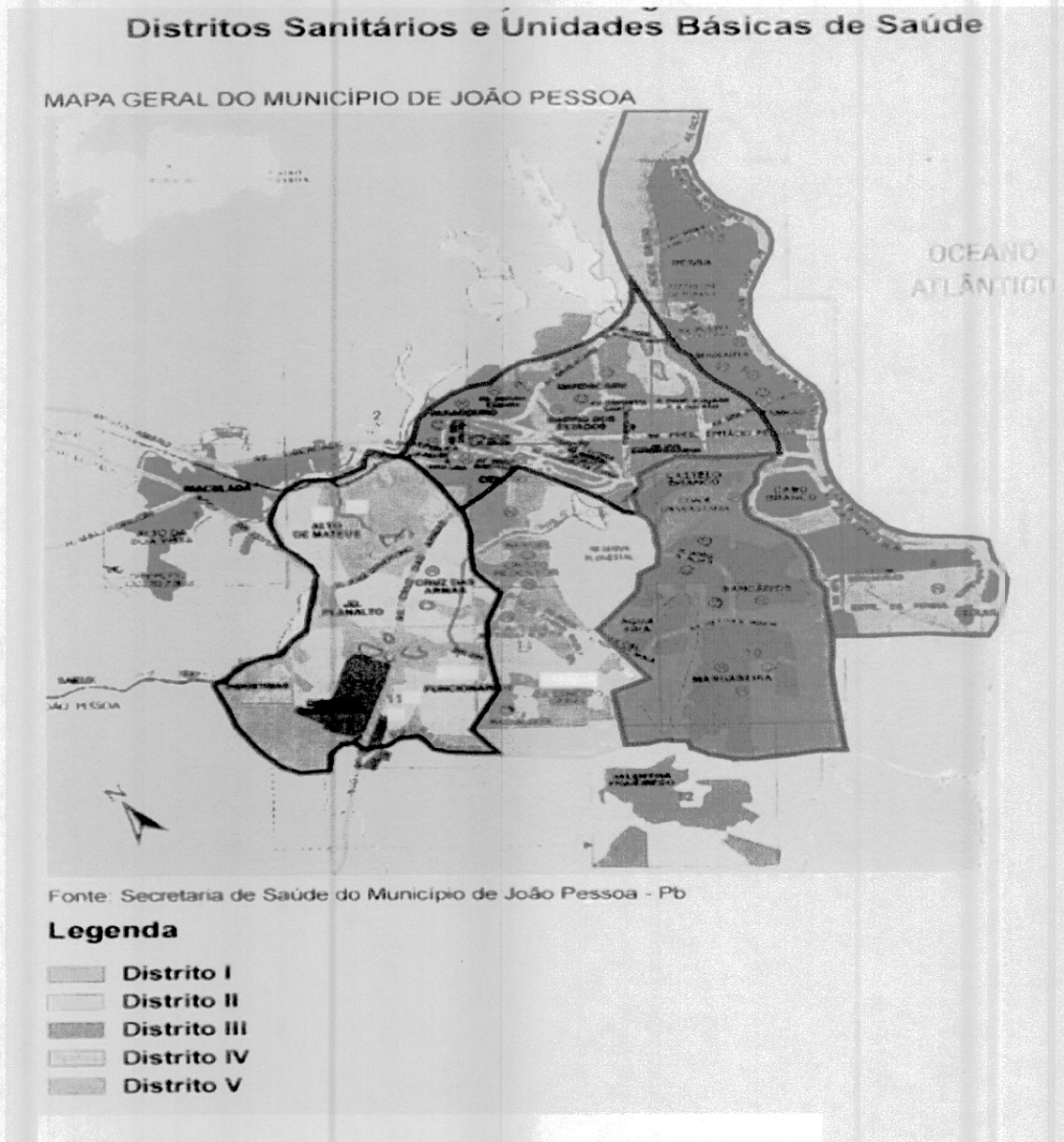
Nesse capítulo a política de saúde no município de João Pessoa nos leva a analisar que mudanças esse processo exerceu na composição e organização de sua rede.

Este processo não se deu, nem se dá, de forma linear e simples, ao contrário, apresenta complexidade, avanços e retrocessos, permeados por determinações políticas e sociais.

A oferta de serviços, além da prefeitura ter se responsabilizado pela gestão de serviços já existentes, promoveu uma reorganização desta rede. Nos anos 90 a porta de entrada foi reestruturada pela Atenção Básica, através dos Postos e Centro de Saúde, e nos 200 para cá se expande o PSF, como estratégia de expandir o número de unidades.

A Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa opera hoje, uma rede de serviços próprios de saúde distribuídos nos Cinco Distritos de Saúde, conforme o mapa abaixo. "Os distritos sanitários atualmente funcionam com entrepostos desconcentrados de ações principalmente administradas pela ausência de política municipal de saúde" (RELATÓRIO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO, 2005, p. 14).

**FIGURA 7 – DISTRITOS SANITÁRIOS**



No que se refere à gestão mais ampla da rede verifica-se que na média e alta complexidade ocorre uma centralização das tomadas de decisão nos setores de controle, avaliação e auditoria, ou seja, tais setores são extremamente estratégicos no que concerne a gestão destes níveis de assistência, como atestam os depoimentos que seguem:

Os Setores especificamente de gestão, são os Setores de Controle, Avaliação e Auditoria de cada secretaria em Plena de Sistema, da SÉS que regula o estado inteiro e do Ministério da Saúde que por sua vez regula o estado e município quando necessário. Os Planejamentos também municipal, estadual e federal também são Setores que trabalham com a Organização da Alta Complexidade” (ENTREVISTA Nº. 3 ).

Os setores diretamente relacionados com a organização da alta complexidade são: Coordenação Alto custo que é responsável por autorização para emissão de APACS. (ENTREVISTA Nº. 2)

Existe uma discussão com as demais diretorias da SMS, porém mais especificamente esta organização está a cargo da Diretoria de Regulação. Apesar do município de João Pessoa ser habilitado na gestão Plena de Sistema, serviços como o TFD -Tratamento Fora do Domicílio-está sob controle do Estado, o que inviabiliza ações por parte deste município.” (ENTREVISTA Nº.1 )

Sabe-se que todos os municípios paraibanos já municipalizaram a saúde e que tais municípios têm o seu orçamento próprio para investir na prestação de serviços de saúde, porém muitos gestores não administram de forma sensata e eficaz esses recursos, deixando muitas vezes a sua população desassistida.

O Distrito Sanitário (DS) I localiza-se no Bairro de Cruz das Armas e abrange os bairros: Cruz das Armas, Alto do Mateus, Bairro dos Novais, Jardim Veneza, Conjunto Costa e Silva, Bairro das Indústrias, Conjunto Ernani Sátero, Conjunto dos Funcionários, Conjunto Esplanada e Gramame.

Os serviços de saúde do Distrito Sanitário I encontram-se distribuídos da seguinte forma:

- ✓ 48 USF;
- ✓ Centro Integrado de Cruz das Armas; Maternidade Frei Damião (Farmácia, Laboratório Clínico, Ultra-sonografia e Emergência);
- ✓ Hospital João Soares (Laboratório Clínico, Radiologia e Emergência);
- ✓ Hospital Psiquiátrico da Paraíba;
- ✓ Centros de Saúde (que agregam as unidades de saúde família);CS de Gramame, CS Bairro das Industrias,CS Alto do Mateus I e II, CS G. Orlando de P. Marques, CS Bairro dos Novais, CS José Ideltonio Barbosa;
- ✓ Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira;

O Distrito Sanitário II localiza-se no Bairro do Cristo Redentor, abrangendo vários bairros do setor oeste de João Pessoa: Cristo Redentor, Grotão, Jaguaribe, Geisel e Conjunto dos Funcionários.

Este Distrito possui três Centros de Saúde (CS Guedes Pessoa, CS Homero Leal e CS Grotão) e 35 Equipes da Saúde da Família (ESF).

As unidades prestadoras de Serviços de Média Complexidade (MC) e Alta Complexidade (AC) do Distrito II estão assim distribuídas:

Hospital Santa Paula (AC);

- ✓ Hospital Napoleão o Laureano (AC);
- ✓ Hospital São Vicente de Paula (AC);
- ✓ Tomocenter Diag. Med. E Imagem LTDA (AC);

- ✓ CAME de Jaguaribe (AC)<sup>18</sup>
- ✓ Hospital São Luís (MC);
- ✓ Maternidade Cândida Vargas (MC);
- ✓ Complexo de Doenças Infecto Contagioso Clementino Fraga (MC);
- ✓ Sanatório Clirford (MC);
- ✓ Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira (MC);
- ✓ Hospital Santa Paula (AC);
- ✓ Hospital Santa Lúcia (MC);
- ✓ Hemocentro (MC);
- ✓ Ecocenter (MC);
- ✓ Ecosom (MC);

O Distrito Sanitário III localiza-se no Bairro de Mangabeira e abrange os Bairros: Mangabeira, Castelo Branco, Mussumago, Bancários, Conjunto José Américo e o Conjunto Valentina Figueiredo. Este Distrito possui 57 Equipes da Saúde da Família.

