

CAPACIDADE DE GESTÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM MUNICÍPIOS DA BAHIA, BRASIL

Silvone Santa Barbara da Silva Santos¹

Cristina Maria Meira de Melo²

Handerson Silva Sants³

Resumo

Trata-se de um recorte da tese de doutorado, com abordagem qualitativa, através de estudos de casos. Selecionou-se dois municípios. Participaram os gestores e trabalhadores da saúde e representante do Conselho Municipal de Saúde. Os dados foram coletados através da entrevista semi-estruturada e análise documental. A análise dos casos revela fragilidade na capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica nos dois municípios e que há expressiva variação na capacidade de gestão determinada em função das desigualdades sociais, econômicas, políticas e dos mecanismos de gestão adotados.

Palavras-Chave: Gestão, Descentralização, Vigilância Epidemiológica, Avaliação; Processo Decisório.

Resumen

Tratase de un recorte de la tesis doctoral de enfoque cualitativo desarrollado a través de estudios de caso con dos municipios. Los sujetos de la investigación fueron los administradores, los agentes de salud y representante del Ayuntamiento de Salud. En la recolecta de datos se utilizó entrevistas semiestructuradas y el análisis documental. Concluye que la capacidad de gestión de la Vigilancia Epidemiologica en los municipios estudiados es frágil y que existe variabilidad significativa quanto a la capacidad de gestión, determinada por las desigualdades sociales, economicas, politicas y por las medidas de gestión adoctadas.

Palabras clave: gestión, descentralización, vigilancia epidemiológica, evaluación, toma de decisiones.

¹ Doutora em enfermagem, professora da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil. Email: silvone.s@uefs.br

² Doutora em Saúde Pública, professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Brasil. Email: cmmelo@uol.com

³ Mestrando em enfermagem pela Escola de Enfermagem de Universidade Federal da Bahia. Professor substituto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Email: handerson_bahia@yahoo.com.br

Introdução

Trata-se de um recorte da tese de doutorado intitulada: Avaliação da capacidade de gestão descentralizada no estado de Bahia, que busca responder as seguintes perguntas: Qual é a capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica nos municípios baianos? Por que no estado da Bahia os municípios possuem graus diferenciados de capacidade de gestão da VE?

Tais questões remetem ao objetivo geral do estudo que é avaliar a capacidade de gestão descentralizada da VE nos municípios do estado da Bahia.

Para avaliar a capacidade de gestão, adota-se a concepção de governo de Matus^{1,2}, e retraduzida por Guimarães et al³ quando afirmam que a capacidade de gestão é revelada através de três dimensões:

Dimensão organizacional (capacidade de decidir), aferida através da participação dos diferentes atores no processo decisório;

Dimensão operacional (capacidade de executar), avaliada através da capacidade dos gestores de mobilizar e manter recursos técnicos, administrativos, financeiros e estratégicos;

Dimensão da sustentabilidade (capacidade de sustentar resultados), verificada através da institucionalização de mecanismos de gestão que sustentem os resultados e da avaliação dos seus efeitos.

Concordando com as idéias dos referidos autores, para este estudo foi elaborada uma concepção de capacidade de gestão, a qual se refere ao potencial que tem um ator em operar os recursos existentes e ou adquirir novos recursos (normativos, técnicos, materiais, políticos, relacionais e de informação) bem como, a capacidade que tem esse mesmo ator para mobilizar os recursos oriundos da posição que ocupa de modo a controlar, negociar e articular com outros atores no processo de tomada de decisão. Assim, a capacidade de gestão refere-se ao exercício do poder e a sua legitimidade.

Este estudo revela-se como inédito e entende-se que o mesmo poderá contribuir para que a vigilância epidemiológica seja compreendida como área estratégica para a consolidação do modelo de atenção à saúde projetado pelo

SUS, e inserida num contexto político e de gestão específico.

Metodologia

Para o estudo de caso foram selecionados dois municípios: um cuja linha de base avaliativa apontou uma melhor capacidade de gestão da VE (município 1); outro cuja linha de base avaliativa apontou um resultado menos favorável na capacidade de gestão da VE (município 2). Destaca-se que aqui não serão apresentados os resultados da linha de base por não ser esse o objetivo deste trabalho.

