

Saúde e Políticas Públicas: uma Análise a Partir da Avaliação da Gestão Social

Health and Public Policies: an Analysis from the Evaluation of Social Management

BERNADETE DE LOURDES FIGUEIRÊDO DE ALMEIDA¹
ANDRÉA MOURINNE FÉLIX MENDES²
DANDARA BATISTA CORREIA²
KLEBER JOSÉ DA SILVA²
ELISÂNGELA OLIVEIRA INÁCIO³

RESUMO

Objetivo: O presente trabalho objetiva avaliar a gestão das ações programáticas de Políticas Sociais implementadas pelas Organizações Governamentais e Organizações Não-Governamentais do município de João Pessoa/PB a partir do recorte analítico da Política de Saúde. *Material e Métodos:* Trata-se de um Estudo Exploratório junto a fontes secundárias através da coleta eletrônica com o uso da estatística descritiva. *Resultados:* Os resultados revelam um universo de 1.193 organizações sociais cuja caracterização aponta para o frágil processo de municipalização da gestão pública dos serviços de Saúde, marcado por uma ampliada rede de atenção básica em detrimento de uma rede de média e alta complexidade; e por uma refilantropização e mercadorização da atenção à saúde no âmbito da gestão privada e da privado-pública. Tais resultados indicam a precarização da Política de Saúde com o comprometimento da garantia dos direitos universais. *Conclusão:* O que permite concluir, que a organização política da sociedade no exercício do controle social se faz necessária para o processo de efetivação da gestão social dos programas, ações e serviços de Saúde. Nesse sentido, a perspectiva de avaliação adotada neste trabalho assume o caráter de instrumentalização de grupos políticos nas lutas organizadas pela garantia dos direitos.

DESCRIPTORIOS

Avaliação em Saúde. Gestão em Saúde. Políticas Públicas. Administração de Instituições de Saúde.

ABSTRACT

Objective: This study evaluates the management of program activities of social policy implemented by Governmental and Non-Governmental Organizations in the city of João Pessoa/PB from the analytical approach of the Health Policy. *Methods:* This is an exploratory study from secondary sources through electronic data collection using descriptive statistics. *Results:* The results reveal a universe of 1,193 social organizations whose characterization points to the fragile process of decentralization of public management of health services, marked by an expanded network of primary care over the medium and high complexity networks, and a new process of philanthropy and commodification of health care in the private and public-private management. These results indicate the precariousness of the Health Policy's commitment in guaranteeing universal rights. *Conclusion:* It may be concluded that the political organization of society in the exercise of social control is necessary for the effective processes of social management of health programs, activities and services. Accordingly, the evaluation perspective adopted here assumes the character of instrumentalization of political groups in the struggles organized for guaranteeing the rights.

DESCRIPTORS

Health Evaluation. Health Management. Public Policies. Health Facility Administration

1 Professora Associada do Departamento de Serviço Social da UFPB; Pós-Doutora pela PUCSP; Pesquisadora do CNPq 1B; Coordenadora do SEPACOPS/CCHLA/UFPB.

2 Aluna do Curso de Graduação Serviço Social da UFPB; Bolsista do PIBIC/CNPq.

3 Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da UFPB; Doutora em Serviço Social pela UFPE; Pesquisadora do SEPACOPS/CCHLA/UFPB.

A Seguridade Social brasileira que se gesta a luz dos discursos da democracia e da participação social, legitimada na Constituição Federal de 1988, instaura um novo marco da gestão social pública com a criação de sistemas descentralizados mediante parcerias locais para a efetivação das Políticas Sociais.

A partir de meados dos anos de 1990, essa política compreendida pela Saúde, Previdência e Assistência Social, embasada na garantia dos direitos sociais e, portanto, consubstanciada como gestão estatal, passa a ser descaracterizada pela desresponsabilização do poder público na garantia desses direitos. Emerge, portanto, um novo marco regulatório da gestão social, embalado pelo ideário neoliberal, que inaugura novas pactuações entre Estado e sociedade na perspectiva de eximir a esfera pública governamental dos gastos sociais a partir do incentivo às agências privadas (mercado) e as organizações sociais sem fins lucrativos.

Assim, os anos subsequentes à aprovação da Carta Magna serão abalizados por um novo desenho da gestão social, consolidado pela reforma do Estado que atribui à administração pública a realização de uma série de relações contratuais com a sociedade, tais como as previstas “concessões e permissões” para a delegação de serviços de utilidade pública a entes particulares, ao mesmo tempo em que firmará novas parcerias com o mercado.

