

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde

***“A descentralização do Setor Saúde no Município de Campos
dos Goytacazes na década de 90”***

por

Viviane Aparecida Siqueira Venâncio

**Dissertação apresentada com
vistas à obtenção do Título de
Mestre em Ciências na área
de Saúde Pública, subárea
Políticas Públicas e Saúde.**

Orientador: *Prof. Dr. José Mendes Ribeiro*

Co-Orientador: *Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa*

Setembro de 2001

Banca Examinadora:

- *Prof. Dr. Alúisio Gomes da Silva Júnior*
- *Profa. Dra. Regina Cele de Andrade Bodstein*
- *Prof. Dr. José Mendes Ribeiro*
- *Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa*

**A meus pais, *Jorge e Edina*, pelos
exemplos dados e aposta constante
em meu crescimento profissional.**

**E a *Rodrigo*, por viver comigo cada
novo ciclo de vida que surge.**

Agradecimentos

Ao Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional, de modo especial ao seu Departamento de Serviço Social – UFF/Campos, pelo afastamento de atividades concedido, possibilitando a realização do curso de mestrado.

À ENSP/FIOCRUZ, pelo acolhimento e eficiência de seus funcionários frente às necessidades corriqueiras e especiais dos que residem fora do Rio de Janeiro; e pelo vasto conhecimento e experiência de seus professores, repassados de modo simples e amigável.

Ao professor Nilson do Rosário Costa, pela visão positiva ao lidar com as pessoas, acreditando naquilo que cada um possui de melhor e pela capacidade especial de apontar caminhos.

Ao professor José Mendes Ribeiro, pelo acompanhamento constante e ensinamentos mais detalhados e discutidos do mestrado, possibilitando avanços valiosos para minha história profissional.

Aos professores Regina Bodstein, Gilberto Hochman e Lígia Giovanella, pela participação e “toques” importantes na fase de discussão da proposta de pesquisa.

Ao professor Aluísio Gomes, pela análise e indicações feitas a este trabalho, construindo-me um novo olhar e considerações importantes.

À Secretaria de Saúde de Campos dos Goytacazes, pela presteza de seus funcionários e entrevistados no acesso a dados e informações de que dispunham.

À Tatiana Reis, pela residência compartilhada nos primeiros tempos do mestrado, sempre com muita alegria e gentilezas.

À Maria da Penha e a Ronaldi, meus sogros, pelo carinho e apoio dispensados a minhas filhas em minhas ausências, contribuindo com a tranquilidade necessária à produção deste trabalho.

À Bruna, Paula e Thaís, minhas filhas, pelo respeito e compreensão diante deste projeto, dando-me, cada uma, com jeitinho singular, seu apoio.

LISTA DE ABREVIATURAS

- AIS: Ações Integrais de Saúde
- AIH: Autorização de Internação Hospitalar
- CAP: Caixa de Aposentadorias e Pensões
- CCC: Comissão de Contratos e Convênios
- CCA: Comissão de Controle e Avaliação
- COF: Comissão de Orçamento e Finanças
- CIB: Comissão Intergestores Bipartite
- CIT: Comissão Intergestores Tripartite
- CIMS: Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
- CIPLAN: Comissão Interministerial de Planejamento
- COSEMS: Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde
- CMS: Conselho Municipal de Saúde
- CNS: Conselho Nacional de Saúde
- CONASS: Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
- CONASEMS: Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
- FAE: Fração Assistencial Especializada
- FMS: Fundo Municipal de Saúde
- GED: Grupo Especial de Descentralização
- IAP: Instituto de Aposentadorias e Pensões
- INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- INPS: Instituto Nacional de Previdência Social
- MS: Ministério da Saúde
- NOB: Norma Operacional Básica
- PAB: Piso de Atenção Básica

- PCCS: Plano de Carreira, Cargos e Salários
- PPA: Plano de Pronta Ação
- PSM: (Gestão) Plena do Sistema Municipal
- PAM: Posto de Assistência Médica
- PU: Posto de Urgência
- PSF: Programa de Saúde da Família
- PACS: Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
- POI: Programação e Orçamentação Integrada
- PPI: Programação Pactuada e Integrada
- SES: Secretaria Estadual de Saúde
- SMS: Secretaria Municipal de Saúde
- SMSCG: Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes
- SADT: Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento
- SIA: Sistema de Informação Ambulatorial
- SIH: Sistema de Informação Hospitalar
- SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade
- SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
- SINPAS: Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
- SISVAM: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
- SUS: Sistema Único de Saúde
- SUDS: Sistema Único e Descentralizado de Saúde
- RH: Recursos Humanos

LISTA DE MAPAS, QUADROS e TABELAS:

- **Mapa 3.1:** Mapa do Estado do Rio de Janeiro.
- **Mapa 3.2:** Mapa da Rede de Serviços nos Distritos.
- **Mapa 3.3:** Mapa da Rede de Serviços na Cidade.
- **Quadro 2.1:** Síntese das Tipologias de Avaliação de Políticas, segundo autores citados.
- **Quadro 4.1:** Síntese da Agenda e Resoluções do CMS, Campos dos Goytacazes, RJ, 1991-2000.
- **Tabela 3.1:** Déficit Habitacional por tipo de domicílio, Campos dos Goytacazes, RJ, 1991.
- **Tabela 4.1:** Funções e Atribuições dos Municípios perante o SUS, segundo as NOB's 1991, 1993 e 1996, Campos dos Goytacazes, RJ.
- **Tabela 4.2:** Números de Estabelecimentos de Saúde, por esfera e tipo de unidade, Campos dos Goytacazes, RJ, 1992
- **Tabela 4.3:** Número de Estabelecimentos de Saúde Ambulatoriais e de Diagnose, Campos do Goytacazes, RJ, 1999
- **Tabela 4.4:** Número de Unidades por tipo de prestador, Campos dos Goytacazes, RJ, 1992-1999
- **Tabela 4.5:** Número de Leitos, Campos dos Goytacazes, RJ, 1992-1999.
- **Tabela 4.6:** Número de AIHs Pagas, Campos dos Goytacazes, RJ, 1992-1999
- **Tabela 4.7:** Quantidade de Procedimentos Ambulatoriais aprovada, por tipo de prestador, segundo categoria de procedimentos, Campos dos Goytacazes, RJ, 1994-1999.
- **Tabela 4.8.** Total de Procedimentos Ambulatoriais aprovado, por ano e categoria de procedimentos, SUS, Campos dos Goytacazes, RJ, 1994-2000.
- **Tabela 4.9:** Valor Aprovado pela Produção Ambulatorial, Campos dos Goytacazes, RJ, 1994-1999.
- **Tabela 4.10:** Total de Unidades Ambulatoriais por tipo de unidade, segundo prestador, SUS, Campos dos Goytacazes, RJ, dezembro de 1998, 1999 e 2000.
- **Tabela 4.11:** Número de reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS de Campos dos Goytacazes / RJ, no período de nov/1991 – julh/2000.

- **Tabela 4.12:** Reuniões do CMS de Campos dos Goytacazes que *não* foram realizadas, no período de nov/91 a julh/2001.
- **Tabela 4.13:** Número Total de participantes do CMS de Campos dos Goytacazes, no período de nov/1991 a julh/2000, segundo tipo de regularidade e setores representados.
- **Tabela 5.2:** Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000), Campos dos Goytacazes, RJ, 1994-1998.
- **Tabela 5.3:** Mortalidade geral, materna e infantil, no município de Campos dos Goytacazes, RJ, 1992-1999.
- **Tabela 5.4:** Taxa de Nascimentos, segundo condições, Campos dos Goytacazes, RJ, no período 1994-1998.
- **Tabela 5.4a** - Taxa de Nascimentos, segundo condições, Estado do Rio de Janeiro, no período 1994-1998
- **Tabela 5.5:** Percentual de Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária, CID10, cinco maiores causas, Campos dos Goytacazes, 1999.
- **Tabela 5.5 a:** Percentual de Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária, CID10, cinco maiores causas, Rio de Janeiro, 1999.
- **Tabela 5.6:** Mortalidade Infantil por Causas Mal Definidas, por Causas Evitáveis e Sem Assistência Médica, Campos dos Goytacazes, RJ, 1994-1998.
- **Tabela 5.6 a:** Mortalidade Infantil por Causas Mal Definidas, por Causas Evitáveis e Sem Assistência Médica, Rio de Janeiro, 1994-1998.
- **Tabela 5.7:** Total de Óbitos Infantis com assistência e por ocorrência, Campos dos Goytacazes, RJ, período 1992-1998.
- **Tabela 5.7 a:** Total de Óbitos Infantis com assistência e por ocorrência, Rio de Janeiro, período 1992-1998.
- **Tabela 5.8:** Cobertura Vacinal (%) por tipo de Imunobiológico em menores de 01 ano, no Município de Campos dos Goytacazes, RJ, período 1995-1999.
- **Tabela 5.8 a:** Cobertura Vacinal (%) por tipo de Imunobiológico em menores de 01 ano, no Estado do Rio de Janeiro, período 1996-2000.
- **Tabela 5.9** – Algumas variáveis referentes ao desempenho do Programa de Saúde da Família, Campos dos Goytacazes e Estado do Rio de Janeiro, 1998-2000.