Foram selecionados os gestores da secretaria municipal da Saúde: gestor máximo, coordenador de VE e coordenador da atenção básica; trabalhador da vigilância epidemiológica do âmbito central da SMS; trabalhador da unidade básica de saúde e representante dos usuários no conselho municipal de saúde. Foram entrevistados 11 sujeitos, pois em um município a coordenadora da VE acumulava a função de coordenadora da atenção básica. Utilizou-se de entrevista semi-estruturada a qual se constitui numa importante estratégia de pesquisa para aprofundar o fenômeno estudado.

Também foram analisados dados secundários complementares tais como: indicadores de avaliação da Programação da Atenção da Vigilância em Saúde (PAVS); resolução e portarias; o Diário Oficial do estado da Bahia no período de 1999 a 2001 e ata de reunião da Comissão Intergestora Bipartite para a análise do contexto. Para o estudo de caso foram analisados o Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão Municipal, dados do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis.

Na análise das entrevistas utilizou-se de mapas de associações de idéias, conforme apresentado no exemplo abaixo, que se inicia pela definição das categorias gerais, de natureza temática. Após esta definição, organizam-se os conteúdos a partir dessas categorias, procurando preservar as sequências das falas; o diálogo foi mantido intacto, sem fragmentação, sendo apenas deslocado para as colunas previamente definidas em função dos objetivos desta pesquisa⁴.

Quadro 1 . Mapa de associação de idéias : habilidades e competências do gestor

Habilidades e competência do gestor			
Gestor máximo	Gestor da VE	Gestor da Atenção Básica	Trabalhador da Unidade Saúde da Família
<p>Não sou uma tecnocrata em saúde e sim, sou especialista sim, em gestão em saúde...</p> <p>É uma gestão muito bem preparada tecnicamente, nós temos um corpo técnico muito bom além de serem especialistas ele tem outro lado da questão que é a motivação e vontade real do trabalho</p>	<p>Eu não tenho experiência em gestão em outros municípios, é o primeiro que eu estou atuando na gestão, mas, assim ... quando a gente sai que tem contato com outros gestores a gente vê que aqui a gente tem uma facilidade para essa gestão.</p> <p>Logo que eu iniciei a VE eu não tinha muito conhecimento essa é uma coisa que a gente vai buscando no dia a dia</p>	<p>Eu acho que vai muito do perfil do profissional que conduz a vigilância. Ele tem que entrar na vigilância com um propósito, que é desenvolver tudo que é proposto das atividades da vigilância epidemiológica. Ter muito boa vontade de trabalho, ser muito bem relacionado com as equipes e com os diversos setores da comunidade, da sociedade daquele município que ele está representando, senão não tem eficiência alguma.</p>	<p>Ela (se refere a gestora da VE) recebe muito bem. A resposta é rápida quando a gente precisa de algum encaminhamento. A gente faz encaminhamento de paciente com HIV eles resolvem bem rápido e dão uma resposta bem ágil para que a gente possa ajudar o cliente.</p> <p>Então não temos grandes problemas em relação à coordenadora de vigilância, nem a auxiliar dela, que na falta dela, também consegue resolver as nossas questões.</p>

Respeitados os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos, segundo Resolução do Brasil 196/96, assegurando o anonimato dos sujeitos e dos municípios participantes da pesquisa.

Resultados

A despeito das diferenças e semelhanças, observa-se que a avaliação da dimensão organizacional não atingiu um grau avançado em nenhum dos dois municípios analisados, muito embora o município 1 apresente uma melhor situação, ratificando em parte os resultados apresentados na linha de base avaliativa, na medida em que o município 1 apresenta uma situação regular e o

município 2 um situação ruim no que se refere a estrutura do processo decisório.

Percebe-se nos dois municípios uma preocupação central dos gestores em desenvolver os programas instituídos pelo governo federal e estadual ao invés de buscar inovações nas políticas de saúde, de modo a atender as especificidades locais.

Considerando que a dimensão organizacional da VE revela a capacidade de decidir de forma autônoma, participativa e transparente, os resultados encontrados apontam para situações de constrangimentos nos dois municípios, muito mais acentuada no município 2.

No que diz respeito a dimensão operacional, ao analisar o número de unidades de saúde cadastradas e os profissionais existentes nos dois municípios, observa-se o quanto é desigual a distribuição dos recursos: ao passo que o município 1 conta com 22 unidades e 383 trabalhadores, no município 2 possui 19 unidades e 131 trabalhadores. Significa dizer que enquanto o município 1 possui uma média de 17 profissionais por unidade, o município 2 possui apenas 7. Analisando-se os indicadores relativos ao PIB, IDH e IDI, nota-se que o município 1 apresenta uma condição econômica e social melhor do que o município 2, o que certamente contribui para a manutenção e ampliação de recursos.

