



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**  
**Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Área de Concentração**  
**em Gestão de Sistemas de Saúde**

**ELISABETE MOREIRA DOS SANTOS**

**O SUS na prática: a experiência do**  
**Município de Amélia Rodrigues - Bahia**

**SALVADOR-BA**  
**2010**

**ELISABETE MOREIRA DOS SANTOS**

**O SUS na prática: a experiência do Município de  
Amélia Rodrigues - Bahia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientador:

**PROF. DR. LUIS EUGÊNIO PORTELA FERNANDES DE SOUZA**

**SALVADOR-BA**

**2010**

Ficha Catalográfica  
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

---

S237s Santos, Elisabete Moreira dos.

O SUS na prática: a experiência do município de Amélia Rodrigues / Elisabete Moreira dos Santos. - Salvador: E. M. Santos, 2010.

72 f.

Orientador Prof. Dr. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Descentralização. 2. Organização de Serviços. 3. Triângulo de Governo. 4. I. Título.

CDU 614.2

---

**ELISABETE MOREIRA DOS SANTOS**

**O SUS na prática: a experiência do Município de  
Amélia Rodrigues - Bahia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde.

**Data de Aprovação: 29 de abril de 2010**

**Banca Examinadora:**

**Prof. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto – Instituto de Saúde Coletiva/UFBA.**

**Prof. Cátia Maria Costa Romano - Escola de Enfermagem/UFBA.**

**Prof. Dr. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza (Orientador)  
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA**

Sonhar não é apenas um ato político necessário, mas também uma conotação de forma histórico-social de estar sendo de mulheres e homens. Faz parte de natureza humana que, dentro da história, acha-se em permanente processo de tornar-se...

Não há mudanças sem sonho como não há sonho sem esperança...

**Paulo Freire,**

**Pedagogia da Esperança, 1992. p. 91-92.**

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Luis Eugênio, pela paciência e presteza na orientação.

Às Professoras Dra. Ana Luiza e Isabela Pinto pelo carinho, apoio e sugestões no momento da qualificação.

Aos entrevistados do município investigado, pela atenção e boa vontade.

Aos colegas do Mestrado pelo companheirismo e união, não esquecendo os momentos de desabafo pelo cansaço em detrimento às nossas atividades.

À Soninha pelo apoio, sempre sorrindo com disponibilidade de servir na Secretaria do Mestrado.

À Professora Dra. Isabela Pinto pelo incentivo e encorajamento em momentos de desespero.

A Creuza Silva pela elaboração da ficha catalográfica.

A amiga Deyse pelo apoio incondicional e transcrição das entrevistas.

A Iraci Leite, Diretora da 2ª Dires e Dr. João Carlos Cavalcante, Secretário Municipal de Saúde de Feira de Santana, pela compreensão, apoio e liberação nos horários de trabalho.

Ao Dr. Emílio Pontes, ex-Secretário Municipal de Saúde de Amélia Rodrigues, pelo incentivo e encorajamento para enfrentar o Mestrado.

Aos meus familiares que me apoiaram com carinho, solidez e paciência, dando-me impulso nesta jornada de crescimento, o meu abraço fraterno e agradecimento eterno.

Ao meu pai Antero Moreira dos Santos (*in Memoriam*) que sempre me estimulou para o crescimento. Tenho a certeza que mesmo na eternidade junto ao pai celestial está feliz com o meu sucesso.

A Deus, pelo dom da vida.

## RESUMO

SANTOS, E.M. **O SUS na prática: a experiência do Município de Amélia Rodrigues Bahia**. Salvador, 2010. 72 p. Dissertação (Mestrado Profissional), Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

No contexto brasileiro, uma das estratégias mais desenvolvidas do processo de implantação do SUS foi a municipalização da saúde. Depois de vinte e um anos de promulgação da Constituição Federal, pode-se admitir que, nesse processo de descentralização, foram muitas as experiências municipais bem sucedidas que contribuíram para a melhoria da atenção à saúde de suas populações. Contudo, há regiões e municípios que só recentemente assumiram suas responsabilidades para com a saúde. O objetivo geral do estudo foi descrever a implantação do SUS em Amélia Rodrigues (Ba), no período de 2000 a 2008, com a caracterização do projeto de governo, da capacidade de governo e da governabilidade. A estratégia da pesquisa foi o estudo de caso. Adotando como referencial teórico os conceitos que formam o triângulo de governo (Matus, 1996), foi possível descrever as variáveis com base em três níveis de análise: contexto político de governo, gestão do sistema da saúde e práticas assistenciais. Foram identificados os fatores que contribuíram ou dificultaram a implantação do SUS em Amélia Rodrigues no período, a partir da análise documental e de entrevistas. Observou-se que uma boa articulação entre o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade permitiu uma melhor estruturação dos serviços de saúde, resultando numa maior cobertura das ações básicas, a partir da estratégia Saúde da Família e uma melhor organização da atenção em termos de formação de redes, com maior percentual de aplicação de recursos financeiros próprios.

**Conceitos-chave:** descentralização, organização de serviços de saúde e triângulo de governo.

## **ABSTRACT**

**SANTOS, E.M. SUS in practice: The Amélia Rodrigues town's experience.** Salvador, 2010. 72 p. Masters Dissertation. Concentration Area: Health System Management. Health Group Institute. Federal University of Bahia.

In the Brazilian context, one of the most developed strategies of the implantation process of SUS was the health decentralization. After twenty-one years of promulgation of the Federal Constitution it can be admitted that, in this decentralization process, there were a lot of successful municipal experiences that did contribute for the improvement of the attention to the health of its population. However, there are areas and cities that have only recently assumed their responsibilities regarding to their health. This study general objective was to describe the implantation of the SUS in Amélia Rodrigues (Ba), during the period from 2000 to 2008, with the government project characterization, of the capacity of government and the governability. The research strategy was the case study. Adopting as a theoretical reference frame the concepts that form the government triangle (Matus, 1996), it was possible to describe the variables on the basis of three levels of analysis: politician context of the government, management of the health system and the assistance practices. The factors which contributed or not to the implantation of SUS in Amélia Rodrigues had been identified in the period, based on documentary analysis and on interviews. It was observed that a good articulation between the government project, the government capacity and the governability allowed one better structure of the health services, resulting in a wider arrangement of the basic actions, from the Family Health Strategy and a better organization of the attention in terms of formation of connections, with a greater level of proper financial resources application.

Key- words: decentralization, health services organization, government triangle.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ACE - Agente de Combate a Endemias

AIH - Autorização de internação Hospitalar

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEO - Centro de Especialidades odontológicas

CIB - Comissão Intergestora Bipartite

CLS - Conselho Local de Saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

DIRES - Diretoria Regional de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EC-29 - Emenda Constitucional 29

FMS - Fundo municipal de Saúde

HPP - Hospital de Pequeno Porte

ISC - Instituto de Saúde Coletiva

MS - Ministério da Saúde

PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde

PMS - Plano Municipal de Saúde

PDI – Plano Diretor de Investimento

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PPI – Programação Pactuada Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SIOPS – Sistema de informação sobre Orçamentos Públicos de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

UFBA – Universidade Federal da Bahia

US – Unidade de Saúde

## SUMÁRIO

## AGRADECIMENTOS

## RESUMO

## ABSTRACT

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. DESCENTRALIZAÇÃO: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
<b>3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS .....</b>	<b>26</b>
3.1 Tipo de estudo .....	26
3.2 Produção e coleta de dados .....	27
3.3 Plano de análise .....	28
<b>4. A EXPERIÊNCIA DE AMÉLIA RODRIGUES .....</b>	<b>29</b>
4.1 Contextualização .....	29
4.2 A organização do sistema municipal de saúde .....	34
4.3 O processo de descentralização em Amélia Rodrigues .....	37
4.3.1. Nível político .....	37
4.3.1.1 Projeto de Governo .....	37
4.3.1.2 Capacidade de Governo.....	40
4.3.1.3 Governabilidade.....	43
4.3.2 Nível Gerencial.....	45
4.3.2.1 Planejamento e Avaliação .....	45
4.3.2.2 Organização do Sistema.....	46
4.3.3 Nível Assistencial.....	
<b>5. FATORES QUE CONTRIBUÍRAM OU DIFICULTARAM A     IMPLANTAÇÃO DO SUS EM AMÉLIA RODRIGUES .....</b>	<b>53</b>
<b>6. COMENTÁRIOS FINAIS .....</b>	<b>57</b>

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>60</b>
---	-----------

## **ANEXOS**

<b>Anexo 1 – LISTA DE DOCUMENTOS CONSULTADOS DO MUNICÍPIO ESTUDADO .....</b>	<b>69</b>
<b>Anexo 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....</b>	<b>70</b>
<b>Anexo 3 –RELAÇÃO DE ENTREVISTADOS.....</b>	<b>72</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 em seus artigos 196 a 200 e as leis e normas que a regulamentam trouxeram para o setor público brasileiro a responsabilidade de garantir o princípio do direito à saúde e assegurar as estruturas que sustentassem esse objetivo. Esse processo introduziu modificações expressivas no funcionamento do sistema de saúde brasileiro.

Entre outras diretrizes, a nova Constituição consagrou a descentralização com comando único em cada esfera de governo. E na prática, a descentralização tem se constituído em um dos principais componentes do processo de reforma sanitária, cujas diretrizes foram aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 2006).

A implantação do Sistema Único de Saúde teve início na década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei 8080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990). O SUS nasceu com proposta de construção de um novo modelo de atenção à saúde, visando substituir o modelo meramente assistencialista e promover a integralidade da atenção.

O processo de descentralização se acelera, a partir da edição das Normas Operacionais Básicas, em particular, as NOB-01/93 e 01/96, e se associa a propósitos de redefinição do modelo assistencial (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005).

A descentralização da gestão foi complementada com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001 e 01/2002), que buscaram a ampliação da capacidade de gestão do SUS, propondo a regionalização como estratégia de racionalização da assistência, através de Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) (BRASIL, 2006).

Já em 2006, o Pacto pela Saúde representa um esforço para uma definição mais precisa quanto às responsabilidades sanitárias de cada esfera de governo do SUS, buscando reduzir as competências concorrentes entre os entes federados. Pretende também, aumentar a autonomia de estados e municípios na alocação dos recursos financeiros, porém, com maior controle de sua utilização pelo governo federal (VILASBÔAS, 2006).

A descentralização dos serviços de saúde no Brasil avançou bastante nesses vinte e um anos de SUS. Houve diversas experiências exitosas de descentralização da saúde que contribuíram para a construção de políticas nacionais para o SUS.

Alguns exemplos podem ser enumerados.

Vitória da Conquista, pelos expressivos resultados alcançados com a implantação do Sistema Municipal de Saúde, se tornou uma referência nacional de experiência bem sucedida, com amplo reconhecimento sobre o trabalho realizado pela gestão municipal na saúde, com ampliação da receptividade da gestão do SUS para as necessidades locais (implicando em ganhos de efetividade e equidade), da responsabilização do sistema de saúde para com seus usuários (com melhoria efetiva do cuidado prestado), da utilização dos recursos do sistema de saúde local (ampliando tanto em direção do aumento de eficiência quanto de equidade e da qualidade do cuidado oferecido nos serviços de saúde) (SOLLA, 2009).

Cabe destacar outros resultados positivos alcançados como: melhora progressiva dos principais indicadores de morbidade e de mortalidade da população, com substantiva alteração do perfil epidemiológico, além de um eficiente controle das doenças imunopreveníveis, com ausência de casos de sarampo e de tétano neonatal nos últimos anos em função da elevada cobertura vacinal alcançada pela rede municipal. Também foram verificados bons resultados no controle da tuberculose e dengue com baixos índices de infestação predial.

O município apresentou ainda redução da taxa de natalidade na proporção de mães adolescentes e redução na taxa de mortalidade infantil e neonatal.

Houve também ampliação do acesso da população às ações e aos serviços de saúde, com aumento da oferta de procedimentos da atenção básica e de média e alta complexidade (SOLLA, 2009).

Cabe destacar entre os casos mais recentes, no Ceará, a experiência na microrregião de Baturité que promoveu mudanças significativas e positivas no processo de atenção à saúde, a partir das ações de atenção à saúde da mulher, à saúde da criança, de controle de tuberculose e de controle da hipertensão (MOTTA *et al.*, 2007).

Belo Horizonte (CAMPOS *et al.*, 1998; MALTA, 2001; MAGALHÃES JR, 2006, *apud* SOLLA, 2009), foi um dos primeiros municípios a assumir a gestão semi-plena. Entre os destaques da sua experiência, estão as ações implantadas no âmbito da regulação, controle e avaliação que viriam a conformar o arcabouço hoje preconizado nacionalmente no âmbito do SUS.

Em Aracajú, foram possíveis as seguintes transformações: ampliação da rede de serviços, dotando-a de ambiência humanizada; valorização do controle social; organização da produção em saúde a partir da conformação de redes especializadas de urgência e emergência, de atenção à saúde da família, de atenção hospitalar, de atenção psicossocial e de atenção ambulatorial especializada; criação do complexo regulatório que torna transparente o acesso dos usuários aos serviços de saúde com equidade, acabando com as filas e o clientelismo; criação do centro de educação permanente em saúde; criação da ouvidoria; implantação do plano de cargos, carreira e vencimentos e realização do concurso público, desprecarizando 100% dos contratos de trabalho (SANTOS, 2006).

Muitas outras experiências exitosas poderiam ser citadas, mas o que citamos já permite ver que é no nível municipal que o SUS tem avançado. O mais importante, contudo, é perceber que há ainda muitos municípios que não avançaram na implantação do SUS e, portanto, continua sendo um desafio implantá-lo em todos os municípios do país.

A transformação dos princípios legais e das diretrizes normativas em práticas concretas de saúde, é um processo complexo, intermediado por um conjunto de fatores de ordem política, econômica, social e cultural que só tem expressão em cada realidade específica.

Nesse sentido, conhecer esses aspectos a partir da análise de experiências concretas, continua sendo importante para que se possa continuar avançando com experiências exitosas.

A análise de novas experiências locais de implantação do SUS poderá, portanto, contribuir para a produção de novos conhecimentos, visando não apenas apreender a realidade diversa do SUS, como também subsidiar a formulação de novas políticas de saúde.

O município de Amélia Rodrigues viveu, nos primeiros anos da década de dois mil, uma interessante experiência de transformação do seu sistema de saúde.

Uma série de questões acerca da implantação do SUS, vivenciada nesse pequeno município baiano merece uma reflexão:

- A) Como evoluiu o processo de descentralização do SUS no município de Amélia Rodrigues no período de 2000 a 2008?
- B) Quais os fatores que contribuíram para os avanços observados?
- C) Quais os principais obstáculos enfrentados?