- **Tabela 5.10** – Algumas variáveis referentes ao desempenho do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Campos dos Goytacazes e Estado do Rio de Janeiro, 1998-2000.

Resumo

O presente trabalho apresenta o perfil da descentralização do setor saúde no Município de Campos dos Goytacazes (RJ), no período 1990-2000, a partir de requisitos definidos pelas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como habilitação ao SUS, funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e municipalização da rede de serviços.

Este trabalho apresenta as condições de gestão assumidas pelo município durante a década, em paralelo com os demais municípios da Região Norte e Noroeste do Estado do RJ; reuniões do CMS, programadas e realizadas, com participação por segmentos, funcionamento de suas comissões e seus pontos de pauta e resoluções. Sobre a rede de serviços, mostra o perfil de sua expansão em termos de rede hospitalar, ambulatorial e SADTs e da relação entre os setores público e privado. Por fim, na perspectiva de resultados da implementação do SUS, apresenta-se o perfil sanitário do município frente à média do Estado do Rio de Janeiro.

Possui, como pressuposto teórico básico o conceito de descentralização, entendido como um processo de transferência de poder decisório, no financiamento e gestão, do nível nacional para níveis subnacionais, o que necessariamente, aponta para redefinições de papéis, estabelecimento de novas relações entre as três esferas de poder, reorganização institucional, reformulação de práticas e controle social. Pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que constituem a base de legitimação das decisões. Inicialmente descreve, a partir de marcos considerados importantes, a ocorrência desse processo no Brasil.

Em suas análises e conclusões, este trabalho indica avanços e limites no processo de municipalização realizado pelo município em estudo. Em linhas gerais, conclui que:

- Houve descentralização induzida por arranjos institucionais, apesar de uma habilitação tardia.
- O Município ampliou suas responsabilidades com a Atenção à Saúde e realizou gestão em sintonia com o Conselho Municipal de Saúde.
- Há necessidade de aprimoramentos relativos à organização da rede de serviços, em termos de hierarquização e implementação do sistema de referência e contra-referência, e à capacidade de controle e parcerias com o CMS.
- Para a maioria das variáveis epidemiológicas utilizadas, o Município alcançou resultados mais vantajosos que a média do Estado do Rio de Janeiro.

Abstract

This essay presents the outline of the decentralization of the health sector in Campos dos Goytacazes, State of Rio de Janeiro, from 1990 to 2000, based on requirements stated by the Unique Health System Basic Operational Rules, being the Municipal Health Council (MHC) functioning and the services network municipalization, competences of the Unique Health System (UHS).

It also shows the management conditions assumed by the city authorities during the decade, compared to the other cities from the North and Northwest regions of the State (RJ); MHC planned and performed meetings, with the participation of different segments, the functions of the committees, guidelines and resolutions. About the services network, it presents the outlines of its expansion regarding hospital and outpatient treatment net and SADT and the public-private connexion. Finally, from a result perspective on UHS implementation it is presented the profile of the city sanitation in the face of the average in the State of Rio de Janeiro.

It has as a basic theoretical premise the concept of decentralization, understood as a process of power transfer, concerned with support and management, from national to regional levels. This leads to roles redefinition, a new relationship among the three power spheres, institutional reorganization, practices reformulation and social control. It means the actors who form the basis of the legitimacy ought to enter into dialogue, negotiations and agreements. At first, it explains how the process happened in Brazil, using facts regarded as landmarks.

In its analysis and conclusions, reveals the progress and limits in the municipalization process. In a general view, it concludes that:

- There was a decentralization, induced by institutional arrangements, despite being late.
- The city has broadened its responsibilities with Health Care and managed in tune with the Municipal Health Council.
- Improvements are necessary, concerning services network organization, in terms of hierarchy, reference and counter-reference system implementation, control ability and partnership with MHC.
- For the majority of the epidemic variables used, the city reached more beneficial results than the average of the State.

SUMÁRIO

	PÁG.
Apresentação	12
Introdução	13
Capítulo 1- Descentralização e Desenho Institucional do SUS	16
Capítulo 2- Aspectos Metodológicos	
2.1- Aspectos Conceituais	
2.1.1- Descentralização	45
2.1.2- Avaliação de Políticas.....	49
2.2- Procedimentos Metodológicos	64
Capítulo 3- Apresentação do Município de Campos dos Goytacazes	67
Capítulo 4 - Interações e Resultados da Descentralização em Campos dos Goytacazes	
4.1- Trajetória da Habilitação ao SUS	72
4.2- Mudanças na Oferta de Serviços Públicos em Campos para os anos 1991-2000	76
4.3- A Participação Social na Política de Saúde Local	91
Capítulo 5- Características Sanitárias do Município de Campos dos Goytacazes	109
Conclusões	122
Anexos	
Anexo 1 – Instrumentos de Gestão	129
Anexo 2 – Programas Especiais de Assistência Médica	143
Anexo 3 – Indicadores e Metas do Pacto da Atenção Básica	144
Referências Bibliográficas	145

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa é fruto de reflexões e inquietações sobre o tema da saúde pública, vividas, nos últimos anos, no exercício e docência do serviço social.