Merece destaque a fala do gestor da VE do município 1, que também foi mencionada em outros momentos pelo gestor da atenção básica e pelo gestor máximo, que por ser um município pequeno existe uma facilidade maior para desenvolver a gestão. Possivelmente o que facilita a gestão não é o fato de ser um município de pequeno porte, pois o município 2 também o é. Pensa-se que como o município 1 possui um maior aporte financeiro, possui uma maior condição de mobilizar e ampliar os recursos de modo a conferir uma melhor capacidade de gestão. Isto permite afirmar que existe uma correlação entre a capacidade de gestão e o porte econômico do município que por sua vez explica melhor o perfil do gestor dado que pode manter profissionais com maior qualificação e em maior número.

Quando avaliada a capacidade técnica no que se refere aos indicadores pactuados, observa-se um desempenho positivo no município 1 e

regular no município 2, muito embora não se observe nenhuma iniciativa municipal, além do que é determinado pelo ministério da Saúde.

Notadamente é na dimensão operacional que os municípios apresentaram resultados semelhantes na linha de base avaliativa. Nos estudos de casos, no entanto, observa-se que o município 1 apresenta uma condição mais favorável do que o município 2 em executar o decidido.

No que diz respeito a dimensão da sustentabilidade é revelado, através dos discursos dos entrevistados, que o município 1 encontra-se em melhor situação do que o município 2 no que se refere a capacidade de sustentar os resultados de gestão no médio e longo prazo.

Observa-se algumas tentativas e esforços na construção de alianças e parcerias. No entanto, nos dois municípios é perceptível a reduzida capacidade de articulação intersetorial, em particular no município 2.

No que tange aos recursos financeiros, observa-se que o município com melhor capacidade de gestão da VE é aquele com maior aporte de recurso financeiro, que é proporcional a capacidade de manter e ampliar outros recursos.

Em que pese o fato do município 1 apresentar para análise dados de 2009 e o município 2 dados de 2007, isto não impede algumas reflexões. O município 1 apresenta um percentual de receita própria destinado para a saúde de 22,3%, e o município 2 um percentual de 23,2%. Analisando-se esse dado isoladamente, pode-se afirmar que os municípios destinam um percentual de receita própria adequada aos requisitos da Emenda Constitucional 29. Mas, quando se compara a receita do município 1 com o município 2, as diferenças começam a aparecer, uma vez que o valor da receita do município 1 é sete vezes maior do que o município 2, logo o total de recursos próprios destinados por habitante é também muito superior. Portanto, o total de despesa por habitante no município 1 é cinco vezes maior do que o total de despesa gasto por habitante no município 2.

As evidências apontam que a sistemática de financiamento federal, apesar de igualar valores per capita, com distribuição de recursos através dos blocos de financiamento para a atenção básica; média e alta complexidade da assistência; vigilância em saúde; assistência farmacêutica e gestão, não leva em conta as desigualdades inter-regionais, em particular, relacionadas as

necessidades de saúde da população e a capacidade econômico-financeira. Os dois casos estudados revelam que ainda que tenham porte populacional semelhante, o município 1 possui uma maior capacidade de gasto do que o município 2, o que, somado a uma maior autonomia no processo decisório, lhe confere uma melhor capacidade de gestão da VE .

Considerações finais

A análise dos dois casos revela fragilidade na capacidade de gestão da VE. Ainda que o município 1 se apresente numa condição mais avançada do que o município 2 não se observa equilíbrio entre as dimensões avaliadas.

Houve convergência dos resultados quanto à participação diminuta dos gestores da VE no processo decisório da VE em cada município, visto que limitam-se a operacionalizar os programas instituídos pelas outras esferas de governo. Da mesma forma, o processo decisório no interior do SUS municipal não é horizontal, dado que a participação do CMS nas decisões relacionadas a gestão da VE é pouco efetiva e os trabalhadores da saúde limitam-se a repassar as suas demandas para os níveis hierárquicos superiores. A pesquisa revelou que não é institucionalizada a participação do CMS na elaboração de planos e projetos para a VE, o que sinaliza que o processo de descentralização da VE assume uma dimensão mais técnica que política, distanciando-se da concepção de descentralização assumida neste estudo.