Tais questões se traduzem no objetivo geral do estudo que é descrever o processo de descentralização da saúde no município de Amélia Rodrigues, Estado da Bahia, no período de 2000 a 2008.

Esse objetivo geral se desdobra nos seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade no município de Amélia Rodrigues, no período de 2000 a 2008;
- Descrever a evolução das práticas gerenciais de planejamento, avaliação e organização do sistema, no mesmo período;
- Descrever a evolução das práticas assistenciais de oferta e organização dos serviços, no mesmo período;
- Identificar os fatores que contribuíram ou que dificultaram a implantação do SUS no município.

O alcance desses objetivos, certamente, permitirá produzir informações úteis não apenas à compreensão da realidade local de Amélia Rodrigues, mas também para outros municípios do Estado da Bahia ou mesmo do país.

## 2. DESCENTRALIZAÇÃO: MARCO TEÓRICO

O setor saúde no Brasil tem passado por importantes mudanças com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os princípios do SUS está a descentralização das ações e serviços de saúde. O Processo de descentralização tem transferido responsabilidades, prerrogativas e recursos para os governos municipais (COLLINS *et al.*, 2000 *apud* SOLLA, 2009).

O termo descentralização apresenta-se permeado de diferentes interpretações. Descentralização é um processo caracterizado pela repartição hierárquica de poder que Mills (1990) retrata como um mecanismo de transferência de instâncias superiores para instâncias de nível operativo. Entretanto, este termo muitas vezes tem sido empregado como sinônimo de desconcentração (MELLO, 1991). Isto porque, esta representa a dissolução de atividades administrativas até então centradas em um núcleo para áreas periféricas, utilizando critérios político-jurídicos funcionais. Nesse sentido, Lobo (1990) esclarece que estes conceitos confundem-se devido a sua abrangência política e social. No entanto, como afirma o autor:

“... ao se aceitar a desconcentração como descentralização, está-se encobrindo as dificuldades do encaminhamento concreto desta última” (LOBO, 1990:484).

Para Lobo (1990), o termo descentralização representa a distribuição de poder e autonomia, mediante a redistribuição de encargos, enquanto que a desconcentração implica tão somente na distribuição de competências. Nesse sentido, a descentralização modifica profundamente a estrutura de poder do Estado, uma vez que implica, de acordo com Funiss (*apud* OPS, 1990:16) na:

“(...) transferência da autoridade sobre empresas públicas desde funcionários políticos a uma junta relativamente autônoma; o fomento de aportes econômicos regionais aos esforços nacionais de planejamento; a transferência de funções administrativas, ou seja, na direção descendente da hierarquia, espacialmente ou por problemas; o estabelecimento de unidades legislativas de menor tamanho; ou a transferência de responsabilidade a órgãos legislativos sub-nacionais, ascensão do controle por mais pessoas dentro de uma empresa economicamente produtiva, a esperança de conseguir um mundo melhor mediante uma participação individual mais intensa.”



Do mesmo modo, Mendes (2001) afirma que o conceito de descentralização articula-se com movimentos centrífugos do poder através da transferência relativa ao poder periférico. Nisto, a descentralização fundamenta-se pela atribuição de competências às esferas governamentais à medida que concebe e concede autonomia política, administrativa e financeira aos seus federados (TEIXEIRA, 1990). Neste âmbito, Mill (1990) relata que a descentralização não significa apenas transferência de poder aos municípios, mas a capacidade de exercê-lo, baseados na devolução, desconcentração e delegação.

Para Mill (1990), a devolução consiste na criação ou no fortalecimento de níveis sub-nacionais de governo, dotado de territorialidade, personalidade jurídica, autonomia política e administrativa para conseguir fundos e incorrer em gastos. O autor afirma ainda que este modelo de descentralização têm sido empregado na área de saúde nos países de primeiro mundo como um mecanismo para requerer participação financeira do Estado e cooperação com entidades locais para a prestação de serviços especializados. Já a desconcentração, o autor relata que é um tipo de descentralização, mais empregado pelos países em desenvolvimento. Caracteriza-se pela transferência de certo grau de autoridade administrativa em detrimento da autoridade política para níveis hierárquicos inferiores dentro de uma mesma organização, sem a correspondente redistribuição do poder decisório. Já a delegação é a transferência de responsabilidades gerenciais, envolvendo as relações entre Estado e sociedade civil, para organizações paraestatais, sendo estas revestidas de relativa autonomia para o exercício de suas funções fundamentados nos princípios da legitimidade, probidade e imparcialidade, regulamentos e normas para a administração e controle de recursos públicos (Mills, 1990).

Pode-se considerar que no caso brasileiro estão presentes também, características de um processo de desconcentração, pelas limitações existentes no grau de autonomia dos municípios, relacionadas principalmente ao grau incipiente da capacidade política e técnico-gerencial da maioria dos municípios. (SOTER, 2005 *apud* (SOLLA 2009).

Na devolução da descentralização político-administrativa, além de transferir o poder de agir é também repassado poder de decisão, assim os níveis que assumem novas responsabilidades sobre a execução das ações atuam implementando decisões tomadas de forma centralizada e podem também formular novas políticas, ampliando a autonomia e o poder local (SILVA, 2000).

Nesse contexto, Gawryszewski (1993) afirma que, para que a descentralização possa exercer o seu papel e ser efetiva, torna-se necessário o emprego de um modelo de descentralização democrático, autônomo, transparente na tomada de decisão, flexível e passível de avaliação por meio de mecanismo de controle pela participação social.

A adoção da descentralização como um princípio de organização do SUS dos anos 90 resulta de um longo processo de oposição às políticas de saúde dos anos 70. Seu impacto sobre as capacidades administrativas dos governos locais, contudo varia de acordo com a heterogeneidade das condições sociais dos municípios.

No Brasil, a descentralização da saúde tem sido vista como uma condição necessária para melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a participação, a qualidade, a sustentação e a equidade (HORTALE; PEDROZA & ROSA, 2000). Nesse sentido, A municipalização da saúde reforça os componentes da descentralização, particularmente os que se referem à distribuição do poder, que de acordo com (Paim, 2002) esta pode também ser chamada de descentralização territorial ou descentralização político-administrativa. Portanto, a descentralização, por si só, é uma estratégia de ampliação dos canais institucionais de participação, garantindo a incorporação de novos atores aos centros de poder como preconiza a Constituição Federal de 1988 e Norma Operacional Básica - SUS 01/93 (Portaria do Ministério da Saúde nº 545), que determinam normas e procedimentos operacionais, os quais ampliam a capacidade de governo dos municípios, gerando maior autonomia para os gestores, tanto em seu aspecto fiscal, bem como estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde para as esferas municipais no que diz respeito às novas possibilidades atribuídas a esses governos na execução das políticas públicas de cunho social (ABRUCIO, 2006).

Os avanços do processo de descentralização da gestão, do financiamento e da execução de políticas do Sistema Único de Saúde pela municipalização da saúde tem requerido maior atuação do poder local para a elaboração de políticas públicas no campo da saúde, cabendo aos municípios o planejamento e a gestão do atendimento à saúde ao que se refere à operacionalização dos gastos de recursos públicos mediante a necessidade local (LOBO, 1995). Por analogia ao que afirma Jovchelovitch (1993):

O município é, de fato, a entidade político-administrativa que oferece melhores condições para a prática da participação popular na gestão da vida pública. (...) A essência do governo local reside em ser a autoridade que está mais perto das

necessidades e reivindicações da população.  
(JOVCHELOVITCH, 1993:35).

A implantação das diretrizes constitucionais de descentralização e de participação social para a organização e gestão municipal incorporada ao SUS, ampliou as responsabilidades do nível local, permitindo que se alterasse a gestão do setor, tornando-a mais democrática e participativa com a descentralização e o poder de decidir sobre a gestão das organizações de saúde junto dos usuários.

Para Matus o aumento da capacidade gerencial dos municípios representa um ponto central para o planejamento estratégico, seja no âmbito das instituições governamentais ou das relações que estas estabelecem com o restante da sociedade. Entretanto, são muitos os impasses para a elaboração de um planejamento, questões físico-territoriais, econômicas, financeiras, administrativas, políticas, sociais, ambientais e de gestão têm constantemente desafiado os municípios, requerendo a elaboração de um planejamento municipal baseado na formulação de política local que devem ser pensadas para equilibrar essas relevantes temáticas e exigindo a efetiva participação dos munícipes que demandam qualidade de vida. Assim, a finalidade do plano de governo para a administração pública municipal de saúde estaria vinculada a propósitos de legitimação dos atores sociais e pela busca de competência e efetividade dos seus gestores para o emprego racional de instrumentos técnicos, modernos e práticos de planejamento e de gestão perseguindo adaptar o que fazer da saúde aos novos desafios.

Diante dessas necessidades e relevâncias, O planejamento da saúde, enquanto trabalho de gestão para a implementação de políticas pode ser investigado, considerando as ações de construções e de viabilidade das propostas políticas a ser utilizado por todos os atores sociais (KON, 1997). Nesse sentido, a compreensão do poder como um recurso à participação direta da população se legitima de forma organizativa e democrática, permitindo incorporar novos atores ao processo social e ampliar as possibilidades de mudança frente a Sistemas Municipais de Saúde, mediante os Conselhos Locais de Saúde (CLS) e dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS).

O planejamento é um instrumento que oferece base conceitual e operacional para a reorganização dos processos de trabalho das equipes de saúde. Posto que enquanto instrumento de trabalho de gestão para a implementação de políticas pode ser investigado, considerando o triângulo de governo de Matus (1996), pois como assegura o autor *“planejar é sinônimo de conduzir conscientemente circunstância e*

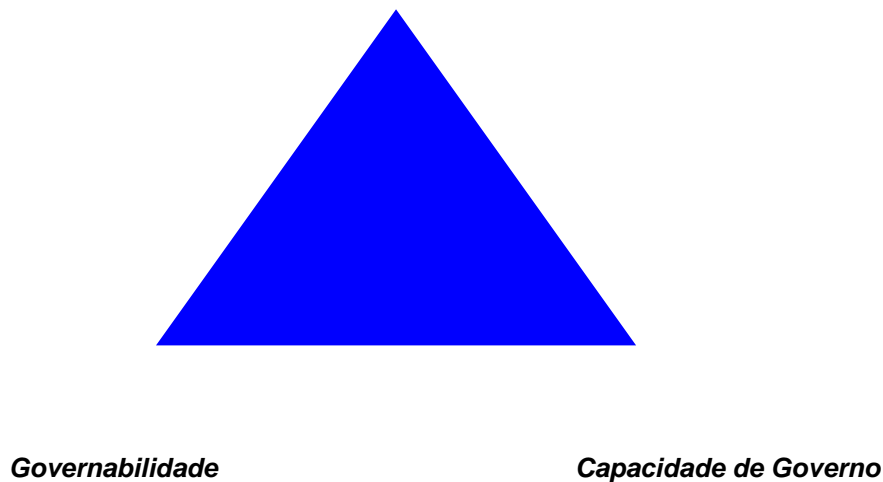
*possibilidades de escolher o futuro”* (MATUS, 1996:14).

O triângulo de governo é um sistema formado pela articulação entre a análise e reflexão a cerca dos problemas existentes para a elaboração de um planejamento estratégico fundamentado na capacidade de governo para o desenvolvimento de ações condicionadas pelo projeto e pela governabilidade do sistema (MATUS, 1996). Diante deste contexto, o enfoque orientado à planificação de Matus (1996) aportou, o planejamento como uma pratica social baseado em três variáveis mutuamente condicionadas e interdependentes: projeto, capacidade de governo e governabilidade. Para o autor:

- O Projeto de Governo: caracteriza-se pela elaboração de propostas, baseada na análise e seleção dos problemas considerados relevantes para o gestor e para a sociedade a fim de que a condução do sistema transcorra a partir da identificação de objetivos, cuja finalidade consiste na superação de dificuldades mediante a governabilidade do sistema, demonstrando assim capacidade de governo.
- A Capacidade de Governo: refere-se ao momento da gestão publica para o desenvolvimento e efetivação do plano de governo, visando alcançar os resultados esperados e impactos propostos.
- A Governabilidade: corresponde ao capital político, econômico, cognitivo e organizativo do dirigente frente a sua capacidade para a condução de ações planejadas em detrimento de variáveis que poderiam retardar a culminância do projeto de governo.

Assim, as três variáveis constituintes do triângulo de governo de Matus (1996), embora sejam distintas, configuram-se como elementos mutuamente condicionado a complexidade do processo de governar (Figura1).

**Figura 1**  
**Triângulo de Governo**  
*Projeto de Governo*



**Fonte:** Matus (1996).

Para que as variáveis: Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade estabelecidas pelo triângulo de governo de (Matus, 1996), possam dialogar com coerência e coesão, torna-se imprescindível a existência da interdependência entre elas, considerando-se os propósitos de uma instituição e o processo de transformação almejado para a área de saúde no campo do saber, na forma em que se prestam serviços e nas relações que se estabelecem com os vários níveis da estrutura institucional e social.

A descentralização na gestão da saúde, conforme instrumentos legais anteriores à Norma Operacional de assistência à Saúde (NOAS SUS, BRASIL, 2003), deveria ocorrer na direção dos governos federal e estadual para os municípios. Nesse sentido, sua análise requer o seu enquadramento em um “Espaço geral” referente ao contexto nacional, em um “Espaço particular” referente ao contexto estadual e no “Espaço singular” do município em estudo (VIEIRA-DA - SILVA; HARTZ; CHAVES; SILVA, 2005).

No contexto local do município, onde a descentralização se efetiva, três componentes de governo constituem um sistema singular interdependente denominado por Matus de “triângulo de governo”: a) projeto de governo; b) capacidade de governo e c) governabilidade (MATUS, 1997). Para a implantação de uma dada proposta, seria necessária uma relação sinérgica entre esses três componentes. O projeto de governo se refere ao conjunto de proposições elaboradas pelos dirigentes locais visando o alcance dos seus objetivos. A

capacidade de governo corresponderia aos recursos relacionados com a condução e gerenciamento adequado das ações. Já a governabilidade diz respeito às condições necessárias à implementação das ações propostas, como respostas e antecipações, considerando os obstáculos e oportunidades que o meio oferece a essas propostas (VIEIRA DA SILVA; HARTZ; CHAVES; SILVA, 2005).

A capacidade de governo, segundo Matus (1997), depende do capital intelectual acumulado pelos dirigentes, e este capital tem crescido muito mais lentamente que a complexidade do sistema social. O capital intelectual é aqui entendido como o conjunto de capital teórico, instrumental e de experiência acumulada pelo dirigente e sua equipe. A governabilidade dependeria de vários fatores e, entre eles, se destacaria o capital político, ou seja seu poder ou peso político no governo em curso. O projeto de governo expressaria a conjunção do capital político e intelectual aplicados numa proposta de ação (MATUS, 1997 *apud*); (VIEIRA- DA- SILVA; HARTZ; CHAVES; SILVA, 2005).