A sua área de abrangência possui os seguintes serviços que atendem à MC e à AC:

- ✓ Hospital Universitário Lauro Wanderley (AC);
- ✓ FUNAD (AC);
- ✓ APAE (AC);
- ✓ Complexo Hospitalar Humberto da Nóbrega (MC);
- ✓ Hospital Valentina Figueiredo (MC);
- ✓ Policlínica Cícero Lucena (MC).

---

<sup>18</sup> O CAME e Centro de Atendimento Médico Especializado se constitui um dos mais importantes serviços especializados de João Pessoa, prestando serviços a população não só da capital, mas de todo o estado, até mesmo de estados vizinhos. O CAME tem sofrido momentos de dificuldades, pois o repasse desse serviço do governo do estado (no final da gestão de oito anos do ex-prefeito Cícero Lucena) para o município tem sido tem sido questionado pela atual gestão, que levanta a questão do repasse inadequado do serviço ao município, sem uma transição mais pactuada.

O Distrito Sanitário IV localiza-se no Bairro dos Estados e abrange os Bairros de Mandacaru, Padre Zé, Ilha do Bispo, 13 de Maio, Varadouro, Bairro dos Ipês, Centro e Tambiá.

Possui 26 Unidades de Saúde da Família e três Centros de Saúde (CS): O CS Francisco das Chagas Soares, CS Mandacaru, CS Lourival Gouveia de Moura.

O DS IV em seu território de abrangência os seguintes serviços de MC e AC:

- ✓ CAME (Primavera);
- ✓ CEO (18 Andares);
- ✓ Centro de Referência à Saúde do Idoso;
- ✓ CAPS (Varadouro);
- ✓ Hospital Geral Santa Isabel.

O Distrito Sanitário V localiza-se no Jardim Luna e compreende os Bairros: Bessa, Manaíra, Tambaú, Cabo Branco, Torre, Miramar, Altiplano, São José, Expedicionários, Bairro dos Estados até o limite da Avenida Santa Catarina, Penha, Seixas, Loteamento Cidade Recreio e os Conjuntos residenciais Pedro Gondim, João Agripino, Jardim Brisamar e Verdes Mares.

Possui 10.233 famílias atendidas pelas 14 Unidades de Saúde da Família.

Os serviços de MC e AC são os seguintes:

- ✓ CTA municipal;
- ✓ LACEN (Laboratório Central);
- ✓ Unidade de Saúde Maria Luiza Targino;
- ✓ Unidade Médica das Praias;
- ✓ Centro de Referência Teixeira de Vasconcelos;
- ✓ Centro de Referência de Diabetes/Hipertensão

- ✓ Centro de Referência de Imunização;
- ✓ Núcleo Municipal de DST/AIDS;
- ✓ Vigilância de Saúde;
- ✓ SAMU

O funcionamento das Unidades Básicas de Saúde em João Pessoa, no que diz respeito à assistência à saúde, atende basicamente Clínica Médica e odontológica, possuindo ainda os serviços de assistência de enfermagem e de distribuição de medicamentos.

A Rede de Saúde do município é composta por 184 estabelecimentos de saúde, sendo 66 públicos e 118 privados. E deste total 100 são prestadores de serviços ao SUS. O número de leitos hospitalares é de 3.387, sendo que destes 2.617 estão disponíveis ao SUS. (IBGE, em 2002).

Possui ainda 44 Estabelecimentos de saúde com internação, dentre eles 13 são públicos e 31 são privados. Dos de Saúde sem internação (92), 51 são públicos e 41 são privados.

Segundo o IBGE (BRASIL, 2002) o município de João Pessoa possuía em 2002 48 Estabelecimentos de Saúde de apoio à diagnose e terapia, 02 Estabelecimentos de Saúde de apoio à diagnose e terapia pública e 46 estabelecimentos de Saúde de apoio à diagnose e terapia privada.

A rede hospitalar privada ainda se sobrepõe a pública, o que demonstra de certo modo os graves problemas que a alta complexidade em saúde enfrenta no município, conforme quadro abaixo.

**Tabela II - Rede Hospitalar do SUS: hospitais e leitos por especialidades.**

Rede Hospitalar - Município: João Pessoa/PB

Número de Hospitais e Leitos por Especialidade e Natureza do Prestador

Jul/2003

Natureza	Hospitais	Leitos								Leito		
		Total	Cirúrgicos	Obstétric.	Clín. Médic	Crôn/FPT	Psiquiatr.	Tisiologia	Pediatria	Reabilitaç	Hosp/dia	s UTI
<b>Públicos</b>	<b>12</b>	<b>1.173</b>	<b>269</b>	<b>206</b>	<b>195</b>	<b>1</b>	<b>376</b>	<b>40</b>	<b>86</b>	-	-	<b>41</b>
-Federal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-Estadual	9	936	188	81	173	-	375	40	79	-	-	30
-Municipal	3	237	81	125	22	1	1	-	7	-	-	11
<b>Privados</b>	<b>22</b>	<b>2.060</b>	<b>373</b>	<b>70</b>	<b>573</b>	<b>61</b>	<b>523</b>	-	<b>460</b>	-	-	<b>48</b>
-Contratados	18	1.610	264	41	427	48	521	-	309	-	-	38
-Filantrópicos	4	450	109	29	146	13	2	-	151	-	-	10
-Sindicato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Universitários</b>	<b>1</b>	<b>280</b>	<b>66</b>	<b>25</b>	<b>109</b>	<b>30</b>	-	-	<b>50</b>	-	-	<b>6</b>
-Ensino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-Pesquisa	1	280	66	25	109	30	-	-	50	-	-	6
-Privados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>3.513</b>	<b>708</b>	<b>301</b>	<b>877</b>	<b>92</b>	<b>899</b>	<b>40</b>	<b>596</b>	-	-	<b>95</b>

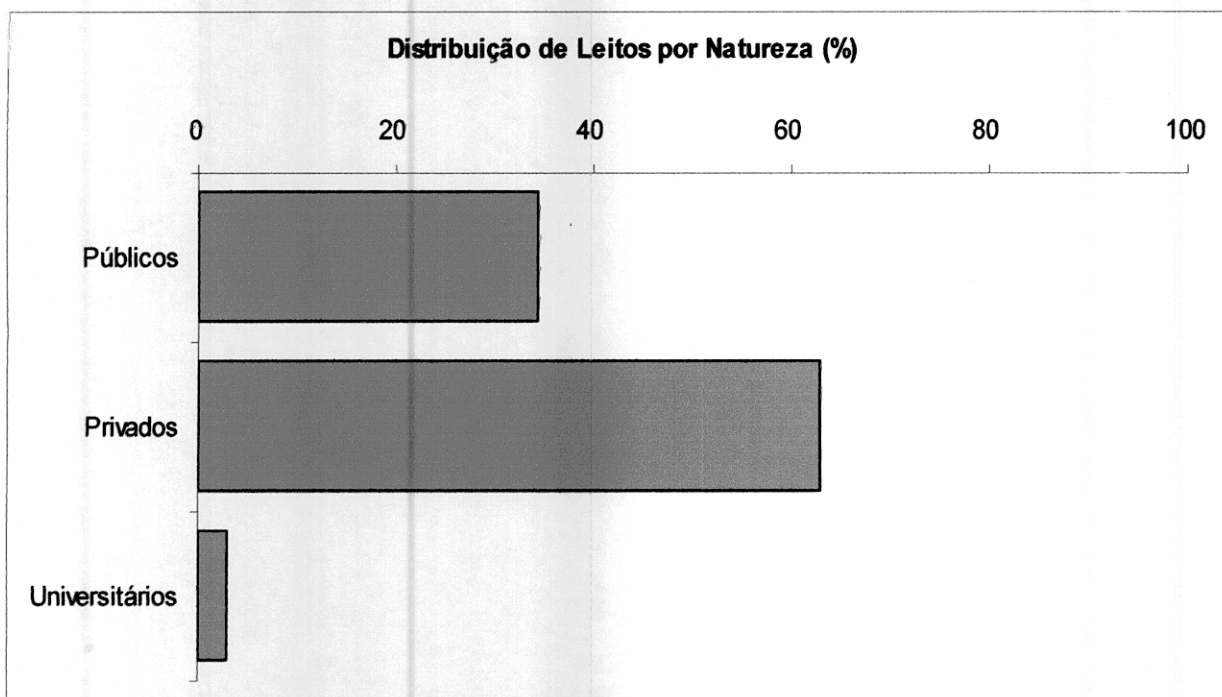
Fonte: SIH/SUS

Leitos por 1.000 habitantes (Jul/2003) 5.6

Fonte: DATA / SUS (BRASIL, 2005)

O IBGE apresenta os seguintes dados acerca dos Serviços de Saúde em 2002, no município de João Pessoa – PB:

- ✓ Estabelecimentos de Saúde total – 2002 - 184
- ✓ Estabelecimentos de Saúde públicos – 2002 - 66
- ✓ Estabelecimentos de Saúde privados – 2002 – 118



DATA / SUS (BRASIL, 2005)

Como podemos observar nos dados acima apresentados há a prevalência de estabelecimentos privados de saúde, seguindo a tradição de privatização dos serviços de saúde brasileira, pois mesmo com o crescimento do sistema de saúde público, ainda permanece 50% a mais o número de serviços privados.