Enquanto assistente social, por quatro anos, atuei na pediatria de um dos hospitais locais, fundado por uma associação classista, mas que passou a atender a comunidade em geral, a partir da criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), momento que coincide com o início de minhas atividades profissionais.

Na vigência da descentralização do setor saúde, a partir de 1992, passei a fazer parte do quadro docente da Universidade Federal Fluminense (UFF), em seu Departamento de Serviço Social de Campos (DSSC/UFF), possuindo, entre outras funções, a de orientar o estágio no setor saúde. Esta área, como é comum em outros departamentos, tem a maior concentração de estagiários de Serviço Social, chegando, no primeiro semestre de 1998, a um total de 10% dos alunos inscritos no curso.

A experiência de orientação de estágio aproximou-me da relação de cada projeto ou ação cotidiana na saúde, com o papel de cada organização social dentro da política de saúde municipal. Através da descrição e questionamentos de estagiários e assistentes sociais, aproximei-me do funcionamento diário de alguns dos projetos desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Como representante do DSSC/UFF no Conselho Municipal de Saúde, por dois anos, participei da engrenagem política inerente à implementação da política de saúde.

Desse modo, a municipalização do setor saúde faz parte de meu cotidiano profissional, motivando a sistematização do conhecimento sobre ela, não apenas no sentido de maior qualificação para nossas atividades profissionais, mas também de contribuir para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Município, ao realizar-se uma análise científica sobre a questão, em uma conjuntura em que o saber técnico se torna condição fundamental para a formulação de políticas.

Este trabalho é a culminância do mestrado em Saúde Pública, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz, na sub-área Políticas Públicas, onde pesquisei sobre a implementação de variáveis próprias à municipalização do setor saúde no Município de Campos dos Goytacazes, na década de 90.

INTRODUÇÃO

O conceito inovador de saúde, adotado pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1987, p.382) e definido como o “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, apontava para novos direcionamentos políticos, administrativos, institucionais e financeiros, que entraram na agenda pública com grande destaque, sendo regulamentados pelas Leis 8.080 e 8.142 e Portarias do Ministério da Saúde, como as Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991, 1993 e 1996.

O Brasil viveu, na última década, a intensificação de seu quadro de pobreza, com elevados índices de desemprego, limitando a plena vivência desse conceito. No entanto, são inegáveis os avanços em termos de acesso aos serviços de saúde, de oportunidades de participação social e a busca, especialmente pelas prescrições da NOB- SUS 96, de alterações no modelo assistencial, vindo a motivar inúmeras pesquisas sobre o *modus operandi* dos vários ângulos que envolvem a implementação da política de saúde e sua gestão política e financeira.

A política de saúde no Brasil, marcada historicamente pela relação entre os setores público e privado, num primeiro momento dentro dos marcos do Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social (INAMPS), e posteriormente redefinida no processo de reforma do Estado nos anos 90, saiu de uma noção associada à inserção formal do trabalho para a de dever público de cidadania, com a Constituição de 1988.

As inovações deram-se, de modo especial, na gestão da política de saúde. Nos anos 90, o processo de descentralização proposto pela reforma sanitária e formalizado na Constituição foi regulamentado por Leis e Portarias próprias, pondo regras inovadoras, redefinidoras da posição de cada ente federativo em termos de obrigações e prerrogativas. Os Municípios passam a executar a política de saúde, auxiliados pelo Estado em casos de dificuldades, e fiscalizados/controlados pelos Conselhos de Saúde existentes nas várias esferas governamentais. As inovações envolvem um processo de negociação inter-municípios garantindo a permanência do Sistema Único de Saúde e, para isso, constituíram-se comissões intergestores.

O Município de Campos dos Goytacazes pertence à Região Norte do Estado do Rio de Janeiro, sendo referência de saúde e educação para a Região Norte e Noroeste deste Estado. Destaca-se por sua produção agrícola, em termos de tradição e absorção de mão-de-obra, e de petróleo, no sentido de volume de riqueza produzido.