No âmbito do Estado as pactuações engendradas equivalerão à descentralização da gestão pública; já no âmbito da sociedade as pactuações serão fincadas sob a égide dos princípios da solidariedade e da “participação social” na perspectiva do *Welfare Mix*. Assim o Estado,

De um lado, retraiu-se politicamente, devolvendo à sociedade civil suas tarefas administrativas; mas na verdade, esse processo de descentralização formal significou, ao mesmo tempo, a expansão das atividades públicas para dentro da sociedade civil (SANTOS apud SIMÕES, 2010, p 466)

Essa forma de conceber o atendimento das demandas sociais com estabelecimento de pactuações entre Estado e sociedade conforma o chamado Terceiro Setor. “O terceiro setor configura-se, assim, de forma híbrida, formada de atividades privadas, situadas na sociedade civil, mas que o Estado reconhece ou declara de interesse público” (FERNANDES apud SIMÕES, 2010, p.466). Esse processo representa a privatização da gestão social com a negação dos direitos sociais, amparados pela Constituição Federal de 1988, pois o Estado passa a cumprir minimamente com seus deveres,

o que acarreta o desmonte da Seguridade Social com o sucateamento das Políticas da Previdência, da Assistência Social e da Saúde. Essa negação fere, sobretudo, os direitos básicos da população brasileira.

No caso do processo de desmonte da Política da Saúde, o processo não tem sido passivo, uma vez que se insere em uma arena de amplos interesses contraditórios: “[...] os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias farmacêuticas (multinacionais) e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária [...]” (BRAVO, 2004). Nesse último grupo, desenvolve-se um constante movimento de resistência à tentativa de desmonte do Sistema Único de Saúde e o esforço para encontrar estratégias que permitam o enfrentamento das atuais formas privatistas da gestão social.

No conjunto dessas estratégias, a avaliação das Políticas Sociais assume centralidade investigativa nas várias áreas do conhecimento. A avaliação da gestão social, adotada neste artigo, é entendida como uma abordagem multidimensional ao considerar os determinantes sócio-históricos de cariz econômico, político e cultural nos quais estão inseridas as Políticas Sociais, consideradas como um

[...] componente ou produto da velha e conflituosa relação entre Estado e sociedade. Surge indubitavelmente como mecanismo que corresponde ao processo de correlação de forças entre os interesses divergentes de classe, já que resulta da pressão simultânea de sujeitos distintos. (OLIVEIRA, 2010)

A necessidade da avaliação das Políticas Sociais e das suas respectivas ações programáticas (programas, projetos, serviços, ações e benefícios sociais) na perspectiva investigativa da produção do conhecimento permite instrumentalizar análises dessas políticas no contexto da correlação de forças econômicas e políticas, nos seus mais variados campos, cenários e atores detentores de interesses diversos e contraditórios, expressados pelos financiadores, gestores, técnicos (prestadores de serviço e trabalhadores das diversas Políticas Sociais) e usuários.

No caso da Política da Saúde, a avaliação aproxima-se do sentido de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) ao comprometer-se com a garantia dos direitos sociais, com o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e com o envolvimento de todos os sujeitos sociais, partícipes dessa Política em seus mais variados níveis.

Dessa forma, a avaliação enquanto uma metodologia investigativa não pode ser resumida ao mero

controle fiscalizador ou mera vistoria das Políticas Sociais, mas pressupõe a participação dos vários sujeitos envolvidos de forma a tornar a gestão social pública um espaço democrático. “A avaliação é parte integrante do processo de desenvolvimento da política pública, pois possibilita uma averiguação sistemática do cumprimento de sua função social.” (SILVA, SILVA, 2010).

O resgate avaliativo da função social ou pública de uma dada Política Social – no caso a Política de Saúde – implica considerar o contexto conjuntural que a Saúde se vincula a fim de não perder a totalidade investigativa desse processo. Para tanto, adota-se a conotação analítico-crítica de avaliação da Política de Saúde. Subtende considerar as mediações e as contradições que constituem a totalidade dos processos sociais que perpassam a Política da Saúde na efetivação do atendimento das necessidades da população.

Nesta pesquisa objetiva-se avaliar a capacidade gestora e técnica das organizações sociais e as respostas dadas às necessidades dos seus usuários. Essa análise insere historicamente no contexto da reforma do Estado, de cunho neoliberal, instaurado na década de 1990, cujos desdobramentos de precarização da Política de Saúde estendem até os dias atuais.

Portanto, formula-se como hipótese geral da pesquisa que: as inflexões derivadas da Reforma do Estado de corte neoliberal ocorridas no campo da gestão pública provocam o agravamento da precarização das atuais ações programáticas da Política de Saúde que se materializa na incapacidade gestora das instituições, nas frágeis condições objetivas para execução do trabalho técnico-profissional e no baixo atendimento das necessidades dos usuários.