Em relação aos Serviços de Saúde com internação, a situação é a mesma, isto é, em 2002, dos 44 Estabelecimentos de Saúde com internação apenas 14 eram públicos, enquanto 31 eram privados. No caso dos Estabelecimentos de Saúde sem internação, em 2002 existiam 92, sendo 51 públicos e 41 privados. Quando verificamos os Serviços de Saúde de apoio à diagnose e terapia essa situação de desconexão se torna mais evidente, havia em 2002 um total de 48 Estabelecimentos, sendo 46 privados e apenas dois públicos.

e terapia essa situação de desconexão se torna mais evidente, havia em 2002 um total de 48 Estabelecimentos, sendo 46 privados e apenas dois públicos.

Vale salientar, que além dessas características mais formais que compõem a rede assistência pública à saúde, a capital paraibana dispõe ainda na sua rede organizacional de serviços de saúde e SINDISAÚDE, criado em 13/01/90 durante o I Congresso da Saúde na Paraíba, “[...] cujo objetivo era diluir as lutas em prol de melhores condições de trabalho no campo da Saúde Pública do Estado” (CAVALCANTI, 2000, p.13).

Do exposto acima, podemos perceber no que concerne à organização dos serviços de saúde face ao processo de descentralização verifica-se que a rede básica de saúde passou a ser espaço prioritário e de atenção dos investimentos com a proposta de minimização da distância entre a população dos serviços de saúde. Servindo como porta de entrada do SUS, como já colocado.

Através dos famosos programas, PACS e PSF destacamos que não impactaram da forma inicialmente pensada, questionados pela sua abrangência de suas ações, refletindo nos serviços de média e alta complexidade através do alto número de usuários que recorrem a estes serviços sem um atendimento (em alguns casos) realmente destinado a estes setores o que agrava ainda mais a assistência precarizada por diversos fatores como: a falta de medicamento necessária à população, recursos humanos, transporte, materiais em quantidade adequada para atendimento, e principalmente as limitações do financiamento dos setores de média e alta complexidade.

Tabela III- Indicadores da Atenção Básica no município de João Pessoa.

Município: João Pessoa/PB											
Indicadores da Atenção Básica											
Ano	Modelo de Atenção	População coberta (1)	% população coberta pelo programa	Média mensal de visitas por família (2)	% de crianças c/ esq.vacinal básico em dia (2)	% de crianças c/aleit. Mater-no exclusivo (2)	% de cobertura de consultas de pré-natal (2)	Taxa mortalidade infantil por diarreia (3)	Prevalência de desnutrição (4)	Taxa hospitalização por pneumonia (5)	Taxa hospitalização por desidratação (5)
1999	PACS	2.506	0,4	0,04	74	55,8	77,4	4	9,9	926,9	671,1
	PSF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	2.506	0,4	0,04	74	55,8	77,4	4	9,9	926,9	671,1
2000	PACS		16,8	0,07	75,9	57,8	79,3	11,3	7,6	24,3	12,8
	PSF	15.536	2,6	0,06	68,3	44,7	87,3	2,5	7,4	26,8	12,4
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	116.182	19,4	0,07	74,7	55,5	80,7	8,5	7,6	24,6	12,4
2001	PACS	91.257	15	0,07	77,8	60,9	78,4	9,9	6,5	13	6,7
	PSF	52.009	8,6	0,06	75,8	57,8	85,9	3,8	8,2	12,2	7,2
	Outros	-	-	-	-	-	#REF!	-	-	-	-
	Total	143.266	23,6	0,07	77,1	59,8	81,1	7,8	7	12,6	7,2
2002	PACS	88.040	14,2	0,07	82,8	62,5	81	3,7	4,8	6,5	4,3
	PSF	54.093	8,7	0,06	76,9	58	82,3	13,4	5,6	37,3	22,3
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	142.133	23	0,06	78	58,7	82,1	11,7	5,4	20	22,3
2003	PACS	25.225	4	0,07	83,7	59	79,8	39,6	4,9	24,6	8,5
	PSF	219.938	35	0,07	78,6	59,7	85,2	12,9	4,9	13,9	8,7
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	245.163	39	0,07	78,8	59,7	84,9	14,2	4,9	14,6	8,7
2004	PACS	16.189	2,5	0,08	92,5	100	100	-	-	-	-
	PSF	448.179	70,2	0,07	84,5	64,1	85,9	9,6	2,5	13,7	8,3
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	464.368	72,7	0,07	84,5	64,1	85,9	9,6	2,5	13,7	8,3

Fonte: SIAB

(1): Situação no final do ano

(2): Como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal dos mesmos.

(3): por 1.000 nascidos vivos

(4): em menores de 2 anos, por 100

(5) em menores de 5 anos, por 1000; menores de 5 anos na situação do final do ano

## **CAPÍTULO 3 ANÁLISE SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA**

Neste capítulo pretendemos analisar a questão da organização dos serviços de saúde em João Pessoa sob a ótica dos agentes privilegiados, entrevistados, por entendemos que os mesmos ocupam espaços estratégicos no ordenamento da rede de saúde municipal.

Para tanto, apresentaremos a discussão a partir dos seguintes módulos temáticos: **A organização dos serviços de saúde na rede de assistência antes da municipalização e atualmente, compatibilidade entre a organização formal dos serviços de saúde e as propostas de reorganização contidas no SUS no município de João Pessoa, relação entre estado e município no que se refere á alta complexidade, análise sobre as dificuldades que se observa hoje no atendimento de alta complexidade.**

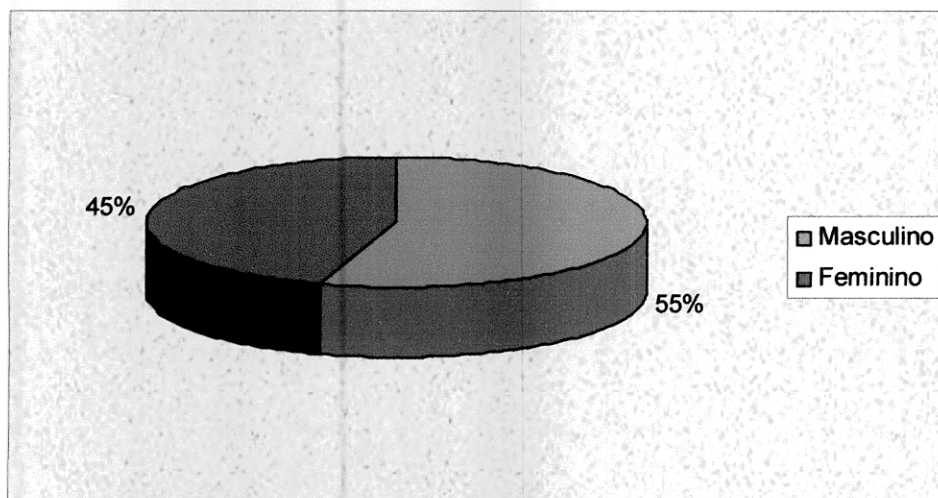
Antes de iniciarmos nossas análises apresentaremos o perfil dos nossos entrevistados, por entendermos que tais dados são de suma importância para as reflexões posteriores.

### **3.1 - Perfil dos Gestores Entrevistados**

Como é possível observar no gráfico 1, os gestores entrevistados são 55% do sexo masculino, seguidos de 45% do sexo feminino, mostrando ainda uma hegemonia dos homens na gestão pública.

#### GRÁFICO 4 - Identificação dos Gestores entrevistados segundo Sexo

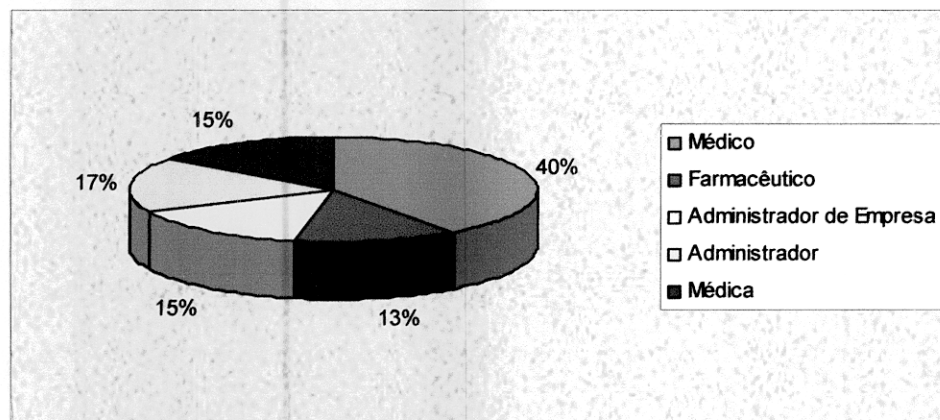
- ✓ Masculino
- ✓ Feminino



No que se refere à formação profissional dos entrevistados podemos observar no gráfico dois, que a equipe de gestores que compõe a Alta Complexidade do município de João Pessoa tem formação profissional bastante diversificada que vai clinico geral a administrador de empresas.