A descentralização, quando ocorre em adequada articulação entre os componentes do triângulo de governo, corresponde a um fortalecimento do poder local, das instituições públicas e da capacidade de gestão do sistema de saúde. A atuação conjunta dos três componentes pode resultar em melhor organização dos serviços de saúde, viabilizando maior acesso e cobertura; também as condições seriam favoráveis a um maior controle sobre os prestadores privados com otimização do uso dos recursos públicos visando assegurar maior integralidade e resolutividade. Esse contexto é favorável a um maior controle social, no sentido de maior participação popular, o que poderia aproximar os gestores das necessidades da população e melhorar a capacidade de intervenção do sistema.

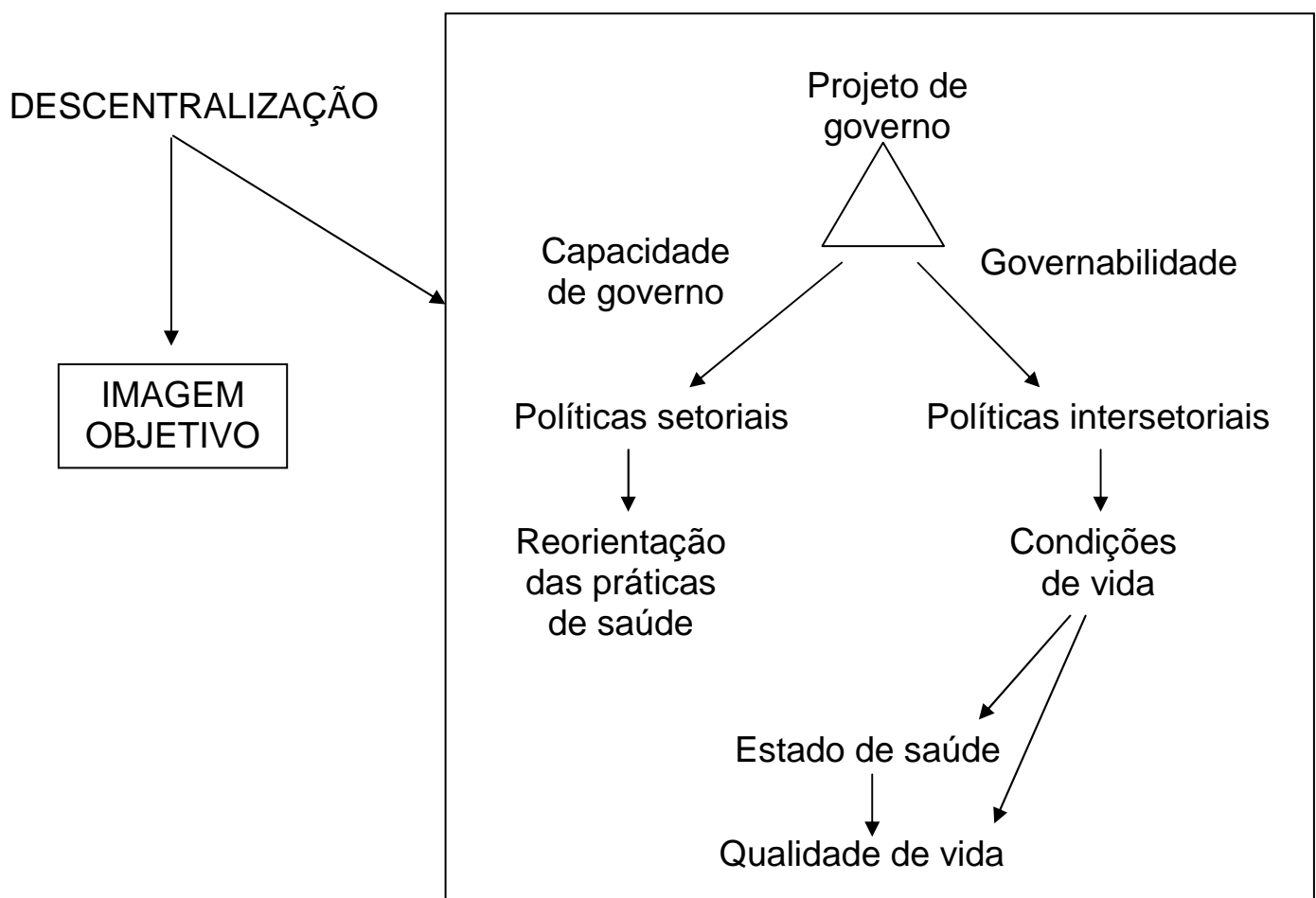
O aperfeiçoamento da gestão da saúde pode ter um efeito positivo tanto em relação à reorientação das práticas setoriais de atenção, individuais e coletivas, quanto no que diz respeito a iniciativas de ação intersetorial. No âmbito setorial, as possibilidades de modificação podem ocorrer relacionadas com o aumento da acessibilidade com a humanização do acolhimento, com o aumento da resolutividade e da melhoria na qualidade técnico científica do cuidado. Por outro lado, o desenvolvimento de projetos intersetoriais, no âmbito do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, envolvendo, além da saúde, a esfera do trabalho, da educação, da comunicação e da infra-estrutura urbana, poderia viabilizar ações de alcance coletivo voltadas para a promoção da saúde. Esse conjunto de intervenções poderia contribuir para a melhoria no estado de saúde da população através da

redução dos indicadores de internação hospitalar e dos coeficientes de mortalidade, além de maior satisfação dos usuários com os serviços de saúde, garantindo, portanto, maior qualidade de vida para os mesmos. (Figura 2).

Para analisar os processos complexos de descentralização, é necessário consagrar um conjunto de elementos teóricos. No presente estudo, optamos por adotar o modelo de avaliação proposto por Vieira-da-Silva *et al* (2005), que já foi testado empiricamente.

A partir dessas concepções, Vieira-da-Silva *et al* (2005) considerou o seguinte modelo lógico.

**Figura 2**  
**Modelo Lógico**



Fonte: Adaptado de  
Vieira-Da-Silva *et al* (2005).

Esses autores partiram de um modelo lógico, construído com base nas

concepções do Planejamento Estratégico.

A partir do modelo lógico acima descrito, que corresponde a uma “imagem objetivo” no sentido de Matus (1996), foram selecionadas para análise os seguintes níveis e dimensões:

#### Nível I – Governo

##### A) Projeto

- Prioridades para a saúde;
- Gastos

##### B) Capacidade de Governo

- Perfil dos gestores e técnicos;
- Plano de cargo, carreira e vencimentos, concursos.

##### C) Governabilidade

- Apoio
- Secretaria Municipal de Saúde autônoma;
- Secretaria Municipal x Secretaria Estadual de Saúde x Ministério da Saúde
- Apoio dos profissionais.

#### Nível II – Gestão da Saúde

##### A) Planejamento e Avaliação

- Regular, institucionalizado.

##### B) Organização do Sistema

- Programas, de Saúde (programa do controle da tuberculose, hanseníase, hiperdia, programa de saúde da família);
- Acesso, situação de marcação de consultas;
- Cobertura
- Rede Integrada (sistema de referência e contra referência).



### Nível III – Práticas assistenciais

- Promoção, prevenção e tratamento;
- Assistência farmacêutica;
- Saúde Bucal;
- Reabilitação;
- Acolhimento.

### 3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

#### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo que busca relatar um processo de mudança na organização de serviços de saúde, identificando fatores que contribuíram ou que dificultaram o processo.

A estratégia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa foi o estudo de caso único, pois é a forma mais adequada aos objetivos da avaliação, e por trazer vantagens ao estudo aprofundado de um fenômeno complexo que não pode ser descontextualizado.

A escolha de um caso único permite a generalização analítica, aquela em que os resultados empíricos são confrontados com o quadro teórico previamente elaborado. (VILASBÔAS, 2006). Aqui não cabe a generalização estatística porque o caso não foi escolhido a partir de uma amostra, mas, por representar uma situação que permitiu um aprendizado satisfatório sobre o objetivo do estudo. (SAMAJA, 1993 *apud* VILASBÔAS, 2006).

A escolha do município estudado ocorreu em função do seu desempenho, com destaque no processo de descentralização da gestão na microrregião de Feira de Santana a que pertence e da atuação da autora como assessora técnica de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde do município de Amélia Rodrigues Bahia, no período de 2000 a 2008. Por outro lado, o fato da autora ter vivido momentos significativos dessa história, a motivou a pensar criticamente nesse processo.

Cabe registrar que a autora desta investigação, iniciou sua vida profissional em meados da década de 80 na 2ª Diretoria Regional de Saúde como Enfermeira do setor de monitoramento da gestão descentralizada de saúde, onde pôde participar de diversos momentos para contribuição de um melhor sistema de saúde. De julho de 1993 a maio de 1997 esteve à frente da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santanópolis, Bahia e no período de 1998 a 1999 esteve também á frente da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Bárbara, também município de pequeno porte da microrregião de Feira de Santana, Estado da Bahia, tendo entre outras questões na agenda municipal o desafio de contribuir das diversas iniciativas para avançar no processo de descentralização do SUS e fortalecimento da gestão local do sistema de saúde na Bahia, a exemplo de congressos, plenárias de saúde,

conferências de saúde, seminários encontros, e feiras de saúde, para a construção do Sistema de Saúde Universal.

A partir do período 2001 a 2008, a autora assumiu a assessoria técnica de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Amélia Rodrigues, Estado da Bahia, o que a proporcionou ao longo desses oito anos experiências exitosas na fase da descentralização do SUS do município estudado, permitindo desta forma a análise desta investigação.

### **3.2 Produção e coleta de dados:**

Para atingir o objetivo proposto, buscou-se identificar nos arquivos da Prefeitura Municipal, em particular da Secretaria Municipal de Saúde do município de Amélia Rodrigues uma variedade de registros como: (leis, portarias, decretos, planos municipal de saúde e relatórios de gestão).

Procedeu-se a análise documental considerando o horizonte da pesquisa 2000 a 2008, sendo consultados os Planos Municipal de Saúde 1998-2001; 2002-2005; 2006-2009; das Leis do Fundo Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Leis Orçamentárias, documentos contábeis como balancetes, Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), 2001 a 2008, além dos relatórios de gestão 2000 a 2008.

Foi possível analisar outros documentos como: atas do CMS do período 2000 a 2008, Plano Diretor do município manuais e relatórios elaborados pelas coordenações de atenção básica, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária que contribuíram na análise da descentralização do SUS no município de Amélia Rodrigues. Vale ressaltar que no período 2001 a 2004 e 2005 a 2008, houve reeleição dos gestores, tendo os mesmo prefeito e secretário municipal de saúde assumido dois mandatos, à frente da Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde.

Além disso, foram feitas entrevistas semi-estruturadas com informantes chaves, selecionados entre os gestores da época, a saber: prefeito, secretário municipal de saúde, além de coordenadores da atenção básica e vigilância epidemiológica, que foram esclarecidos sobre o tema central e, após um livre consentimento, responderam as perguntas específicas de interesse da pesquisa.

Cada entrevista teve a duração de 80 minutos e recebeu um código. A primeira entrevista recebeu o código E1 (entrevistado número 1) e assim sucessivamente até E4, completando os entrevistados.

Em termos éticos, a presente investigação fundamentou-se nas normas emanadas da Resolução 196 de 16/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde tendo sua aprovação pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia em 15 de dezembro de 2008.

### **3.3 Plano de análise:**

De posse do material empírico passamos a sua leitura completa, buscando reter o essencial para o desenvolvimento da pesquisa.

Inicialmente procedemos a leitura analítica dos documentos, que passou pelos seguintes momentos:

- a) Leitura integral do documento, da obra ou do texto selecionado, para se ter uma visão do todo;
- b) Identificação das idéias chave;
- c) Hierarquização das idéias;
- d) Sintetização das idéias.

Com base no marco teórico, os dados foram analisados comparando-se as situações entre 2000 e 2008, quanto ao nível de governo, político, de gestão e assistencial.

Em terceiro momento, procedemos com a análise das entrevistas com informantes chave e análise da experiência pessoal, adotando cuidados necessários para preservar a objetividade comparando as nossas impressões com a dos gestores e com as informações documentais.

Este procedimento de triangulação das evidências foi efetivado com o propósito de reduzir vieses da autora, através de um cuidadoso trabalho de comparação entre os discursos registrados em documentos oficiais, com os achados das entrevistas, na busca de evidências às perguntas iniciais do estudo.

## 4. A EXPERIÊNCIA DE AMÉLIA RODRIGUES

### 4.1 Contextualização

O município estudado localiza-se às margens da BR 324, na zona fisiográfica do Recôncavo Baiano, distando da capital 80 km, com densidade de 158,22 habitantes/ km<sup>2</sup>, área de 124.075 km<sup>2</sup> e população estimada de 25.132 habitantes (IBGE, 2008), com maior concentração na zona urbana, aproximadamente 78,9% e percentual de 21,2% distribuídos entre dois distritos, povoados e localidades.

O solo e o clima são fatores determinantes para o desenvolvimento de vários tipos de lavoura, embora a cana de açúcar seja a sua maior riqueza desde as origens do município.

No processo de descentralização, o município estudado habilitou-se na Gestão Plena da Atenção Básica, tendo sua aprovação publicada no Diário Oficial do Estado da Bahia em 05 de março 1998. Sua estrutura organizacional era composta pelo Conselho Municipal de Saúde, diretoria administrativa, diretoria de unidade de saúde e saneamento, diretoria de vigilância sanitária e ambiental, diretoria de vigilância epidemiológica e ocupacional, diretoria de assistência farmacêutica, diretoria de controle, avaliação e auditoria, coordenação de saúde do trabalhador, coordenação de alimentação e nutrição e secretário administrativo.

Em 2006, foi assinado o Termo de Compromisso do Pacto de Gestão Municipal e homologado na 162ª reunião da CIB do dia 11 de junho de 2008, através da Resolução nº 154/2008 publicada no Diário Oficial do Estado da Bahia em 6 e 7 de setembro de 2008. Para adesão ao Pacto de Gestão Municipal, foi necessário elaborar uma proposta de mudança da estrutura organizacional que, ao final do mandato de 2008, ficou tramitando na Câmara de Vereadores.

No plano diretor de regionalização, o município é integrante da macrorregião Centro Leste que congrega 73 municípios com população de 2.107.245 habitantes e da microrregião de Feira de Santana que compõe-se de 22 municípios, com população de 994.293 habitantes.

O fato de o município localizar-se às margens da BR 324 distando da Capital 80 km e de Feira de Santana 25 km facilitou a organização de serviços e o atendimento a pacientes, vez que há facilidades no acesso, principalmente a serviços de urgência e emergência como o HGCA (E4).

