



**UNILAB**

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL  
DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**LEILA ROSA DOS SANTOS**

**ANÁLISE DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE 2018-2021 E O PAPEL DO  
SISTEMA DE REGULAÇÃO DO SUS NA CIDADE DO SALVADOR-BA**

**SÃO FRANCISCO DO CONDE**

**2021**

**LEILA ROSA DOS SANTOS**

**ANÁLISE DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE 2018-2021 E O PAPEL DO  
SISTEMA DE REGULAÇÃO DO SUS NA CIDADE DO SALVADOR-BA**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Administração Pública na modalidade a distância, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ailana Linhares de Souza Medeiros.

**SÃO FRANCISCO DO CONDE**

**2021**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Sistema de Bibliotecas da Unilab  
Catalogação de Publicação na Fonte

S236a

Santos, Leila Rosa dos.

Análise do Plano Municipal de Saúde de 2018-2021 e o papel do sistema de regulação do SUS na cidade do Salvador-BA / Leila Rosa dos Santos. - 2021. 63 f. : il. mapas, color.

Monografia (graduação) - Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2021.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Ailana Linhares de Sousa Medeiros.

1. Assistência hospitalar - Salvador (BA). I. Salvador (BA). Secretaria Municipal de Saúde - Estudos de caso. II. Sistema Único de Saúde (Brasil). III. Título.

BA/UF/BSCM

CDD 362.1098142

**LEILA ROSA DOS SANTOS**

**ANÁLISE DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE 2018-2021 E O PAPEL DO  
SISTEMA DE REGULAÇÃO DO SUS NA CIDADE DO SALVADOR-BA**

Monografia julgada e aprovada para obtenção do título de Bacharelado em Administração Pública, pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Data: 12/06/2021.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ailana Linhares de Sousa Medeiros (Orientadora)**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Artemis Pessoa Guimarães**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

**Prof.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Aurineide Filgueira de Andrade**

Centro Universitário Estácio do Ceará (Estácio)

## **AGRADECIMENTOS**

Sou grata a Deus acima de tudo. Sua luz me indicou o caminho para o sucesso.

Sou grato aos meus pais ANTONIO CARLOS e VERA LUCIA pela minha existência.

Agradeço a meu esposo CLAUDIO e a meu filho JOÃO PEDRO pelo incentivo.

Agradeço a minha orientadora AILANA LINHARES pelas valiosas contribuições dadas durante todo o processo.

Agradeço a todos os meus colegas de curso, pela oportunidade do convívio e pela cooperação mútua durante esses anos.

Sou grata a todo corpo docente da Universidade UNILAB que sempre transmitiram seu conhecimento com muito profissionalismo.

## RESUMO

O presente trabalho tem por finalidade analisar o plano municipal de saúde de 2018-2021 e o papel do sistema de regulação do SUS na cidade do Salvador-BA, pois o SUS está caracterizado como uma política pública representada pelo conjunto dos três poderes (Nacional, Estadual e Municipal) que afeta diretamente os cidadãos brasileiros. Tal política pertence ao tripé da Constituição Federal de 1988 formada por Saúde, Previdência e Assistência Social. A pesquisa foi fundamentada a partir da seleção de alguns gráficos e dados referentes ao Plano Municipal de Saúde de 2018-2021 que visa o processo de implementação das políticas públicas voltadas para o atendimento e financiamento da saúde pública no município de Salvador. A metodologia utilizada foi a pesquisa documental, com a leitura do Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021. Vale dizer que apesar dos avanços na forma de operacionalização da regulação assistencial, o processo de regulação em saúde ocorre ainda de forma bastante rudimentar, requerendo aprimoramento em diversos aspectos.

**Palavras-chave:** Assistência hospitalar - Salvador (BA). Salvador (BA). Secretaria Municipal de Saúde - Estudos de caso. Sistema Único de Saúde (Brasil).

## **ABSTRACT**

This paper aims to analyze the 2018-2021 municipal health plan and the role of the SUS regulatory system in the city of Salvador-BA, as SUS is characterized as a public policy represented by the set of three powers (National, State and Municipal) that directly affects Brazilian citizens. Such policy belongs to the tripod of the Federal Constitution of 1988 formed by Health, Welfare and Social Assistance. The research was based on the selection of some graphs and data referring to the Municipal Health Plan of 2018-2021 which aims at the process of implementing public policies aimed at public health care and financing in the municipality of Salvador. The methodology used was the documentary research, with the reading of the Municipal Health Plan of Salvador 2018-2021. It is worth mentioning that despite the advances in the operationalization of assistance regulation, the health regulation process still occurs in a very rudimentary way, requiring improvement in several aspects.

**Key-words:** Hospital assistance - Salvador (BA). Salvador (BA). Municipal Health Department - Case studies. Unified Health System (Brazil).

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Proporção de óbitos por grupos de causas. Estado da Bahia, 2003-2017	27
<b>Tabela 2</b>	Membros da Secretaria Municipal da Saúde	29
<b>Tabela 3</b>	Adesão de Equipes de Saúde/Escolas ao Programa de Saúde na Escola. Salvador-BA, 2008-2017	37
<b>Tabela 4</b>	Percentual de escolas cobertas pelas ações do PSE, Salvador-BA, 2016	39
<b>Tabela 5</b>	Distribuição dos Equipamentos Hospitalares/Maternidades, segundo critério de classificação de risco do pré-natal. Salvador-BA, 2015	41
<b>Tabela 6</b>	Número de óbitos por capítulos CID 10, Salvador- BA, 2005 a 2015	44
<b>Tabela 7</b>	Distribuição dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde por Distrito Sanitário e Tipo de Prestador, Salvador-BA, 2017	48



## LISTA DE DEMAIS ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b>	Esquema metodológico da revisão sistemática	15
<b>Figura 2</b>	Distritos Sanitários do Município de Salvador-BA	26
<b>Gráfico 1</b>	Percentual da receita do tesouro municipal aplicada em ações e serviços públicos de saúde. Salvador-BA, 2005-2015	32
<b>Gráfico 2</b>	Receitas SUS por Bloco de Financiamento. Salvador-BA, 2007-2015	33
<b>Gráfico 3</b>	Cobertura da Atenção Primária a Saúde. Salvador-BA, 2012-2017	36
<b>Gráfico 4</b>	Taxa de mortalidade bruta no Brasil e em Salvador-BA, 2005-2015	43
<b>Gráfico 5</b>	Taxa de mortalidade pelos principais grupos de causas, Salvador-BA, 2005-2015	45
<b>Gráfico 6</b>	Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS por tipo de prestador, Salvador-BA, 2017	47

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>COLETA DE DADOS</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>22</b>
<b>6</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)</b>	<b>24</b>
6.1	SISTEMA DE REGULAÇÃO DO SUS	24
<b>7</b>	<b>DADOS DO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA</b>	<b>26</b>
<b>8</b>	<b>REGULAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL</b>	<b>29</b>
<b>9</b>	<b>PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	<b>31</b>
9.1	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	34
9.1.1	Programa Saúde na Escola – PSE	37
9.1.2	Saúde da Mulher	39
9.1.3	Taxa de natalidade	42
9.1.4	Número de óbitos	43
9.1.5	Redes de Serviços de Saúde	46
<b>10</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>54</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>56</b>
	<b>APÊNDICE</b>	<b>59</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro é composto por um grande setor público, o Sistema Único de Saúde (SUS), que atende 75% da população, e um setor privado em expansão, que inclui o Sistema de Assistência Médica Suplementar e o que poderíamos chamar de um sistema de desembolso direto, que cobre os 25% restantes (FELICIELLO, VILLALBA, 2016).

O SUS atende de forma descentralizada por meio de suas redes de clínicas, hospitais e demais unidades Federais, Estaduais e Municipais, bem como em estabelecimentos privados. Com apoio técnico e financeiro das esferas Estadual e Federal, cabe a cada município o atendimento à sua população ou o encaminhamento dos usuários a outros municípios. Existem outros órgãos públicos prestadores de serviços de saúde: hospitais universitários e unidades do Ministério da Educação e das Forças Armadas. O SUS é responsável pela coordenação do setor público e pela regulação do setor privado, com as entidades que por ventura estabelece convênios ou contratos mediante pagamento por serviço.

O setor privado complementa a assistência dos serviços públicos. É um sistema de seguros que inclui medicina de grupo com planos de saúde para empresas e famílias, cooperativas médicas, planos auto-administrados ou sistemas de seguros empresariais e planos privados individuais. O subsistema de desembolso direto é composto por consultórios, hospitais, clínicas e laboratórios privados não vinculados ao SUS, embora regulamentados pelas autoridades de saúde, e utilizados predominantemente pela população de maior renda (TORRES, 2007).

A Constituição Federal de 1988 postula o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e responsabiliza o Estado pela prestação dos serviços. O setor público é responsável pelos serviços públicos de saúde relacionados à vigilância epidemiológica e sanitária, bem como ao controle das doenças transmissíveis. Também oferece atendimento a 75% da população. Parte da população coberta por planos e seguros privados também faz uso de serviços públicos para ações de prevenção e tratamentos complexos e / ou onerosos.

Os hospitais universitários também fazem parte do SUS e contam com recursos desse sistema e do Ministério da Educação. Os serviços de saúde das Forças Armadas oferecem atendimento médico a militares da ativa, aposentados e seus familiares. As empresas privadas podem participar deste sistema de forma

complementar. Na lógica do SUS, os convênios e a contratação de serviços a terceiros seguem os mesmos princípios e normas do serviço público.

O SUS, sob a coordenação do Ministério da Saúde (MS), elabora uma política de regulação que abrange, para fins de regulação, fiscalização e controle, toda a produção de bens e serviços do setor saúde.

No processo de descentralização o Sistema de Regulação do Sistema Único de Saúde assume um papel fundamental nesta área sendo dividido em 03 níveis de atuação são eles: a regulação sobre sistemas de saúde, a regulação da atenção à saúde e pôr fim a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, onde o Estado é o principal agente Regulador.

Nesse sentido, o papel da regulação no SUS se faz presente por meio da utilização do processo regulatório como instrumento de gestão, onde este atua como um forte equalizador social do sistema de saúde no sentido de reduzir a desigualdade entre os indivíduos públicos e privado. Além disso, atenua a relação necessidade, demanda e oferta, tornando-a coerente, compatível e sem grandes distorções.

O sistema regulatório é um instrumento de gestão que se torna um forte equalizador social do SUS para compensar a desigualdade entre os entes públicos e privados, além de diminuir a relação demanda e oferta, tornando-a razoável, compatível e buscando diminuir as distorções.

Uma das principais funções dos Sistemas de Regulação do SUS é a definição de normas, monitoramento, fiscalização, controle e avaliação dos serviços de saúde. Tais funções são comumente desempenhadas por diferentes órgãos reguladores, em âmbito nacional ou regional, incluindo o Ministério da Saúde e as agências reguladoras (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

O acesso ao SUS é universal, mas exige a entrada regulamentada dos pacientes em sua rede de atendimento. As portas do sistema e a integridade do atendimento são regidas por regulamentos técnicos, protocolos de conduta, recursos financeiros e planejamento epidemiológico, para todos aqueles que desejam acessá-los. O Poder Público regula o nível de integração científica e técnica do atendimento.

A entrada no sistema deve ser preferencialmente na atenção básica e encaminhado, se necessário, para outros serviços de saúde mais complexos; São realizadas quando o administrador local não dispõe do atendimento de que o usuário necessita, sendo encaminhado para outro local que ofereça o atendimento necessário. Este processo é pactuado entre os Municípios.

Sob esta ótica, a pesquisa foi embasada no seguinte problema: Qual o panorama do Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021? Portanto, a presente pesquisa tem como objetivo geral analisar os dados extraídos do Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021, que visa elaborar as práticas de planejamento na implementação de políticas voltadas para o atendimento e financiamento da saúde pública na cidade do Salvador.

Tendo como objetivos específicos entender o panorama da rede do sistema regulatório do SUS na cidade do Salvador, a partir da análise de alguns dados e gráficos relacionados à rede de Regulação de atenção a saúde, analisar a regulação de saúde do município e se tem atendido as expectativas anunciadas. Analisar se a regulação de saúde do SUS do município tem atendido minimamente bem a população de Salvador.

As motivações que justificam a referida pesquisa são de natureza social, acadêmica, profissional e pessoal, pois, nota-se que o acesso dos usuários aos serviços do SUS são precários, de modo que a saúde é um grave problema de calamidade pública que pode ser percebida em todo o território brasileiro.

Para a construção deste estudo, inicialmente buscou-se aprofundar no estudo da temática e responder a essa pesquisa utilizando algumas técnicas de levantamentos de dados tais como: a técnica de análise de conteúdo tendo os documentos extraídos de fontes secundárias, aqui caracterizados como Relatório Anual de Gestão da SESAB 2018-2021 de Salvador – Bahia.

Este trabalho está organizado em nove seções, iniciando com a introdução seguido da metodologia aplicada para a obtenção e análise dos dados, e após demonstrou-se como se procedeu a coleta de dados e o referencial teórico interpretação desses dados foi apresentado os resultados e discussões, a contextualização do sistema único de saúde, do sistema de regulação do sus e os dados do município de Salvador-BA, resultados e discussões, contextualização do sistema único de saúde, sistema de regulação do sus, dados do município de Salvador-BA, a regulação do sistema único de saúde municipal, o plano municipal de saúde, com a apresentação e a regulação do sistema único de saúde municipal, o plano municipal de saúde com a apresentação e análise dos dados. E por fim considerações finais e referências.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, aliada a pesquisa, documental, com a leitura do Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021. É uma pesquisa de caráter descritivo e com abordagem qualitativa, isto é, a partir do material levantado, busca-se um melhor entendimento do objeto estudado.

A pesquisa qualitativa se preocupa com uma realidade que não pode ser quantificada. Ela trabalha com o subjetivo dos sujeitos (crenças, valores, atitudes, etc.). Esta abordagem também pode trabalhar com dados, porém o tratamento não deve envolver estatística avançada. A pesquisa quantitativa é aquela que tem como suporte medidas e cálculos mensurativos. A abordagem qualitativa busca a compreensão e a quantitativa a explicação. (SILVA, 2010).