#### **GRÁFICO 5 - Identificação dos Gestores entrevistados segundo formação acadêmica**

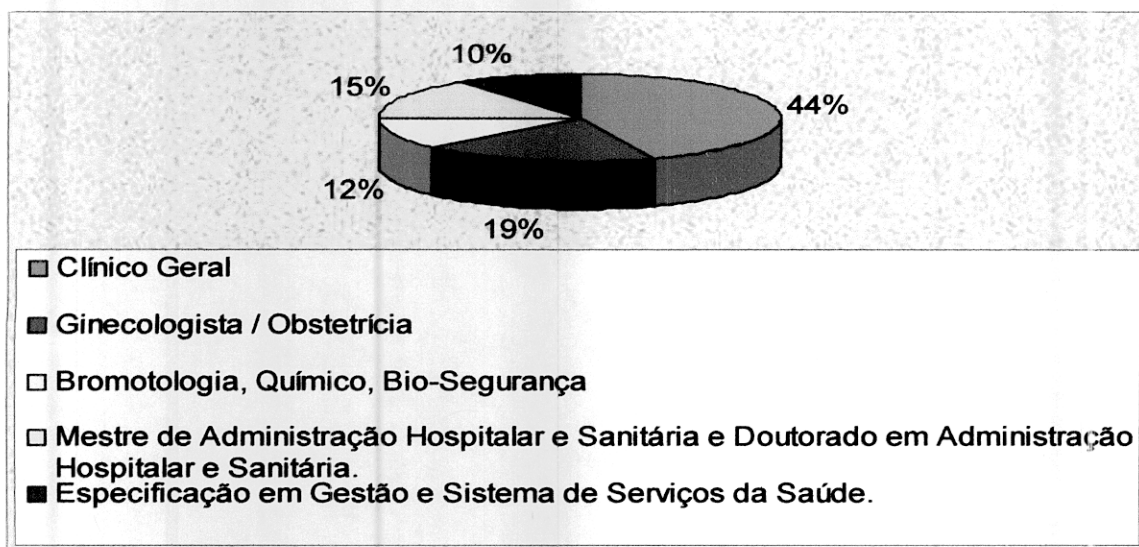
- ✓ Clínico Geral
- ✓ Farmacêutico
- ✓ Administrador de Empresa
- ✓ Médica



No que diz respeito ao nível pós-graduação podemos constatar que existe uma predominância entre os gestores que possuem alguma formação pós-graduada, isso representa um dado importante, por representar interesse em se especializar no decorrer do processo de trabalho de gerência.

#### GRÁFICO 6 - Identificação dos gestores entrevistados segundo pós-graduação

- ✓ Clínico geral
- ✓ Ginecologista / Obstetrícia
- ✓ Bromotologia, Químico, Bio-Segurança
- ✓ Mestre de Administração Hospitalar e Sanitária e Doutorado em Administração Hospitalar e Sanitária.
- ✓ Especialização em gestão e Sistema de Serviços da Saúde



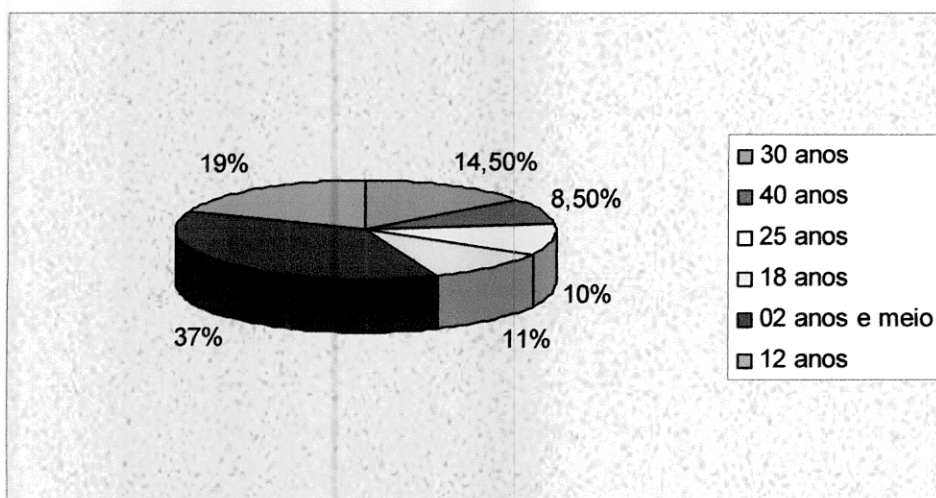
### 3 – Tempo de Serviço

#### ✓ 30 Anos

No que se refere ao tempo de trabalho conforme gráfico abaixo podemos perceber que o tempo de permanência dos gestores varia muito, uma vez que os dados apresentam um percentual que vai de dois anos e meio a quarenta anos de trabalho na mesma Secretaria. O que demonstra a participação no processo de municipalização por parte de alguns gestores.

**GRÁFICO 7 - Identificação dos Gestores entrevistados segundo Tempo de Atuação**

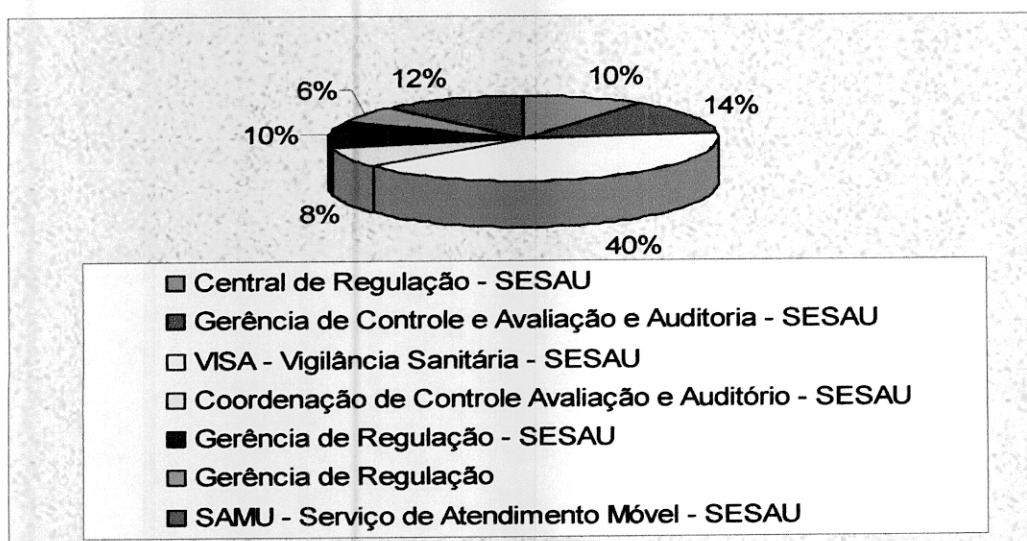
- ✓ 40 Anos
- ✓ 25 Anos
- ✓ 18 Anos
- ✓ 02 Anos e meio
- ✓ 12 Anos



Conforme gráfico abaixo a amostra da pesquisa abrangeu diferentes concepções dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de setores diferenciados que lidam com a gestão no nível de alta complexidade, que vem efetivar a organização dos serviços de saúde no município.

**GRÁFICO 8 - Identificação dos Gestores entrevistados segundo Instituição Vinculada**

- ✓ Central de Regulação – SESAU
- ✓ Central de Controle e Avaliação e Auditoria – SESAU
- ✓ VISA – Vigilância Sanitária – SESAU
- ✓ Coordenação de Controle Avaliação e Auditoria – SESAU
- ✓ Gerência de Regulação – SESAU
- ✓ Gerência de Regulação – SESAU
- ✓ SAMU – Serviço de Atendimento Móvel – SESAU



### 3.2 - A organização dos serviços de saúde na rede de assistência antes da municipalização e atualmente

Pelo que pudemos verificar através da nossa pesquisa documental e bibliográfica houve muitas mudanças no modo como se organizam os serviços de saúde do município de João Pessoa. Destacamos aqui alguns depoimentos que expressam como se deram essas transformações.

”Antes da municipalização a gente não conseguia ter uma clareza da quantidade de procedimentos que era produzido por essa da quantidade de procedimentos que era produzido por essa Rede, primeiro porque havia um incentivo muito grande a produtividade, eu acho que esse Sistema era muito perverso, ele favorecia muita fraude dentro da rede de serviço” (ENTREVISTA N°.1).

Pelo exposto, verificamos que o modo de gerir os sistema de saúde, de maneira como se apresentava antes da descentralização era permeado por questões financeiras que prejudicavam não só a gestão macro, mas em toda organização do sistema, já que os recursos eram repassados para várias instâncias e com pouca transparência e controle.

“Com o fim desse pagamento por produtividade, fixando-se essa gratificação e se estalando os serviços, primeiro o sistema Nacional de Auditoria, com o fim do INANPS o Ministério da Saúde assume essa responsabilidade e começa a repassar parte desta responsabilidade para os estados na qualidade de regulador e para os municípios em habilitados em Gestão Plena de Sistema com a responsabilidade de regular e controlar sua própria Rede, a Rede territorial, seja ela, gerenciada pelo estado ou municipal” (ENTREVISTA N°.1).