Enfim, evidencia-se a pertinência deste estudo investigativo por possibilitar o deslindamento avaliativo das atuais formas de gestão do atendimento ou não das demandas sociais pela atual Política de Saúde em nível das organizações governamentais e não governamentais de João Pessoa.

MATERIALE MÉTODOS

Esta Pesquisa compõe-se de dois momentos metodológicos: o primeiro refere-se ao Estudo Exploratório, já concluso e objeto deste artigo, junto a fontes secundárias, cujos dados encontram-se em processo de análise; e o segundo consiste no desenvolvimento de uma pesquisa social aplicada de cunho descritivo avaliativo e de corte comparativo. Em ambos os momentos, a pesquisa circunscreve-se a avaliação das formas de gestão das Políticas Públicas Sociais, em especial à Política da Saúde.

No Estudo Exploratório foi levantado o universo investigativo composto de 1.193 das Organizações Sociais Governamentais e Não Governamentais da cidade de João Pessoa/PB. O Estudo Exploratório subtende “[...] o contato inicial com o tema a ser analisado, com os sujeitos a serem investigados e com as fontes secundárias disponíveis”. (SANTOS, *apud* RÉVILLION, 2003, p. 23); e a pesquisa de campo será desenvolvida junto a uma amostra representativa de 60 (sessenta) organizações sociais mediante a coleta de dados primários a 60 gestores, 600 técnicos (trabalhadores e prestadores de serviço) e 1.200 usuários.

Para analisar a amplitude dessa unidade investigativa, adotou-se a metodologia avaliativa de caráter triangular (MINAYO, ASSIS, SOUZA, 2005) por envolver três dimensões analíticas que se imbricam: a dimensão teórica derivada da revisão de literatura e a análise dos dados empíricos a partir de metodologias quantitativa e qualitativa; os três sujeitos da pesquisa, que são os gestores, os técnicos e os usuários; e os três portes de atuação das organizações sociais, definidos como pequena, média e grande capacidade gestora das organizações sociais da cidade de João Pessoa/PB.

A Avaliação por Triangulação de Métodos de MINAYO, ASSIS, SOUZA, (2005) pode ser adotada tanto na perspectiva da gestão social por possibilitar a articulação entre as abordagens quantitativas e qualitativas para análise, acompanhamento e monitoramento de programas e projetos sobre uma dada realidade social; como um processo metodológico de pesquisa, permite a interlocução analítica de múltiplas naturezas de um mesmo objeto de estudo. Neste estudo, adota-se esse método na perspectiva da investigação científica em torno da avaliação das formas de gestão da Política da Saúde.

Em face da perspectiva metodológica triangular adotada, recorreu-se na fase da coleta do Estudo Exploratório à pesquisa eletrônica (ROTHBERG, 2008), à pesquisa documental e bibliográfica. Para a coleta e análise de dados da pesquisa eletrônica utilizou-se de instrumentos e técnicas quantitativas com o uso do software denominado de *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para a formulação do quadro matricial direcionado à organização, categorização e discussão dos dados via tabelas e gráficos.

Na pesquisa de campo, a próxima etapa investigativa, a coleta de dados dar-se-á através do uso de ficha cadastral das organizações sociais, formulário de identificação dos sujeitos da pesquisa e questionário com perguntas abertas e fechadas. Para análise desses dados recorrer-se-á a metodologias quanti-qualitativas com a leitura estatística descritiva dos dados de

natureza numeral e a análise dos dados qualitativos – correspondentes às perguntas abertas – utilizar-se-á a técnica da análise de categorização temática de BARDIN, (2006).

A primeira etapa desta Pesquisa dedicada ao Estudo Exploratório foi realizada eletronicamente no período de março de 2010 a fevereiro de 2011; e a segunda – a pesquisa de campo – iniciará em maio de 2011 e estenderá a julho de 2013.

RESULTADOS e DISCUSSÕES

Os resultados ora apresentados embasam as análises parcialmente realizadas em torno da avaliação da gestão da Política de Saúde municipal de João Pessoa/PB, categorizados a partir dos seguintes eixos:

- O processo de municipalização da Saúde, focado nos limites fiscais e políticos dos municípios gera uma grande demanda em detrimento da oferta de serviços universais;
- A descontinuidade e a não integralidade da Política de Saúde de forma precarizada, focalizada e desarticulada com as demais Políticas Sociais.

O município de João Pessoa, capital paraibana, segundo Censo Demográfico (IBGE, 2010) possui uma população de 723.514 habitantes, destes, 53,32% correspondem ao sexo feminino e 46,68% masculino. Em termos da região metropolitana de João Pessoa, o Censo revela ter 1.171.641 habitantes, ou seja, um terço da população do estado da Paraíba. Tais dados indicam a crescente demanda que se instaura por serviços de Saúde.