Ruiz (2009, p. 57), afirma que:

Qualquer espécie de pesquisa, em qualquer área, supõe e exige uma pesquisa bibliográfica prévia, quer para o levantamento do estado da arte do tema, quer para a fundamentação teórica ou ainda para justificar os limites e contribuições da própria pesquisa.

As técnicas adotadas para a realização desta pesquisa foram a realização de uma análise documental do Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021. Através desta metodologia torna-se possível fazer um levantamento do sistema regulatório do SUS na cidade do Salvador para garantir à segurança e o acesso à saúde.

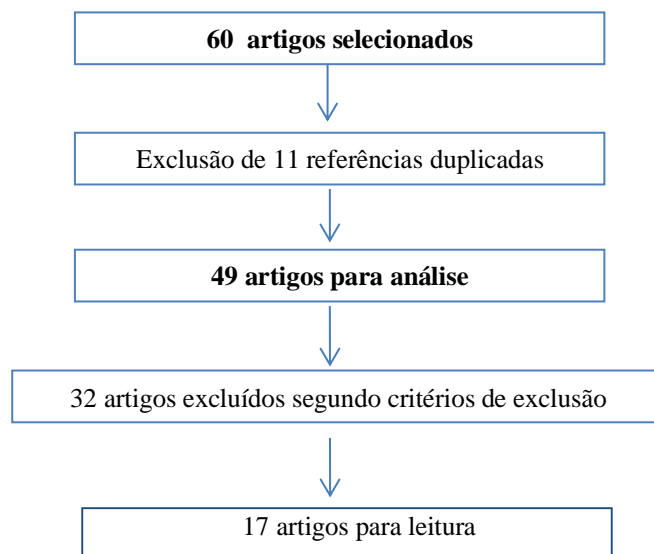
Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: textos publicados na literatura nacional, cujo foco tenha sido o sistema regulatório do SUS, publicados entre os anos de 2010 a 2020, escritos em português e disponíveis integralmente nas bases de dados da Internet. Ainda seguindo essa linha de raciocínio, investiu-se no estudo analítico descritivo documental onde fosse permitida uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam na forma pela qual se percebe o fenômeno analisado (GIL, 2010).

Foram pesquisados e incluídos artigos nos idiomas em português com ênfase nas bases de dados eletrônicas *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura em Ciências da Saúde (LILACS), artigos gratuitos pela acessibilidade, manuais do

Ministério da Saúde e da OMS utilizando os seguintes descritores: “Sistema Único de Saúde, Regulação, usuários do sistema de saúde”. Artigos de periódicos publicados em português, resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 2010 a 2020.

Na segunda etapa, realizou-se a pesquisa por meio desses descritores nas bases de dados, refinando a busca para o período determinado anteriormente.

**Figura 1** - Esquema metodológico da revisão sistemática



Fonte: Própria pesquisa, 2021.

A pesquisa foi estruturada em duas etapas: 1) identificaram-se os descritores controlados, selecionando aqueles textos considerados pertinentes para estudar sobre o sistema regulatório do SUS na cidade do Salvador. Os dados apontam para uma produção incipiente no Brasil na realização de pesquisas que tenham por objetivo abordar o sistema de regulação do SUS. O número limitado de estudos achados contém alta diversidade, especialmente quando se trata da metodologia empregada em relação ao estudo sobre o sistema regulatório do SUS. Da amostra inicial foram obtidos 40 artigos, desses 21 artigos atingiam os princípios de inclusão.

### 3 COLETA DE DADOS

A perspectiva de análise dos estudos encontrados foi sistematizada seguindo as etapas da pesquisa bibliográfica, contemplando: o levantamento bibliográfico preliminar; a leitura exploratória dos estudos, verificando a viabilidade dos estudos encontrados para a revisão literária; a leitura seletiva, analisando de maneira específica, a pertinência dos estudos; a leitura analítica, a leitura interpretativa articulando-se os conhecimentos versados em todos os estudos analisados; e a elaboração do texto final que sintetiza os resultados da pesquisa literária. O instrumento de pesquisa permitiu coletar dados sobre o sistema regulatório do SUS na cidade do Salvador. Para que as decisões sejam mais fundamentadas, é necessário conhecer a literatura sobre o sistema regulatório do SUS.

Os dados apontam para uma produção incipiente no Brasil na realização de pesquisas que tenham por objetivo abordar o sistema de regulação do SUS. O número limitado de estudos achados contém alta diversidade, especialmente quando se trata da metodologia empregada em relação ao estudo sobre o sistema regulatório do SUS.

Uma das principais funções dos Sistemas de Regulação do SUS é a definição de normas, monitoramento, fiscalização, controle e avaliação dos serviços de saúde. Tais funções são comumente desempenhadas por diferentes órgãos reguladores, em âmbito nacional ou regional, incluindo o Ministério da Saúde e as agências reguladoras (TORRES, 2019; CARVALHO, 2019).

Os principais sujeitos dos sistemas de regulação do SUS podem ser representados pelos gestores municipais e, de forma complementar, pelos gestores estaduais e pelo gestor federal (LIMA, 2018; TORRES, 2019). Conforme os autores, suas principais funções são as ações de contratação, de controle, de regulação do acesso à assistência, de avaliação da atenção à saúde e de auditoria.



## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico deste artigo está estruturado em três tópicos, a saber: direito à proteção da saúde; prestação de serviços de qualidade; sistema regulatório.

O direito constitucional à proteção da saúde é a noção básica para qualquer construção legal sobre os sistemas de saúde e sua regulamentação pelas Administrações Públicas competentes. Não se pode compreender, nem mesmo em cotas mínimas de execução, sem antes se assumir o conteúdo deste direito e a devida proteção que o Estado deve fazer sobre ele. Para Batista, et, (2019, p. 2044) “Regulação traz no seu conceito ideias fundamentais de controle (ajustamento e regramento), equilíbrio (correção e conservação), adaptação (interação e transformação) e direção (negociação e comando)”.

Aspecto que se destaca, e que raramente é incluído na descrição do sistema regulatório de saúde, refere-se à prestação de serviços de saúde coletiva ou de saúde pública, que são aquelas atividades que visam criar as condições para que as pessoas possam se manter saudáveis, melhorar a sua saúde e bem-estar, ou prevenir a deterioração da sua saúde.

Feliciello e Villalba (2016, p. 15):

Assim, a regulação em saúde envolve um conjunto de sujeitos sociais como órgãos do Estado, segmentos do complexo produtivo da saúde, associações profissionais, usuários organizados, entidades de defesa do consumidor, entre outros. Ou seja, a regulação em saúde para que seja efetiva deve não só focar as relações econômicas e de mercado, mas também as políticas setoriais formuladas e implementadas, as formas de financiamento, a organização de serviços de saúde, a organização e oferta de práticas profissionais, o desenvolvimento científico e tecnológico, a inovação, e o acesso aos serviços.

Desse modo, um bom sistema de saúde seria aquele que preste serviços de qualidade, que atenda às necessidades da população, proteja o risco da doença e que, ao mesmo tempo, proporcione um tratamento digno aos usuários. Muitas vezes é difícil equilibrar os três objetivos; Por exemplo, em Salvador há críticas contínuas e baixa avaliação do sistema devido à má qualidade do tratamento, situação que não condiz com os bons resultados apresentados nos indicadores de saúde da população.

Vilarins, Shimizui, Gutierrez (2012, p. 642):

Desta forma, a regulação, por meio dos órgãos reguladores, pode identificar as perturbações geradas pelo sistema, além de analisar e tratar as informações relativas a um estado de desequilíbrio, e transmitir um conjunto de ordens coerentes a um ou vários dos seus órgãos executores.

Melhorar a saúde é essencial para o sistema de saúde. Os profissionais de saúde acreditam que o sistema atua como um poderoso determinante da saúde que pode promover melhorias na saúde coletiva; não só melhorando as médias, mas também reduzindo ou mitigando as diferentes consequências das desigualdades sociais.

Carvalho (2019, p. 122) afirma que:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, bem como o artigo 196 da nossa Carta Magna prevê que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

São inúmeros os exemplos da contribuição do sistema de saúde para o progresso sanitário, entre os quais podemos destacar a redução da mortalidade materna e infantil, associada ao aumento da cobertura da atenção profissional ao parto e à diminuição da incidência e mortalidade de doenças evitáveis com vacinas, que até reduzem as desigualdades ao atingir a cobertura universal (FELICIELLO e VILLALBA, 2016).

Da mesma forma, se analisarmos as estratégias de prevenção e controle da Tuberculose e do HIV, principais doenças transmissíveis no mundo, veremos que seus pilares são promover o diagnóstico precoce e o acesso oportuno ao tratamento farmacológico, que permita recuperar a saúde dos afetados e cortarem as correntes de transmissão (BARREIRA, GRANGEIRO, 2007). E, por fim, há também várias experiências bem-sucedidas no campo das doenças crônicas não transmissíveis, como a doença coronariana, cuja letalidade foi reduzida em parte graças ao maior acesso às intervenções clínicas, como o uso de terapia dos derrames e do infarto agudo para o miocárdio.

O objetivo do sistema é responder às expectativas da população. Isso se refere ao conceito de responsividade, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza para medir o desempenho do sistema em relação às expectativas que os usuários têm sobre o tratamento que devem receber dos profissionais de saúde.

Abrange duas dimensões principais: respeito ao ser humano e orientação para a satisfação das preocupações do paciente e de sua família (ou orientação para o paciente) (BAGATINI, 2017).

O acesso a medicamentos e vacinas seguras, eficazes e de qualidade comprovada para todos representa uma das metas dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Alcançar a cobertura universal de saúde requer acesso a medicamentos essenciais que sejam seguros, eficazes, acessíveis e de qualidade comprovada. Um sistema regulatório eficaz e eficiente é um componente essencial de qualquer sistema de saúde resiliente e um facilitador crítico como mecanismo de garantia de produtos de saúde.

Vilarins, Shimizui, Gutierrez (2012, p. 641):

A regulação da atenção à saúde como ferramenta promotora de equidade, acessibilidade e de integralidade tem como objetivo a produção de ações diretas e finais de atenção à saúde, e está direcionada aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados.

Ao mesmo tempo, sistemas regulatórios eficazes também são essenciais para cumprir a missão central da Saúde. De acordo com a definição de um sistema de saúde, o sistema regulatório é composto, para efeitos do presente texto, por todas as organizações, pessoas e ações, cujo objetivo fundamental é garantir o acesso a medicamentos essenciais e outros produtos para a saúde de qualidade, segurança e comprovada eficácia ou desempenho. Portanto, um sistema regulatório é mais do que a pirâmide ou os arranjos institucionais de instituições públicas que fornecem serviços regulatórios e inclui fornecedores privados, como fabricantes.

Feliciello e Villalba (2016, p. 17):

Considerando o usuário do sistema de saúde é possível facilmente perceber a fragilidade a que está submetido, tendo em vista não só a complexidade de relações do setor, mas principalmente o volume de informação que deveria ter acesso para tomar decisões adequadas para conduzir seus problemas de saúde. É preciso ponderar ainda que as decisões dos usuários se baseiam em grande parte no aconselhamento dos profissionais de saúde, especialmente os médicos, que nem sempre possuem uma visão global da saúde de seus pacientes, visto que sua atuação se tem caracterizado, cada vez mais, por enfoques especializados e parciais do indivíduo.

Um sistema regulatório fraco pode ter um impacto direto nos resultados do paciente. Os principais desafios incluem recursos financeiros inadequados, pessoal

sem experiência científica, sistemas regulatórios ineficazes e estruturas regulatórias inadequadas. A notificação insuficiente de reações e efeitos adversos, e poucas decisões regulatórias com relação à segurança de medicamentos com base em dados locais, ressaltam a necessidade de melhores abordagens para a vigilância pós-comercialização de produtos. Além disso, o aumento de produtos médicos abaixo do padrão e falsificados em todos os mercados atrapalha os esforços para garantir a qualidade, segurança e eficácia dos dispositivos médicos. Produtos médicos substanciais e falsificados põem em risco a saúde, promovem a resistência antimicrobiana e minam a confiança nos profissionais e sistemas de saúde (OMS, 2018).

Vilarins, Shimizui, Gutierrez (2012, p. 643):

Logo, a regulação pode ser vista como a influência deliberada e propriamente dita do Estado em qualquer área ou setor que influencie a sociedade. O papel do Estado, ao se utilizar da regulação, é o de definir os critérios de organização e prestação dos serviços, estabelecendo prioridades, além de elaborar as regras para a atuação dos mercados.

Use um enfoque de fortalecimento do sistema que atenda às cinco funções dos sistemas de saúde (governança, recursos humanos, informação, financiamento e prestação de serviços), produtos médicos, vacinas e tecnologias, especialmente no contexto do fortalecimento dos sistemas de garantia. A consideração de todas as funções dos sistemas de saúde (não apenas dos produtos médicos) e suas respectivas interações no contexto do país aumenta a probabilidade de que as melhorias no desempenho dos sistemas de garantia de qualidade dos produtos médicos sejam sustentadas e que os sistemas no país sejam mais autossuficientes.

De acordo com Travassos (2004 apud BARATA, 2008):

[...] o acesso e a utilização de serviços de saúde dependem de um conjunto de fatores que podem ser esquematicamente divididos em determinantes da oferta e determinantes da demanda. Pelo lado da oferta, a pré-condição mais importante é a existência dos serviços. A partir da existência física dos serviços de saúde, passam a modular a oferta aspectos relativos às acessibilidades geográfica (localização, vias de acesso, transporte público, entre outros), cultural (padrões de atendimento e normas de conduta aceitáveis ou não pela população a ser assistida), econômica (existência ou não de taxas moderadoras do uso) e organizativa (modo de funcionamento e organização da prestação, principalmente a densidade tecnológica do serviço ofertado).