A melhoria na gestão possibilitou segundo o nosso entrevistado, aumento do acesso, provocado pela reorganização dos serviços:

Então eu acho que a Rede ainda não atende as necessidades dos usuários, mas eu acho que avançou bastante em termos de qualidade, eu acho que melhorou, principalmente. Por exemplo, o acesso aos serviços de alta complexidade que antes não se tinha, era muito difícil, muito mais do que é hoje, hoje você já tem uma Rede que tenta se organizar hierarquicamente, ainda tem o acesso difícil principalmente no nível secundário, mas ele existe (ENTREVISTA N.º 2).

As falas dos entrevistados ilustram de forma significativa a importância dos serviços de saúde de alta complexidade que embora tenham passado por grandes dificuldades, há também grandes avanços o que tem proporcionado aos usuários do sistema público de saúde do estado:

Agora aí vem uma outra discussão, que é a discussão do investimento que ainda é insuficiente para atender essa demanda do SUS, mas em termos de qualidade, hoje já se pede mais acesso em humanização, quando se fala em humanização já se está preocupada com a qualidade deste atendimento, por que a proposta da humanização está pautada na qualidade no princípio do respeito ao cidadão no momento do atendimento, aí eu considero que avançamos ( ENTREVISTA N.º 5).

Sobre a problemática do financiamento Mendes diz (1996 p.82):

O processo de implantação do SUS tem, no seu financiamento, um reconhecido ponto crítico, por causa das implicações diretas sobre a magnitude e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população usuária. Não apenas as enormes restrições financeiras têm sido apontadas como limitadores, mas também as diversas dimensões de modelo de financiamento: as fontes de receita, a oportunidade de vinculação destas fontes, (federal, estadual e municipal), as formas de regulação e remuneração dos atos médicos.

O modelo de financiamento definido pela legislação, bem como o efetivamente implantado, tem sido objeto de permanentes conflitos e embates nos campos técnicos e político entre atores situados nos níveis de governo ou representando grupos de interesse.

A reorganização do sistema de saúde municipal foi acompanhada pela expansão da atenção básica, entretanto, essa expansão não ocorreu de forma ordenada, pois problemas, como de infra-estrutura e recursos humano prejudicam a efetividade, como já nos referimos no capítulo anterior e bem apresenta o nosso entrevistado:

”Com referencia a atenção básica, houve um crescimento súbito com a implantação de várias Equipes de Saúde da Família (PSF) com pouca estruturação física e de recursos humanos para implantação das mesmas, ocasionando nível de assistência. Em face disto não tivemos ainda nenhuma repercussão significativa na Média Complexidade, seja na Assistência Laboratorial e/ ou Hospitalar. No tocante a Alta Complexidade já existe um controle que é comprometido pelo excesso de demanda por parte dos demais municípios do estado que para aqui referenciam, pois geralmente excede o pactuado na PPI.” (ENTREVISTA N°. 2).

Pelo que apontou o entrevistado acima, dentro desta conjuntura de avanços e retrocessos, um, dos problemas que persiste é aquele relativo á eficiência e acesso aos serviços de média e alta complexidade, ou seja, estes dois níveis por não terem investimento adequados nem atenção do ponto de vista da gestão do SUS apresentam graves problemas. Como coloca Cecílio:

O acesso aos serviços especializados é bastante difícil, mesmo quando são implantadas medidas mais rigorosas de exigência da referência (marcação de consultas) pelas unidades básicas. Em geral, as esperas são tão demoradas que, resultam em desistência da consulta agendada. O número de consultas em especialidades é insuficiente perante as necessidades da população usuária do sistema.” (CECÍLIO, 1997, SP)”.

A expansão da atenção básica significou o ponto de partida para a reorganização do SUS em João Pessoa, pois com as equipes de saúde da família houve uma proximidade do serviço da residência do usuário seria um facilitador tanto do acesso, como possibilitando a criação de vínculos entre a equipe e os usuários.

Também quando a SESAU/JP inaugura a Central de Consultas e Exames Especializados, facilitando o acesso uma vez que, estão alocados no mesmo prédio (local da antiga prefeitura). A Central de Regulação vem dar assistência aos usuários que precisam de exames e procedimentos de alta complexidade e de alto custo, como por exemplo: tomografia, cateterismo, densitometria, óssea, ressonância magnética, entre outros reorganizar os serviços de saúde do município:

“De forma geral acredito que não havia um investimento em ações de prevenção, fato existente hoje. A introdução de centrais de regulação como a Central de Internação Hospitalar e Central de Marcação de Consultas de certa forma ajuda na regulação da oferta dando prioridade aos casos mais urgentes, uma vez que a demanda é sempre maior que a oferta” (ENTREVISTA Nº. 4). Quando reunimos, eficiência do sistema de referência e contra-referência mais princípio da integralidade da atenção (via PSF). Teremos o fortalecimento da resolutividade dando seguimento contínuo do tratamento do usuário, até a resolução do caso, independentemente de sua complexidade (D’AGUIAR, 2003,p73).

“Hoje, o gestor municipal tem maior visão (percepção) dos serviços de saúde, enquanto, antes era visto em um plano geral o estado como um todo” (ENTREVISTA Nº. 6).

Mesmo tendo clareza na condição que a descentralização no município trouxe, podemos observar que a resolutividade também pode variar de serviço para serviço, já que a gestão do sistema é complexa e também permeia esses espaços menores:

”Atualmente melhorou pela descentralização dos Serviços com a criação dos PSFs, assistindo aos usuários em seus próprios bairros” (ENTREVISTA Nº. 3).

Conforme o Ministério de Saúde:

O PSF fortalece as ações educativas e de prevenção da doença, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. Isso significa que o investimento na atenção básica previne o adoecimento ou o agravamento das doenças. Assim, a qualidade de vida da população melhora e tendem a diminuir os gastos com procedimentos de média e alta complexidade (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Como consequência deste processo, evidencia-se redução dos índices de mortalidade infantil, diminuição do número de mortes por doenças de tratamento simples e conhecida, bem como diminuição das filas hospitalares das redes públicas e conveniadas com o SUS. No entanto, apesar dos avanços observados o processo de organização dos serviços ainda está em curso mantendo uma dependência intrínseca com o desenvolvimento da organização dos serviços em níveis estadual e federal.

### 3.3 - Compatibilidade entre a organização formal dos serviços de saúde e as propostas de reorganização contidas no SUS no município de João Pessoa

Neste módulo, procuramos refletir os aspectos que caracterizam a compatibilidade entre a organização dos serviços de saúde e as proposta de reorganização no SUS aqui no município e João Pessoa.

Verificamos que a decisão do gestor local se pauta pelo investimento na atenção básica visando atender as necessidades na atenção á saúde, para facilitar o acesso e ampliar a cobertura.Embora, sejam consideradas muitas necessidades de ajustes que refletem na alta complexidade. Como podemos constatar na fala abaixo:

Olha o município de João Pessoa tem uma Rede hierarquicamente que atende aos três níveis a Atenção Básica, a Secundária e a Terciária. A Atenção Básica ela iniciou timidamente com sete Equipes do Programa de Saúde da Família e a população continuou convivendo com uma parcela mínima com esse modelo que é Saúde da família e a parcela maior com o Modelo das Unidades de Saúde, ambulatorial , foi muito difícil e eu acompanhei essa discussão na época de perto, tratar a concepção dos profissionais que trabalhavam na Rede, a implantação do Programa Saúde da Família nesse momento acontecia no resto do estado, porque João Pessoa é referencia, e tem uma relação muito próxima, enquanto os municípios não absorvia sua demanda na Atenção Básica essa demanda continuava ou continua ainda sutilmente vindo a João Pessoa buscar esse atendimento aqui, hoje isso já diminuiu bastante, mas isso foi o problema a ser enfrentado na Base. A Especialidade essa sim se agrava ainda mais porque as Especialidades todas se aglomeravam no PAM de Jaguaribe que sempre foi referencia no estado da Paraíba inteiro e os municípios nessa época não buscavam organização não tinham a preocupação porque também não tinham os recursos financeiros e passa por ai, e não tinham condições de contratar esse profissional e ofertar esse procedimento no nível local,então essa demanda sempre congestionou muito a Rede de Serviços aqui em João Pessoa. A Rede Hospitalar , também essa sempre foi muito confusa porque agente tem muito hospitais espalhados pelo estado, mas sem resolutividade então eles consumiam umas AIH, gastavam os recursos no nível local, mas os encaminhamentos não resolviam e acabavam vindo pro hospital em João Pessoa então geravam uma duplicidade de cobrança no Sistema e um desperdício de recursos . Então eu gostaria começar fazendo essa análise, agora quando você pergunta sobre a Organização Formal dos Serviços e a proposta de reorganização, primeiro a Organização Formal eu partiria da interna dentro da estrutura da própria Secretaria que antes da NOAS a maioria