Chamam atenção os aspectos que foram incipientes nos dois municípios como o planejamento e avaliação. Tanto no município 1 como no município 2, os planos municipais de saúde não foram destacados como instrumento de gestão, se constituindo em um instrumento normativo para cumprimento de um requisito estabelecido pelo ministério da Saúde. Da mesma forma, o relatório de gestão e a programação operativa anual, também instrumentos implantados por iniciativa do ministério da Saúde para subsidiar a avaliação das ações propostas no Plano Municipal da Saúde, não são elaborados com esse fim, em particular no município 2, onde a avaliação dos indicadores de saúde e do financiamento foi elaborada com uma defasagem de dois anos. Ficou evidenciada a reduzida capacidade dos municípios para

avaliar os dados gerados nos sistemas de informações de modo a produzir informes epidemiológicos e boletins sobre o estado de saúde da população, não somente para auxiliar no processo de tomada de decisão, como também, para socializar a informação entre a população.

As maiores diferenças na avaliação recaem no aporte de recursos operacionais, pois o município 1 apresenta uma condição favorável, tanto relacionado a quantidade como à qualificação dos trabalhadores da saúde, além de um aporte financeiro superior ao município 2, o que pode contribuir para um melhor desempenho da gestão da VE.

A sustentabilidade no município 1, ainda que não esteja num grau avançado, é conferida em parte pela autonomia da secretaria municipal da Saúde em relação à utilização e disponibilidade de recursos financeiros para desenvolver as ações da VE. Em contrapartida, no extremo oposto, no município 2 o secretário municipal da Saúde não tem a mesma autonomia, visto que as deliberações quanto ao gasto com os recursos são controlados pelo prefeito, além de enfrentar uma escassez de recursos para desenvolver as ações que estão sob a sua responsabilidade. Por sua vez, o repasse de recursos realizados pela esfera nacional e estadual não leva em conta as desigualdades inter-regionais, tanto no que se refere ao estado de saúde da população como em relação à rede de serviços existentes nos municípios. Assim, foram descentralizadas as responsabilidades quanto as atribuições de VE para os municípios de forma homogênea, sem levar em conta tais diferenças, o que foi muito bem evidenciado nos dois estudos de caso.

Observou-se, assim como apontado por Melo e outros⁵, que o grau diferenciado de poder e de recursos, a autonomia relativa dos municípios e a superposição de competências fazem com que a descentralização da VE não seja promotora de um processo de gestão pactuada e compartilhada. Na direção das reflexões dos referidos autores, a dependência de recursos financeiros e a falta de autonomia dos municípios em relação à esfera estadual e federal, evidenciada neste estudo, não é apenas um problema de arranjo institucional ou de redefinição de competências, uma vez que existem outras razões que explicam a ausência de poder local, dado que os municípios são criados muito mais para demarcação territorial de poder eleitoral de grupos políticos do que como resultado de um processo político social local.

Nos estudos de caso, foram reveladas fragilidades nas três dimensões da gestão: organizacional, operacional e na dimensão da sustentabilidade. No entanto, a dimensão operacional, a qual obteve uma melhor avaliação, poderá ficar comprometida no longo prazo, pois se observa constrangimentos no processo decisório; limitações na formação de alianças e parcerias e no estabelecimento de canais de escuta que permitam a identificação das necessidades de saúde da população local.

Ao relacionar os achados obtidos nas dimensões da gestão com o princípio da descentralização, constata-se que ocorre uma desconcentração das atividades, visto que é repassada por outras esferas de governo a execução das ações de VE sem o correspondente compartilhamento de poder decisório para os municípios. Isso significa dizer que a definição de atribuições, de recursos e de autonomia para o âmbito municipal é credenciada pelo poder central.

Referências bibliográficas

1. Matus C. Adeus senhor presidente: planejamento, antiplanejamento e governo. Trad: Cunha Filho, FAC. Recife: Litteris, 1989. p. 204.
2. Matus, C. Política, planejamento e governo. v.1, Brasília: IPEA, 1993, p. 292.
3. Guimarães MCL. *et al.* Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais : uma proposta metodológica. Escola de Administração. Núcleo de pós graduação em administração. Universidade Federal da Bahia , Salvador, 2002.
- 4 Spink MJP; Lima H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: Spink MJP (org). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999. p.93-122.
- 5 Melo CMM. *et al.* Avaliação da capacidade de gestão terceirizada de unidades de saúde do SUS municipal. Relatório técnico final. Grupo de pesquisa Gerir. Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.