Deve ditar todas as medidas que tendam a proteger a saúde dos habitantes; desenvolver ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação da saúde e as complementares pertinentes; preparar os regulamentos necessários à correta aplicação das disposições do Código Sanitário de Vigilância em Saúde. Exercer suas funções considerando a priorização das ações de promoção e prevenção à saúde ordenadas pelo Ministério da Saúde, a partir da busca pelo acesso da população à água potável e aos serviços de saneamento básico, bem como à qualidade ambiental adequada.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para avaliar as decisões políticas e regulatórias, precisamos de certos marcos conceituais. O mais comum é o econômico e refere-se a atingir o objetivo com o mínimo de recursos, mas sempre sujeito a limites éticos, como respeito à vida, aos direitos humanos e ao meio ambiente.

Para Feliciello e Villalba (2016, p. 15):

Assim, a regulação em saúde envolve um conjunto de sujeitos sociais como órgãos do Estado, segmentos do complexo produtivo da saúde, associações profissionais, usuários organizados, entidades de defesa do consumidor, entre outros. Ou seja, a regulação em saúde para que seja efetiva deve não só focar as relações econômicas e de mercado, mas também as políticas setoriais formuladas e implementadas, as formas de financiamento, a organização de serviços de saúde, a organização e oferta de práticas profissionais, o desenvolvimento científico e tecnológico, a inovação, e o acesso aos serviços.

Para localizar o papel do Estado no sistema de saúde, a Constituição da República em seu artigo 196 decreta que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Na literatura acadêmica sobre regulação, Jesus (2014) aponta que para analisar se uma política ou regulação pública é boa, cinco critérios devem ser tomados como referência: o mandato legislativo; mecanismos de responsabilização; transparência e consultas públicas; experiência do regulador e eficiência.

Assim, o regulamento é válido se, em primeiro lugar, cumprir o mandato da lei. Lembremos que o poder executivo é o encarregado de fazer cumprir a lei, mas na maioria dos casos é muito genérico, então o gestor sempre tem um certo grau de flexibilidade para agir de acordo com as circunstâncias específicas. Mesmo cumprindo o mandato legal, o gestor deve sempre se submeter a procedimentos transparentes de prestação de contas, de forma que um terceiro com representação democrática e sem conflito de interesses analise e informe a sociedade sobre os efeitos de cada política ou regulamentação pública.

Feliciello e Villalba (2016, p. 32) assim discorrem:

Além disso, ao não considerar a necessidade de contratualizar, controlar e avaliar os “serviços públicos”, a regulação de serviços e de acesso acaba se centrando apenas nos serviços privados contratados pelos diferentes gestores municipais e estaduais, pouco contribuindo para a integração da rede de serviços, para o acesso e mesmo com a regionalização. Ao não regular, controlar e avaliar os serviços próprios, várias distorções são geradas, especialmente no que se refere à duplicação de procedimentos, à qualidade dos serviços prestados levando também à duplicação de procedimentos, ao uso inadequado e em volume excessivo de exames e insumos, especialmente medicamentos, entre outras distorções.

O funcionamento adequado dos sistemas de saúde melhora a saúde da população, oferece proteção social, atende às expectativas legítimas dos cidadãos, contribui para o crescimento econômico e apoia a cobertura universal. Atualmente, o sistema de saúde passa por dificuldades devido à sua limitada capacidade de contribuir para a redução da lacuna da inaceitável situação de exclusão em saúde. A liderança fraca, a capacidade de gestão limitada do sistema e a administração de recursos humanos rígida tornam difícil agilizar a gestão para aumentar o acesso aos serviços de saúde para a população em geral; Tudo isso se traduz na atual crise do setor saúde.

A Política Nacional de Saúde tem como base a Constituição de 1988, que estabelece os princípios e diretrizes da atenção à saúde no país, entregues por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS tem as diretrizes práticas: descentralização da gestão; atendimento integral; envolvimento da comunidade.

No nível municipal, o SUS está a cargo das secretarias de saúde dos governos municipais, com funções de coordenação, gestão de recursos estratégicos e aplicação adicional quando necessário. A direção nacional do SUS é exercida pelo Ministério da Saúde, que tem como principal função reguladora e é responsável pelo financiamento do sistema. Os conselhos de saúde acompanham as ações em seus níveis de competência.

## 6 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, o SUS compreende um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos ou instituições públicas federais, estaduais e municipais; a administração direta e indireta das fundações mantidas pelo Poder Público, incluindo instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e derivados, bem como equipamentos de saúde. As empresas privadas podem participar deste sistema de forma complementar. Na lógica do SUS, os convênios e a contratação de serviços a terceiros seguem os mesmos princípios e normas do serviço público.

Como o sistema é único, deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo o país, porém, levando em consideração a diversidade cultural, econômica e social do Brasil, existem diversos mecanismos pelos quais os princípios do SUS se relacionam às particularidades regionais.

### 6.1 SISTEMA DE REGULAÇÃO DO SUS

O Sistema Único de Saúde é um sistema público, universal e gratuito, financiado por impostos. Um sistema regulatório eficaz e eficiente é um componente essencial de qualquer sistema de saúde resiliente e um capacitador crítico como mecanismo de garantia de produtos de saúde.

O sistema regulatório é constituído, para efeitos do presente texto, por todas as organizações, pessoas e ações, cujo objetivo fundamental é garantir o acesso a medicamentos essenciais e outros produtos para a saúde de qualidade, segurança e eficácia ou desempenho comprovado. Portanto, um sistema regulatório é mais do que uma pirâmide ou arranjos institucionais de instituições públicas que fornecem serviços regulatórios.

Para Vilarins, Shimizui, e Gutierrez (2012, p. 643):

A garantia do acesso da população aos serviços públicos de saúde a uma assistência qualificada, por meio de uma rede organizada de serviços, requer a atuação direta do Estado na busca do estabelecimento de regras definidas para atuação dos mercados, o que configura a passagem de um Estado prestador para um Estado regulador, de fato.



Um sistema regulatório fraco pode ter um impacto direto nos resultados do paciente. Os principais desafios incluem recursos financeiros inadequados, pessoal sem experiência científica, sistemas regulatórios ineficazes e estruturas regulatórias inadequadas.

Uma das principais funções dos Sistemas de Regulação do SUS é a definição de normas, monitoramento, fiscalização, controle e avaliação dos serviços de saúde. Tais funções são comumente desempenhadas por diferentes órgãos reguladores, em âmbito nacional ou regional, incluindo o Ministério da Saúde e as agências reguladoras (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Para a apresentação/análise e discussão dos dados coletados foi realizado o levantamento da rede de Regulação de Atenção à Saúde referente ao município de Salvador via acesso ao Plano Municipal de Saúde de 2018-2021 de Salvador, disponibilizado pela prefeitura via internet, como forma de pesquisar e extrair dados. Antes de adentrarmos na análise da situação da saúde, faz-se necessário relatar sobre a capital baiana, a cidade de Salvador.

## 7 DADOS DO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA

O município da capital possui 693,453 km<sup>2</sup>, e administrativamente, está dividido em 12 distritos, incluindo o Centro Histórico. De acordo com os dados expostos pelo IBGE em 2016, a capital baiana tinha, até então, uma população de 2.938.092 habitantes (IBGE, 2016). Na Figura 01 estão elencados os 12 distritos sanitários pertencentes a Salvador, são eles: Centro Histórico, Itapagipe, São Caetano/Valéria, Liberdade, Brotas, Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Itapuã, Cabula/Beiru, Pau da Lima, Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras. Conforme apresenta o Mapa 01. Distribuição espacial das Prefeituras - Bairro e dos Distritos Sanitários. (SALVADOR, 2016).

**Figura 2 - Distritos Sanitários do Município de Salvador-BA**



Fonte: SMS/SSA.

A Região Metropolitana de Salvador (RMS) enfrenta graves problemas: poluição do ar associada a um sistema irracional de transporte urbano público e privado; a poluição das águas por resíduos sólidos e descargas industriais não tratadas, bem como uma redução da disponibilidade de água que pode estar associada ao padrão de urbanização altamente desordenado.

Os processos de degradação ambiental relacionados às formas de uso e manejo do solo, da água e do ar têm caráter antrópico, ou seja, são produtos da ação humana e se somam às ameaças originadas nas características geográficas da RMS, uma área exposta a deslizamentos de terra e inundações. Os deslizamentos e as

enchentes também têm um caráter fundamentalmente antrópico, originando-se principalmente da modificação do solo em decorrência do processo de urbanização (PEIXOTO, 2008).

A acentuação desses processos de degradação influencia negativamente as condições de vida da população, especialmente dos setores mais pobres da RMS, que reduz a competitividade da economia e na governabilidade da região, devido aos crescentes conflitos sociais e políticos que está gerando (SILVA e SILVA, 2006).

No entanto, a população das áreas centrais continua a crescer devido à concentração das atividades comerciais, educacionais, de saúde e de serviços que aí se localizam. Essa distribuição concentrada das atividades econômicas comerciais faz com que as áreas residenciais que se localizam nas periferias tenham aumento das distâncias das rotas, ocasionando um intenso tráfego diário de veículos com a consequente poluição ambiental. Na verdade, uma das causas mais frequente de morbidade observada nas unidades de saúde são as infecções respiratórias agudas, conforme tabela 1.

**Tabela 1** - Proporção de óbitos por grupos de causas. Estado da Bahia, 2003 - 2017

Grupo de Causas	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	variação % 2003/2017
D. Ap. Circulatório	29,0	29,0	28,5	31,2	30,4	29,4	28,8	28,6	28,4	28,1	24,3	24,5	24,2	23,2	23,1	-20,2
Causas Externas	15,4	15,4	15,8	14,6	16,1	17,5	18,1	18,3	17,6	18,9	15,4	15,6	14,7	15,6	15,0	-2,8
Neoplasias	11,8	12,0	12,7	13,0	13,3	13,4	13,7	13,8	14,2	14,3	12,8	12,9	12,9	13,3	13,6	15,6
<b>D. Ap. Respiratório</b>	9,6	10,1	9,6	9,6	8,9	8,4	8,5	8,5	8,9	8,5	7,9	7,6	8,3	8,1	7,9	-17,7
D. Endóc e Metabólicas	7,6	7,7	7,4	7,6	7,9	8,1	8,2	8,1	8,5	8,2	7,5	7,5	7,6	7,1	7,2	-5,2
D. Ap. Digestivo	5,6	5,6	5,7	5,2	5,4	5,6	5,5	5,7	5,7	5,7	4,9	4,9	4,8	4,8	4,7	-15,5
D. Infec e parasitárias	7,1	6,6	6,7	6,2	5,8	5,8	5,6	5,4	5,1	5,3	4,8	4,5	4,8	4,5	4,2	-41,0
Subtotal	86,0	86,5	86,4	87,2	87,7	88,2	88,4	88,5	88,4	89,0	77,6	77,5	77,3	76,6	75,7	-12,0
Demais causas definidas	14,0	13,5	13,6	12,8	12,3	11,8	11,6	11,5	11,6	11,0	22,4	22,5	22,7	23,4	24,3	73,8

Fonte: IBGE; Sesab/Suvisa/Divep/ Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Uma das principais causas de morbidade nas unidades de saúde da RMSS são as doenças respiratórias e chama atenção às doenças infecciosas e parasitárias associadas em grande parte ao lixo abandonado nas ruas ou riachos e no entorno das residências; e mais diretamente associadas às condições de superlotação e alta densidade territorial. Entre os impactos dessas doenças na produtividade urbana estão à diminuição da qualidade de vida da população, o aumento dos gastos com saúde, a perda de horas de trabalho humanas; prejuízos em crianças, que gera déficits

de aprendizagem posteriores e a conseqüente falta de produtividade na idade adulta, podendo levar à morte (TEIXEIRA, 2002).

Essas omissões são estranhas, pois a saúde pública, objeto estelar de todos os tipos de ação administrativa em saúde, é antes de tudo um bem essencial para alcançar altas cotas de bem-estar geral em uma dada sociedade e, portanto, devedora de considerações especiais e tratamento administrativo. Portanto, partindo de uma compreensão adequada de seu papel, o direito à proteção à saúde é um meio inevitável para que o Estado cumpra sua função de equilibrar e moderar as desigualdades sociais que se traduz em certos direitos e benefícios, diretos ou indiretos, por parte dos poderes públicos (TEIXEIRA, 2002).

Se se deseja saúde pública, tendo a pessoa como centro das suas atenções, é o setor que permite a existência de outros, pois a base insubstituível de todo o desenvolvimento é, sem dúvida, o ser humano. Sem ele, as ferramentas ou técnicas de desenvolvimento são inúteis. E é precisamente ao ser humano que se dirigem os benefícios da saúde pública.

Para Mendes (2019, p. 27):

As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica etc.), ao envolverem as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/aids, hepatites virais etc.), as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos); as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebecultura e monitoramento da capacidade funcional dos idosos); os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.); as doenças metabólicas; e a grande maioria das doenças bucais.

Um ser humano saudável é o que a saúde pública busca e o que o desenvolvimento necessita. A ação em saúde proporciona, indiscutivelmente, a comunidade desenvolver indivíduos mais saudáveis em um quántuplo sentido: primeiro, aumentando o padrão de vida dos cidadãos; segundo, diminuindo a mortalidade geral; terceiro, transferir essa mortalidade para idades "mais razoáveis"; quarto, eliminando as razões conhecidas para o risco de doença; quinto, desenvolver suas habilidades físicas.