dessas Secretarias não tinham estrutura de Controle Avaliação e Auditoria, não existia, isso era feito pelo INAMPS ou pelo próprio estado. Então as Secretarias, principalmente a de João Pessoa passam a ser obrigada a instalar o Serviço de Controle e Avaliação, o Sistema de Regulação paralelo a isso o estado implanta em 2001/2002 a primeira PPI que é a Programação Pactuada Integrada que é um instrumento de Gestão que favorece, define e determina o processo de Organização da Rede o que nessa Programação Pactuada Integrada onde os gestores vão fazer suas referencias de procedimentos e de recursos, então os gestores definem qual o teto físico para cada procedimento tirando a Atenção Básica, a Especializada e a Hospitalar, que é a Média Complexidade I e a Média complexidade II. Então essa referencia é feita por todos os municípios a João Pessoa quantitativamente e financeiramente, então de cada teto financeiro do município vai se compondo o teto financeiro dos municípios que são referenciados. Explicando melhor, o estado tem um teto financeiro global então cada município ta previsto o que ele vai gastar com atenção Básica, que vai para ele diretamente, do que ele vai gastar com Atenção Especializada e que ele vai gastar com Serviços Hospitalar. O município que não faz procedimento especializado, ele obrigatoriamente tem que referenciar para o município que faz, assim o hospitalar também. Então essas referências são feitas no momento que o secretario com a Coordenação da SES para fazer a PPI, essa PPI é quem organiza a referencia de procedimentos e financeiros como João Pessoa é o maior centro de referência estadual, João Pessoa acaba recebendo um teto financeiro maior e também com uma responsabilidade maior, porque é referencia para todos os municípios do estado. Então essa organização da Rede ela passa a obedecer a essa estrutura, o Controle e Avaliação dentro da estrutura internada da Secretaria é o setor responsável para da conta desse processo junto com o Planejamento, ai vamos ter que considerar os outros instrumentos de gestão que o Plano Estadual de Saúde contidos com quadro de metas, uma agenda anual, contido com o Pacto de Atenção Básica a ser cumprido pelo município e o Relatório de Gestão que tem o objetivo de fazer uma prestação de contas para o conselho de Saúde, ai entra a discussão do controle social desse processo do que foi programado, o que foi pactuado para o que está sendo executado, agora essa questão que esta em João Pessoa hoje é uma grande polêmica, atualmente há várias discussões, como na Comissão Bipartite como ela é a PPI é dinâmica, ela pode está sendo mudada essa referência pelos municípios a cada três meses, então é muito constante essas mudanças de referências e os confrontos também entre os gestores e cobranças que encaminhou e não foi atendido, João Pessoa reclama que atende, mais não recebe o recurso que não foi referenciado, então essas discussões e esses ajustes são constantes entre esses gestores. Então é um processo de organização que requer uma estrutura no Nível de Regulação e de Gestão e uma outra estrutura hierárquica no Nível da Assistência (ENTREVISTA Nº. 1)

Além da problemática acima referida, a formação profissional se reflete diretamente no atendimento a assistência à saúde quando nossas faculdades de saúde ainda preparam os futuros

profissionais para exercerem suas carreiras em consultórios particulares, distanciando-os da realidade que o quadro de saúde exige no SUS. Como podemos perceber no abaixo:

[...] “no entanto, algumas dificuldades têm sido enfrentadas principalmente em virtude do sistema educacional atual não preparar os profissionais para o atendimento no SUS, e culturalmente termos uma população que busca ações curativas em detrimento das ações de prevenção” (ENTREVISTA Nº. 3).

A expansão da rede básica e conseqüentemente oferta de serviços básicos, inserido no processo de municipalização, torna-se problemático na medida em que as ofertas de serviços de médias complexidades e altas complexidades não acompanham esse desenvolvimento de maneira que possam concretizar efetivamente a integralidade que propõe o sistema.

Como afirma D’aguiar (2003,p.57) o sistema de referência e contra-referência corresponde a :

“Uma rede hierarquizada e integrada de cuidados e serviços que começa unidade de saúde da família porta de entrada do sistema, e estende-se até às estruturas de alta complexidade e que proporciona o fluxo orientado dos pacientes nos dois sentidos. Um bom funcionamento deste sistema poderá contribuir para uma maior resolatividade, uma vez que a grande maioria dos casos deverá ser atendida e resolvida á entrada do sistema, rompendo as grandes filas e aliviando as pressões sobre as estruturas de referência da retaguarda. Além disso, os casos só seriam referenciados após um adequado estudo prévio realizado á entrada do sistema, o que facilitaria a intervenção e reduziria o tempo de permanência na estrutura de referência. Após o atendimento especializado, o paciente deverá ser contra-referenciado á estrutura de entrada que o encaminhou munido do relatório que descreve a sua condição clínica com recomendações para o seguimento ulterior”.

Aqui em João Pessoa, o quadro além da já referida problemática da referência e contra-referência, diferenciação entre serviços, alguns hospitais receberam uma ”atenção especial” e, durante o processo de descentralização conseguiram desenvolver suas atividades com “maior

eficiência”, enquanto outros hospitais praticamente foram esquecidos. O que representa para a população usuária deste serviço conseqüentemente um agravamento, na já vivenciada espera pelo atendimento.

“[...] A partir do investimento no Programa Saúde da Família, onde há uma definição que a porta de entrada no sistema de saúde local deve ser através da atenção básica, há uma tendência de que muitos dos problemas de saúde deverão ser solucionados na “porta”. Estes fatores culminam com um excesso de encaminhamentos e conseqüentemente com uma demanda crescente que não consegue ser atendida, em tempo hábil, na média e alta complexidade. Temos que avançar na qualificação de nossa atenção básica, aumentar nossa oferta em média e alta complexidade e avançar em algumas questões como a atenção em saúde mental” (ENTREVISTA Nº. 3).

A estrutura da rede de saúde de João pessoa foi, portanto, reorganizada, mas o problema de definição da hierarquização da rede permanece prejudicando a sua integralidade e conseqüentemente efetividade.

Não podemos deixar de ressaltar que esta tarefa é de suma importância para o equilíbrio dentro do sistema, mas, principalmente um desafio, devido aos já mencionados embates técnico-econômicos e cada esfera, como também políticos.

O financiamento da saúde, é um fator que interfere diretamente nesta relação o que é extremamente importante, carregando em si muitos questionamentos e discussões. No que se refere ao montante dotação orçamentária como podemos verificar nas falas dos entrevistados:

“O grande problema é que a tabela do SUS está defasada e é normalizado pelo Ministério da Saúde, também sendo de sua competência o valor dos procedimentos” (ENTREVISTA Nº. 1).

“Existe uma grande briga fora a manutenção ou ampliação de recursos, sem que sequer seja levado em conta a capacidade dos municípios em realizarem os serviços. Isto tem feito com que muitos municípios recebam dinheiro para realizar determinados procedimentos que na verdade ele não oferece (ou tem capacidade mínima), ficando a sua população”invadindo” os grandes centros” (ENTREVISTA Nº. 5).

O Ministério da Saúde divulgou em seu site que:

“A coordenação de Média Complexidade e Alta Complexidade consome, em média 40% do orçamento geral do ministério da saúde – R\$36,5Bilhões em 2004. No ano passado, foram investidos R\$13,5 bilhões no setor para este ano, estão previstos R\$14,62 bilhões” (BRASIL, 2004).

Pelo que podemos ver há certo aumento nos recursos para este setor, mas que está ainda abaixo das necessidades da população brasileira, que ainda apresenta um quadro bastante agravado de adoecimento.

A discussão sobre aplicação de recursos ser ou não suficiente para a gestão do sistema de saúde local é questionada em todo país a viabilidade se produzir saúde de baixo custo, direcionada nos mais pobres, ou uma qualificação na equidade buscando eficiência no uso dos mesmos. Embasa-se na política de transparência pública que em nosso município esta em fase embrionária na atual gestão.

### 3.4 - Relação entre Estado e município no que se refere á alta complexidade

A relação é historicamente problemática haja vista as questões políticas, essa relação problemática pode ser visualizada na saúde a partir do funcionamento das comissões gestoras bipartite e tripartite. Conforme atesta depoimento que segue:

“Bom, a Bipartite discute todo esse processo tudo que eu falei sobre a discussão de acertos entre a PPI, de Referência Financeira, de Teto Físico o estado só pode alterar se o município pedir ele tem o direito de por exemplo meus exames de tomografia não serão feitos em Campina Grande e se em João Pessoa , ou como esta acontecendo agora vários municípios estão pedindo para tirar os procedimentos de oncologia de João Pessoa e levar para Campina Grande porque fica mais próximos de seus municípios, nesse momento a SES através da Coordenação de Planejamento faz o que nós chamamos de uma PPI pontual, ou seja , não é uma revisão de toda o Sistema, mas é pontualmente de um procedimento, então o que é exigido que o município que esta solicitando a retirada do procedimento de João Pessoa de conhecimento a João Pessoa através de um oficio que vai tirar aquele procedimento com trinta dias de antecedência, o que vai receber tem que dar um acordo de que está recebendo que tem Capacidade para receber mediante essas três posições o Serviço de Controle e Avaliação do estado faz uma visita técnica ao serviço a unidade de assistência que vai receber aquele procedimento para conferir a sua capacidade instalada par a atender essa demanda , concluído esse processo se submete a Comissão Bipartite se ela aprova se manda para o MS para Tripartite, a Tripartite publica a decisão da Bipartite e é efetuada a transferência de recursos .A Tripartite tem se posicionado da seguinte forma a Bipartite decide e comunica a Tripartite, o nível federal tem respeitado muito a decisão local , então quando se instala um conflito e é comum acontecer no âmbito estadual se encaminham a Tripartite numa das partes normalmente a Tripartite retorna e tenta esgotar a negociação aqui no estado, caso não haja acordo então a Tripartite decide, mas há sempre uma tentativa de negociação local” (ENTREVISTA N° 2).