O município de Amélia Rodrigues, em 2000, dispunha de uma unidade mista

na sede e um posto de saúde na zona rural que não satisfaziam às necessidades de saúde da população. No período compreendido entre 2001 e 2008, a rede básica foi montada com base na estratégia de Saúde da Família. Foram implantadas seis unidades de saúde da família, uma unidade móvel médico-odontológica, um centro de especialidades odontológicas, um centro de atenção psicossocial, um centro de referência em fisioterapia, um laboratório de análises clínicas e um hospital de pequeno porte, constituindo assim uma rede capaz de oferecer atendimento nos níveis de complexidade primária e secundária.

No perfil de morbidade, com base no sistema de informação do município, foram registrados em Amélia Rodrigues 121 casos suspeitos de dengue no ano de 2002. Esta situação fez com que o município adotasse medidas emergenciais para reforçar o combate à dengue, entre elas a utilização do carro “fumacê” e a contratação de 21 agentes de combate a endemias, através de processo seletivo.

Foram desenvolvidas ainda atividades conjuntas entre as vigilâncias epidemiológica e sanitária, com recolhimento de pneus na sede e zona rural do município e a realização de atividades educativas nas escolas, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação (RELATÓRIOS DE GESTÃO 2000, 2002, 2007, 2008). Em 2008, o número de casos suspeitos foi reduzido para 18.

Em 2001, foram notificados 93 casos de esquistossomose. Com o início do trabalho dos novos agentes de combate a endemias, em 2002, foram registrados 398 casos. Já em 2008, o número de casos se reduziu para 46. A redução pode ser atribuída à estratégia adotada pelo município de intensificação de atividades de vigilância à saúde, com os agentes de endemias do município (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2008).

No grupo de doenças de veiculação hídrica, foram registrados em 2000, 10 casos. Em 2008, chegou-se ao coeficiente zero. Pode-se atribuir à redução ao fato do município ter adotado medidas de controle da água de abastecimento, com implantação do sistema de qualidade da água (Sis Água), conforme relatado nos relatórios setoriais da vigilância sanitária e de gestão de 2008.

No que diz respeito às doenças transmissíveis, no ano de 2000, foram notificados 01 caso de sífilis sem especificação, 01 de condiloma acuminado, 03 de gonorréia, 04 de outras uretrites e 01 de verrugas anogenitais. Já em 2001, foram notificados 14 casos de gonorréia, 06 de sífilis sem especificação em adulto e 03 casos de herpes zoster. De 2002 a 2004, não houve notificações, possivelmente por falha na detecção. Em 2005, foram registrados 14 casos de tricomoníase. De 2006 a

2008, não foi notificado nenhum caso de doenças sexualmente transmissíveis (RELATÓRIOS DE GESTÃO, 2000, 2001, 2002, 2004, 2006, 2008).

Atribui-se a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis em Amélia Rodrigues, ao fato de o município ter a cana-de-açúcar como atividade econômica principal. A cada seis meses, acontecem à moagem e a plantação da cana-de-açúcar, recebendo o município grande quantidade de homens trabalhadores, o que contribui também para a alta incidência de DST e de gravidez na adolescência, verificado principalmente no Distrito de Mata de Aliança, local onde existe uma usina açucareira. Em 2000, com efeito, as mães adolescentes (10-19 anos), representaram 30,2% do total de nascidos vivos, proporção que se reduziu para 22,2% em 2008 (RELATÓRIOS DE GESTÃO, 2000, 2008).

A cobertura vacinal em menores de 1 ano, no período de 1998 a 2007, alcançou índices elevados. Tais resultados positivos são observados tanto na vacinação de rotina quanto nos resultados de campanhas (Tabela1).

**Tabela 1**  
**Cobertura Vacinal (%) por Tipo de Imunobiológico em Menores de 01 ano, Amélia Rodrigues (Bahia), 1998 a 2007.**

<b>Imunobiológicos</b>	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
BCG (BCG)	72,5	57,7	68,0	66,0	63,2	63,6	68,2	68,4	103,8	102,5
Contra Febre Amarela (FA)	-	21,9	66,3	78,2	93,7	62,3	88,8	76,2	107,4	94,5
Contra Haemophilus influenzae b (Hib)	-	-	108,6	99,8	37,8	0,8	-	-	-	-
Contra Hepatite B (HB)	12,0	92,9	86,0	94,7	83,6	73,0	93,6	77,4	103,0	95,1
Contra Influenza (Camp) (INF)	-	103,2	49,4	70,5	58,8	72,4	84,9	80,3	84,3	81,8
Contra Sarampo	60,6	64,8	73,5	90,1	79,6	19,3	-	-	-	-
Dupla Viral (SR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,8
Oral Contra Poliomielite (VOP)	73,7	52,8	80,1	93,9	94,5	78,5	95,2	83,2	107,7	104,9
Oral Contra Poliomielite (Camp. 1ª etapa) (VOP)	109,4	103,4	99,7	103,0	88,6	90,0	90,9	89,2	98,3	95,4
Oral Contra Poliomielite (Camp. 2ª etapa) (VOP)	91,4	102,3	88,2	107,4	90,0	98,8	96,7	96,6	100,9	99,1
Oral de Rotavírus Humano (RR)	-	-	-	-	-	-	-	-	40,6	84,4
Tetralente (DTP/Hib) (TETRA)	-	-	-	-	57,1	78,5	94,2	85,2	107,1	106,0
Tríplice Bacteriana (DTP)	83,9	66,3	80,3	93,9	37,4	0,4	-	0,2	0,8	0,3
Tríplice Viral (SCR)	-	-	39,5	83,9	59,6	74,9	75,8	74,1	111,8	122,2
Tríplice Viral (camp) (SCT)	-	-	-	-	-	-	74,7	-	-	-
Totais das vacinas contra tuberculose	-	-	-	-	-	-	-	-	103,8	102,5
Totais das vac. contra hepatite B	-	-	-	-	-	-	-	-	103,0	95,1
Totais das vac. contra poliomielite	-	-	-	-	-	-	-	-	107,7	104,9
Totais das vac. contra coqueluche difteria e tétano	-	-	-	-	-	-	-	-	107,1	106,0
Totais das vai. contra sarampo e rubéola	-	-	-	-	-	-	-	-	111,8	126,0
Totais das vac. contra difteria e tétano	-	-	-	-	-	-	-	-	108,0	106,3

Fonte: SI/PNI

No período de 2000 a 2008, destaca-se como causa de mortalidade na população em geral de Amélia Rodrigues, o infarto agudo do miocárdio, com coeficiente de 103,6 óbitos/100.000 habitantes em 2000 e de 82,7 óbitos/100.000 habitantes em 2008. As doenças cardiovasculares, no ano de 2000, apresentaram coeficiente de 20,7 óbitos/100.000 habitantes, crescendo em 2008 para 57,9 óbitos/100.000 habitantes, com padrão semelhante à tendência nacional. O diabetes mellitus, por sua vez, apresentou coeficiente de 24,9 óbitos/100.000



habitantes em 2000, aumentando para 49,6 óbitos/100.000 em 2008 (Tabela 2).

Em relação à Aids, em Amélia Rodrigues, no ano de 2002, foi verificado um coeficiente de 4,1 óbitos/100.000 habitantes. Em 2004, o coeficiente atingiu 8,1 óbitos e em 2005, 8,0 óbitos/100.000 habitantes. A neoplasia maligna da mama apresentou em 2001, um coeficiente de 8,1 óbitos/100.000 habitantes, aumentando para 24,2 óbitos/100.000 habitantes em 2002, nível medido até 2006 e reduziu em 2008, para 8,1 óbitos/100.000 habitantes.

Quanto à mortalidade por causas externas, chama atenção o aumento ocorrido no coeficiente de mortalidade por agressões, que subiu de 8,2 óbitos/100.000 habitantes em 2001, para 41,3 óbitos/100.000 habitantes, em 2008. Quanto aos acidentes de transporte, verifica-se que saiu de 16,6 óbitos/100.000 em 2000 para 8,3 óbitos/100.000 habitantes em 2008 (Tabela 2)

Tabela 2

Coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas (100.000 habitantes), Amélia Rodrigues (Bahia), 2000 a 2008.

<b>Causa do Óbito</b>	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aids	-	-	4,1	-	8,1	8,0	-	-	-
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	-	8,1	24,2	-	-	23,7	24,0	-	8,1
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulheres)	-	-	-	-	8,0	-	8,0	-	-
Infarto agudo do miocárdio	103,6	57,6	53,2	93,7	113,4	112,1	83,5	59,3	82,7
Doenças cerebrovasculares	20,7	41,1	45,1	28,5	40,5	64,0	79,6	59,3	57,9
Diabetes mellitus	24,9	20,6	20,5	12,2	44,6	24,0	35,8	63,3	49,6
Acidentes de transportes	16,6	4,1	4,1	-	8,1	20,0	15,9	11,9	8,3
Agressões	-	8,2	4,1	4,1	-	8,0	15,9	11,9	41,3

Fonte: SIM

Em 2008, Amélia Rodrigues apresentou um perfil de mortalidade proporcional por faixa etária e segundo causas, com 35,2 %, do total de óbitos causados pelas doenças do aparelho circulatório, com destaque para a faixa etária entre 65 anos e mais. Quanto às causas externas, verifica-se um percentual de 55,6% na faixa etária entre 20 a 49 anos (Tabela 3).

**Tabela 3**  
**Mortalidade proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10,**  
**Amélia Rodrigues (Bahia), 2008.**

<b>Grupo de Causas</b>	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	-	-	7,4	7,7	3,2	2,7	4,8
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	-	-	3,7	3,8	16,1	14,9	9,6
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	50,0	7,4	30,8	53,2	51,4	35,2
X. Doenças do aparelho respiratório	14,3	-	-	-	-	3,7	11,5	6,5	6,8	7,2
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	71,4	-	-	-	-	-	-	-	-	4,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	100,0	-	-	50,0	55,6	19,2	4,8	5,4	20,0
Demais causas definidas	14,3	-	-	-	-	22,2	26,9	16,1	18,9	19,2
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIM

Em relação a outros indicadores de mortalidade, no município de Amélia Rodrigues, o percentual de óbitos por causas mal definidas sofreu redução na proporção de 7,3% em 2000 para 5,2% em 2008, indicando melhoria da capacidade do sistema em diagnosticar e registrar a informação e, também, pode sinalizar a ocorrência de uma ampliação do acesso a serviços de saúde (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2000, 2008).

Quanto à proporção de óbitos infantis, os valores oscilaram de 2,0% a 5,2% do total de óbitos no período de 2000 a 2008 (RELATÓRIOS DE GESTÃO, 2000, 2008).

## **4.2 A organização do sistema municipal de saúde**

Até 1999, a Secretaria Municipal de Saúde existia apenas em lei e era vinculada à Ação Social. A capacidade instalada se resumia a um centro de saúde que funcionava na sede do município em um espaço cedido pelo INSS, com condições precárias e um posto de saúde na zona rural. O município enfrentava problemas com transporte de pacientes. As ambulâncias estavam todas quebradas e eram utilizados veículos inadequados para a transferência de pacientes para

outras cidades. Existiam ainda débitos com fornecedores, em geral e de medicamentos, em particular. Inexistia farmácia básica. Os salários de funcionários estavam atrasados em quatro meses, o Conselho Municipal de Saúde não realizava reunião há oito meses e os Agentes Comunitários de Saúde estavam sem o kit básico de trabalho (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2000).

No 1º semestre do ano de 2000, o INSS solicitou a devolução do espaço em que funcionava o centro de saúde, e os serviços foram transferidos para uma ala da planta baixa de um hospital inacabado do município, recebendo a denominação de Unidade Mista de Saúde. Foram então reestruturados todos os serviços existentes e implantados novos, a exemplo de urgência 24 horas, com leitos de observação, consultas especializadas, ultrassonografia, eletrocardiograma e ações de média complexidade em odontologia. No 2º semestre do ano 2000, todos os serviços existentes de média complexidade foram contratualizados pelo SUS e a Secretaria Municipal de Saúde foi implantada e efetivamente organizada.

Neste município, nem a Lei de Responsabilidade Fiscal nem a Emenda Constitucional nº 29/2000 eram rigorosamente cumpridas. Foi necessário que os gestores do período 2001 a 2008 movessem ação no Ministério Público da Bahia que desencadeou um Inquérito Civil de Improbidade Administrativa, seguido de Ação Cível de Improbidade Administrativa, pleiteando ressarcimento dos recursos financeiros ao erário público (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2001).

No processo de construção do SUS em Amélia Rodrigues, a territorialização com remapeamento do município em suas áreas de abrangência, visando a mudança do modelo assistencial, foi a estratégia assumida para operacionalizar a descentralização. Esse processo iniciou-se em novembro de 2001, com a implantação de duas equipes de saúde da família com saúde bucal na sede e uma na zona rural, também com saúde bucal. Em 2008 o município chegou a seis equipes, todas com saúde bucal, com cobertura populacional de 82,37%. Vale destacar que Amélia Rodrigues, por ter superado 70% de cobertura, foi certificado e fez jus a incentivo financeiro do Programa Saúde Bahia do governo do Estado.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde por sua vez, em 1999 foi iniciado com uma cobertura de 14,87%, chegando, em 2008 a uma cobertura de 100%, tendo sido criada a carreira de agentes comunitários através da Lei Municipal 424/07 (RELATÓRIOS DE GESTÃO, 2000, 2007, 2008).

Essa foi uma grande sacada do SUS ainda jovem, fazendo 21 anos. Mas a descentralização da saúde através das ESF foi buscar para os municípios o fortalecimento visando a

territorialidade nela implantada. Foi um estudo bastante legítimo, bem planejado, que veio fortalecer cada vez mais a condição da saúde nos municípios. Porque isso? Nós tivemos aquilo que era crucial que era justamente o cidadão ou cidadã se deslocar para uma única unidade, ou posto de saúde ou unidade mista em busca de atendimento. Com o PSF, a população dirige-se para uma unidade de saúde da região ou área de abrangência e isso foi melhor por se tratar de uma demanda organizada (E2).

A Secretaria Municipal de Saúde foi reestruturada em nova sede e foi instalado na prática o Conselho Municipal de Saúde, com elaboração do regimento interno. Houve a reestruturação das vigilâncias sanitária e epidemiológica com a contratação de coordenadores.

Houve também a contratação de profissionais de nível médio seguindo listagem do concurso realizado em 1998. Vinte e um agentes de endemias foram contratados com recursos oriundos do convênio entre o Ministério da Saúde e Prefeitura Municipal. Também foram contratados sessenta e nove profissionais de nível superior.