## 8 REGULAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL

A Secretaria de Saúde de Salvador pretende, com a implantação do processo regulatório, ganhos bastante positivos. Sua atuação terá relação direta com a capacidade resolutiva da rede de atenção em Saúde, que por sua vez está relacionada aos processos de cadastramento, avaliação, Programação Pactuada Integrada (PPI) e, com a gestão municipal de saúde. A Secretaria é composta pelos seguintes membros constantes na tabela 1:

**Tabela 2 - Membros da Secretaria Municipal da Saúde**

<b>Cargo</b>	<b>Nome</b>
<b>Secretário Municipal da Saúde</b>	Leonardo Silva Prates
<b>Subsecretária da Saúde</b>	Maria Lucimar Alves de Lira Rocha
<b>Assessora Chefa</b>	Lealdina Chaves de Barros
<b>Assessoria de Comunicação</b>	Lélia Dourado
<b>Núcleo de Tecnologia da Informação</b>	Ariovaldo Nonato Borges Junior
<b>Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão</b>	Rosa Virgínia Rosemberg de Oliveira Fernandes
<b>Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação</b>	Daniela de Jesus Alcântara
<b>Diretoria de Atenção à Saúde</b>	Zaida de Barros Mello Nascimento Santos
<b>Diretoria de Vigilância da Saúde</b>	Luiza Caroline Côrtes Mendes Ferreira
<b>Coordenadoria Executiva do Fundo Municipal de Saúde</b>	Jerônimo Cerqueira
<b>Coordenadoria de Gestão de Pessoas</b>	Maria do Socorro Tanure Telles
<b>Coordenadoria Administrativa</b>	Stela Gleide Oliveira Santana
<b>Auditoria do Sistema Único de Saúde</b>	Viviane Nobre de Santana
<b>Ouvidoria em Saúde</b>	Sara Áreas
<b>Coordenadoria do Distrito Sanitário Barra / Rio Vermelho</b>	Louriceia de Cerqueira Daltro
<b>Coordenadoria do Distrito Sanitário Boca do Rio</b>	Sergio Palma Nogueira Filho
<b>Coordenadoria do Distrito Sanitário Brotas</b>	Amália Luci Araújo Magalhães
<b>Coordenadoria do Distrito Sanitário Cabula / Beiru</b>	Lorena Sena
<b>Coordenadoria do Distrito Sanitário Cajazeiras</b>	Simone Cruz de Barros
<b>Coordenadoria do Distrito Sanitário Centro Histórico</b>	Bruno Oliveira de Carvalho
<b>Coordenadoria do Distrito Sanitário Itapagipe</b>	Adrielle Nogueira Conceição
<b>Coordenadoria do Distrito Sanitário Itapuã</b>	Ana Cláudia Santana da Luz
<b>Coordenadoria do Distrito Sanitário Liberdade</b>	Elizabeth Lemos Rego Assunção
<b>Coordenadoria do Distrito Sanitário Pau da Lima</b>	Marcelo Augusto dos Santos Tavares
<b>Coordenadoria do Distrito Sanitário São Caetano / Valéria</b>	Ricardo Augusto Valle Gomes
<b>Coordenadoria do Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário</b>	Moisés Teles Ribeiro

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

Por meio da secretaria municipal de saúde da cidade de Salvador, dá-se o processo de regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a mesma fica localizada na Rua da Grécia, nº3 A Ed. Caramuru - Comércio CEP: 40010-010, Telefone (71) 3202-1024. Tendo a missão de ser referência como gestão democrática

e de excelência do sistema municipal de saúde e visão ser reconhecida pela sociedade, com autonomia e criatividade, na condução plena do Sistema Municipal da Saúde.

Essa análise permitiu caracterizar inicialmente o financiamento do SUS em Salvador e o estado de saúde da população de Salvador em relação às condições socioeconômicas e aos serviços de saúde (viabilidade, exequibilidade, eficácia e resultados das intervenções).

A caracterização mostra a magnitude e tendência dos eventos e fatores, a mortalidade evitável, o custo da omissão, que não podem ser explicados ou limitados às abordagens tradicionais de faixas etárias ou por sistemas ou de patologias ou de processos Gerenciais; e mostra a necessidade de uma abordagem mais abrangente e complexa que permita atuar sobre as raízes comuns das causas dos problemas.

Dessa forma, definiu-se a existência de dimensões prioritárias e transversais, entendidas como elementos técnicos e políticos que ordenam a abordagem e a ação, com uma visão positiva da saúde, em que a ação setorial e comunitária se articulam e se cruzam.

A partir daí, inicia-se a análise dos determinantes sociais em saúde, no âmbito das dimensões prioritárias, que seguiram o seguinte processo: Em primeiro lugar, o referencial em saúde; Posteriormente, são identificados os cruzamentos de informação que permitem especificar as lacunas existentes na saúde, doença, atenção e cuidados, a partir de uma nova revisão da literatura que permite aprofundar em cada uma das áreas temáticas; São obtidas as evidências disponíveis, que se somam às informações estatísticas e epidemiológicas existentes nos observatórios de saúde pública desenvolvidos no Plano Municipal de Saúde.

## 9 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

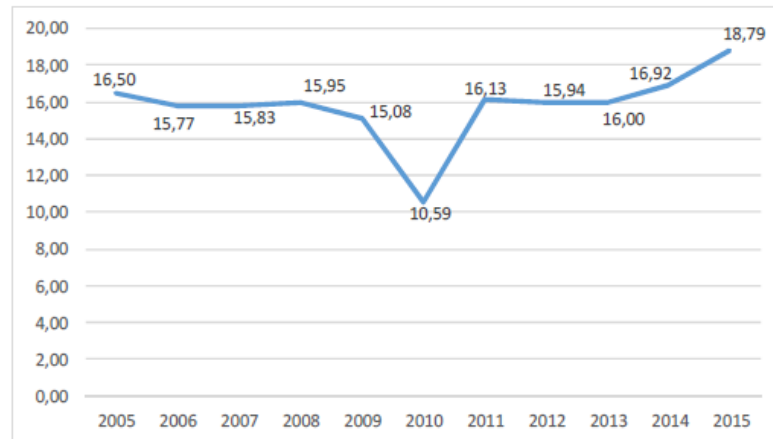
O Plano Municipal de Saúde possui eixos que configuram as ações a serem tomadas, melhorar a eficiência e eficácia na organização, direção e controle, na canalização de todos os recursos da área de saúde do município, buscando fazer de Salvador uma cidade que a cada dia melhora a qualidade de vida de seus habitantes, através de seus programas sociais que implementam soluções reais para necessidades reais de todos os cidadãos.

A Constituição Federal de 1988 postula o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, responsabilizando o Estado pela prestação dos serviços. O setor público é responsável pelos serviços públicos de saúde, bem como ao controle das doenças transmissíveis.

O SUS é financiado com impostos e contribuições sociais dos três níveis de governo: Federal, Estadual e Municipal. Os recursos do orçamento do SUS devem ser depositados no Fundo de Saúde. Parte dos recursos federais é repassada aos estados e municípios. Da mesma forma, parte dos recursos dos estados é repassada aos municípios. O financiamento do SUS é garantido por uma reforma da Constituição, aprovada em 2000, que garantiu as fontes de destinação de recursos para a saúde.

Em relação a previsão da Emenda Constitucional no 29/2000, o Plano Municipal de Saúde expõe que Salvador vem cumprindo a referida legislação, no período de 2005 a 2015, foi aplicado os percentuais mínimos previstos, com exceção para o exercício de 2010, quando foi repassado a Secretaria de Saúde 10,59% da receita do tesouro municipal (PMS, 2018).

**Gráfico 1** - Percentual da receita do tesouro municipal aplicada em ações e serviços públicos de saúde. Salvador-BA, 2005-2015

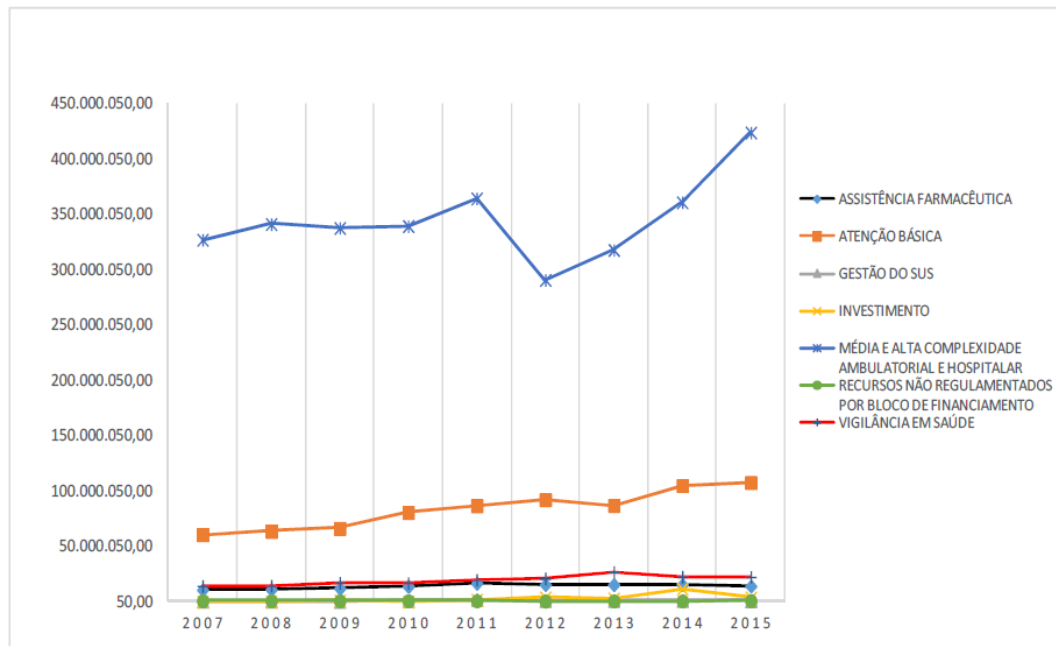


Fonte: PMS, 2018 - SIOPS/MS.

O financiamento da assistência farmacêutica depende das três esferas de gestão do SUS. Em 2007, foram definidos três componentes de recursos federais para esse item: a) básico; b) estratégica (controle de endemias e antirretrovirais do programa contra doenças sexualmente transmissíveis e AIDS) e c) drogas de distribuição excepcional. Salvador vive uma transição epidemiológica caracterizada pela crescente prevalência de doenças e agravos não transmissíveis como causas de mortalidade.

O plano municipal de saúde é um instrumento que permite o desenvolvimento de uma gestão descentralizada, tem como objetivo orientar recursos humanos, materiais e financeiros para a concretização das estratégias e políticas locais de saúde, focar e articular esforços com uma base comunitária clara, vida social e familiar ciclo.



**Gráfico 2** - Receitas SUS por Bloco de Financiamento. Salvador-BA, 2007-2015

Fonte: PMS, 2018 - FNS/MS.

Na questão do investimento destinado para a construção, ampliação e requalificação de unidades de saúde, nota-se aumento nos repasses, a partir do ano de 2013, quando foram construídas 16 unidades de saúde. Enquanto que em relação à Gestão do SUS e aos recursos não regulamentados por bloco de financiamento, é possível ver oscilação de repasses nesse período analisado (PMS, 2018).

A estrutura do documento sintetiza os âmbitos da vida na capital (sociocultural, econômico, ambiental, política institucional de saúde), sobre os quais gira seu entorno, bem como seus desafios e propostas de soluções, como obra primordial do município e suas dependências.

Um dos objetivos do Plano Municipal de Saúde é contribuir para a tomada de decisões no campo das políticas públicas relacionadas à Saúde, sendo importante avaliar o impacto das ações e políticas vigentes. Dessa forma, é possível analisar medidas corretivas, adotar novos rumos para o enfrentamento dos problemas de saúde e identificar competências e níveis de responsabilidade dos agentes sociais envolvidos (CARVALHO, 2019).

A maior parte das limitações observadas deve-se à ausência ou precária sistematização de dados nas instituições e à defasagem da maioria das pesquisas disponíveis sobre questões de saúde na cidade de Salvador. Nesse sentido, o Plano

Municipal de Saúde de Salvador refere-se aos dados de acordo com a abrangência em que estão disponíveis.

A acessibilidade ao documento de todos os setores interessados, já que o relatório representa um esforço para integrar as informações existentes sobre o setor de saúde da cidade de Salvador, dispersas em diferentes fontes. Isso é importante não apenas para as instituições ou organizações envolvidas, mas para o futuro de nossa cidade.

As formas de intervenção das instituições e outros atores nos processos de saúde tornam-se conflituosas, dada a falta de clareza no quadro de ação. Entre as deficiências da gestão de saúde que geram conflito estão: falta de clareza de competências, partidarismo político, má coordenação entre os atores, ausência de um projeto de cidade compartilhada, falta de mecanismos regulatórios coerentes, ausência de políticas de prevenção, setorização e dispersão de instituições e lacunas jurídicas (VILARINS, SHIMIZUI, GUTIERREZ, 2012).

O resultado é fragilidade institucional, multiplicação de intervenções, contradição nas decisões, negligência e evasão de responsabilidades finais, falta de transparência e posições indefinidas para lidar com o desastre do setor de saúde, posições que dão lugar à desconfiança social e descrença pública.

## 9.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O papel fundamental da atenção primária à saúde é desenvolver ações que visem a preservação do indivíduo saudável pelo maior tempo possível, considerando seu entorno ambiental e social, promovendo equidade e melhoria no acesso aos serviços, com elevados padrões de qualidade, com enfoque de gênero segundo as exigências impostas pela população a seu cargo e com finalidades claras, socializadas com as equipes de saúde e a comunidade ao longo do ciclo de vida da família, potencializando a intersetorialidade de iniciativas que estejam de acordo com o modelo de saúde familiar e comunitária promovido pela administração municipal de saúde (TORRES, 2019).

Integrar os problemas de saúde, incluindo os dos grupos mais vulneráveis nas estratégias, promover o acesso à tecnologia médica, melhorar o desenvolvimento e gestão dos recursos humanos em nossas unidades de saúde, promover a preservação, o desenvolvimento e o uso de conhecimento efetivo e boas práticas de

a medicina tradicional, quando apropriado, em combinação com a medicina moderna, formam a base para o planejamento da apresentação, dando continuidade a alguns aspectos plenamente compatíveis com a situação social e de saúde da comunidade.