Em termos políticos, tem a década de 90 marcada pela entrada, em seu cenário, de um novo político, que saiu das eleições municipais de 1989 eleito prefeito e influenciou significativamente na política da década no município, retornando em mandato posterior ou apoiando prefeitos eleitos. Tal político, Anthony Willian Garotinho Matheus de Oliveira, torna-se, em 1997, governador do Estado do Rio de Janeiro.

A entrada em cena de um Prefeito eleito, em 1989, com o apoio de uma frente popular e forte respaldo eleitoral durante a década, traz uma expectativa a mais. São inovações, pautadas pela legislação do SUS, que surgem numa conjuntura local favorável, ao menos em termos de propostas, a mudanças condizentes com as necessidades coletivas, dentre elas a saúde.

Desse modo, o presente trabalho traz um balanço do processo de descentralização do setor saúde, no Município de Campos dos Goytacazes, na década de 90, a partir de alguns pré-requisitos à municipalização, presentes na normatização desse processo. Este trabalho busca traçar, frente aos indicadores a que se propõe, os limites e dimensões das mudanças realizadas, detectando avanços e lacunas. Especificamente, visa a mostrar a evolução da rede de serviços e suas características; as condições de habilitação nas quais o município se inseriu e as oportunidades de planejamento e controle social. Em uma perspectiva de resultado “final”, a partir da implementação dos requisitos para a municipalização no período estudado, este trabalho apresenta a performance municipal frente a indicadores de morbi-mortalidade e epidemiológicos, tendo como parâmetro a média do Estado do Rio de Janeiro.

O primeiro capítulo apresenta, em linhas gerais, a construção histórica da Política de Saúde no Brasil, detendo-se no desenho institucional do Sistema Único de Saúde (SUS).

O segundo capítulo define a base conceitual e a metodologia de pesquisa adotada. Desse modo, destaca o conceito de Descentralização e o de Avaliação de Políticas e apresenta o modo pelo qual a pesquisa foi realizada.

O terceiro capítulo traz uma apresentação inicial do município, a partir de dados demográficos e sócio-econômicos.

O quarto capítulo apresenta interações e resultados da descentralização do setor saúde em Campos dos Goytacazes, a partir da trajetória de habilitação municipal, da municipalização da rede de serviços e do perfil de participação social traçado pelo CMS.

Por último, no quinto capítulo, são apresentados os resultados alcançados pelo município, comparados aos do Estado do Rio de Janeiro, frente a variáveis epidemiológicas pertencentes ao processo de pactuação da Atenção Básica.

CAPÍTULO I

Descentralização e Desenho Institucional do SUS

A história da relação entre esferas de poder no Brasil, pelas quais necessariamente passaria o processo de descentralização, é repleta de paradoxos. O predomínio de componentes autoritários e centralizadores na formulação e na execução das políticas sociais vinha, no transcorrer dos anos, convivendo com momentos de inversão nessa tendência.

Após duas décadas de intensos debates e embates políticos, econômicos, administrativos e ideológicos – pois, mesmo no período de ditadura militar, isso não deixou de acontecer - a descentralização da assistência à saúde é uma das marcas dos anos 90. Momento culminante de um processo iniciado no começo dos anos 80, com as Ações Integradas de Saúde (AIS), foi a descentralização favorecida pela “abertura política” do regime, impulsionada pela Reforma Sanitária e oficializada pela Constituição de 1988. A nova Constituição promoveu a ruptura com o modelo centralizador presente desde os anos 30.

Ao se referir às relações entre saúde pública e construção do Estado no período de 1910-1930, Hochman (1993, p. 41) afirma que é fato a

“constituição de poder público e aumento da capacidade de seu exercício sobre as elites e a população em todo o país via políticas de assistência à saúde e de saneamento, com impactos sobre o sistema político, sobre os grupos envolvidos com o problema e sobre a própria capacidade de Estado de produzir políticas” .

Ou seja, os cuidados com a saúde pública associada a outras garantias sociais, como férias, auxílio em períodos de doença ou invalidez, foram impostos ao Estado, que, no impasse entre o crescimento econômico, a estabilidade política e as demandas sociais, veio fortalecendo-se enquanto poder central, aquele que controla e impõe regras, mas que, em contrapartida, atende as necessidades coletivas.

A expansão do direito à saúde veio processando-se intrinsecamente relacionada às alterações na economia brasileira, gerida até a metade do século, por um modelo agro-exportador fortemente assentado no café, inserindo-se a partir daí, em um processo

de industrialização. Tal fato possui implicações diretas no sistema de saúde que, em um primeiro momento, expressou-se por uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação, configurando o “sanitarismo campanhista”, modelo hegemônico de saúde até metade dos anos 60.

O “sanitarismo campanhista” significava uma visão de inspiração militarista de combate a doenças de massa, com forte concentração de decisões e estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social.