No caso do financiamento da assistência hospitalar, a NOAS mantém a lógica de financiamento e o sistema de pagamento vigente, via autorização de internação hospitalar (AIH).

A fala abaixo retrata um dos grandes problemas no sistema local de saúde, que é a estrutura de uma rede não hierarquizada, visto que apesar de estar formalmente construída a realidade mostra que a oferta ainda permanece problemática prejudicando a sua integralidade e conseqüentemente efetividade.

“Estrutura como está montada, deixa muito a desejar, sem dúvidas os interesses partidários acabam por atrapalhar os serviços de saúde , uma vez que, a oferta aumentou devido o numero de equipes do PSF e também a desorganização do fluxo do atendimento, a não existência de um controle, acompanhamento do paciente, enfim, precisa organizar esta demanda, seja por vários caminhos, por exemplo repasse do fundo tanto estadual com dos municípios consociados com a capital, para que se possa fazer valer o percurso do atendimento a população que é quem sofre com estes entraves” (ENTREVISTA N.º. 5)

Como sabemos a descentralização é vista, de forma geral como uma proposta de distribuição de poder entre as diversas esferas de governo, na qual são aplicados atribuições e demandados suportes financeiros, humanos e físicos para execução do poder destinado a cada esfera.

Pelo relato abaixo podemos constatar a dificuldade de se organizar os serviços, este fato se deve de certa forma como o processo de descentralização foi viabilizado no estado da Paraíba.

“Essa relação confusa por conta até de um processo que é natural com a descentralização que é de redefinição de papel, o estado antes assumia toda a responsabilidade com a assistência, principalmente com a alta complexidade, foi um nível que está sendo descentralizado por último vamos dizer assim num processo foi se deixando, a exemplo de órteses e próteses, dos transplantes, dos recursos de ressonância magnética que até pouco tempo era o estado quem assumia. Como eu disse a NOAS forçou a essa descentralização, hoje os municípios já recebem todo o recurso inclusive o recurso para alta complexidade, agora nas unidades onde o estado é o gerente e prestam esse serviço o município é o gestor, então o município paga ao estado por esse serviço só que são poucos os locais que a rede pública oferece esse atendimento de alta complexidade, é a rede privada entra aí com a parcela maior de contribuição, de assistência é um contrato entre o município direto com o prestador da rede e o estado ele regula, hoje ele é regulador, e prestador onde ele tem serviços” (ENTREVISTA Nº. 6).

Por fim, percebe-se uma tensão entre as duas esferas de gestão em função das complexas relações ídeo-políticas que as influenciam historicamente tanto no Estado quanto no município.

### **3.5 Análise sobre as dificuldades que se observa hoje no atendimento de Alta Complexidade**

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo no país com sua grande dimensão territorial (8,5 milhões Km<sup>2</sup>) e uma estrutura econômica e social bastante diversificada. Advindo a isso temos uma convergência de doenças próprias de subdesenvolvimento, como o aumento das necessidades de serviços de alta complexidade.

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os demais níveis de atenção à saúde - atenção básica e de média complexidade - (BRASIL, 2005).

Assim, dentro desta conjuntura as principais dificuldades que se observa na alta complexidade tanto nos avanços como nos retrocessos, um dos destaques é relativo á eficiência e acesso aos serviços de alta complexidade, ou seja, este nível por não ter tido investimentos adequados nem atenção do ponto de vista da gestão do SUS apresentam graves problemas, tais como: a violação dos princípios fundamentais do SUS, quais sejam, a integralidade, equidade e a descentralização.

Na gestão anterior (em 2003), com a proposta de dar melhor encaminhamento aos serviços e média e alta complexidade foi criada, a Central de Regulação de Exames de Alta Complexidade, que funciona na antiga sede da prefeitura municipal de João Pessoa. Dando um reordenamento assistência de atendimento aos usuários que precisam de exames e procedimentos de alta complexidade e de alto custo, como por exemplo: tomografias, densitometria óssea, cateterismo, ressonância magnética, entre outros.

Além, de funcionar um setor de triagem para internações (UTI e hospitais especializados) e agendamentos de cirurgias eletivas.

Toda essa organização vem da necessidade de muitos ajustes, como por exemplo, a questão do tempo em que as consultas especializadas são marcadas, o usuário é atendido muitos dias depois da solicitação. Como constatamos no depoimento abaixo:

“Eu não diria caos, eu não vejo assim, embora reconheça que o usuário está sofrendo muito, mas agente está vivendo um certo momento de retrocesso por conta da diminuição de investimento pó parte do estado está passando, tem que haver uma contribuição, uma contra-partida dos tesouros municipal e estadual, e agente sabe que essa contra-partida do tesouro estadual sofreu uma redução, e agente sente muito em João Pessoa no Hospital de Emergência e Trauma é o fato, é público, as crises constantes que este hospital vive passando é o reflexo desse nível de atenção, alta complexidade, e foi um serviço montado com previsão de custos altos, então o estado investia em média em um milhão e duzentos reais e mais setecentos e vinte mil reais repassados pelo município do SUS e hoje há quem diga (imprensa) que esse custo caiu para quinhentos mil reais mês o que é óbvio que geraria uma crise. Então eu atribuo a isso, agora que temos uma rede pronta para dar conta a uma demanda na sua capacidade e ela não sofresse essas reduções de investimentos, nós temos o Trauma que atendeu uma lacuna muito grande no atendimento ao paciente grave e nós temos uma rede privada que é conveniada que não se pode deixar

de considerar que ela é complementar historicamente ela no Brasil foi priorizada em alguns momentos, mas hoje ele é complementar e que ta ai, também vivendo crises , também tendo seus custos reduzidos porque essas reduções de investimentos remete-se também a nível federal , mas o governo federal continua sendo o maior investidor e em segundo lugar os municípios e os estados brasileiros não comprem a emenda constitucional 29 alegam que porque não foi regulamentada não tem a obrigação de cumprir, e essa discussão fica, o usuário é quem está ai sofrendo a dificuldade do acesso. A crise existe não consideraria o caos mas é uma crise séria (ENTREVISTA N°. 1).

“Alguns pontos acredito que são cruciais tais como:tabela SUS defasada o que faz com que muitos prestadores não queiram oferecer o serviço;Especialistas que muitas vezes “não querem perder tempo” escutando e examinando o usuário, tem logo para a solicitação de exames de alta complexidade o que vem criar uma fila de espera grande.Cerca de 80% dos exames de alta complexidade possuem resultado normal;Poucos prestadores que realizam exames de alta complexidade, como no caso de ressonância magnética, deixado o município quase como refém do prestador, já que quando há a suspensão do atendimento não se encontra outro prestador para realizá-lo” (ENTREVISTA N°. 4)

Os serviços de atendimentos de alta complexidade ainda são um espaço de grandes dificuldades, pois apesar de apresentar avanços, ainda encontra vários obstáculos, como expressa o depoimento abaixo:

“A uma Política de Recursos Humanos, a forma de atendimento torna-se caro, por às vezes não haver atendimento prévio. Com a implantação do SAMU-192, que tem uma boa estrutura , agora com UTI Pediátrica, isso diminuiu a distância . Só que esse serviços quase sempre ficam sobrecarregados , a exemplo, Hospital de Trauma, Maternidade Cândida Vargas, Hemocentro , LACEM (Cruz das Armas) , onde se realizam exames de alta complexidade com o controle de tuberculose, doenças transmissíveis , ainda sofrem com atendimento. Salientamos que os profissionais de saúde precisam se envolver com a gestão , no tocante a participarem de Comissões, gestão Ambiental, Humanização do atendimento e bio - segurança Saúde no Trabalho” (ENTREVISTA N°. 4).

Entre os aspectos apontados no depoimento acima, as dificuldades perpassam desde das formas de atendimentos até o envolvimento com o trabalho dos profissionais, verifica-se também a necessidade de capacitações para esses profissionais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do Sistema de Saúde, de acordo com os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e democratização, definidos pela Constituição Federal e pelas leis que a regulamentam, apontam a necessidade de mudanças nas estruturas organizacionais e de aperfeiçoamento das práticas gerenciais tradicionais da área de saúde. O papel do gestor municipal no novo contexto é determinado para o êxito desse processo e, em especial, da municipalização da saúde.

Com base nestes pressupostos, entende-se que foi possível apreender que as questões que perpassam a organização dos serviços públicos de saúde relacionam-se diretamente as várias dimensões que circundam a prestação do atendimento no interior do SUS.

Para organizar o sistema municipal de saúde, é indispensável que o gestor esteja municiado, o que implica dispor, antes de tudo, de informações básicas sobre o SUS, as quais devem ser repassadas em diferentes meios. Isso significa a oferta de ações e serviços consoante às demandas específica, com a devida qualidade, o que se traduz na capacidade de resolver e de prevenir problemas de saúde.

Foi possível constatar no universo pesquisado, o processo de municipalização da saúde que ocasionou mudanças significativas na prestação do atendimento em saúde no município de João Pessoa nestes últimos anos, expandindo sem dúvida o acesso da população aos serviços de alta complexidade, mas principalmente modificando as relações transversais que perpassam a gestão pública no campo das políticas sociais.