Para Cardoso (2009, p. 18):

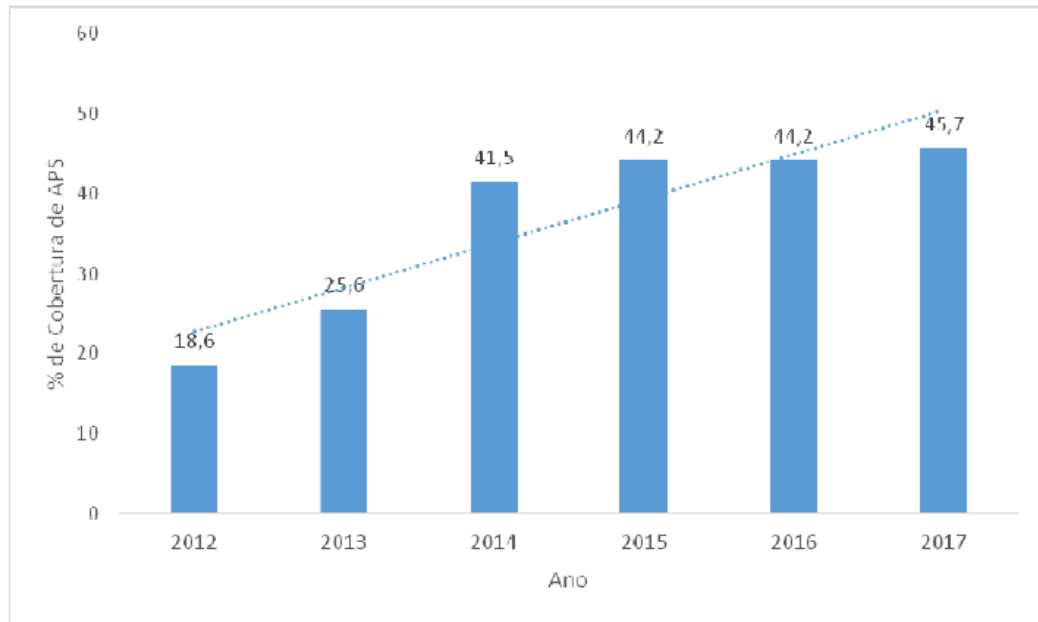
O Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (SMS-Salvador, 2005) destaca a insuficiência da rede para atender às necessidades de serviços de saúde da população, apresentando como uma das principais dificuldades os problemas relacionados à infraestrutura. Há insuficiência quantitativa de unidades de saúde, de recursos humanos e as unidades existentes possuem estrutura física insuficiente ou inadequada. Os dados apresentados pelo Plano Municipal de Saúde sobre a oferta de serviços básicos são insuficientes visto que apontam de forma imprecisa a estimativa da cobertura potencial, não havendo uma estimativa das coberturas reais.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser entendida como o primeiro nível de acesso do cidadão à saúde. A APS não é apenas a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, mas também a área que integra os cuidados preventivos, curativos e reabilitadores, as ações de promoção da saúde do indivíduo e das famílias integradas na Comunidade, bem como o cuidado e apoio no final da vida (CARDOSO, 2009).

Em relação à atenção primária o Plano Municipal de Saúde (2018, p. 103) dispõe que:

A rede de Atenção Primária a Saúde do município de Salvador dispõe de 121 Unidades de Atenção Primária a Saúde, sendo que 46 são Unidades Básicas sem Saúde da Família e 75 são Unidades Básicas com estratégia de Saúde da Família com 250 equipes de Saúde da Família 47 – EqSF implantadas; 03 equipes de Consultório na Rua – e CR e 11 Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF.

Os serviços de atenção primária à saúde devem ser de máxima proximidade com o cidadão e de acesso direto (primeiro das características básicas da atenção primária, acessibilidade). Por isso, devem ser organizados em Unidades Territoriais Elementares (áreas de influência da Saúde), com população cadastrada beneficiária de referência bem definida, e com equipe de profissionais, profissionais da saúde e não-saúde que dirigem e desenvolvem as atividades atribuídas ao portfólio de serviços, dimensionado de acordo com o porte e características populacionais de cada Área e que tem dedicação integral ao trabalho.

**Gráfico 3** - Cobertura da Atenção Primária a Saúde. Salvador-BA, 2012-2017

Fonte: CNES; SMS/DASD/APS, 2017.

Os serviços de Atenção Básica de Saúde devem ser mais orientados para as necessidades da população. Devem estar mais próximos e acessíveis aos cidadãos, mais decisivos, mais integrados e coordenados, com mais gestão baseada em evidências, adotando medidas mais custo-efetivas, mais próximas das expectativas dos cidadãos, com profissionais mais motivados e com maior dimensão social e atendimento profissional de qualidade. Porém, o que se nota é que atualmente, somente 45,7% da população esta coberta pelos serviços de Atenção Primária a Saúde.

Os gestores de saúde devem assumir o compromisso de atribuir poderes que aumentem a capacidade resolutiva das equipes de atenção básica, como gestores de casos e reguladores de fluxo, melhorando assim as condições de sua prática no Sistema de Saúde. O grave problema de saúde do município exige uma política de saúde que aspire que todos os habitantes de Salvador gozem de serviços de saúde universais, oportunos, solidários, com cordialidade e qualidade (MENDES, 2019).

### 9.1.1 Programa Saúde na Escola – PSE

Os programas de Saúde na Escola visam contribuir para a melhoria da saúde dos estudantes para promover o sucesso de meninos e meninas na educação por meio de ações de promoção de comunidades educativas saudáveis, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos à saúde que, se não atendidos, significariam diminuição na atuação e inserção de meninos e meninas no sistema escolar.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2018, p. 109):

O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica. Conforme registrado na tabela 80, observa-se um incremento gradativo de escolas e equipes de saúde com adesão ao programa, bem como o número de educandos acompanhados pelo PSE.

O Programa Saúde na Escola tem por objetivo atender integralmente os alunos nos níveis de Educação Infantil, Fundamental e Médio, pertencentes a estabelecimentos municipal e Estadual proporcionando-lhes atendimento especializado de assistência médica, assistência odontológica e psicossocial, voltada para a promoção, prevenção e resolução de problemas de saúde que afetam o desempenho e a inserção escolar, favorecendo sua qualidade de vida e o acesso equitativo ao sistema educacional em igualdade de condições, conforme Tabela abaixo.

**Tabela 3** - Adesão de Equipes de Saúde/Escolas ao Programa de Saúde na Escola. Salvador-BA, 2008-2017

ANO	ESTABELECIDAMENTOS DE ENSINO			EQUIPES DE SAÚDE	EDUCANDOS
	MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL		
2008	-	-	-	-	-
2009	02	17	19	18	-
2010	25	26	51	43	27.524
2011	34	27	61	52	-
2012	50	32	82	58	41.008
2013	54	28	82	77	35.608
2014	112	38	150	123	61.271
2017	137	36	173	160	73.713

Fonte: Consolidado dos Relatórios Anuais do PSE.

Dado que este Plano é de natureza municipal, a sua avaliação deve basear-se, para ser o mais concreto possível e poder medir de alguma forma os efeitos específicos, nos indicadores estabelecidos durante a fase de elaboração do diagnóstico. Porém, é evidente que o estado de saúde e sua evolução dependem de um grande número de fatores e que a influência que o município pode exercer sobre eles é limitada, como bem explica o texto a seguir do Plano Municipal de Saúde (2018, p. 110).

Em dezembro de 2016 constatou-se que foram realizadas 92,8% das ações preconizadas, a partir de Planilha de Avaliação do PSE elaborada pela Coordenação APS. No entanto, observa-se que as ações de saúde mental, promoção da cultura de paz e direitos humanos, e prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas apresentaram baixos percentuais de escolas cobertas por estas ações, justificados pela necessidade de formação dos profissionais na área de saúde mental e fortalecimento da articulação desta área com a APS e a situação de violência dentro das escolas sendo proibida a abordagem dos referidos temas em alguns estabelecimentos de ensino.

Portanto, não podem ser consideradas relações de causa-efeito entre a implementação do Plano Municipal de Saúde e as possíveis variações nos indicadores de saúde, mas a evolução desses indicadores pode servir de orientação para a atualização e redefinição dos objetivos, linhas de ações e programas em um posterior Plano Municipal de Saúde. Um indicador mede as diferenças entre os objetivos definidos no Plano e os resultados obtidos nas intervenções realizadas.

**Tabela 4** - Percentual de escolas cobertas pelas ações do PSE, Salvador-BA, 2016

	AÇÃO PACTUADA	% DE ESCOLAS COBERTAS PELA AÇÃO
	Formação do Grupo de Trabalho Intersetorial – GTI	44,6
COMPONENTE I	Avaliação antropométrica	85,5
	Verificação da situação vacinal	61,4
	Saúde Bucal	86,7
	Saúde Ocular	-
	Identificação de possíveis sinais relacionados às Doenças Negligenciadas e em Eliminação	86,7
COMPONENTE II	Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	55,4
	Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos	25,3
	Saúde Mental	10,8
	Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/aids	43,4
	Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	26,5
	Saúde Ambiental (Combate às Arboviroses)	44,6
	Práticas Corporais e Atividade Física	38,5
NUTRISUS	80,0	

Fonte: Planilha de Avaliação Anual do PSE/ Equipe de Saúde, dez 2016.

Para que o exposto seja cumprido, é necessário mais um elemento, que é a participação social, que se define como o processo de relacionamento e organização entre pessoas, grupos e instituições, para resolver coletivamente os seus problemas e conseguir isso nos diversos setores e áreas de o governo responde às suas necessidades e demandas e atua de forma coordenada nas ações que tendem a solucioná-las, e preciso união entre as administrações municipal e Estadual para o enfrentamento dos problemas comuns da sociedade. Essa iniciativa implica a elaboração de políticas públicas em favor da saúde, a criação de ambientes favoráveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de competências pessoais e a orientação dos serviços de saúde.

### 9.1.2 Saúde da Mulher

As mulheres têm problemas de saúde únicos. E alguns dos problemas de saúde que afetam homens e mulheres podem afetar as mulheres de maneiras diferentes. Tópicos exclusivos incluem gravidez, menopausa e condições dos órgãos femininos. As mulheres podem ter uma gravidez saudável se receberem cuidados pré-

natais precoces e regulares. Os exames recomendados para câncer de mama, câncer cervical e câncer de densidade óssea também devem ser feitos. Mulheres e homens também têm muitos problemas de saúde semelhantes. No entanto, esses problemas podem afetar as mulheres de forma diferente.

O Plano Municipal de Saúde (2018, p. 124) afirma que:

A partir do ano de 2010, com a publicação da Lei Municipal 7.581, o município do Salvador, em articulação com a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), iniciou o processo de discussão da importância da vinculação da gestante a maternidade. A implantação da Rede Cegonha em Salvador teve início em 2012, através da elaboração do Plano de Ação Municipal da Rede Cegonha, ano que também foi instituído o Fórum Perinatal da Região Metropolitana do Salvador sob coordenação do Estado da Bahia, com participação de gestores e trabalhadores da Atenção Básica e Hospitais/Maternidades, Movimentos Sociais, Ministério Público, Universidades e Conselhos de Classe. Assim, a partir deste período, o processo de implementação da Rede Cegonha em Salvador ocorre através de espaços colegiados de gestão, tendo sido constituído Grupos de Trabalho (GT) por Regiões Distritais, com objetivo de planejar, monitorar e avaliar as ações do pré-natal, parto e puerpério em cada território.

Da vacinação contra o HPV (Papilomavírus Humano) em pré-adolescentes, à prevenção do câncer cervical, aos exames diagnósticos vinculados a terapias direcionadas para o tratamento do câncer de mama, por meio de informações, medidas de prevenção e exames e estudos médicos de rotina, existem grandes oportunidades para reduzir o impacto negativo das doenças nas mulheres.

O risco é determinado por muitos fatores. Por exemplo, o local e as condições de vida e de trabalho de uma mulher podem colocá-la em risco de contrair certas doenças e condições. Se a mulher tem um membro da família com uma doença específica, o risco de contrair aumenta. Coisas que você decide fazer ou parar de fazer, como colocar o cinto de segurança, usar protetor solar ou não fumar, são outras situações que podem afetar o risco de doenças.

Como muitos fatores entram em jogo, o risco de certas doenças e condições pode aumentar ou diminuir à medida que a mulher faz mudanças no estilo de vida. É importante que as mulheres saibam quais são os riscos que correm, para que possam tomar as medidas necessárias para se protegerem. Além disso, é necessário dotar as instituições de saúde pública dos recursos essenciais para oferecer um serviço de maternidade gratuito real e eficaz à mulher (JESUS, 2014).



**Tabela 5** - Distribuição dos Equipamentos Hospitalares/Maternidades, segundo critério de classificação de risco do pré-natal. Salvador-BA, 2015

Risco Habitual (RH)	Alto Risco 1	Alto Risco 2
Maternidade Albert Sabin (MAS) Maternidade Climério de Oliveira (MCO) Maternidade Tsylla Balbino (MTB) Maternidade Hospital Geral Roberto Santos (Mat. HGRS) Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA) Hospital Sagrada Família (HSF Bonfim) Hospital João Batista Caribé (HGBC) Maternidade de Referência José Maria de Magalhaes Neto (MRJMMN). Casa de Parto Normal Marieta de Souza Pereira (CPN MSP) que é referência para todas as Unidades Básicas de Saúde, e o Hospital Geral Menandro de Farias	Maternidade Albert Sabin (MAS) Maternidade Climério de Oliveira (MCO) Maternidade Tsylla Balbino (MTB) Maternidade Hospital Geral Roberto Santos (Mat. HGRS) Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA) Hospital Sagrada Família (HSF Bonfim) Hospital João Batista Caribé (HGBC) Maternidade de Referência José Maria de Magalhaes Neto (MRJMMN).	Maternidade de Referência José Maria de Magalhaes Neto (MRJMMN)  Maternidade Hospital Geral Roberto Santos (Mat. HGRS)

Fonte: DAS/SMS, 2015.

Toda mulher tem direito a cuidados de saúde gratuitos e de qualidade durante a gravidez, parto e pós-parto, bem como acesso a programas de saúde sexual e reprodutiva. Da mesma forma, a assistência à saúde deverá ser gratuita aos recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, como ação de saúde pública, de responsabilidade do Estado.

Porém, não é o que se observa ao se analisar o Plano Municipal de Saúde (2018, p. 125):

Apesar da elaboração do mapa de vinculação do componente parto e nascimento, não existe garantia de que a gestante vinculada aquela maternidade de referência consiga realizar o parto no serviço indicado, uma vez as vagas de leitos obstétricos em Salvador também atendem as gestantes de outros municípios do estado.