Por outro lado, o Sistema Local de Saúde (SILOS) pessoense caracteriza-se por uma insuficiente rede de assistência hierarquizada em três níveis de atenção à saúde, distribuída por 180 Unidades de Saúde da Família e 02 Unidades Básicas de Saúde que compõem o nível de Atenção Primária. A Atenção Especializada compõe-se por 04 Centros de Atenção Integral, 04 Centros de Atenção Psicossocial, 03 Centros de Especialidades Odontológicas, 01 Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador e 01 Laboratório de Análises Clínicas, e, na Atenção Hospitalar encontram-se 27 unidades, sendo 13 públicas, 11 privadas e 4 filantrópicas, conforme Tabela 1.

Embora se identifique que 87,4% dos serviços de atenção à saúde encontrem-se sob a gestão municipal, característica do processo de municipalização da Saúde, iniciado em meados da década de 1990, no tocante à atenção hospitalar atesta-se a prevalência da gestão

pública estadual (26%) em relação à municipal (14,8%), mas, a gestão empresarial/filantrópica (55,5%) predomina sobre a pública (federal, estadual e municipal).

Considerando-se o universo dos 27 hospitais, questiona-se por que há mais de uma década após o início do processo de municipalização, apenas 14,8% dos serviços da rede hospitalar são municipalizados? Ainda que se reconheça que o Hospital Universitário da UFPB – único estabelecimento no âmbito federal – submeta-se anualmente ao processo de contratualização com as referências pactuadas para o município de João Pessoa.

Uma das possíveis respostas à baixa incidência dos serviços da rede hospitalar municipalizados pode estar na adoção da lógica neoliberal que incentiva a delegação da responsabilidade municipal pelos serviços de Saúde para a gestão privatista, ou seja, “[...] o Estado transfere responsabilidades gerenciais para organizações não governamentais que continuam com financiamento e regulação estatais”. (SILVA, MENDES, 2004)

Ocorre, assim, uma gestão municipalizada público-privada, enquanto entes (Estado e sociedade civil) co-responsáveis pelos serviços de Saúde. Na maioria das vezes essa gestão mista (público-privada) longe de se processar com tranquilidade, traduz-se em correlação de forças na disputa pelo poder e pela distribuição de recursos e ações, habitualmente de cunho clientelista.

[...] dá-se a desconstrução do espaço estatal e o surgimento de entes públicos não estatais. A privatização é a transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob o domínio das regras de mercado. Ela refere-se à substituição de entes estatais por organizações privadas, normalmente sob a forma de venda de ativos estatais. Nos sistemas de serviços de saúde, a privatização se dá quando se retiram do Estado, ainda que parcialmente, as macrofunções de regulação e financiamento dos sistemas de serviços de saúde, passando-as ao setor privado. (SILVA, MENDES, 2004)

Os resultados demonstram o processo de minimização do Estado no tocante à Política Pública de Saúde no que se refere ao acesso à atenção na média e alta complexidade, ao mesmo tempo reforça a lógica da parceria entre público e privado, enquanto um novo modelo de gestão social.

Desataca-se ainda nos resultados da Tabela 1 o percentual significativo de 92,3% de estabelecimentos de saúde no município de João Pessoa que se encontram na Atenção Primária. Entretanto, esse alto percentual

Tabela 1: Frequência de ocorrências da categoria distribuição dos serviços da Rede Assistencial em Saúde. João Pessoa/PB, 2010.

REDE ASSISTENCIAL	n	%
Unidades de Saúde da Família	180	80,71
Hospitais Privados	11	4,93
Hospitais Estaduais	7	3,13
Centros de Atenção Integral à Saúde	4	1,80
Hospitais Municipais	4	1,80
Centros de Atenção Psicossocial	4	1,80
Hospitais Filantrópicos	4	1,80
Centros de Especialidades Odontológicas	3	1,34
Unidades Básicas de Saúde	2	0,89
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	1	0,45
Pronto Atendimento em Saúde Mental	1	0,45
Laboratório de Análises Clínicas	1	0,45
Hospital Federal	1	0,45
TOTAL	223	100

Fonte: CNES/DATASUS

não significa resolutividade da atenção, uma vez que, segundo dados do Sistema de Informação de Orçamento Públicos em Saúde (SIOPS/MS) em 2009, as despesas executadas na Atenção Hospitalar e Ambulatorial corresponderam a 51,29%, o que representa quase três vezes mais do que foi gasto na Atenção Primária (18,36%).