Em um segundo momento, o encaminhamento da política de saúde assumiu outra perspectiva com o aparecimento da Assistência Médica da Previdência Social, promovido pelo processo de industrialização.

Na ótica da evolução histórica, surge, em 1923, a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs). A esta seguem outras correspondentes a determinadas categorias profissionais por empresas. As CAPs se multiplicaram rapidamente, sobretudo no Sudeste do país, à época núcleo dinâmico da economia brasileira. O vínculo com a empresa apontava não para um direito de cidadania, mas para um compromisso privado entre membros de uma empresa e seus proprietários.

As CAPs se destinavam à criação de um fundo, mediante a contribuição dos empregadores, dos empregados e do Estado, com o objetivo de garantir parte do fluxo da renda normalmente auferida pelo empregado, no momento em que se desligasse da produção – por velhice, invalidez ou por tempo de serviço - , ou a seus dependentes em caso de morte, além de assistência médica. Os arranjos sucessivos da previdência social ao longo das décadas seguintes configuraram um padrão de cidadania pelo qual o acesso a bens e serviços esteve fortemente associado ao vínculo, segundo a profissão ou ocupação formal de cada indivíduo. Esse padrão de políticas públicas foi caracterizado pela noção de “cidadania regulada”. (Santos, 1994, p. 64-75)

No entanto, em termos de assistência médica, a criação das CAPs não indicava segurança, pois, embora o decreto lei 4.682, pertinente às CAPs, a previsse, este não fixava a magnitude dos fundos que poderiam ser destinados a tais serviços; apenas com o decreto 20.465 de outubro de 1931, determinou-se tal piso, fixado em 8% do total de fundos disponíveis para gasto máximo com assistência médica. Todavia, vale ressaltar que os limites de gastos com serviços médicos foram sendo violados até a consagração legal das carências da população previdenciária, tal como se encontra no artigo 46, da

lei 5.890, de 8 de junho de 1973, e que altera a Lei Orgânica da Previdência Social, de 1960, onde se lê : “a amplitude da assistência médica será em razão dos recursos financeiros disponíveis e conforme o permitissem as condições locais”, sendo sempre reconhecida a impositividade das condições sociais brasileiras. As disparidades entre propostas formais e respaldo financeiro são questões que se estendem até a década de 90, quando, através das Normas Operacionais Básicas - NOBs, é determinada uma nova política de financiamento à saúde. Essa determinação, no entanto, não reduz as controvérsias acerca da quantidade de recursos destinados à saúde, mesmo após o repasse citado.

Durante o período de 1933 a 1938, as CAPs foram unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), sucessivamente criados, agora congregando os trabalhadores por categorias profissionais, em substituição às Caixas, restritas às empresas e com financiamento dos serviços de modo semelhante ao das CAPs. Em 1933 foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM), em 1934 o dos Comerciantes (IAPC) e o dos Bancários (IAPB), em 1936 o dos Industriários (IAPI), que começou a funcionar em 1938, e nesse mesmo ano o dos Trabalhadores em Transportes e Cargas (IAPETC).

Segundo Cohn (1996), a mudança não se deu apenas na sigla. Os Institutos assumiram caráter nacional, segmentando os trabalhadores por inserção nos diferentes setores de atividade; se, tal como as CAPs, foram juridicamente concebidos como entidades públicas autárquicas, delas se diferenciavam pela presença direta do Estado em sua administração. Em ambos os modelos a administração pressupôs um colegiado, com a participação de empregadores e empregados. Mas, enquanto nas CAPs o colegiado tinha poder deliberativo e não havia a presença do representante do Estado, nos IAPs a direção cabia a um funcionário executivo, assessorado por um colegiado paritário de representantes de empregadores e empregados, sem poder deliberativo. Esses, que representavam os trabalhadores, eram escolhidos a partir de uma relação elaborada por representantes daqueles sindicatos reconhecidos pelo Estado, exatamente por preencherem os requisitos legais, e aprovados pelo crivo do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, criado em 1930.

Com a criação dos IAPs, a contribuição dos empregadores que era um percentual sobre o faturamento da empresa, passou a ser um percentual sobre sua folha de salários, fato alterado no texto constitucional de 1988, que estabeleceu contribuição

dos empregadores sobre o faturamento, o lucro e a folha de salários (Brasil. Constituição Federal, 1988, p. 150).

A receita dos IAPs vinculava-se aos salários, gerando constante ameaça de insuficiência de recursos diante da velocidade do crescimento da demanda. Para fazer frente à crescente insuficiência de receita, adotou-se o *regime de capitalização*, que considerava recursos de capital os dos IAPs, de modo que cada patrimônio deveria expandir-se mediante investimentos criteriosos, quer pela aquisição de propriedades, quer pela participação em empresas estatais ou naquelas em que o Estado fosse acionista majoritário. Justificaram-se, desse modo, o patrimônio imobiliário da Previdência Social e a drenagem de seus recursos para o financiamento de empreendimentos econômicos estratégicos para a industrialização do país.