A Unidade Mista existente foi reformada e ampliada, mediante convênio de cooperação técnica entre a Prefeitura e Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Passou a funcionar como unidade ambulatorial, contando com nutricionista, assistente social e médicos para atender as especialidades de cardiologia, ginecologia, pediatria, oftalmologia e ultrassonografia, além do serviço de eletrocardiografia. Houve a contratação de médicos plantonistas, pois a unidade passou a funcionar com observação 24 horas. Esta unidade, em 2008, foi transformada em hospital de pequeno porte com 21 leitos nas especialidades de pediatria, clínica médica e obstetrícia. Nesta mesma época, foi implantado um laboratório de análises clínicas que funcionava na unidade mista também adquirido mediante convênio de cooperação técnica entre a Prefeitura Municipal e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. (RELATÓRIOS DE GESTÃO 2002, 2008).

Em 2002, foi concluído o Plano Municipal de Saúde gestão 2002-2005, com a participação da sociedade civil organizada através do Conselho Municipal de Saúde. Esse Plano teve como premissa a mudança na estratégia de intervenção sobre os problemas de saúde, com a reorientação do modelo assistencial. Contou também com a participação da comissão de saúde da Câmara de Vereadores. Foi realizada ainda a 1ª e 2ª Conferência Municipal de Saúde. O Plano seguinte 2006-2009, também elaborado pela equipe técnica, contando com a participação do CMS, serviu de guia para o direcionamento das ações realizadas nas distintas instâncias

da SMS.

Ainda em 2002, a partir de convênio tripartite entre a Prefeitura Municipal, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e o Ministério da Saúde, foram construídas uma unidade de saúde da família com duas equipes e dois consultórios odontológicos. (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2003).

Através de convênio entre a Prefeitura e o Ministério da Saúde, ainda em 2002, foi adquirida uma unidade móvel médico-odontológica, visando o atendimento das comunidades longínquas, que não dispunham do programa de saúde da família.

O processo de reorientação da atenção básica vem sendo complementado pela reorganização da assistência de media e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, que se baliza na inserção de Amélia Rodrigues no processo de regionalização da assistência na Bahia para garantia do acesso e da integralidade das ações e serviços de saúde, configurada através da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

O processo de municipalização possibilitou a expansão significativa da oferta de ações e serviços de saúde aos munícipes e à população do município estudado

Não há dúvida de que os avanços verificados na organização do sistema municipal de saúde não teriam sido possíveis sem que a gestão municipal assumisse, efetivamente, a condução do sistema de saúde. Ou seja, a descentralização com base ainda na Norma Operacional Básica (NOB 96) foi fator decisivo. Cabe então, discutir como operou na realidade concreta de Amélia Rodrigues essa descentralização. É o que se faz a seguir.

### **4.3 O processo de descentralização em Amélia Rodrigues**

#### 4.3.1 Nível político:

##### 4.3.1.1 Projeto de Governo

No período anterior a 2001, no projeto de governo, não foram evidenciadas com clareza as propostas para o setor saúde. O Plano Municipal de Saúde elaborado para a gestão 1998-2001, não explicitava as diretrizes políticas para a saúde e os dados contidos no mesmo eram ultrapassados, não retratando a realidade municipal. Por exemplo, o referido Plano Municipal de Saúde apresentava dados sobre morbidade e mortalidade de 1985 a 1990. A capacidade instalada, retratava a realidade do período de 1980 a 1991( PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

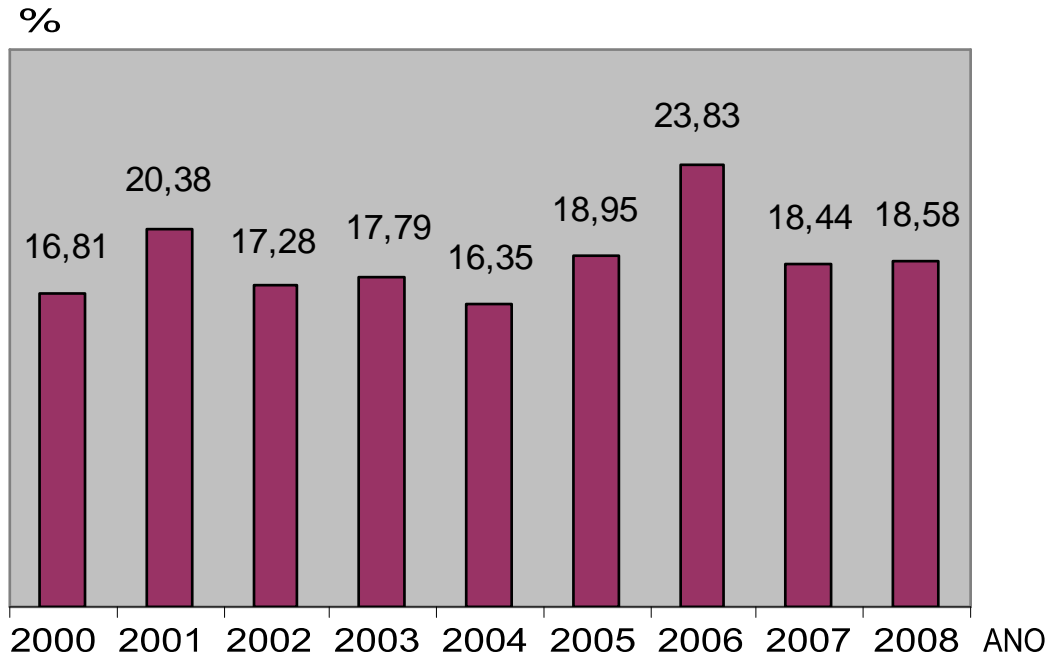
1998-2001).

O projeto de governo da coligação político-partidária que ganhou as eleições para a gestão 2001-2004 e foi reeleita para a gestão 2005-2008 contemplou, na área da saúde, a retomada dos princípios e diretrizes que norteiam o processo de construção do SUS. Nesse contexto, a elaboração dos Planos Municipais de Saúde 2002-2005 e 2006-2009, significou uma oportunidade de se avançar na operacionalização de um enfoque que privilegiasse os compromissos dos sujeitos em conjugar a racionalização de recursos com o processo de mudança das práticas de saúde de modo a garantir o acesso, a qualidade e a efetividade dos serviços, a fim de incidir na melhoria das condições de vida e saúde da população de Amélia Rodrigues.

Vale destacar as diretrizes políticas e os compromissos prioritários explicitados no Plano Municipal de Saúde 2006-2009 como responsabilidade do gestor municipal na condução da política de saúde, a saber: compromisso I - redução da mortalidade infantil e materna; compromisso II – controle dos riscos, doenças e agravos prioritários; compromisso III – reorientação do modelo assistencial, ampliando o acesso e a qualidade das ações e serviços; compromisso IV – melhoria da capacidade de gestão e implementação da descentralização e compromisso V – fortalecimento do controle social do SUS em Amélia Rodrigues (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006-2009).

Em relação aos gastos com saúde, no tocante ao total de receitas próprias com saúde, foi verificado no SIOPS de 2000 que se aplicou 16,81%. Já no período da gestão 2001-2004 e 2005-2008 que sucederam, foi verificada a seguinte situação: 20,38% do total das receitas próprias foram destinadas à saúde no ano 2001, 17,28% em 2002, 17,79% em 2003, 16,35% em 2004, 18,95% em 2005, 23,83% em 2006, 18,44% em 2007 e 18,58% em 2008. Como se vê, foram percentuais sempre superiores ao previsto na Emenda Constitucional (EC 29 2000), cujo valor mínimo é de 15%. (Gráfico 1).

**Gráfico 1**  
**Percentual das despesas próprias com saúde no município de Amélia Rodrigues (Bahia), no período de 2000 a 2008.**



Considerando o investimento em saúde em percentuais acima do mínimo estabelecido pela EC 29, pode-se considerar avançado o processo de descentralização em Amélia Rodrigues.

No tocante às ações intersetoriais a partir de 2001, foram desenvolvidas inúmeras iniciativas entre a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Educação, a Secretaria Municipal de Ação Social e a Universidade Estadual de Feira de Santana, com realização de feiras de saúde com atividades de cortes de cabelo, palestras educativas, sobre a prevenção de doenças e cine saúde. Em saúde bucal, foram feitas atividades de prevenção com escovação supervisionada e distribuição de escovas. Nos mutirões de combate à dengue, as ações também foram realizadas conjuntamente. Ressalte-se que todas as ações eram planejadas conjuntamente entre a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Educação, a Secretaria Municipal de Ação Social e o Conselho Tutelar. Havia ainda um convênio entre a SMS e uma creche denominada Associação de Crianças Excepcionais do município onde era prestada assistência através de especialistas.

A intersetorialidade foi muito importante no processo de descentralização da saúde em Amélia Rodrigues. Tivemos a preocupação de habilitar a nossa cidade para que ela

enfrentasse os desafios da saúde e foi procurando a 2ª Diretoria Regional de Saúde, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e Ministério da Saúde que a gente conseguiu estabelecer critérios de parcerias intersetoriais para implantações e financiamento em prol da cidadania ( E2).

Verifica-se, assim, significativa melhoria nos projetos dos governos posteriores a 2000.

#### **4.3.1.2 Capacidade de governo**

Quanto à capacidade de governo, comparando o ano de 2000 ao de 2008, percebe-se que, anteriormente ao ano 2000 e até abril do mesmo ano, os gestores não apresentavam perfis de dirigentes da saúde (RELATÓRIO DE GESTÃO 2000). Já no ano de 2008, o perfil verificado foi de um profissional com visão de saúde pública, com capacidade técnica e vontade de avançar no processo de descentralização da saúde (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006-2009; RELATÓRIO DE GESTÃO 2008).

Antes de 2000, havia apenas cinco técnicos de nível superior na Secretaria Municipal de Saúde de Amélia Rodrigues e uma enfermeira acumulava a área gerencial (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2000).

Em 2008, ao contrário, haviam 53 (cinquenta e três) técnicos de nível superior, incluindo seis que cumpriam o papel de coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde. Ressalte-se que os seis coordenadores tinham em sua maioria experiência no processo de gestão e especialização na área de saúde pública e administração hospitalar. Acreditavam no SUS e apostaram na gestão (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2008).

Os secretários municipais de saúde que atuaram na SMS no período anterior a 2000 e até abril do mesmo ano, eram pessoas sem formação na área de saúde, vereadores, secretário municipal de administração e professora. Já no período de 2001 a 2008, o secretário era bioquímico e sanitarista, com especialização na área de saúde coletiva. Tinha experiência na área de saúde pública, pois era servidor da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, com atuação na Direção Administrativa do Hospital da Mulher e na Coordenação de Laboratório de Saúde Pública da 2ª DIRES (RELATÓRIO DE GESTÃO 2008).

Anteriormente ao ano 2001, o quadro técnico total incluindo nível superior, médio e fundamental da SMS se resumia a sessenta e nove funcionários (RELATÓRIO DE GESTÃO 2001).



Em 2008, a Secretaria Municipal de Saúde de Amélia Rodrigues contava com 275 (duzentos e setenta e cinco) funcionários das diversas categorias, a exemplo de médicos generalistas e especialistas como: cardiologista, ortopedista, pediatra, ginecologista e urologista, além de nutricionista, fonoaudióloga, assistente social, psicólogo, bioquímico e fisioterapeuta. Dos 275 funcionários, 56 eram agentes comunitários de saúde e 21 eram agentes de combate a endemias. O pessoal de nível médio e de apoio, a exemplo de técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos de laboratório assistentes administrativos e serviços gerais somavam 145 pessoas (Quadro 1).

### Quadro 1

#### Comparativo de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Amélia Rodrigues (Bahia), no período de 2000 e 2008

Categoria Profissional	Quantitativo	
	2000	2008
Médico Generalista	05	07
Médico Ginecologista	01	02
Médico Urologista	-	01
Médico Ortopedista	-	01
Médico Pediatra	-	01
Médico Dermatologista	01	01
Médico Oftalmologista	01	01
Médico Cardiologista	01	01
Médico Psiquiatra	-	01
Ultrassosografista	-	01
Odontólogos Clínico	02	02
Odontólogos Especialistas	-	03
Odontólogos PSF	-	06
Sanitarista	01	01
Enfermeiro	03	04
Enfermeiros PSF	-	06
Farmacêutico	-	01

Bioquímico	-	01
Fisioterapeuta	-	03
Nutricionista	-	01
Assistente Social	-	02
Fonoaudióloga	-	01
Psicólogos	-	03
Terapeuta Ocupacional	-	01
Psicopedagoga	-	01
Técnico de Enfermagem	-	08
Técnico de Enfermagem PSF	-	08
Técnico de Laboratório	-	02
Técnico de Higiene Dental	-	01
Auxiliar de Enfermagem	07	24
Auxiliar de Enfermagem PSF	-	04
Digitador	01	06
Assistente Administrativo	04	28
Recepcionista	-	09
Atendente de Consultório Dentário	-	06
Agente Comunitário de Saúde	37	56
Agente de Combate a Endemias	-	21
Serviços Gerais	02	23
Motorista	03	26
<b>Total Geral</b>	<b>69</b>	<b>275</b>

Fonte: Relatórios de Gestão 2000, 2008.

No tocante à valorização dos servidores, antes de 2000, não havia Plano de Cargo, Carreira e Vencimentos (PCCV). Apenas um concurso para pessoal de nível médio foi realizado em 1998.

No ano 2003, foi implantado o Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos dos funcionários da saúde do município, em consonância a Lei Municipal 352/2003 e Lei Federal 8080/90, art. 27.

Em 2006, foi realizado novo concurso público para nível médio e auxiliar. Os servidores de nível médio também foram qualificados através da conclusão do ensino médio e fundamental numa parceria realizada entre a Prefeitura Municipal de Amélia Rodrigues e o Ministério da Saúde por intermédio do Fundo de Amparo ao

Trabalhador (FAT).

Já com o pessoal de nível superior não ocorreu o mesmo processo. A não realização de concurso público para nível superior foi justificada por se considerar que a folha de pagamento da saúde com a inclusão de pessoal de nível superior ultrapassaria os limites estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2006).

Os funcionários de nível superior eram contratados através de Cooperativas de Saúde, mediante processo licitatório e documento enviado pelo Executivo Municipal à Promotoria Pública do município (RELATÓRIO DE GESTÃO 2007).

Verifica-se que, nesse aspecto de capacidade de governo, houve avanços importantes.

#### **4.3.1.3 Governabilidade**

A governabilidade pode ser aferida através (1) existência de apoio político ao projeto de governo; (2) garantia de apoio político ao projeto de governo; (3) garantia de autonomia financeira da SMS; (4) articulação entre a SMS, SESAB e MS e (5) adesão dos profissionais à gestão.

O projeto político teve o apoio da Câmara de Vereadores, e da Rádio Lapa AM/FM, único meio de comunicação local e do Conselho Municipal de Saúde.(RELATÓRIO DE GESTÃO 2008).