Se por um lado, avança-se na percepção do cuidado ampliado de saúde como um conjunto de atividades voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente a partir do entendimento de que o processo saúde-doença se dá pelos determinantes e condicionantes sociais, e que o seu enfrentamento exige Políticas Públicas e condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde; por outro, mantém-se o investimento em um modelo de atenção hospitalocêntrica, mantido ao longo da história apesar dos avanços legais.

Mundialmente, sobretudo nas sociedades ocidentais, a lógica hospitalocêntrica sempre intermediou as relações entre Estado e sociedade. Não é à toa que até os dias atuais a disponibilidade de leitos hospitalares dos países constitui-se um dos itens mais importantes para aferir o seu índice de desenvolvimento humano. Essa posição está em oposição ao pensamento dos teóricos da saúde coletiva e da maioria dos epidemiologistas ao defenderem que os hospitais são ou deveriam ser o fim de um ciclo de triagens, uma vez que a sua função consistiria atender o que não fosse possível ser resolvido pelos sistemas eficientes de atenção primária à saúde.

Os dados levantados em 2010 pelo Setor de Estudos e Pesquisas em Análises de Conjuntura,

Políticas Sociais e Serviço Social (SEACOPS) da UFPB revelam a existência de 1.193 organizações sociais. Destas, 538 (45,2%) correspondem as organizações governamentais e 655 (54,8%) as não governamentais. Esses resultados refletem a atual ofensiva das Organizações Não Governamentais sobre as Governamentais no enfrentamento das múltiplas expressões da questão social, o que expressa a adoção do caráter neoliberal do Estado, que se configura no Estado máximo para o capital e mínimo para o atendimento das necessidades da classe trabalhadora, o que rebate sobremaneira nas formas de gestão das Políticas Públicas, sobretudo, das Políticas Sociais.

Na leitura realizada dos resultados da Tabela 2, atesta-se que a Política de Saúde apresenta-se de forma nebulosa e indistinta no âmbito das ONGs. As ações da Saúde diluem-se em meio à denominação dessas organizações, em sua maioria de caráter filantrópico, o que afasta da perspectiva da garantia de direitos.

Essa constatação põe em xeque os processos de organização da sociedade civil em torno da conquista e da efetivação dos direitos sociais, através das Políticas Públicas, notadamente no campo da Saúde, comprometendo os avanços dessa Política, no marco legal da Seguridade Social Brasileira, preconizada pela última Constituição Federal (BRASIL, 1988), em seu Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

Tabela 2 – Frequência de ocorrências da categoria tipificação das Organizações Governamentais e das Organizações Não Governamentais implementadoras das ações programáticas de Políticas Sociais. João Pessoa/PB, 2010.

TIPOS DE ONGs	n	%	TIPOS DE OGS	n	%
Associações comunitárias	119	18,17	Unidades de Saúde da Família (USF)	180	33,46
Entidades Filantrópicas ou Assistenciais	107	16,34	Escolas de 1º e 2º Grau	141	26,21
Entidades Religiosas	86	13,12	Centros/Unidades de Políticas Sociais	103	19,14
Associação Corporativista/ Sindicatos de Classe	82	12,52	Centro de Referências das Políticas Sociais	38	7,06
Entidades de Defesa de Direitos	73	11,15	Creches	36	6,69
Entidades Educativas	21	3,21	Hospitais/Maternidades	13	2,42
Entidades Filantrópicas em Saúde	18	2,7	Centros de Atenção à Saúde (CAIS, CAPS, PASM)	9	1,67
Abrigos	11	1,7	Unidades Básicas de Saúde	2	0,37
Organizações de Trabalho e Renda	8	1,22	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	1	0,19
Agências de Desenvolvimento Sustentável/Ecologia	6	0,92	Centros Odontológicos	3	0,56
Outras	79	12,06	Universidades	3	0,56
Sem Referência (S/R)	45	6,87	Outros	9	1,67
TOTAL	655	100	TOTAL	538	100

Fonte: SEPACOPS (Dados parciais)

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Embora se constate uma relevância (38,7%), no índice de organizações de Saúde no âmbito governamental, portanto, mais de um terço dessas organizações vinculam-se à Política da Saúde, esse resultado não implica afirmar acessibilidade e resolutividade perante as necessidades e problemas demandados pela população.

De fato, as atuais instituições de Saúde no Brasil são instâncias de competência do poder público na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), de natureza pública e equitativa. Dentro do marco constitucional esse Sistema responsabiliza-se pela gestão de ações de Saúde tanto no âmbito da atenção primária e da promoção da Saúde como nas ações curativas e necessárias à reabilitação (níveis secundário e terciário da atenção em Saúde). Mas mesmo que se evidencie a expansão quantitativa dessas instituições, convive-se

com o seu gradativo processo de sucateamento que compromete o atendimento da população brasileira que procura os seus serviços.