Dos leitos estabelecidos para a Rede Cegonha, a secretaria tem gestão apenas dos leitos do Hospital Sagrada Família (HSF), com contrato regido de acordo com boas práticas de atenção ao parto e nascimento. A comissão de contratos do município acompanha mensalmente todas as cláusulas firmadas em relação as ações da Rede Cegonha para o HSF, gerando relatórios mensais de acompanhamento. As demais maternidades ficam sob gestão do Estado, inclusive a regulação dos leitos obstétricos no município.

Em dezembro de 2015, o HSF deu início a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), mas este serviço sempre teve dificuldades em cumprir esta implantação, além de questões como, por exemplo, a inserção de enfermeiras obstétricas no corpo clínico, a manutenção da taxa

de episiotomia menor que 30%, e o atendimento do pré-natal de alto risco e parto do território de vinculação.

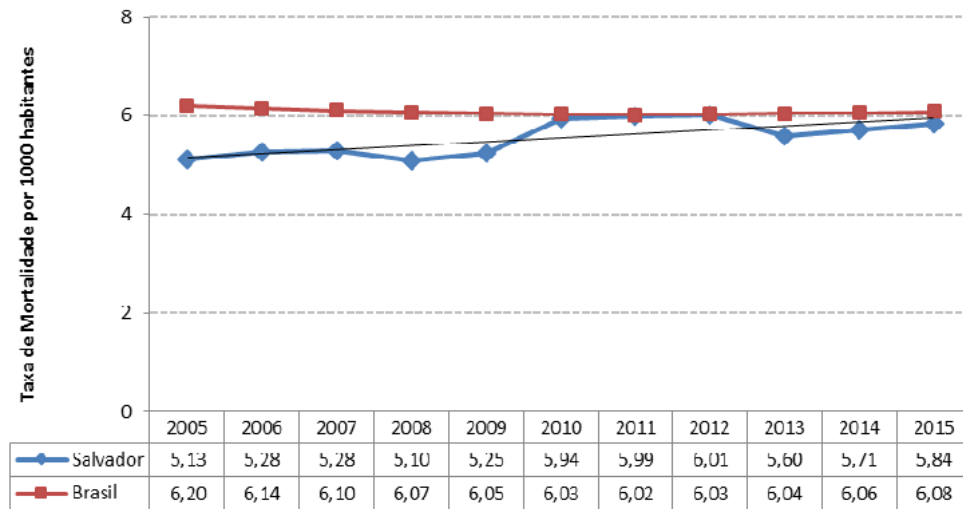
Melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher não será fácil e exigirá ação de todos os atores do sistema. Um ponto de partida, e provavelmente o mais importante, é concentrar as intervenções nos esforços para melhor treinar os profissionais de saúde, além de implementar reformas estruturais que se refletem em todo o sistema, além de aumento do número de leitos nas maternidades.

Enquanto a população aumenta “os leitos de obstetrícia e de outras especialidades apresentaram reduções nos dois quadriênios, alcançando queda de 19,13% e 17,49%, respectivamente, quando comparado os anos de 2010 a 2017” (Plano Municipal de Saúde, 2018, p. 100).

### **9.1.3 Taxa de natalidade**

Salvador caracteriza-se por ter uma elevada taxa de natalidade. De acordo com o Plano Municipal de Saúde, a cidade apresenta uma média anual de 36.310. Em relação aos filhos nascidos vivos ressalta-se um aumento de 4.211 (2005) para 10.120 (2015).

Salvador tem uma taxa apresenta uma tendência ascendente, com aumento de 14%; enquanto o Brasil apresenta uma queda de 2%. As condições socioeconômicas e culturais têm sido consideradas como desencadeantes da violência, que por sua vez ocasiona outras violências como a delinquência infanto-juvenil e existência dos mesmos vivendo em situação de rua.

**Gráfico 4** - Taxa de mortalidade bruta no Brasil e em Salvador-BA, 2005-2015

Fonte: SMS/SUIS-SIM; IBGE.

Através da violência estrutural é que se dá o processo de vitimação, estando o mesmo sempre presente com conotações negativas, nas questões de saúde, física e mental. Esse processo permeia o cotidiano da população, principalmente das crianças e adolescentes de baixa renda, sendo as mesmas, vítimas sociais devido à falta de acesso à educação, saúde, lazer, etc. O processo de vitimação acaba reforçando a supressão da infância, no qual crianças e adolescentes ficam sem espaço para estudar e brincar. Isso ocorre em todas as classes sociais, sendo que nas classes economicamente menos favorecidas, eles não têm tempo para se dedicarem aos estudos, devido a seu ingresso precoce no mercado de trabalho.

#### 9.1.4 Número de óbitos

A violência pode ser transmitida como comportamento aprendido, de geração para geração, e é também estimulada no espaço social, através dos meios de comunicação. Em alguns casos, em que a violência é passada de geração a geração, isto é, os pais socializam os filhos através de comportamentos agressivos e seus filhos quando crescem reproduzem essa forma de violência por ele vivenciada na infância, desencadeando o processo de violência estrutural. Logo, a violência permeia o cotidiano das pessoas, perpassando em todos os níveis as relações sociais. A violência é vista como um produto da realidade urbana, pois está tendo maior destaque na nossa sociedade.

**Tabela 6** - Número de óbitos por capítulos CID 10, Salvador- BA, 2005 a 2015

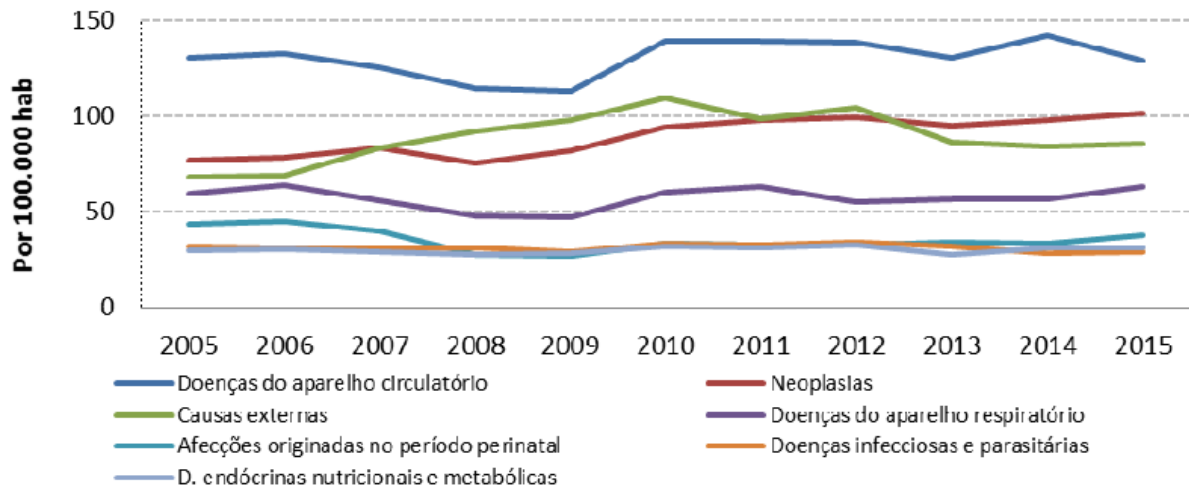
CID 10 - CAPÍTULOS	Óbitos	%
Doenças do aparelho circulatório	40126	23,40%
Neoplasias	27558	16,07%
Causas externas	27382	15,97%
Doenças do aparelho respiratório	17581	10,25%
Algumas afecções originadas no período perinatal	10567	6,16%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9893	5,77%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	9298	5,42%
Doenças do aparelho digestivo	8816	5,14%
Sint. sinais e achados anômexclín e laborat.	6144	3,58%
Doenças do aparelho geniturinário	3823	2,23%
Doenças do sistema nervoso	3384	1,97%
Malformação congênita e deformidades e anomalias cromossômicas	1917	1,12%
Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	1444	0,84%
Transtornos mentais e comportamentais	1334	0,78%
Doenças sangue órgãos hemat e transtimunitár	1111	0,65%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	766	0,45%
Gravidez, parto e puerpério.	284	0,17%
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	18	0,01%
Doenças do olho e anexos	6	0,00%

Fonte: SMS/SUIS-SIM.

No município de Salvador no período de 2005 a 2015, as causas de mortalidade pelas principais causas que ocuparam o primeiro lugar são as doenças do aparelho circulatório, outras causas e as neoplasias, este mesmo comportamento foi observado os homens e mulheres.

No período de 2005 a 2015, na população em geral, as causas externas foram o terceiro motivo da mortalidade prematura, seguido pelas doenças do aparelho respiratório; Por sexo, nos homens, as causas externas são a razão do maior número de anos perdidos, enquanto o maior número de anos de vida perdidos nas mulheres também correspondeu às neoplasias. As causas externas são a principal causa de perda de anos de vida.

Tomando a mortalidade específica por subgrupo, no grupo das doenças transmissíveis a principal causa de morte durante os anos de 2005 a 2015 foram as doenças respiratórias agudas nos homens e também nas mulheres.

**Gráfico 5** - Taxa de mortalidade pelos principais grupos de causas, Salvador-BA, 2005-2015

Fonte: Fonte: SMS/SUIS-SIM.

No grupo das neoplasias, a primeira causa nos homens é um tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, enquanto nas mulheres é um tumor maligno de outras localizações não especificadas. A doença circulatória é a que tem maior participação na mortalidade. Correspondem a doenças isquêmicas do coração, doenças hipertensivas, doenças da circulação pulmonar e outras formas de doenças cardíacas.

Tanto em homens quanto em mulheres, a principal causa de morte foi por doença isquêmica do coração. A principal causa de morte por causas externas durante o ano de 2015 em Salvador foram os acidentes de transporte terrestre em homens e outros acidentes em mulheres. O evento com maior peso no grupo das outras doenças em homens e mulheres é a mortalidade por doenças crônicas inferiores doenças do trato respiratório, constatou-se para o ano de 2015 que a taxa de mortalidade por agressões ajustada por idade apresentou diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito à mortalidade geral, o município enfrenta um problema que tem vindo a aumentar como as doenças mentais e é relevante que tenha elevado risco de morte na população, fatores de risco como desagregação familiar, desemprego, consumo de substâncias psicoativas entre outras; Para contornar esse problema, programas de esporte devem ser promovidos, programas de empreendedorismo criados e relações familiares fortalecidas, da mesma forma que o município vem criando roteiros de saúde mental, convênios especializados no

assunto, vigilância de pessoas que apresentam o evento e prevenção com em centros educacionais e outros grupos organizados.

### **9.1.5 Redes de Serviços de Saúde**

As redes de serviços de saúde apresentam potencialidades que contribuem para contrabalançar a fragmentação que caracteriza o sistema de saúde em geral e, especificamente, a região metropolitana de Salvador. Eles têm a capacidade de articular e promover políticas e programas a partir da coordenação contínua dos serviços de saúde, reduzindo a desigualdade no cuidado entre os territórios.

Em relação à rede de serviços o Plano Municipal de Saúde (2018, p. 98) estabelece que:

Atualmente, o município dispõe de 2.986 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) até junho de 2017. Desse total, a maioria (85,53% - 2.554) é privado não vinculado ao SUS, 8,20% são público municipal, 1,57% público estadual, 0,35% público federal, e 4,35% filantrópicos e privados vinculados ao SUS.

Dos 432 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS, 81,25% estão sob gestão municipal, 14,58% sob gestão estadual e 4,17% sob gestão dupla. A rede complementar representa 30,09%, ao passo que a rede pública responde por 69,91% dos estabelecimentos.

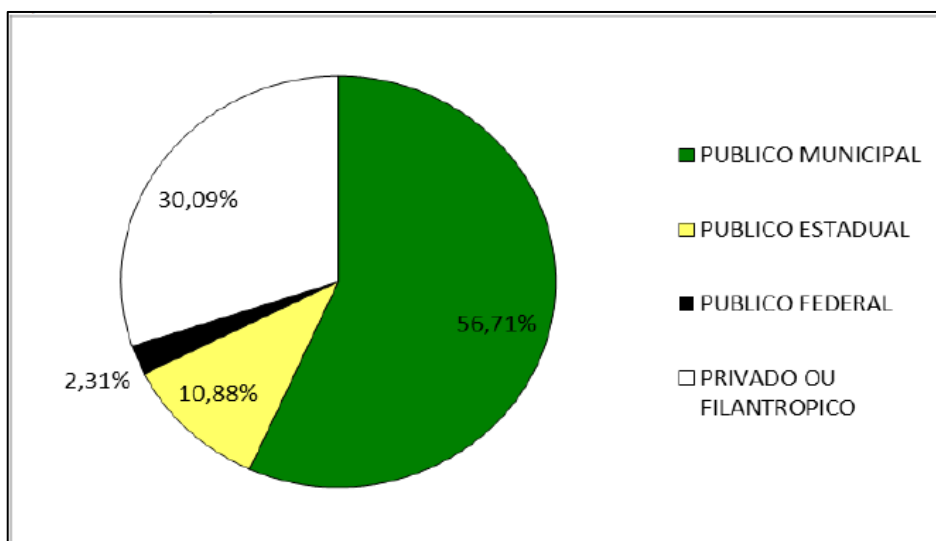
A rede articula estrategicamente serviços com diferentes hierarquias e níveis de complexidade no território, ao mesmo tempo em que atribuem à atenção primária à saúde (APS) um papel central para garantir a continuidade do cuidado comunitário. Por isso, as redes de atendimento tornam-se relevantes como estratégia para melhorar o acesso, a cobertura e os benefícios em qualidade e quantidade. Nesse sentido, articulam benefícios e recursos para uma determinada população, de forma a melhorar o alcance e a eficiência das intervenções em saúde.

Embora em Salvador o setor saúde seja composto por três subsetores com pouca interação - o Estado, a seguridade social e o privado -, ele se baseia na oferta pública a que todos os habitantes têm direito, independentemente de sua condição ou seguro privado. Embora os trabalhadores formais do estado ou privados tenham cobertura adicional fornecida por instituições de seguridade social chamadas de obras sociais, os funcionários de organizações públicas provinciais estão segurados em obras sociais provinciais. Este esquema é completado com prestadores de serviços

de saúde, financiadores ou seguradoras de saúde, laboratórios de especialidades médicas e empresas de equipamentos e suprimentos médicos que compõem o subsetor privado. Finalmente, seguindo os princípios do sistema federal do país, as responsabilidades de saúde são compartilhadas entre o Governo Federal e os governos municipal e estadual.