Foi fundamental a participação da Câmara de Vereadores que sempre atuante, participou de todas as realizações da gestão 2001 a 2008 (E1).

Ainda em relação ao apoio político ao projeto de governo, vale mencionar a relação com a mídia, através da Rádio Lapa AM/FM. Com todos os esforços empreendidos pela gestão da SMS no sentido de apresentar uma agenda de saúde positiva para a cidade, a mídia exerceu uma posição importante. A saúde era tida como carro chefe da gestão da Prefeitura Municipal de Amélia Rodrigues (RELATÓRIOS DE GESTÃO, 2006, 2007, 2008; E2).

Os resultados positivos apresentados pela SMS, logo no primeiro ano de gestão e durante o período consecutivo, garantiram a manutenção do apoio político ao projeto da saúde.

Desde 1997, a SMS possuía em sua estrutura formal o Fundo Municipal de Saúde, instituído através da Lei 211/97 de 09/04/97. No entanto, o FMS era gerido pela Secretaria Municipal de Administração e Finanças. Somente em 2006, a gestão

do FMS foi descentralizada para a SMS, tendo sido nomeado um Coordenador do Fundo Municipal de Saúde e um profissional de contabilidade para efetuar o controle de pagamentos na própria SMS. Embora descentralizado, o Fundo Municipal de Saúde não tinha identidade jurídica própria, sendo utilizado o CNPJ da Prefeitura. Com a adesão ao Pacto de Gestão, em 2006, o FMS foi adequando-se às modalidades de financiamento em bloco, conforme recomendam as Portarias Ministeriais 399 e 699/2006. Nesse período, foram iniciados os protocolos para criação do CNPJ próprio do FMS, ficando esse com pendências até o final da gestão 2008.

Apesar de a SMS ser a gestora do Fundo Municipal de Saúde, ela detinha apenas o controle dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde fundo a fundo ou através dos convênios, enquanto a gestão dos recursos oriundos do tesouro municipal era feita pela Secretaria Municipal de Administração e Finanças.

Nesse aspecto da autonomia financeira, o avanço do SUS de Amélia Rodrigues foi menor do que o proposto pela diretriz da descentralização.

Quanto à interação interinstitucional entre a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde havia trabalho colaborativo entre as três esferas. São exemplos significativos dessa colaboração os vários convênios de cooperação técnica já mencionados. Ressalte-se que esses convênios demonstram a grande capacidade de iniciativa da SMS.

Finalmente, quanto ao apoio dos trabalhadores, a SMS de Amélia Rodrigues, contou com a participação efetiva e entusiasmada dos profissionais como se pode perceber no depoimento a seguir:

A participação dos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde foi o principal fator responsável pelos grandes avanços desses oito anos. Espero que a luta à frente do município de Amélia Rodrigues não pare e que o gestor que me sucedeu der continuidade a tudo aquilo que fizemos e que faça bem mais para melhorar a saúde do povo de Amélia Rodrigues (E1).

### 4.3.2 Nível Gerencial

#### 4.3.2.1 Planejamento e Avaliação

No que se refere ao planejamento, verificou-se que a SMS adotou práticas regulares de planejamento, que iam desde os níveis locais (US) até o nível central. Acrescente-se que o processo de planejamento era organizado a partir de orientação do nível central da SMS. Tanto a programação anual, quanto o plano plurianual foram realizados desta forma. Vale adicionar que o Plano Diretor do município contemplou as ações dos planos de saúde.

Mais importante ainda é dizer que os planos eram efetivamente utilizados como instrumento de gestão. Todas as atividades desenvolvidas foram previamente previstas.

Um dos maiores avanços na organização dos serviços em Amélia Rodrigues, foi o planejamento feito pela Secretaria Municipal de Saúde que trouxe enormes benefícios quando executamos (E2)

O planejamento foi feito de forma regular, institucionalizado enquanto instrumento de gestão. A SMS contou com uma sanitarista que atuou como assessora de planejamento, que procurou articular as iniciativas produzidas no âmbito da SMS para o planejamento, participando efetivamente da elaboração do Plano Municipal de Saúde em consonância ao Plano Plurianual, utilizando o referencial do Plano Estratégico Situacional (PES) e contando com a participação da comunidade.

A prática de planejamento envolveu ainda a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Quando a PPI foi realizada, no ano de 2003, Amélia Rodrigues alocou parte dos recursos para o próprio município, ou seja, para os serviços existentes e credenciados de média complexidade na Unidade Mista de Saúde. Alocou outra parte em outros municípios como: Feira de Santana, Salvador, Santo Amaro, São Gonçalo e Conceição do Jacuípe. As consultas e os exames eram agendados e marcados através da central de regulação e eram monitorados pelo próprio município. Em junho de 2006, foi realizada, uma proposta de remanejamento e revisão da PPI.

A avaliação e o monitoramento eram realizados trimestralmente com a

utilização dos sistemas de informações oficiais e nos prazos pré-estabelecidos pela SESAB e pelo Ministério da Saúde.

A avaliação seguia um modelo sistemático de acompanhamento de alguns indicadores monitorados constantemente, principalmente aqueles relativos à produtividade.

Assim como os planos, os resultados da avaliação eram regularmente utilizados pelo gestor como subsídio para a tomada de decisões, conforme se constata da afirmação a seguir.

Os planos e relatórios como também a avaliação dos indicadores serviram de guia para a tomada de decisão do Secretário (E4).

#### **4.3.2.2 Organização do Sistema**

Quanto à organização do sistema, em 2000, o município não dispunha de uma rede capaz de atender à sua demanda. Já em 2008, contava com uma rede estruturada de serviços com capacidade para atender à demanda da população de Amélia Rodrigues

O setor privado em Amélia Rodrigues se limitava a três consultórios odontológicos, não conveniados ao SUS, um consultório oftalmológico, e um laboratório de análises clínicas, ambos credenciados pelo SUS.

Quando referenciados para outros municípios os pacientes de Amélia Rodrigues, às vezes utilizavam serviços privados credenciados. Em todos os casos, a gestão de processo ficava sob controle do município.

Na prática, apenas os serviços de alta complexidade não eram oferecidos no próprio município. As poucas ações de média complexidade, não disponibilizadas no município, eram pactuadas com outros municípios da microrregião.

Em relação à internação, em 2000, no município não existia hospital, sendo os pacientes referenciados, através da PPI, para Feira de Santana e Salvador. Em 2008, foi implantado o Hospital Municipal Dr. Pedro Américo de Britto que assegurou para o município 103 Autorização de Internação Hospitalar (AIH's), com 21 leitos nas especialidades de: pediatria, clínica médica e obstetrícia, além de um laboratório de análises clínicas.

A partir de 2001, foram implantados diversos programas como: o de controle da tuberculose e hanseníase, de controle da diabete e hipertensão (Hiperdia), de

saúde da mulher, da criança, do adolescente, idoso e de saúde da família com saúde bucal.

Quanto ao acesso da população aos serviços de saúde, foi implantada em 2004 uma central de marcação de consultas e exames que fazia conexão entre a rede própria e a rede credenciada, mediante agendamento através da Central de Regulação de Feira de Santana e Salvador. O município de Amélia Rodrigues vem alcançando, em geral, as metas pactuadas a cada ano junto à SESAB e ao Ministério da Saúde para avaliação do desempenho da rede de saúde, especialmente no que diz respeito à atenção básica (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2008).

Os dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) referentes ao acompanhamento da população coberta pela estratégia Saúde da Família (PACS/PSF), indicam uma melhora progressiva na situação de saúde do município. A cobertura do Programa de Saúde da Família em 2008 atingiu a proporção de 82,37%, enquanto que a do PACS chegou a 100% (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2008).

Em 2008, a rede de serviços dispunha de seis unidades de saúde da família, um hospital de pequeno porte (HPP), um laboratório de análises clínicas, um centro de especialidades odontológicas, um centro de atenção psicossocial, um centro de referência em fisioterapia e uma unidade móvel médico-odontológica (Quadro 2).

#### Quadro 2

Comparativo da rede física do município de Amélia Rodrigues (Bahia) no período de 2000 a 2008.

<b>Ano</b>	<b>Capacidade Instalada</b>
2000	01 unidade mista de saúde 01 posto de saúde
2001	01 unidade mista de saúde 01 posto de saúde 03 unidades de saúde da família 01 farmácia básica
2002	01 unidade mista de saúde 03 unidades de saúde da família 01 posto de saúde

	<p>01 unidade móvel médico-odontológica</p> <p>01 laboratório de análises clínicas</p> <p>01 farmácia básica</p>
2003	<p>01 unidade mista de saúde</p> <p>04 unidades de saúde da família</p> <p>01 posto de saúde</p> <p>01 unidade móvel médico-odontológica</p> <p>01 laboratório de análises clínicas</p> <p>01 farmácia básica</p>
2004	<p>01 unidade mista de saúde</p> <p>04 unidades de saúde da família</p> <p>01 posto de saúde</p> <p>01 unidade móvel médico-odontológica</p> <p>01 laboratório de análises clínicas</p> <p>01 farmácia básica</p> <p>01 central municipal de marcação de consultas e exames/regulação</p>
2005/2006	<p>01 unidade mista</p> <p>05 unidades de saúde da família</p> <p>01 posto de saúde</p> <p>01 unidade móvel médico-odontológica</p> <p>01 laboratório de análises clínicas</p> <p>01 farmácia básica</p> <p>01 central de marcação de consultas e exames/regulação</p> <p>01 centro de endemias</p>
2007	<p>01 unidade mista de saúde</p> <p>06 unidades de saúde da família (posto de saúde transformado em USF).</p> <p>01 unidade móvel médico-odontológica</p> <p>01 laboratório de análises clínicas</p> <p>01 farmácia básica</p> <p>01 central de marcação de consultas e exames/regulação</p> <p>01 centro de endemias</p> <p>01 centro de especialidades odontológicas tipo II (CEO)</p> <p>01 centro de atenção psicossocial (CAPS) I</p> <p>01 centro de referência em fisioterapia</p>



2008	01 hospital de pequeno porte (unidade mista transformada em hospital) 06 unidades de saúde da família 01 unidade móvel médico odontológica 01 laboratório de análises clínicas 01 farmácia básica 01 central de marcação de consultas e exames/regulação 01 centro de endemias 01 centro de especialidades odontológicas tipo II (CEO) 01 centro de atenção psicossocial (CAPS) atenção psicossocial I 01 centro de referência em fisioterapia
------	---

Fonte: Relatórios de Gestão, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008.

No ano de 2000, como se verifica nos relatórios de gestão, não havia oferta organizada, sendo todo o atendimento voltado para a demanda espontânea. Já em 2008, a oferta de serviços se encontrava organizada em uma rede hierarquizada com base na estratégia de saúde da família.

No município de Amélia Rodrigues, a estratégia de saúde da família teve aspectos positivos muito importantes, por garantir um melhor acesso à população adscrita das unidades. Amélia Rodrigues teve posicionamento de unidades em localidades bem importantes a exemplo de São Bento do Inhatá, o que trouxe para a população a garantia de saúde, melhoria da qualidade de vida, garantia da vigilância. Tudo isso veio facilitar a vida dessas pessoas. (E4).

O processo de implantação do SUS em Amélia Rodrigues deu-se de forma positiva e eu elegeria como marco importante da gestão a descentralização da saúde e a sustentação da atenção básica. Eu diria ainda que foram marcos importantes a descentralização com implantação dos PSFs e dos outros sistemas e serviços de saúde como a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária. (E2).

Quanto à produção de serviços de saúde da rede municipal de Amélia Rodrigues, no período de 2000 a 2008, a realização de procedimentos assistenciais apresentou aumento, especialmente em consultas médicas básicas. As consultas médicas especializadas e os procedimentos de média complexidade passaram a ser oferecidos no município. A produção de procedimentos odontológicos especializados cresceu com a implantação do CEO em 2007, além da produção do laboratório de análises clínicas que foi expressiva no ano de 2008. (Quadro 3).

### Quadro 3

#### Produção de procedimentos selecionados do município de Amélia Rodrigues (Bahia), no período de 2000, 2002, 2006, 2008.

PROCEDIMENTOS	2000	2002	2006	2008
Consultas médicas básicas	3.781	17.375	21.489	35.314
Procd. odont. básicos	2.880	21.682	34.249	53.223
Consultas méd. especializadas	492	2.406	7.757	14.074
Proc. odont. especializados	226	431	7.468	21.465
Exames ultrassonográficos	-	713	1.620	2.604
Eletrocardiograma	-	102	986	500
Atend. médico urg. c/ obs. 24h	1.030	6.788	13.143	28.568
Exames laboratoriais	-	12.489	22.775	33.540
Atend. ortop. c/ Imobilização	-	-	289	688
Atend. a pac. em saúde mental	-	-	-	1.419
Atend. fisioterapia	-	-	-	711
Internação em clínica médica	-	-	-	27

Fonte: Relatórios de Gestão 2000, 2002, 2006, 2008.

Quanto à participação popular, a partir de 2001, o Conselho Municipal de Saúde era paritário e reunia-se às segundas segundas-feiras de cada mês, com regularidade. Existia regimento interno. Os conselheiros foram capacitados através do projeto de educação permanente pela UEFS. Quanto às Conferências Municipais de Saúde, o município, as realizou nos anos de 2003 e 2007. Não existiam conselhos locais de saúde.

O Controle Social foi uma preocupação nossa porque fazer cidadania sem controle social seria um retrocesso. Com isso fomos buscar a parceria entre a educação, ação social, conselho tutelar. Buscamos fortalecer o conselho municipal dentro da sua paridade, capacitando-os, mostrando para eles que temos condição plena através do que a aplicabilidade dos recursos financeiros requer (E2).

E o controle social sempre foi reforçado por um conselho municipal de saúde atuante onde nele a gente tinha uma composição de participantes de diversas categorias importantes da sociedade e, além disso, sempre existiam as Conferências Municipais de Saúde que eram realizadas também ouvindo a toda a comunidade para que o Plano e o Relatório de Gestão fossem construídos e acompanhados (E4).

Enfim, no que se refere à organização do sistema, a descentralização do SUS em Amélia Rodrigues permitiu importantes avanços, tanto no acesso e na cobertura, quanto na adequação da oferta às necessidades, na integração da rede de serviços e na participação social.

#### **4.3.3 Nível Assistencial**

No município estudado, a partir de 2001, foram desenvolvidas ações de promoção da saúde através das ações intersetoriais entre as secretarias municipais de saúde, de educação e de ação social, com realização de feiras e mutirões na sede e localidades longínquas do município.

A gente da Secretaria Municipal de Saúde sempre trabalhava em parceria com a Secretaria de Educação, Ação Social, Administração e Finanças e isso se dava de uma forma eficaz e garantia que os serviços ocorressem de forma coerente (E4)

Em 2001, foi implantada a coordenação de vigilância epidemiológica que utilizava os instrumentos de informação oficial, a exemplo do SINAN, SINASC, SIM, para monitorar as doenças de notificação compulsória, e os agravos do município.