Os desdobramentos do processo de sucateamento da Saúde recaem na maioria da população brasileira usuária do SUS. Além das longas filas de espera para se conseguir uma consulta, o número de leitos hospitalares é insuficiente, falta medicamentos, sobretudo, os de uso contínuo, os equipamentos apresentam-se em condições precárias e muitas vezes inoperantes por falta de profissionais especializados.

Ainda nos resultados da Tabela 2 verifica-se que entre os 38,7% de organizações governamentais de saúde, a predominância recai nas Unidades de Saúde da Família (USF) com 33,46%. Essa prevalência da cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) em João Pessoa é confirmada pelo levantamento do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde no ano de 2010 ao indicar que a capital paraibana ocupa o segundo lugar no *ranking* das demais capitais nordestinas.

Os dados desse levantamento, apresentados no Quadro a seguir, indicam uma proporção de cobertura populacional estimada de 88,43% da população e mais de 621 mil pessoas atendidas nas 180 Unidades de Saúde da Família existentes na capital pessoense.

Mesmo que esses resultados apontem para uma cobertura de 88,4% da população de João Pessoa pelas Equipes de Saúde da Família, também se reconhece, segundo análises de estudiosos sobre o Programa de Saúde da Família (PSF), que a atuação dessas equipes passa por um franco processo de sucateamento, como a “[...] insuficiência nas estruturas físicas das Unidades, a falta de medicamentos, a necessidade de formar parcerias entre moradores e profissionais para reivindicações que contribuam para a melhora do Programa”. (ARAÚJO *et al.*, 2005) (Quadro 1).

As Políticas Públicas enquanto ações destinadas à garantia de direitos e à promoção da cidadania, sob responsabilidade do Estado, na atual conjuntura vivem um processo de reconfiguração frente às investidas neoliberais. Processos constitucionalmente firmados como o da descentralização da gestão das ações programáticas das Políticas Sociais, são descaracterizados e implementados de forma enviesada; e a gestão das ações dessas Políticas, deslocada para âmbitos de atuação que trabalham sobre a ótica imediatista da resolutividade das demandas sociais, ou seja, sem atingir a essência dos problemas que são estruturais.

Esse quadro não se difere da gestão das ações de Saúde. No município de João Pessoa/PB, que circunscreve a discussão deste estudo, os dados abalizam a prevalência da gestão municipal dos serviços de atenção à Saúde (87,4%), o que expressa o movimento de descentralização da realidade local, mas, impregnado pela marca da “prefeiturização”, identificada como localismo restrito ou sentido estrito da municipalização. Compreende-se a municipalização como processo descentralizador que abrange tanto a sociedade civil como as prefeituras municipais, o que não ocorre na prefeiturização, termo que designa a centralização das ações no âmbito da administração das prefeituras, eximindo a sociedade desse processo.

[...] se os processos de descentralização não forem bem dirigidos, os projetos sociais resultantes dessa estratégia podem cair nas mãos dos detentores tradicionais do poder local e virar objeto de troca em barganhas políticas e em práticas clientelistas, gerando o que se costuma chamar de “prefeiturização”. (MELLO, 2007)

O processo de descentralização da gestão das Políticas Sociais é reflexo da luta das organizações e movimentos sociais que participaram da construção da

Quadro 1 – Frequência de ocorrências da categoria identificação das Equipes de Saúde da Família de João Pessoa/PB de Janeiro a Dezembro de 2010.

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA							
Ano	Mês	População	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Estimativa da População coberta	Proporção de Cobertura da população estimada
2010	01	693.082	180	180	180	621.000	89,60
2010	02	693.082	180	180	180	621.000	89,60
2010	03	693.082	180	177	176	607.200	87,61
2010	04	693.082	180	180	180	621.000	89,60
2010	05	693.082	180	177	177	610.650	88,11
2010	06	693.082	180	179	179	617.550	89,10
2010	07	693.082	180	180	178	614.100	88,60
2010	08	693.082	180	180	180	621.000	89,60
2010	09	693.082	180	176	176	607.200	87,61
2010	10	702.235	180	176	175	603.750	85,98
2010	11	702.235	180	178	178	614.100	87,45
2010	12	702.235	180	180	180	621.000	88,43

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE

Constituição Federal de 1988, na qual se destacou o Movimento Sanitarista, que defendia a garantia dos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social (CORREIA, 2010).

No cotidiano da gestão social descentralizada nota-se que o poder assumido pela municipalidade conduz a sérios desvios de diversas ordens a partir do momento que as prefeituras tomam para si a responsabilidade de todas as ações da gestão, inclusive as de controle social, utilizando-as muitas vezes como mecanismo de cunho eleitoreiro.