A fragmentação dos serviços de saúde se manifesta de múltiplas formas nos diferentes níveis do sistema de saúde. No funcionamento geral do sistema, a fragmentação se manifesta como falta de coordenação entre os diferentes níveis e locais de atenção, duplicação de serviços e infraestrutura, ociosidade da capacidade instalada e dos serviços de saúde prestados nos locais menos adequados, principalmente, nos hospitais. Na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação se expressa como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade do cuidado e falta de congruência dos serviços com as necessidades dos usuários.

**Gráfico 6** - Total de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS por tipo de prestador, Salvador-BA, 2017



Fonte: SCNES.

Por ser obrigatório por lei o atendimento emergencial, 100% dos estabelecimentos assistenciais de saúde prestam assistência ambulatorial, mas somente 12% realizam internações hospitalares.

Conforme o texto extraído do Plano Municipal de Saúde do município de Salvador (2018, p. 98):

Quanto a modalidade assistencial, 100% dos EAS prestam assistência ambulatorial e 12% realizam internações hospitalares. Vale destacar que a maior parte dos EAS SUS ambulatoriais concentram-se na rede pública municipal, seguida da rede privada ou filantrópica com 56,71% e 30,09% respectivamente. No entanto, essa relação difere quando se analisa a concentração de EAS SUS na modalidade hospitalar, cuja predominância desses serviços encontra-se na rede privada ou filantrópica (54,90%), seguida das esferas pública estadual (41,18%) e federal (3,92%).

É preciso definir as ações necessárias para consolidar os avanços sociais básicos que garantem os Direitos Humanos para avançar na integração do Sistema Único de Saúde; fortalecer a capacidade do assistencial da Saúde, estabelecendo alianças estratégicas, aumentando a quantidade e o uso eficiente dos recursos de saúde; aprimoramento da estrutura, organização e funcionamento das redes integrais e integradas de saúde.

Para Jesus, Santana Filho e Souza (2006, p.06):

O orçamento público destinado ao SUS é insuficiente. Além disso, há estados e municípios que descumprem a Constituição e não destinam os recursos previstos para a saúde. Boa Sorte Júnior (2006) afirma que “O Brasil gasta anualmente apenas cerca de 100 dólares per capita e 3,4% do PIB (Produto Interno Bruto compreendido como toda riqueza produzida pela Nação), um dos mais baixos índices do mundo e da América Latina, igualando-se com a Bolívia e Paraguai”.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina, Salvador tem um dos menores desempenhos, com gasto anual de R\$ 245 por pessoa, aproximadamente. Com isso Salvador é a capital que menos gasta, proporcionalmente, com a saúde pública de seus habitantes no país.

**Tabela 7 - Distribuição dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde por Distrito Sanitário e Tipo de Prestador, Salvador-BA, 2017**

Distritos Sanitários	Tipo de Prestador				Total	Percentual
	Público* Municipal	Público Estadual	Público Federal	Privado ou Filantrópico		
Barra/Rio Vermelho	22	8	7	47	84	19,63%
Liberdade	66	9	0	7	82	19,16%
Centro Histórico	15	2	3	23	43	10,05%
Subúrbio Ferroviário	29	3	0	4	36	8,41%
Cabula/Beirú	22	9	0	2	33	7,71%
Pau da Lima	15	5	0	8	28	6,54%
Brotas	11	2	0	14	27	6,31%
Itapuã	15	2	0	5	22	5,14%
Itapagipe	8	2	0	11	21	4,91%
São Caetano/Valéria	16	1	0	3	20	4,67%
Cajazeiras	14	4	0	1	19	4,44%
Boca do Rio	8	-	0	5	13	3,04%
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>47</b>	<b>10</b>	<b>130</b>	<b>428</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: SIA/SUS/DATASUS/MS.



Consideramos como eixo principal do modelo de atenção a pessoa em seu ambiente familiar e comunitário; Deve priorizar a promoção da saúde e a prevenção de danos, sem descuidar o aspecto curativo e reabilitador. Porém o que fica demonstrado pela leitura do Plano Municipal de Saúde e que Salvador tem um sistema de Saúde deficiente, pois existe concentração de atendimento em alguns distritos, enquanto outros ficam sem atendimento, conforme o texto a seguir:

Quanto a oferta de serviços de alta complexidade, tem-se uma distribuição desigual, sendo verificado que 43% dos EAS estão localizados no Distrito Barra/Rio Vermelho, enquanto o Distrito São Caetano/Valeria não dispõe de nenhum equipamento desse nível de complexidade (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, p. 99).

Esse cenário deixa claro que para cumprir a meta de atender as necessidades de serviços de saúde da população soteropolitana é primordial o investimento na rede básica do município.

A garantia constitucional do acesso aos serviços de saúde como direito social de todos os habitantes do território tem como características distintivas humanismo, respeito ao usuário, ética, cordialidade, universalidade, equidade, solidariedade, subsidiariedade, acessibilidade, qualidade, integralidade. , eficácia, eficiência, oportunidade e participação social.

Em Salvador, a concentração dos serviços de saúde públicos e privados, a violência nas diferentes expressões nas pessoas, nas famílias, nas comunidades e na sociedade em geral continuam sendo considerados e relacionados às desigualdades sociais e a um problema político, social e econômico; a falta de oportunidades principalmente para os jovens, a disponibilidade relativamente fácil de armas de fogo, a violência na mídia, a posição social da mulher, a concentração da pobreza, o isolamento social, a fragilidade e o tráfico ilegal de drogas, entre outros fatores, situações que afetam negativamente as possibilidades de investimento, desenvolvimento humano, crescimento econômico e saúde pública em todo o município. Diante dessa situação, na cobertura dos programas, ações preventivas como vacinação têm impacto limitado, com risco epidemiológico de surtos.

Carvalho (2019, p, 132) assim define:

Vale frisar que se cada uma das então 183 equipes do início de 2014 atendessem aos 4.000 habitantes previstos na Estratégia da Saúde na Família, seriam 732.000 cobertos. Contudo, os dados do Departamento de Atenção

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

Vale a pena notar por um momento as implicações: a má qualidade da assistência à saúde é atualmente um obstáculo maior para a redução da mortalidade do que a falta de acesso aos serviços de saúde. Ou seja, mesmo que seja garantido o acesso a determinado serviço de saúde, principalmente nos setores mais vulneráveis da população, o progresso é anulado se não houver capacidade de salvar vidas e melhorá-las.

Naturalmente, a consequência de gastos desnecessários e ineficientes com a saúde deteriora a confiança dos pacientes nos sistemas de saúde. A má qualidade do atendimento pode resultar em piores condições de saúde, piora e persistência dos sintomas, perda de funcionalidade e até medo de retornar ao centro de atendimento.

Os dados relativos consultas básicas, vimos que:

Quanto a necessidade de consultas básicas e especializadas, foi estimado que, no ano de 2016, a população de Salvador necessitar-se-ia de 4.728.859 consultas, sendo 3.354.934 básicas e 1.373.925 especializadas. Sendo realizadas 837.650 consultas básicas, tendo sido orçadas 2.278.788, tendo em vista a capacidade instalada da rede própria, além de serem realizadas 1.876.704 consultas especializadas para a população própria e referenciada. Esse cenário aponta que para atingir as necessidades de serviços de saúde da população soteropolitana e mister o investimento na rede básica do município (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018, p. 101).

Não será possível alcançar a cobertura universal sem um forte investimento na modernização da infraestrutura, dos recursos humanos e do aumento do orçamento, gerando novos investimentos em regiões onde não há cobertura adequada. É necessária uma reforma do sistema de saúde de Salvador, mas deve garantir que seja universal, equitativo, justo e não só garanta a cobertura, mas o acesso a toda a população, respeitando seu direito constitucional à saúde e aos direitos humanos.

O sistema de saúde de Salvador se caracteriza por ser fragmentado e apresentar problemas de coordenação e articulação entre instituições e unidades de

atendimento; o que implica a duplicação de atividades, esforços e recursos, entre outros aspectos. A infraestrutura hospitalar e os postos de saúde são deficientes, os serviços não têm a qualidade e cobertura exigidas. A manutenção tem sido escassa e tem motivado a deterioração constante, tanto da infraestrutura quanto dos equipamentos.

Vale salientar que o Papel da Regulação no Sistema Único de Saúde tem um sistema ainda precário no atendimento de algumas demandas, haja vista que muitos pacientes ainda morrem nas filas do SUS a espera de atendimento ou de simplesmente uma consulta ou exame. As pessoas exigem e devem ser tratadas com dignidade, que sejam informadas sobre suas alternativas terapêuticas e tenham a oportunidade de decidir sobre sua saúde.

A preocupação com o que espera cada pessoa que se aproxima em busca de cuidados de saúde e um bom tratamento, fazem parte da abordagem de qualidade e integral. A prestação de serviços integrados em rede de atenção à saúde implica que, na definição do horário de funcionamento de um estabelecimento de atenção básica, sejam desenvolvidas ações que facilitem o atendimento às pessoas que trabalham. Isso se materializa na operação de estabelecimentos com horário estendido, nos termos da legislação.

O direito à saúde, por estar absolutamente associado ao direito à vida e ao princípio da dignidade da pessoa humana, é considerado pressuposto básico para o exercício da cidadania. Sendo incontestável a sua extrema importância para a sociedade, pois a saúde diz respeito à qualidade de vida, objetivo buscado por todos. Portanto, constitui direito fundamental social e como tal apresenta todas as características dessa categoria de direitos, inclusive a da vinculação imputada aos poderes públicos para a consecução de seus objetivos e efetivação de suas garantias.

O direito à saúde está inserido nos chamados direitos fundamentais prestacionais, pois estes direitos permitem ao cidadão exigir determinada atuação do Estado com escopo de buscar uma melhoria nas condições de vida, assegurando os pressupostos materiais indispensáveis para o exercício dos demais direitos. O Estado tem o dever de atuar no sentido prescrito pela Constituição. O direito à saúde é considerado direito social, porque seu objetivo é a melhoria de vida da população como um todo, mediante políticas públicas e medidas concretas de política social.

O Sistema de Regulação do SUS é considerado uma ferramenta que visa promover a equidade, acessibilidade e a integralidade do acesso as prestadoras de

serviços de saúde público e privados sejam eles na esfera Estadual ou Municipal. Nesse sentido no Estado da Bahia temos o alinhamento do processo regulatório do SUS aplicado pela Central Municipal de Regulação e pela Central Estadual de Regulação que realizam a regulação de pacientes na questão dos leitos hospitalares, consultas, exames, cirurgias de alta e médica complexidade e eletivas, assim como os internamentos clínicos, basicamente tudo isso está vinculado diretamente aos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde que atendem ao Sistema Único de Saúde.

Vale dizer que o Sistema de Regulação do SUS no Estado da Bahia em especial no município de Salvador ainda é ineficaz devido à falta de aplicabilidade de recursos destinados a Saúde e há longas filas, onde o investimento em Saúde é precário somente apenas cerca de 12% pelo estado e 15% pelo município é aplicado a Saúde, daí como vivenciamos cotidianamente inúmeras filas de espera, chegando a seus usuários a morrem esperando um atendimento, pois, falta hospitais, médicos, medicamentos, EPI'S , maquinário para realizar exames de alta complexidade, essa é a realidade vivenciada por muitos brasileiros/ baianos que necessitam do SUS para atendimento.

O envelhecimento da população, o surgimento de doenças crônicas e comorbidades e o aumento das expectativas dos cidadãos exigem respostas mais equitativas e abrangentes dos sistemas de saúde. Atingir as metas de saúde, incluindo as contidas nas Metas de Desenvolvimento do Milênio (ODM), exigirá um investimento maior e mais eficaz nos sistemas de saúde, políticas que favoreçam a colaboração entre os prestadores de saúde como forma de melhorar a eficiência do sistema e a continuidade do atendimento.

Os sistemas de saúde têm três funções principais: administração, financiamento e prestação de serviços de saúde. As características específicas de cada sistema de saúde dependem da história e das condições políticas e socioeconômicas locais, bem como do grau de influência exercido pelos diversos grupos de interesse e do jogo de forças políticas.

Em cada projeto é importante ter em consideração a origem dos recursos necessários à sua execução nas diferentes fases de pré-investimento, investimento e operação e manutenção. Referem-se às possíveis origens dos recursos que serão utilizados no projeto.

Assim, os municípios assumem responsabilidades com as suas populações, ao nível das suas funções, para o desenvolvimento da sua população e

consequentemente a melhoria das suas condições de vida; Consequentemente, surge a necessidade de desenvolver estratégias e ações que visem garantir e restabelecer os direitos à saúde de que sua população deve gozar.

O plano municipal de saúde é o instrumento de planejamento de curto e médio prazo a ser utilizado pela referida Comissão Municipal. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e atividades que permitem orientar os recursos e as ações institucionais e comunitárias para responder às necessidades de saúde.

Tendo examinado o relatório do plano municipal de saúde 2018-2021, foram vistos os altos níveis de fragmentação dos serviços de saúde e seu impacto negativo no desempenho geral do atendimento de saúde da população, que se manifesta em dificuldades de acesso aos serviços, prestação de serviços de baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, aumento desnecessário da produção custos e baixa satisfação do usuário com os serviços recebidos.

Reconhecendo que é preciso mais investimentos na prestação de serviços de saúde, o que contribui para tornar realidade vários dos seus elementos essenciais, como a cobertura e a universalização do acesso; o primeiro contato; atendimento integral; cuidados de saúde adequados; organização e gestão ótimas e ação intersetorial, entre outras.

Existe a necessidade centralizar os serviços de saúde, pois com locais que atendam o cidadão de modo mais completo melhoram a acessibilidade do sistema, reduzem cuidados inadequados, reduzem a fragmentação dos cuidados de saúde, evitam a duplicação de infraestrutura e serviços, reduzem os custos de produção e respondem melhor às necessidades e expectativas de indivíduos, famílias e comunidades.