Foi ainda implantado o setor de vigilância sanitária que monitorava os riscos à saúde no município. É importante registrar que havia interação entre as duas. Como exemplo de interação, citamos o planejamento de ações conjunta no combate à dengue, na coleta de pneus, palestras e visitas às comunidades.

Para os problemas priorizados da epidemia de dengue, a SMS de Amélia Rodrigues articulou o conjunto de ações de saúde, indo desde a promoção até a reabilitação. Assim, foram intensificadas a ação de educação em saúde para a população, o controle do vetor, as inspeções da vigilância sanitária, o acompanhamento da vigilância epidemiológica e atenção às urgências e as transferências de pacientes que estavam em situação grave.

O programa de assistência farmacêutica era monitorado por um farmacêutico, que interagia com a SESAB, mantendo um controle regular dos medicamentos, com disponibilidade na farmácia básica.

A atenção à saúde bucal era feita através do programa de saúde da família. Existia um consultório odontológico para cada unidade de saúde da família, todos com Raio X, realizando tratamento restaurador. A média complexidade em odontologia era realizada através do encaminhamento mediante ficha de referência

e contra referência para o Centro de Especialidades Odontológicas existente no município. No tocante à prevenção, existia um projeto desenvolvido pela equipe do PSF e por um profissional contratado no município para essa finalidade. O projeto consistia na aplicação de flúor e treinamento de escovação, com distribuição de escovas e creme dental nas escolas.

Quanto aos protocolos clínicos, foram adotados aqueles normatizados pelo Ministério da Saúde, a exemplo dos da atenção básica. Além disso, existiam normas e rotinas elaboradas pelos coordenadores, de acordo com a realidade de cada unidade.

Apesar de inexistir um programa específico de acolhimento, a Secretaria Municipal de Saúde procurou, dentro de uma visão de humanização, dotar as unidades com infra-estrutura como bancos, cadeiras suficientes, televisão na recepção, visando maior conforto aos usuários que buscavam as unidades.

Em suma, no que se refere ao nível assistencial, a descentralização de gestão da saúde em Amélia Rodrigues, também trouxe avanços importantes.

## 5. FATORES QUE CONTRIBUÍRAM OU DIFICULTARAM A IMPLANTAÇÃO DO SUS EM AMÉLIA RODRIGUES

O processo de descentralização ocorreu em Amélia Rodrigues porque houve vontade política do Executivo municipal, decorrente do compromisso do candidato a prefeito diante dos anseios da população. A partir de um determinado momento, priorizou-se a saúde como carro chefe da gestão. Esse foi, talvez o principal fator favorável à implantação do SUS em Amélia Rodrigues. Vale dizer que o gestor da saúde soube transformar essa vontade política em planos de ação consistentes.

A implantação do SUS em Amélia Rodrigues veio de forma concreta e decisiva para a melhoria da qualidade de vida dos munícipes daquela cidade (E1).

Em minha opinião, um dos maiores avanços conquistados na implantação do SUS em Amélia Rodrigues, foi legitimar a cidade dentro da Lei Orgânica, dentro do conceito do que requer o Ministério da Saúde. Vivenciar uma nova política com base no diagnóstico epidemiológico e seguir aquilo que o Plano Municipal de Saúde nos ofertou (E2).

Um segundo fator se refere ao financiamento. Com efeito, os percentuais do orçamento municipal investidos na saúde alcançaram e superaram os índices mínimos estabelecidos pela EC-29, de modo coerente com a vontade política do poder executivo.

Tinha que gastar 15% dos recursos próprios com saúde e cheguei a 23,83% na saúde então, eu dei prioridade a educação e saúde que são fundamentais para a população (E1).

Sempre houve prioridade e respeitabilidade do Senhor prefeito para conosco e sempre aplicou a Lei, chegando a nos surpreender com 23,83%. A saúde é a maior indústria de empregos. Seria interessante que o governo federal olhasse mais e contribuísse bem mais com os municípios de pequeno porte (E2).

Conforme descrito neste trabalho, foi verificado que houve planejamento das ações, decorrente de outro fator positivo, a saber, a montagem de uma equipe técnica qualificada, com a atração de profissionais de nível superior de Feira de Santana. A equipe era capacitada e tinha compromisso e vontade de que o processo desse certo.

O processo de implantação do SUS em Amélia Rodrigues se deu de forma bem eficiente, podemos observar que todos os programas a nível federal foram implantados de forma eficaz no nosso município e como marco a gente pôde observar principalmente a implantação das unidades de saúde da família e posteriormente também a garantia do hospital de pequeno porte (E4).

Um quarto fator que contribuiu para o êxito da implantação do SUS em Amélia Rodrigues foi a estratégia traçada pela equipe. O município estruturou inicialmente a atenção básica, a partir da estratégia saúde da família e ampliou em seguida a oferta de serviços de média complexidade com implantação de consultas especializadas, centro de especialidades odontológicas, centro de atenção psicossocial e hospital de pequeno porte, dotando o município de maior efetividade.

“A gente reforça como avanço a estruturação da saúde da família que veio garantir um acesso facilitado aos municípios de Amélia Rodrigues (E4)”.

Foi uma luta muito grande já que nós praticamente encontramos o município sem nenhuma atenção básica e tivemos que realizar uma reforma significativa na saúde e na Unidade Mista e essa no último ano de governo foi transformada em hospital de pequeno porte (E1).

Adquirimos também ônibus médico odontológico para descentralização dos atendimentos na zona rural onde não existia PSF. Implantamos CAPS, CEO, laboratório de análises clínicas e serviço de fisioterapia. Realizamos ainda a seleção dos ACS e ACE e criamos a sua carreira, através da Lei 424/2007. Fomos o 1º município da microrregião de Feira de Santana a ter essa iniciativa. Adquirimos também um microônibus para a realização do TFD. Essas conquistas contribuíram para os avanços na saúde de Amélia Rodrigues (E1)

Eu sei que foi um serviço muito bem estruturado e o que não estava estruturado procuramos estruturar. Eu acho que o maior marco no processo de descentralização foi a implantação das equipes de saúde da família e a unidade mista que melhorou bastante o atendimento. Se não foi o ideal pelo menos avançou muito e melhorou bastante (E3).

Também foi fator importante o fato de que o município celebrou diversos convênios com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e o Ministério da Saúde, para construção e reforma de unidades de saúde e aquisição de equipamentos. Além disso, é necessário mencionar que o apoio político dos profissionais, do CMS, da Câmara de Vereadores e da rádio local foi um fator que muito contribuiu para o êxito da descentralização do SUS em Amélia Rodrigues.

Vale lembrar que a situação da Secretaria Municipal de Saúde de Amélia Rodrigues até 2000, era muito precária: os planos municipais não eram consistentes e a oferta era muito pequena. Havia muitos débitos com fornecedores, em geral, e de medicamentos, em particular. Os salários de funcionários estavam atrasados em quatro meses. Havia ainda acúmulo de precatórios e sucateamento do mobiliário, além da carência de profissionais e falta de capacitação dos mesmos. A Secretaria Municipal de Saúde estava desestruturada, existindo apenas em Lei e o Conselho Municipal de Saúde não realizava reunião há oito meses (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2000).

Para os gestores, não foi fácil enfrentar essa situação. As dificuldades se relacionaram também com a capacidade de governo e à organização do sistema de saúde (RELATÓRIOS DE GESTÃO, 2001, 2002).

Quanto à capacidade de governo: foi difícil recrutar profissionais com competência técnica e compromisso. Os gestores superaram essas dificuldades publicando nos jornais e divulgando na UEFS e DIRES a necessidade de profissionais, oferecendo salários compatíveis com a oferta prevalecente na região (RELATÓRIOS DE GESTÃO, 2001, 2002, 2008).

Quanto aos fatores negativos que dificultaram a implantação do SUS em Amélia Rodrigues, tratou-se de uma política “perversa” de não encontrar quantidade de médicos para se fazer as implantações, tornando uma questão sofrida (E2).

Em relação aos cargos, o prefeito procurou a DIRES, solicitando indicação de nomes e ofereceu condições de trabalho adequadas, inclusive autonomia técnica de tal modo que dos seis coordenadores, cinco eram técnicos da 2ª DIRES.

No que se refere à organização do sistema de saúde, algumas dificuldades foram encontradas a exemplo de: excesso de burocracia na liberação dos convênios para construção e reforma de unidades de saúde por parte da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e Ministério da Saúde; demora no processo licitatório da Prefeitura; necessidade de negociação constante com os médicos que recebiam ofertas de trabalho em outros municípios e inexistência de mão-de-obra especializada no município para a manutenção de equipamentos (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2008).

Buscou-se superar as dificuldades relativas aos convênios, com viagens freqüentes do gestor da saúde para SESAB e Ministério da Saúde para participar de reuniões e viabilização dos pleitos, a exemplo da aquisição de quatro gabinetes

odontológicos e um aparelho de raios-X para implantação do CEO, além da implantação do CAPS e hospital de pequeno porte (RELATÓRIOS DE GESTÃO, 2006, 2007, 2008).

Ressalte-se o entrosamento que teve o Secretário Municipal de Saúde, que era membro do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e exerceu o cargo de Diretor Financeiro (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2006).

Para a superação da demora no processo licitatório da Prefeitura, o município ampliou o número de participantes da comissão. As negociações com os médicos envolvendo fornecimento de alimentação, de combustível e melhoria salarial foram bem sucedidas. Quanto à manutenção dos equipamentos, firmou-se um contrato com uma empresa de prestação de serviços de Feira de Santana para tal finalidade (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2008).

Quanto aos avanços no processo de implantação do SUS em Amélia Rodrigues, observou-se nos relatórios de gestão 2001 a 2008, que foram inúmeros: foi instalada a Secretaria Municipal de Saúde, adquirida sua sede com recursos próprios no valor de R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) e foi estruturada a atenção básica com cobertura de 82,37% do PSF, com ampliação do programa de agentes comunitários de saúde. Houve ampliação da oferta de serviços com a pactuação para outros municípios dos serviços não disponibilizados no município de Amélia Rodrigues, a exemplo de mamografia e de serviços de alta complexidade.

Foram criados canais para ofertar melhores serviços à população, visando à saúde como pilar importante para o desenvolvimento social.

Houve reestruturação da saúde como um todo e a homologação do Termo de Compromisso do Pacto de Gestão que reafirmou o comprometimento político dos gestores com a saúde de seus munícipes.

Enfim, verifica-se que é possível se avançar na implantação do SUS em um município de pequeno porte, quando há vontade política e compromisso com a coisa pública por parte dos governantes.



## 6. COMENTÁRIOS FINAIS

Em oito anos, depois de duas gestões consecutivas, o município de Amélia Rodrigues, Estado da Bahia, saiu de um quadro em que predominava a falta de assistência, com ambulâncias transportando todos os pacientes para outros municípios como Feira de Santana e Salvador, para um novo cenário.

A Secretaria Municipal de Saúde foi estruturada, houve a ampliação do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A cobertura vacinal em crianças menores de um ano alcançou índices de 100%. Além disso, foram implantados novos serviços, a exemplo de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo II, com atendimento nas especialidades de prótese, endodontia, periodontia e atendimento a pacientes especiais. Foi implantado ainda um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, além de especialidades médicas como: psiquiatria, cardiologia, urologia, dermatologia, ortopedia, ginecologia e pediatria como também outros serviços especializados como nutrição, fonoaudiologia, psicologia, serviço de ultrassonografia e eletrocardiografia. Foram implantados ainda o Centro de Referência em Fisioterapia, um Hospital de Pequeno Porte com 21 leitos nas especialidades de clínica médica, pediatria e obstetrícia. Quanto a outros serviços de média complexidade, os serviços já existentes, a exemplo do Laboratório de Análises Clínicas, foram reestruturados, dotando o município de maior efetividade. No tocante a outros serviços de média complexidade, como mamografia, e de alta complexidade, os serviços passaram a ser realizados mediante pactuação com outros municípios da microrregião a exemplo de Conceição do Jacuípe, Santo Amaro, Muritiba, Feira de Santana e Salvador, agendadas através da central de regulação implantada no município (RELATÓRIO DE GESTÃO 2008).

Neste trabalho, descrevemos o processo de implantação do SUS em Amélia Rodrigues, que apresentou avanços significativos. Todavia, muitos desafios foram encontrados, a exemplo da alta rotatividade de profissionais nas equipes de saúde da família, que foi em parte resolvido, e a questão do financiamento, que é uma ameaça constante a sustentabilidade das políticas públicas tão essenciais para a população.

Este estudo relatou um processo de mudança na organização de serviços de saúde, identificando fatores que contribuíram ou que dificultaram o processo.

Cinco fatores contribuíram para a descentralização da saúde em Amélia

Rodrigues: 1) vontade política; 2) financiamento adequado; 3) montagem de uma equipe técnica qualificada; 4) valorização da orientação técnica em detrimento da política partidária; 5) celebração de convênios (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2008).

As dificuldades, por sua vez, foram as seguintes: capacidade instalada insuficiente e insuficiência na oferta de serviços em 2000; débitos com fornecedores, em geral, e de medicamentos; salários de funcionários atrasados em quatro meses; acúmulo de precatórios e sucateamento do mobiliário; carência de profissionais, falta de capacitação profissional; desestruturação da Secretaria Municipal de Saúde, existindo apenas em Lei e Conselho Municipal de Saúde não realizava reunião há oito meses (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2000).

As limitações, as dificuldades, os desafios e os constrangimentos da gestão pública permanecem. O Estado brasileiro não conseguiu se modernizar para dar conta das necessidades essenciais das suas principais políticas públicas. A Lei de Responsabilidade Fiscal contribuiu para reduzir o endividamento público, mas engessa áreas tão vitais como saúde e educação, que para se realizarem dependem de grande quantitativo de trabalhadores para a oferta das ações e serviços (SOLLA, 2009).

A ampliação da oferta desafia a sustentabilidade do sistema de saúde. O quadro de morbi-mortalidade de nossa população e o crescimento populacional, entre outros fatores, tencionam continuamente pela ampliação da oferta de serviços de saúde, cada vez mais qualificados e diferenciados (SOLLA, 2009).

No município estudado, houve uma adequada articulação entre projeto de governo, capacidade de governo, e no contexto de razoável governabilidade.

O projeto de governo foi bem construído, a partir de uma sólida base técnico-sanitária.

A capacidade de governo foi fortalecida pela formação de uma equipe profissional especializada e comprometida com os ideais expressos nos princípios do SUS.