A Previdência Social converteu-se, segundo Cohn (1996), num mecanismo de captação de recursos para investimentos que escaparam inteiramente ao controle dos trabalhadores, possuindo, como traços marcantes, a centralização, o burocratismo e a ineficiência.

Embora essa estrutura tenha permanecido até meados da década de 60, a partir de 1946 o controle da Previdência Social passou a ser um elemento importante de reivindicação dos trabalhadores, que demandaram o controle dos IAPs.

Em 1960, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) sob pressão dos trabalhadores, que naquele momento passaram a exigir eficiência do sistema previdenciário. Ela propôs a uniformização dos benefícios prestados pelos Institutos, quando também passou a ser garantida a assistência médica individual como parte inerente da Previdência Social.

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), unificando as instituições previdenciárias e buscando avanço administrativo-organizacional, pela racionalidade e produtividade do sistema. Houve a uniformização dos benefícios que, nos IAPs, eram bastante diferenciados, e a unificação institucional e extensão da assistência médico-previdenciária à totalidade dos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho. Foram ainda inseridos, em 1971, os trabalhadores rurais e, em 1972, os empregados domésticos e autônomos.

A criação do INPS possuiu como características principais:

- Extensão da cobertura previdenciária.

- O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública.
- A criação de um complexo médico-industrial.
- O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado desses.

Sua criação, desse modo, constituiu-se num fato paradigmático na conformação do modelo médico-assistencial privatista, este que se configura e se fortalece tendo como pano de fundo o período do “milagre econômico” e a estabilidade autoritária, que se associa à ação solidária de atores relevantes, tais como a tecnoburocracia estatal, os produtores de serviços e de bens médicos, aliançados em anéis burocráticos, e a contínua expansão da clientela previdenciária.

Por esse modelo há a expansão significativa da contratação dos serviços privados de saúde para atendimento da crescente demanda, possibilitando o crescimento do parque médico industrial .

Formulou-se, partindo de tal modelo, um processo de “universalização excludente” (Faveret,1990), isso porque, o processo de universalização do atendimento à saúde no Brasil veio dando-se, passo a passo, com a auto-exclusão de setores com acesso aos seguros e planos de saúde. Em 1998, pela dimensão alcançada por tais seguros e planos, com a cobertura estimada em 41 milhões de habitantes, houve a necessidade de sua regulação pela lei no. 9.656.

Pela tendência universalizante da Previdência Social, em 1971, foi criado o PRORURAL, destinando-se fundos específicos para a manutenção do FUNRURAL, representando a extensão de benefícios aos trabalhadores rurais. Também foram exemplos dessa tendência: a instituição de cobertura previdenciária para maiores de 70 anos e inválidos que tenham, em algum período, contribuído para a Previdência ou exercido qualquer atividade a ela vinculada, mesmo sem terem contribuído para ela; a concessão de benefícios aos trabalhadores rurais acidentados no trabalho; a inclusão do salário-maternidade, até então sob responsabilidade da empresa, dentre as prestações da Previdência Social; a extensão dos benefícios previdenciários às empregadas domésticas e trabalhadores autônomos, desde que contribuintes do sistema.

Em 1974, dada a importância política assumida pela Previdência Social no regime militar, como meio privilegiado de relação direta entre as massas trabalhadoras e

o Estado, e sobretudo pelo volume de recursos arrecadados, por ser um dos primeiros orçamentos da União, formou-se o Ministério da Previdência e Assistência Social. (Cohn,1996)

Em 1977, com a reformulação do sistema previdenciário, instituiu-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), sendo separadas as partes dos benefícios e da assistência médica. Os primeiros ficam sob a responsabilidade do já criado INPS e a segunda sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), criado a seguir.

Em período de aguda crise econômica, vem à tona a fragilidade do suporte financeiro do SINPAS, em razão do seu sistema de financiamento continuar sendo, fundamentalmente, uma função da massa salarial, tendo que atender o ritmo acelerado das demandas. Diante disso, para aumento da receita, foi efetuado aumento da alíquota de contribuição de empregadores (10%) e empregados (de 8,5 a 10%), neste caso de forma escalonada de acordo com o salário-contribuição, acrescida de outras fontes de recursos, como o aumento da alíquota de importação de alguns produtos, considerados supérfluos, e a autorização para o Tesouro emitir títulos (ORTNs – Obrigações Reajustáveis do Tesouro Nacional) no valor do déficit da Previdência Social para a rede bancária.