Frente às dificuldades enfrentadas pela Política de Saúde no atendimento de suas demandas e aos questionamentos e críticas por parte dos gestores, técnicos e usuários que lutam nesse campo, atualmente vêm sendo apresentadas algumas alternativas às carências dessa Política. São algumas das propostas: a articulação dos três níveis de atenção (alta complexidade, média complexidade e atenção básica); e, a passagem do foco da gestão em torno do modelo da atenção voltada às condições agudas com vistas à cura para o modelo voltado às condições crônicas que vislumbra o cuidado e a prevenção implementados, principalmente, pelo âmbito de atenção básica. Ressalta-se que, segundo o Ministério da Saúde (2004), quando se refere à atenção à Saúde não se pode declarar um nível de atenção como mais relevante que outro, pois as ações devem visar à integralidade.

No município de João Pessoa/PB o percentual de organizações governamentais de Saúde na atenção básica é de 92,3%, o que não confirma que a gestão desse nível de atenção esteja sendo efetivado, pois, conforme se atestou nas análises realizadas por estudiosos dessa questão (OLIVEIRA, 2007, ARAÚJO, 2009, ALMEIDA, 2007), a cobertura não representa exatamente qualidade de serviços. Quando se remete às ações de alta e média complexidade, os resultados mostram um processo de minimização do Estado, no qual do total de unidades de atenção hospitalar (27 unidades), 40,74% encontram-se na rede privada e 14,81% nas instituições filantrópicas.

A discussão desses resultados revela a interface entre a influência do neoliberalismo que prega a diminuição da gestão do Estado no âmbito social e a maximização para o capital, e, o desmonte das Políticas e direitos sociais.

Na atual conjuntura de desmonte, a avaliação da gestão das Políticas Sociais, especificamente da Saúde, apresenta-se como alternativa propositiva de constru-

ção de conhecimento que visa o provimento de contribuições e análises conceituais em defesa da ampliação e garantia dos direitos.

CONCLUSÃO

Compreender o processo de construção das Políticas Sociais enquanto um instrumento de garantia de direitos e do bem estar-social implica o reconhecimento da vontade coletiva e das formas de resistência e de luta por condições estruturais e políticas na busca pela igualdade social e na defesa pela universalização do acesso aos serviços sociais públicos.

Com a retomada da democratização no Brasil, na década de 1980, principalmente, a partir da Assembleia Constituinte em 1987 e a promulgação da Constituição Federal de 1988, a sociedade passou a ter maior visibilidade para o debate sobre as desigualdades sociais e avanços foram alcançados no campo legal com a aprovação do capítulo da Seguridade Social. Entretanto, diante da ofensiva neoliberal, nos anos de 1990, o Estado brasileiro instaurou a gestão social público-privada, engendrada pela tendência de minimização das suas responsabilidades sociais.

A partir da incorporação do incentivo de mínimos sociais pelo Estado, analisa-se que as ações no campo da atenção à Saúde, conforme percebido através dos resultados desta pesquisa, se depara com a precarização do atendimento e da oferta de serviços. A gestão desses serviços restringe-se frente à centralização do poder local que também encontra barreiras para efetivação do Sistema Único de Saúde no que se refere à garantia da atenção integral aos indivíduos e em assegurar os princípios básicos do SUS.

Nesse sentido, entende-se que o controle social através da ação dos conselhos de saúde, mesmo com seus problemas estruturais e interferências políticas, deve ser mais presente na negociação e definição da Política Pública de Atenção à Saúde. Sobretudo, para assegurar o controle e a fiscalização da gestão das ações governamentais de Saúde e das parcerias existentes entre o público e o privado, inclusive, acompanhar os repasses de incentivos aos sistemas privados de Saúde.

Ademais, não é possível admitir que o Estado limite as ações na Saúde a uma lógica compensatória e de atendimento às necessidades mínimas humanas. Isso implica em um retrocesso ao movimento da Reforma Sanitária e às conquistas dos trabalhadores e usuários da Saúde, de um modo geral da população brasileira.

Aponta-se ainda para a importância de se *injetar novos investimentos em programas de formação permanente entre os trabalhadores e profissionais da Saúde. Para tanto, necessita-se* contar com uma maior força política de negociação, apoio e incentivo dos gestores públicos com a participação da sociedade civil de forma a acompanhar o processo de efetivação da gestão pública dos programas, ações e serviços em Saúde.

É nesse espaço de disputa, enquanto arena política de dois elementos contraditórios, governantes e governados, que coexistem no mesmo espaço, em que se gestam os pilares da Política Pública. Nesse contexto, é de extrema importância a percepção do sujeito de direito nos cenários da gestão, nos processos de participação

e deliberação que favorecem a ampliação dos direitos sociais na construção de uma cidadania que abarque, sobretudo, o direito da coletividade em detrimento aos direitos individuais.