Entretanto, percebemos que a organização do sistema local de saúde configura tarefa complexa que requer efetiva articulação com os seus pares, estejam eles no âmbito federal estadual ou municipal. Nesse sentido, cabe ressaltar a necessidade e a importância de se investir nas instâncias do controle social ainda expressas de forma contraditória do ponto de vista ideopolítico.

A análise realizada apontou nitidamente também, que a reorganização dos serviços apresenta algumas características pontuais do sistema de saúde municipal que foi acompanhada pela expansão da atenção básica, mas, essa expansão não ocorreu de forma ordenada, pois problemas, como de infra-estrutura e recursos humanos prejudicam a efetividade transparente na oferta do serviço e no atendimento vindo a transparecer na média e alta complexidade.

Na visão dos gestores em geral, a concepção de saúde e de organização de serviços anteriormente mencionada confere ao setor uma dupla responsabilidade: de um lado, produzir cuidados de saúde integrais no interior de um sistema de serviços através do setor público, de outro, interagir, dialogar e pactuar com outros setores econômicos e sociais que determinam ou condicionam o estado de saúde da população e influenciam a organização dos respectivos serviços.

A análise realizada demonstrou claramente, também para o problema estrutural que envolve o SUS na conjuntura atual, especificamente em relação ao seu gradativo desprestígio em meio à proposta de minimização do papel do Estado no trato das desigualdades sociais, resultando numa precarização de funcionamento dos equipamentos de saúde e das condições de trabalho posta no cotidiano dos profissionais e em pondo á amostra a necessidade de uma efetivação de uma política conseqüente de recursos humanos que sirva de suporte para a formação de gestores que se co-responsabilizem pela proposta original do SUS.

Claramente no que se refere ao nosso estudo podemos revelar que o processo de municipalização resultou em mudanças significativas para a saúde do município, principalmente na forma de se gerenciar a política de saúde e, por conseguinte, os serviços.

Tais mudanças, no entanto, apresenta algumas características pontuais que incorporam a singularidade do “local” em ambientes onde a saúde foi municipalizada. Um deles diz respeito à acessibilidade aos serviços onde a prática é historicamente construída no clientelismo.

Já no que se refere à percepção geral dos gestores sobre a organização, verificou-se que esta avançou de forma significativa, embora ainda permaneça alguns entraves no momento de referenciar e contra-referenciar os usuários da atenção básica que precisam de atendimento hospitalar ou exames de alta complexidade. Sem dúvida a “desorganização” das ações se apresenta no inchamento, falta de vagas e demoras dos outros níveis de complexidade que se contra-põe a concepção de organização de serviços que se coloque como contra-hegemônico aos traços convencionais de prestação de serviços.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. T. H. "Federalismo e políticas sociais". In \_\_\_\_ AFFONSO, R. B. A.;
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1989.
- \_\_\_\_\_ Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Senado Federal, Brasília, DF, 1990.
- \_\_\_\_\_ Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Senado Federal, Brasília, DF, 1990.
- Disponível em:
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.607, de 10 de dezembro de 2004
- CARVALHO, G.I. e SANTOS, L. **Comentários à lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) - Sistema Único de Saúde**. 2ed. São Paulo: HUCITEC, 1995, p. 271 - 285.
- CATTANI, Antonio David (Org.). **Trabalho e Tecnologia: Dicionário Crítico**. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Editora Universidade/ URGs, 1997.
- CAVALCANTI. P. B. **Corporativismo e autonomia profissional no processo de adesão do SUS em João Pessoa – Paraíba**. (Tese de Doutorado). São Paulo: PUC, 2000.
- \_\_\_\_\_ **Análise sobre o SUS nos anos 90: PACS E PSF**. João Pessoa - PB: UFPB/ CCHLA/DSS/MSS, 2000.

- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências Humanas**. São Paulo: Cortez, 1991.
- COSTA, C. de F. L. **A estrutura dos Serviços Municipais de Saúde e a inserção dos Assistentes Sociais**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). João Pessoa - PB: UFPB/MSS. 1998.
- CRUZ, M.T. **Notas sobre as políticas de Saúde no Brasil de Transição Democrática - anos 80** in Perysis - **Revista de Saúde Coletiva**, vol. I, nº. 1, 1991/ p.88.
- D'AGUIAR, J.M.M. **O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)**. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública.FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001.
- DANIEL, C. et al. **Desenvolvimento local e socialismo**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002, 118p.
- DUSSOULT, G. **A gestão dos serviços Pública de Saúde: características e exigências**. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, vol. 26, nº 2, 1992, p.26.
- ELIAS, P. E. **Estrutura e Organização de Atenção à Saúde no Brasil**. In: **Saúde no Brasil: Políticas e Organizações de Serviços**, São Paulo, Cortez, 1996, p.66.
- FRANCO T. e MERHY, E. **PSF: Contradições e novos desafios**. In: **Conferência Nacional de Saúde on-line**, Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>, 2002, p.02.
- GOMES, E. Q. **A Organização dos Serviços Públicos na Rede Básica de Saúde em João Pessoa. João Pessoa**: (Dissertação de mestrado). PPGSS/CCHLA/UFPB, 2002, 221p.
- GUIMARÃES, R. (org). **Saúde e Sociedade no Brasil-anos 80**, Rio de Janeiro Relume Dumaré-ABRASCO, 1994, p.84.

LIMA, L.M.C.G. **Análise Sobre a Implantação do PSF na Concepção dos Seus Profissionais.** Dissertação do mestrado em Serviço Social, João Pessoa – PB /CCHLA/PB, 2002, p.52 - 75, 200.

MENDES, E. V. (Org). **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 2 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC, 1994.

\_\_\_\_\_ “A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local”. In \_\_\_\_\_ MENDES, E. V. (Org). **A organização da saúde no nível local.** São Paulo: Hucitec, 1998, p. 17-53.

\_\_\_\_\_ **Uma Agenda para a Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: **NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS: NOB-SUS 96,** Brasília-DF, MS, 1997, p.48.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, PROGRAMAS E PROJETOS. “**Agentes Comunitários de Saúde**” e **Programas de Saúde da Família.** MS, Brasília, 2000, p.25

NOGUEIRA, V. M<sup>a</sup>. R; SIMIONATTO, I. **Reformas estruturais e direito à saúde nos países do Mercosul-A reversão das tendências universalistas.** CBASS, 2001, Rio de Janeiro, p.01.

NORONHA, J. C.et alli. AIS- SUDS- SUS: **Os caminhos do direito à saúde, In:**

PARAÍBA, Plano Estadual de Saúde, João Pessoa/ PB, 1997.

\_\_\_\_\_, Secretaria de Planejamento. **Plano Diretor de Regionalização do Estado da Paraíba.** Novembro / 2002 (Atualizado em Janeiro de 2003).

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA, Secretaria de Saúde (SESAU). **Plano Municipal de Saúde 2002/2005**. João Pessoa: Coordenadoria de Planejamento/SESAU, 2002.

SILVA, P.L.B. (org.). **Descentralização e políticas sociais**. São Paulo: FUNDAP, 1996, p. 13-39.

VIANA, A.L. **As Políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o longo período de Reformas**, In: CONESQUI, A. M. (org), **Ciências Sociais e Saúde e Ensino Médico**, São Paulo HUCITEC-FAPES, 2000.

**Anexos**



**Universidade Federal da Paraíba**  
**Centro de Ciências Letras e Artes**  
**Coordenação de Pós-Graduação em Serviço Social**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AOS AGENTES PRIVILEGIADOS DOS SERVIÇOS DA ALTA COMPLEXIDADE DE ASSISTÊNCIA PÚBLICA A SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA.**

**I – Formulário de Identificação:**

Formação Acadêmica: \_\_\_\_\_

Formação em Pós-Graduação: \_\_\_\_\_

Tempo de Trabalho Profissional: \_\_\_\_\_

Instituição a qual vincula-se atualmente: \_\_\_\_\_



**Universidade Federal da Paraíba**  
**Centro de Ciências Letras e Artes**  
**Coordenação de Pós-Graduação em Serviço Social**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AOS AGENTES PRIVILEGIADOS DOS SERVIÇOS DA ALTA COMPLEXIDADE DE ASSISTÊNCIA PÚBLICA A SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA.**

**II – Questões:**

- 1) Recupere historicamente como ocorreu o processo de municipalização da saúde na cidade de João Pessoa. Quais os fatos mais marcantes desse processo?
- 2) Qual a sua percepção sobre a forma de organização dos serviços de saúde na rede de assistência antes da municipalização e atualmente?
- 3) O (a) Senhora (a) sente compatibilidade entre a organização formal dos serviços de saúde e as propostas de reorganização contidas no SUS no município de João Pessoa?
- 4) Quais os Setores de Gestão que trabalham com a organização da alta complexidade na saúde?
- 5) Na sua opinião como é a relação Estado e Município no que se refere à Alta Complexidade?
- 6) Como as Comissões tripartites e bipartite contribuem para melhorar este nível de atendimento?
- 7) Ao que o (a) Senhor (a) atribui as dificuldades que se observa hoje no atendimento de alta complexidade?