Ser saudável não basta satisfazer as necessidades primárias; é necessário viver em um ambiente que favoreça o potencial de cada pessoa e que garanta as melhores condições possíveis para todos, tanto físicas, sociais e ambientais.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A referida pesquisa foi embasada na temática sobre o Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021 no qual a partir do processo de descentralização das ações de saúde o Estado e os municípios passaram a assumir e dividir atribuições no que tange as três esferas de Governo Estadual, Municipal e Federal inclusive em relação a aplicabilidade dos recursos destinados a Saúde Pública.

Em relação a visão do Sistema de Regulação do Sistema Único de Saúde foi visto que a Secretaria de Saúde assume um papel indispensável nesta área sendo dividido em 03 níveis de atuação são eles: A regulação sobre sistemas de saúde, A regulação da atenção à saúde e pôr fim a Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial.

Os objetivos específicos também foram atingidos no que tange a compreensão da rede de Regulação de Atenção à Saúde em Salvador-BA, a partir da análise que foi realizada de alguns gráficos selecionados e por fim interpretadas.

Para tanto debater sobre as políticas de acesso à saúde pública é, sem dúvida, uma questão complexa. A intenção deste estudo consistiu em entender o panorama da rede do sistema regulatório do SUS na cidade do Salvador, a partir da análise de alguns gráficos relacionados à rede de Regulação de atenção a saúde, analisar a regulação de saúde do município e se tem atendido as expectativas anunciadas. Vale dizer que apesar dos avanços na forma de operacionalização da regulação assistencial, o processo de regulação em saúde ocorre ainda de forma bastante rudimentar, requerendo aprimoramento em diversos aspectos.

Salienta-se que os resultados encontrados neste trabalho concluíram que Sistema de Regulação do SUS no Município de Salvador- Ba ainda precisa de melhoria devido à falta de aplicabilidade de recursos destinados a Saúde e há longas filas, onde o investimento em Saúde é precário somente apenas cerca de 15% pelo município é aplicado a Saúde, daí vivenciamos cotidianamente inúmeras filas de espera, chegando a seus usuários a morrerem esperando por um atendimento, pois, falta hospitais, médicos, medicamentos, EPI'S , maquinário para realizar exames de alta complexidade, essa é a realidade vivenciada por muitos brasileiros/ baianos que necessitam do SUS para atendimento, de modo que tal perceptiva foi fundamentada nos gráficos selecionados e analisados nesta pesquisa do Plano Municipal de Saúde de 2018-2021.

Como observação, fica sugerida a proposta de melhorias para diminuição dessa problemática no que se trata ao Sistema de Regulação do SUS, como as propostas de reorganização do Sistema de Saúde, indicando que a população não conquistará sua saúde apenas com a cura das doenças, mas com a possibilidade de vivenciar o processo saúde/doença de maneiras diferentes, numa busca mais ampla e global, necessitando de vários outros investimentos também para a comunidade; de modo que haja uma intervenção intersetorial na saúde, em todos os níveis desde o Estado ao Município funcionando de forma integralizada a fim de minimizar os índices de usuários desse sistema morrendo nas filas.

## REFERÊNCIAS

- BAGATINI, Carmen Luisa Teixeira **A regulação do acesso e sua importância para organizar a oferta e a demanda de serviços nos sistemas públicos de saúde/** Carmen Luisa Teixeira Bagatini. 2017. Disponível em: <[http://files.bvs.br/upload/bvsecos/tcc\\_Carmen\\_Bagatini.pdf](http://files.bvs.br/upload/bvsecos/tcc_Carmen_Bagatini.pdf)>. Acesso em: 05 out 2020.
- BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, São Paulo, 2008.
- BARREIRA, Draurio; GRANGEIRO, Alexandre. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo: v. 41, supl. 1, p. 4-8, Sept. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000800002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 Mar. 2021.
- BATISTA, Sandro Rodrigues; et al; **O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais.** Ciência & Saúde Coletiva, 24(6):2043-2052, 2019.
- BRASIL; **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.
- CARDOSO, Marcelle de Oliveira; **Avaliação da Cobertura da Atenção Básica À Saúde em Salvador, Bahia.** 2009. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000700006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000700006&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em 02.03.2021.
- CARVALHO, Érica Rios de; Gestão do SUS em Salvador/BA: análise do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e seus impactos. **Cadernos do CEAS**, Salvador/Recife, n. 246, p. 121-139, jan./abr., 2019.
- FELICIELLO, Domenico; VILLALBA, Juliana Pasti. **Regulação da saúde no SUS /** Organizadores Domenico Feliciello, Juliana Pasti Villalba. -Campinas, SP: UNICAMP/NEPP/ AGEMCAP, 2016.
- GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE); **Salvador Panorama.** 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>> Acesso em 25.03.2020.



JESUS, Cleide Silva de; SANTANA FILHO, José Bispo de; SOUZA, Marcio Arcanjo de; **A Expansão do Setor Privado da Saúde em Salvador**. 2006. Disponível em: <<https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/16>> Acesso em 02.03.2021.

JESUS, Ana Lize Mendes de; **Regulação Direito e Desafios de Acesso: Avaliação e Implementação de Medidas Para Que a Regulação de Leito Hospitalar de Salvador Se Dê da Forma Equânime ao Interesse Público**. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/172928>> Acesso em 25.03.2020.

LIMA, Adriana Cristian Mota Venas; **Capacidade Física Instalada da Rede de Urgências e Emergências/SUS de Salvador - BA: Uma Análise da Realidade do Componente UPA**. 2018. Disponível em: <<https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/bitstream/bahiana/3414/1/ARTIGO%20ADRIANA%20LIMA%20UPA%20-%20VERSAO%20FINAL.pdf>> Acesso em 25.03.2020.

MENDES, Eugênio Vilaça; **Desafios do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Sistema Mundial de Vigilância e Monitorização da OMS para os produtos médicos de qualidade inferior e falsificados** [WHO Global Surveillance and Monitoring System for substandard and falsified medical products] ISBN 978-92-4-851342-8. 2018.

PEIXOTO, José Augusto Saraiva; **Bahia de Todos os Santos: Vulnerabilidades e Ameaças**. 2008. Disponível em: <<http://www.ppec.ufba.br> > files > 2008\_jose\_saraiva> Acesso em 02.03.2021.

RUIZ, J. A.; **Metodologia Científica: guia para eficiência nos estudos**. São Paulo, Atlas, 2009.

SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde. 2018-2021**. Vol. 1. Salvador: SMS, 2018.l. 18 p. Disponível em: [www.saude.salvador.ba.gov.br](http://www.saude.salvador.ba.gov.br). Acesso em: agosto de 2018.

SILVA, Barbara-Christine Nentwing; SILVA, Sylvio Bandeira de Mello e. **Estudo sobre Globalização, Território e Bahia**. 2.ed. Salvador: Departamento de Geografia, Universidade Federal da Bahia, 2006.

SILVA, Antônio João Hocayen da; **Metodologia de pesquisa: conceitos gerais**. Gráfica Unicentro, Paraná: 2010.

TEIXEIRA, Maria da Gloria et al. Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em Salvador - Bahia: evolução e diferenciais intra-urbanos segundo condições de vida. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 35, n. 5, p. 491-497, Oct. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822002000500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822002000500012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02.03.2021.

TORRES, Jaci Lopes; **Regulação dos Leitos Hospitalares no Sistema Único de Saúde na Cidade De Salvador-BA**. 2019. Disponível em:

<[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/30639/1/Dissert\\_ENF%20Jaci%20Lopes%20Torres.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/30639/1/Dissert_ENF%20Jaci%20Lopes%20Torres.pdf) > Acesso em 25.03.2020.

VILARINS, G.C.M.; SHIMIZUI, H.E.; GUTIERREZ, M.M.U. **A regulação em saúde:** aspectos conceituais e operacionais. Saúde em Debate. Rio de Janeiro: v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012.

## APÊNDICE

### QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Esse questionário tem o objetivo de conhecer a realidade ofertada dos Serviços de Saúde prestados aos cidadãos brasileiros, fato este que é um problema de calamidade pública que é evidenciado no processo do Sistema de Regulação do SUS não somente no município de Salvador – Ba, como também é algo constante em todo território brasileiro onde seus usuários continuam morrendo nas filas em busca de um atendimento de saúde digno e de qualidade à espera de um Sistema de Regulação eficaz e eficiente.

Esse questionário foi fundamentado por meio dos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Salvador (SMS) – Ba, localizado no endereço Rua da Grécia, nº3 A Ed. Caramuru - Comércio CEP: 40010-010, onde os dados coletados secundários da pesquisa foram extraídos do Plano Municipal de Saúde de 2018 de Salvador – Bahia e do Relatório anual de Gestão da SESAB 2019, fundamentando se nas variantes de gráficos selecionados na Análise de conteúdo que constará na apresentação/ análise dos resultados e discussão, estes são:

**Análise da Situação de Saúde – Perfil Demográfico ( Mapa 01, Tabela 01, Mapa 02, Tabela 02, Figura 01, Tabela 03); Análise da Situação de Saúde - Causas Externas ( Gráficos 78 , Gráfico 79, Gráfico 80); Caracterização da Rede de Serviços de Saúde de Salvador ( Gráfico 81, Gráfico 82); Aplicação dos Recursos em Saúde pela SESAB e as principais fontes de recursos da Bahia entre os anos de 2019; Processo Regulatório do Sistema de Saúde.**

Teve como público alvo os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS do Município de Salvador - Bahia e contou com a colaboração do gestor municipal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que realizou as suas colocações por meio da aplicação do questionário online sobre as perguntas fundamentadas nos gráficos selecionados na Análise de Conteúdo como supracitado acima, além de expor a sua percepção quanto ao papel Gestor Municipal de Saúde no que tange ao processo do Sistema de Regulação do SUS em Salvador – Bahia.

As informações são confidenciais e só serão usados para fins exclusivamente de pesquisa (TCC).

Área/ Cargo: Secretário Municipal da Saúde (SMS)	Idade: 42 Anos	Gênero: M ( X ) F( )	Tempo de
--	----------------	----------------------	----------

			atividade: 04
<b>QUESTÕES ABERTAS</b>			
1. Como Gestor Municipal da Saúde qual a sua visão sobre o Sistema Único de Saúde no Município de Salvador – B?.			
2. Como Gestor Municipal da Saúde como você percebe a questão da hierarquia no Sistema Único de Saúde entre as unidades da Federação do Brasil?			
3. Como Gestor Municipal da Saúde você percebe a questão da responsabilidade financeira do governo federal no que tange a área de Saúde?			
4. Como Gestor Municipal da Saúde como você entende a questão da responsabilidade do governo estadual na área de saúde no que tange aos usuários do Sistema Único de Saúde?			
5. Como Gestor Municipal da Saúde como você compreender a responsabilidade do governo municipal na área de saúde?			
6. Como base na Análise da Situação de Saúde – Perfil Demográfico levantada pelo Plano Municipal de Saúde de Salvador - Bahia em 2018, como o Gestor Municipal percebe os gráficos apresentados nos: (Mapa 01, Tabela 01, Mapa 02, Tabela 02, Figura 01, Tabela 03) referente as variantes relacionadas aos atendimentos nos 417 municípios, subdivididos em 28 regiões de Saúde e 09 macrorregiões (Norte, Oeste, Centro-Norte, Centro-Leste, Nordeste, Leste, Sudoeste, Sul e Extremo Sul) como está disposto no Plano Diretor de Regionalização, assim como a variantes do público alvo dos serviços de saúde no que tange ao a sexo, raça/ cor / idade para atendimento de a Saúde e suas Centrais de Regulação?			
7. Como base na Análise da Situação de Saúde - Causas Externas levantada pelo Plano Municipal de Saúde de Salvador - Bahia em 2018, como o Gestor Municipal qual a sua percepção sobre os gráficos ( Gráficos 78 , Gráfico 79, Gráfico 80) referente as variantes de números de internamentos por causas externas e o valor total das autorizações que impactaram diretamente no Sistema de Regulação do SUS do município de Salvador; as variantes de internações por causas externas referente a sexo (masculino e feminino) e por fim variante do índice de internamento de acordo a faixa etária que demonstrou que os adultos			

jovens de 20 a 30 anos tem um maior percentual de internamento por causas externas?
8. Com base na Caracterização da Rede de Serviços de Saúde de Salvador levantada pelo Plano Municipal de Saúde de Salvador - Bahia em 2018, como o Gestor Municipal tem a percepção sobre os (Gráfico 81, Gráfico 82) referente as variante sobre o quantitativo de estabelecimentos vinculados ao Sistema Único de Saúde –SUS por tipo de prestador no Município de Salvador – Ba, assim como a variante de total de Estabelecimentos Assistências de Saúde no que se refere a modalidade de atendimento ambulatorial e hospitalar?
9. Como Base no Relatório anual de Gestão da SESAB 2019 sobre Aplicação dos Recursos em Saúde pela SESAB e as principais fontes de recursos da Bahia entre os anos de 2019 como o Gestor Municipal compreende a aplicabilidade dos investimentos na área de Saúde tanto no Município de Salvador como no Estado da Bahia, assim como para devem ser explanados para onde vão os recursos destinados a Saúde e como são fiscalizados?
10. Como o Gestor Municipal compreende o processo de transferências dos recursos utilizados para a saúde “fundo a fundo” no que tange o Município de Salvador como também Estado da Bahia?
11. Como o Gestor Municipal percebe o Processo Regulatório do Sistema Único de Saúde do Município de Salvador- Ba, no que tange a variante visa promover a equidade, acessibilidade e a integralidade do acesso as prestadoras de serviços de saúde público e privados sejam eles na esfera Estadual ou Municipal?
12. Como Gestor Municipal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como você entende o seu papel no processo de gestão de saúde?
13. Na sua visão como Gestor Municipal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) compreende as suas atribuições referente a sua participam da gestão do SUS a nível Municipal?
14. Como Gestor Municipal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como você percebe o processo de Regulação do SUS no Município de Salvador – Ba no que tange a prestação dos serviços de saúde de todos os baianos?
15. Como Gestor Municipal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) quais os desafios encontrados no Sistema de Regulação do SUS no Município de Salvador – Ba?