A governabilidade, finalmente, foi mantida em níveis razoáveis, do ponto de vista do gestor municipal, pela articulação de uma aliança com a maioria dos vereadores, com a rádio local e com as associações de bairros e de moradores, tanto da zona urbana, quanto da zona rural.

Este estudo de caso demonstrou que o triângulo de governo, proposto por Matus (1996), é um instrumento útil para a análise de processos relacionados à descentralização do SUS. E mais: demonstrou que as ações necessárias à

implantação do SUS devem envolver simultaneamente aspectos relacionados ao projeto de governo, à capacidade de governo e à governabilidade.

Com efeito, na experiência de Amélia Rodrigues foram fundamentais a vontade política e a sua transformação em planos de ação, que constituíram o projeto de governo, a alocação de recursos financeiros, a montagem de equipe capaz de definir estratégias adequadas e de se aliar às diversas instâncias do SUS, que também constituíram a capacidade de governo, e o amplo apoio social ao projeto que viabilizou a governabilidade.

Os resultados desse estudo indicam que o planejamento foi muito utilizado como ferramenta de gestão para a tomada de decisão, implicando nos seguintes resultados:

a) Resultados positivos apresentados pela SMS, logo no primeiro ano de gestão e durante o período consecutivo, garantiram a manutenção do apoio político ao projeto da saúde;

b) Essas iniciativas demonstraram que a descentralização significou um espaço de mudança do modelo assistencial;

c) Considerando o investimento em saúde em percentuais acima do mínimo estabelecido pela EC 29, pode-se considerar avançado o processo de descentralização em Amélia Rodrigues;

d) Verificou-se, nesse aspecto de capacidade de governo, o enorme avanço ocorrido em Amélia Rodrigues.

Quanto aos desmandos verificados no estudo ocorridos no passado anterior ao ano 2001, esperamos que estes sirvam de exemplo e reflexões para possíveis mudanças nos serviços de saúde e que o esforço da gestão referida neste estudo em Amélia Rodrigues não sofra solução de continuidade.

Espera-se que o gestor atual dê continuidade às ações realizadas com comprometimento na manutenção das conquistas, visando melhoria na qualidade de vida da população.

Enfim, vale registrar a importância da realização de outros estudos sobre implantação do SUS em municípios de pequeno porte, impulsionando o processo de descentralização das ações de saúde no Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F.L. 1998 **Os barões da federação, os governadores e a redemocratização brasileira.** Hucitec, São Paulo.

ABRUCIO, F.L. 2006. **Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil.** In: Fleury S, organizador. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV. p. 77-125.

ALMEIDA, C. 1999. **Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança.** Ciências & Saúde Coletiva 4 (2) pg. 263-286.

ARRETECHE, M.T.S. **Municipalização da Saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias do governo.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro v.7 nº3 p.455-479. julho/set. 2002 eficácia nas políticas públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais 11 (31): 44-41.

BAHIA, Amélia Rodrigues. **Lei Municipal 424/2007.** Dispõe sobre a criação da carreira de Agentes Comunitários de Saúde, 2007.

BAHIA, Amélia Rodrigues. **Lei Municipal 352/2003.** Dispõe sobre o plano de carreira, cargos e vencimentos dos servidores da Secretaria municipal de Saúde de Amélia Rodrigues, 2003.

BAHIA, Amélia Rodrigues. **Lei Orgânica do Município,** 1990;

BAHIA, Amélia Rodrigues. **Plano Municipal de Saúde – 1998-2001; 2002-2005; 2006-2009.**

BAHIA, Amélia Rodrigues. **Relatório de Gestão, 2000-2008.**

BAHIA, Secretaria da Fazenda. **Parâmetros para uma Gestão Fiscal Responsável:** Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei Complementar nº 101 de 04 de maio de 2000, 2. ed. 150p.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Manual prático de apoio a elaboração de Planos Municipais de Saúde. / Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador : SESAB, 2009.

BRASIL, **Constituição. Constituição da República Federal do Brasil 1998.** Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1998. 292 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS: NOB/SUS-01/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília – DF, 06 nov.1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **NOAS-SUS 01/02.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Portaria 399/GM, de 22/02/2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. **Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Portaria 699/GM, de 30/03/2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 abr. 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual Básico/Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Constituição de 1988. Emenda Constitucional n. 29, de 2000. Dispõe sobre recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República federativa do Brasil**, Brasília-DF, 14 set.2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Operacionalização da Emenda Constitucional nº 29. Relatório do Seminário, com subsídios para o estabelecimento de diretrizes**

**voltadas à aplicação e operacionalização da Emenda Constitucional nº 29.**  
Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 84p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde:** Aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS – SUS/01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde:** avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretário de Saúde, SUS: avanços e desafios.**  
Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Departamento de apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão/Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Financeira do SUS: Manual básico.** 3ª Ed.  
Brasília: Ministério da Saúde: 2003.

CADERNO de Textos e Planejamento e Gestão em Saúde. **Legislação Básica do SUS.** Belo Horizonte, Coopmed editora Médica. Núcleo de Pesquisa em Saúde.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma:** repensando a saúde. Editora HUSITEC, São Paulo, 1992.

DUSSAULT, G 1992. **A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências.** Revista de Administração Pública 26 ( 2) pg. 8- 19.

GAWRYSSWSKI, V. 1993. **Reorganização dos Serviços de Saúde: Algumas considerações acerca da Relação entre a Descentralização, Autonomia Local e**

**Participação do Cidadão.** IN: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 9 (2), p.210-215.

GUIDO, Ivan de Carvalho e SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1992

HARTZ, Z.M. A; SILVA, L.M.V. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos á pratica na avaliação de programas e sistemas de saúde.** SOUZA, L.E.P.F ; VIEIRA DA SILVA, L.M; HARTZ, Z.M.A. **Conferência de Consenso sobre a imagem objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 275 p.: il.

HARTZ, Z.M. A; SILVA, L.M.V. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos á pratica na avaliação de programas e sistemas de saúde.** SILVA. L. M. V.; HARTZ. Z. M. A.; CHAVES. S.C.L.; SILVA. G. A. P. **Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275 p.: il.

HORTALE, VA; PEDROZA, M & ROSA, M.L.G. **Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde.** Cad. Saúde pública. Rio de Janeiro, 16 (1): 231-239, Jan-mar. 2000.

JOVCHELOVITCH, Marlova. **Municipalização e saúde: possibilidades e limites.** Porto Alegre; Universidade; 1993. 93 p.

JOVCHELOVITCH, Marlova. O processo de descentralização e municipalização no Brasil. **Serviço Social e Sociedade** n. 56. São Paulo: Cortez. 1998.

JUNQUEIRA, L A. P & INOJOSA, R.M. 1992. **Gestão de serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica de eficácia.** Revista de Administração Pública 26 ( 2) pg. 20-31.

KON, R., 1997. **O Planejamento no Distrito de Saúde: Estratégia e Comunicação.** Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina,

Universidade de São Paulo.

LOBO, T., 1990. **Política Social e descentralização**. In: Ministério da Previdência e Assistência Social & CEPAL - Projeto: A Política Social em Tempo de Crise. Articulação Institucional e Descentralização. Vol. III., pp. 483-485. Brasília.

MATUS C. **O líder sem estado-maior**. São Paulo: Fundação do Desenvolvimento Administrativo; 2000.

MATUS, C. 1991. **O Plano como Aposta**. Perspectiva, 4. p. 28-42.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1993. (Série IPEA, 143).

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993. 2 v. p. 591 (Série IPEA 143).

MATUS, C., 1996. **Política, Planejamento e Governo**. 2. ed., Tomo I e II, série 143. Brasília: IPEA.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. 3. ed., Tomo I. Brasília: IPEA, 1997.

MELLO, D.L. 1991. **Descentralização, Papel dos Governos Locais no Processo de Desenvolvimento Nacional e Recursos Financeiros Necessários para que os Governos Locais possam cumprir seu Papel**. IN: Revista de Administração Pública. 25 (4), pp.199-217.

MENDES, E.V. **O dilema da fragmentação ou integração dos serviços de saúde: por sistemas integrados de serviços de saúde**. In: Mendes EV, organizador. Os grandes dilemas do SUS. Tomo II. Salvador: Editora Casa da Qualidade; 2001. p. 71-154.

MERHY, E.E. 1995. **Planejamento como Tecnologia de Gestão: Tendências e Debates do Planejamento em Saúde no Brasil**. In: Razão e Planejamento:



Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade (E. Gallo, org.), p. 117-149. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/Ed ABRASCO.

MILLS, A. 1990. **Conceptos y problemas de la descentralización: examen general IN: Descentralización de los sistemas de salud - Conceptos, aspectos y experiencias nacionales.** Editado por Anne Mills et al. Organización Mundial de la Salud, Ginebra p.11-46.

MOTA, M.V. **Descentralização do Sistema Único de saúde (SUS) no Estado do Ceará:** a experiência na microrregião de Baturité. 180 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo 2007.

MOTITIN, L.M. **Elaboração do plano municipal de saúde:** desafio para os municípios: um estudo no Rio Grande do Sul. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 159 p.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. **O Sistema Único de Saúde.** GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** CEBES. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 385-471.

PAIM, Atenção à Saúde no Brasil. In: Paim J. **Desafio para saúde coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA; 2006 p. 11-47.

PAIM, J.S. 1983. **O movimento pelo planejamento de saúde na América Latina.** Revista Baiana de Saúde Pública, 10, p. 46-52.

PAIM, J.S. 2002. **Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde.** In: Paim JS, organizador. Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: Centro de Estudos e Projetos em Saúde/Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; p. 407-33.

PAIM, J.S. 2008. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p 356.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 73-78, 2006.

PAIM, J.S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: ISC, 2002, 447p.

RIVERA, F.J.U & ARTMANN, E. 1999. **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade método lógica e agir comunicativo. Gestão do SUS: problemas, desafios e avanços**. Revista Ciência e Saúde Coletiva 4 ( 2) pg. 355- 366.

RIVERA, F.J.U., 1992. **Planejamento e Programação em Saúde: Um Enfoque Estratégico**. São Paulo: Cortez.

SANTOS, R.V. **Saúde todo dia: uma construção coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006. : - (Saúde em debate; 170).

SILVA, S.F. **Planejamento em Unidades Básicas de Saúde - Noções de Planejamento, Estratégia e Modelo Assistencial**. Rev. Espaço para a Saúde. Londrina, v. 1, n. 2. p. 65-74. jun. 2000.

SOLLA, J.J.S.P. **Avaliação da implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008**. 394 f (Tese (Doutorado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SOLLA, J.J.S.P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n.2, p. 332-348, 2006.

SOUZA, L.E.P.F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. **Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. Ciências & Saúde Coletiva**. Vinte anos de políticas de saúde e proteção social. Editora ABRASCO. Vol. 14 nº 3 maio / junho 2009, pág. 911-918.

TEIXEIRA, C.F. 1993. **Planejamento e programação situacional em distritos**

**sanitários: metodologia e organização.** In: Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde (E. V. Mendes, org.), p. 237-265. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/ABRASCO.

TEIXEIRA, S.M.F. 1990. **Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas.** Rev. adm. Pública, Rio de Janeiro, 24 (2), p.78-99.

TEIXEIRA, S.M.F. Municipalização da saúde e poder local no Brasil: relatório de pesquisa. Revista de administração Pública, v. 31, n. 3, p. 195-298, 1997.

UGA, Maria Alice. Descentralização e democracia: o outro lado da moeda. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 5, 1991.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. et. al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 355-370, 2007.

VILASBÔAS, A.L.Q. **Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal.** 166 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1**

### **LISTA DE DOCUMENTOS CONSULTADOS DO MUNICÍPIO ESTUDADO**

- 1 - Atas do Conselho Municipal de Saúde (2001-2008);
- 2 - Balancetes Contábeis (2001-2008);
- 3 - Documentos de Improbidade Administrativa gestão 2000;
- 4 - Lei de Criação do Fundo Municipal de Saúde;
- 5 - Lei de Criação do Conselho Municipal de Saúde;
- 6 - Lei que dispõe sobre a estrutura Administrativa da Prefeitura Municipal de Amélia Rodrigues;
- 7 - Lei Orgânica da Saúde do Município;
- 8 - Leis Orçamentárias Anuais, 2001 - 2008;
- 9 - Manuais elaborado pelas Coordenações de Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica e Sanitária;
- 10 - Pacto de Indicadores da Atenção Básica (2001 – 2008);
- 11 - Plano Diretor do Município;
- 12 - Plano Municipal de Saúde 1998-2001; 2002-2005; 2006-2009;
- 13 - Plano Plurianual da SMS
- 14 - Regimento Interno do CMS;
- 15 - Relatórios da I e II Conferência Municipal de Saúde;
- 16 - Relatório de Gestão ( 2000-2008);
- 17 - Relatórios Setoriais;
- 18- Sistemas de Informações sobre orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) 2001-2008).

## Anexo 2

### ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Prefeito, Secretário Municipal de Saúde, Coordenadora da Atenção Básica e Coordenadora da Vigilância Epidemiológica (gestão do estudo).

Questões:

- Como o senhor (a) avalia o processo de implantação do SUS em Amélia Rodrigues? E o que elegeria como marco importante nesses oito anos?
- Em sua opinião, quais os maiores avanços enfrentados para implantação do SUS em Amélia Rodrigues?
- E os desafios?
- O Programa de Saúde da Família vem sendo desde 1994, a estratégia do Ministério da Saúde para implementar a atenção básica no Sistema Único de Saúde – SUS. Que aspectos positivos o senhor (a) gostaria de apontar em relação a implantação dessa estratégia em seu município desde 2001?
- E os negativos?
- Como foram organizados os serviços de saúde diante no processo de Municipalização em Amélia Rodrigues?
- O fato de o seu município localizar-se as margens da BR 324, distando da capital da Bahia 80 km e de Feira de Santana 25 km, há facilidades ou dificuldades para a organização dos serviços de saúde local?
- Quais?
- O Senhor (a) considera que a intersetorialidade foi estabelecido de forma adequada em Amélia Rodrigues?
- E o controle social?

- No tocante ao financiamento, houve prioridades para o setor saúde? Comente sobre os percentuais aplicados.
- O Senhor (a) gostaria de fazer mais alguma consideração importante?

### **Anexo 3**

#### **Relação de entrevistados.**

I - Prefeito Municipal de Amélia Rodrigues ( Gestão 2001-2004); (2005-2008);

E1 - Entrevista realizada em janeiro 2009.

II - Secretário Municipal de Saúde (Gestão 2001-2004); (2005-2008);

E2 - Entrevista realizada em janeiro 2009.

III – Coordenadora de Vigilância Epidemiológica (Gestão 2001-2004); (2005-2008).

E3 - Entrevista realizada em janeiro 2009.

IV – Coordenadora da Atenção Básica (Gestão 2001-2004); (2005-2008).

E4 - Entrevista realizada em janeiro 2009.