Nesse entendimento, a avaliação da gestão social no campo da implementação da Política de Saúde tornar-se instrumento capaz de fortalecer as lutas políticas no comprometimento da garantia dos direitos, portanto, no banimento das Políticas Sociais de cunho privatista, seletista e focalista; e no campo da produção científica, no qual se insere este estudo, subentende o aprofundamento do debate crítico e das análises teóricas em torno dos modelos de gestão, ampliando-se a rede de conhecimento e produção em Saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA BLF. Avaliação dos Serviços de Saúde: o signo da precarização na visão dos técnicos executores. In: Anais do VII Encontro de Pesquisadores da Área da Saúde. 27 a 30.03.2007. São Paulo: PUCSP, 2007. p.1-20
- ARAÚJO MFS, BOLOMA NA, DIZ CC, FERREIRA CNC, LINS HÁ, MACIEL MCS *et al.*, O Programa de Saúde da Família (PSF) sob a ótica dos usuários nas comunidades Santa Clara e Alto do Céu em João Pessoa-PB. CAOS. n. 9, set.2005, p.1-15. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/caos/fatimaaraujo.pdf>> Acesso em 10/04/2011
- ARAÚJO MFS. Dossiê Sociologia da Saúde. CAOS. n. 14, set.2009, p.1-2. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/DOSSIÊ%20SAÚDE.pdf>> Acesso em 10/04/2011
- BAPTISTA TWF, FAUSTO MCR, CUNHAMS. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. *Physis*. Rio de Janeiro, 19(4): 1007-1028, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a06.pdf>> Acesso em 10/04/2011.
- BARDIN L. *Análise de Conteúdo*. 3.ed. Ed. Lisboa: Edições 70, 2006. 281p.
- BRASIL, Congresso Nacional. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília/DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 12/04/2011
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde*. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em 14/04/2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal*. Brasília: SAS/Departamento de Atenção Básica (DAB), 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em 10/04/2011
- BRASIL, Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: atenção à saúde*. 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/>> Acesso em: 14/04/2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Relatório Resumido da Execução Orçamentária. Demonstrativo da Receita de Impostos Líquida e das Despesas Próprias com Ações e Serviços Públicos de Saúde. Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social. Exercício de 2009*. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/>> Acesso em 14/04/2011.
- BRAVO MIS. Política de Saúde no Brasil. In: MOTAAE, BRAVO MIS, UCHÔAR, NOGUEIRAVL, MARSIGLIA RG, GOMES L, TEIXEIRA M. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2008. p.88-110
- CORREIA MVC. *A Saúde no Contexto da Crise Contemporânea do Capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira*. 2010. Disponível em: <<http://cafitoufmg.blogspot.com/2010/08/saude-no-contexto-da-crise.html>> Acesso em: 14/04/2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Resultados Parciais do Censo Demográfico de 2010*. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em 14/04/2011.
- MINAYO MCS, ASSIS SG, SOUZA ER, (Orgs). *Avaliação por Triangulação de Métodos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 243p.
- OLIVEIRA LP. *A Gestão da Política da Assistência Social nos Marcos da Municipalização: estratégias para o enfrentamento da pobreza ou a sua institucionalização*. (Dissertação de Mestrado) João Pessoa: UFPB/CCHLA/PPGSS, 2010. 232p.
- OLIVEIRA RP. Política Social de Saúde: as ações de atenção básica desenvolvidas pelo PSF no município de João Pessoa – PB. In: Anais do III Jornada Internacional de Políticas Públicas. 28 a 30 de agosto 2007. São Luís/MA: UFMA, 2007. p.1-10

17. RÉVILLION ASP. A Utilização de Pesquisas Exploratórias na Área de Marketing. *Rev. Interdisciplinar de Marketing*, 2(2): 21-37, 2003
18. ROTHBERG D. Por uma agenda de pesquisa em democracia eletrônica. *Opin. Publica*. 14(1): 149-172. 2008. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/op/v14n1/06.pdf>> Acesso em 10/04/2011
19. SILVA MVCP, MENDES EV. *Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2004. 80p.
20. SILVA E SILVA MO. *Avaliação de Políticas e Programas Sociais: teoria e prática*. 3. ed. São Paulo: Veras, 2010. 169p.
21. SIMÕES C. *Curso de Direito do Serviço Social*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010. 560p.

CORRESPONDÊNCIA

Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida
Av: Esperança, 1230 – Manaíra
58.038-281 - João Pessoa - Paraíba - Brasil

E-mails:

blfalmeida@uol.com.br
bernadete.almeida@pq.cnpq.br