Buscando diversificar fontes de financiamento das políticas sociais, foi criado, na década de 70, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), e, na década de 80, o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL). No entanto, a distribuição desses recursos seria da competência exclusiva do Executivo, o que compôs, segundo Cohn (1996), um quadro confuso de sua destinação, reforçado pela superposição de programas e clientela na área social.

Durante a década de 70 e até meados da de 80, destinaram-se ao Ministério da Saúde recursos sempre inferiores a 2% da despesa geral da União. Durante os anos de 1987 a 1990, os gastos federais com Saúde sofreram um ligeiro aumento, para declinarem nos anos seguintes, sendo constatado que eles permaneceram distantes da metade do percentual do gasto com saúde de diversos países europeus. (Cohn, 1996)

Na Constituição Federal de 1988, diante da ampliação de garantias sociais firmada pela substituição da noção de seguro social pela de seguridade social, na qual se incluem os direitos relativos à Saúde, Assistência e Previdência Social, foram formuladas inovações referentes a financiamento. Os empregadores passam a ter a sua

contribuição calculada sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro, e os empregados, sobre o salário. Foram previstos como fonte de recursos os orçamentos da União, Estados, Municípios, Territórios e Distrito Federal, além do percentual sobre a receita de concursos de prognósticos. Estipulou-se, ainda, que nenhum benefício ou serviço poderia ser criado ou estendido sem correspondente fonte de custeio total, cabendo, portanto, à lei instituir outras fontes.

No que ainda se refere aos passos instituídos pela Política de Saúde no Brasil, tivemos em 1975 a criação do Plano de Pronta Ação (P.P.A.). Este normatizou as condições para a expansão de cobertura dos serviços assistenciais e, junto com a implantação do SINPAS (1977) e do INAMPS (1978), formou um conjunto de políticas públicas que constroem, nos campos político e institucional, as bases que permitem a hegemonia, na década de 70, do modelo médico-assistencial privatista.

Esse modelo, no entanto, foi questionado por segmentos progressistas da sociedade à medida que as demandas sociais ganharam maior influência durante a década de 70. Com a crise do “milagre brasileiro” e o avanço do processo inflacionário e da estagnação econômica, cresceu a insatisfação social. Cresceram as migrações rurais-urbanas e as periferias das cidades médias e grandes, particularmente as capitais, transformaram-se em aglomerados de miseráveis, que clamavam por água, esgoto, escola, saúde, habitação e transporte. O regime militar, por sua vez, aos poucos começou a demonstrar incapacidade de reverter o quadro sócio-econômico de crise e de sustentar-se politicamente. Desse modo, um cenário propício a reformas se configura, expressando-se pela abertura política e pelo processo de redemocratização do país, desenvolvidos no período de 78 a 85, quando assumiu a presidência da República, novamente, um civil. O movimento da Reforma Sanitária alcançou seu ápice nessa conjuntura, tendo como meta o direito à saúde enquanto pertencente à cidadania.

A descentralização político-financeiro-administrativa, no entanto, vinha sendo desejada desde os anos 60. O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, apresentou marcante posição favorável à descentralização e transferência de poder aos municípios. Com o golpe de 1964, porém, tal formalização deparou com o estabelecimento de um movimento de desmunicipalização das responsabilidades sociais, no âmbito do Estado, em virtude da influência das políticas centralizadoras, recrudescidas a partir de 1964, no estado de organização dos sistemas sociais no país, particularmente na saúde, gerando um afastamento dos municípios do

processo decisório das políticas públicas. No entanto, diante do crescimento da crise e do envolvimento dos tecnocratas e políticos “da velha estirpe” com projetos grandiosos da época, coube aos prefeitos municipais lidar minimamente com as demandas do grande número de excluídos.

O Movimento Sanitário, que inicialmente se voltou para a crítica do modelo dominante de atenção à saúde e posteriormente buscou a elaboração e defesa de um projeto alternativo, veio processando-se por uma série de ações.

A partir de 1975, particularmente no eixo Rio-São Paulo, surgiram movimentos organizados envolvendo profissionais de saúde e outros interessados no setor, tendo como pano de fundo a denúncia da crise do sistema, das más condições de saúde da população e da precariedade do exercício profissional.

Alguns eventos caracterizaram tais movimentos: a estruturação do grupo de oposição sindical Renovação Médica, a partir de 1975; a fundação do CEBES e da Revista *Saúde em Debate*, em 1976; a realização do I Congresso Paulista de Saúde Pública, em 1977; a realização do I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados e a fundação da ABRASCO, em 1980; a realização das Semanas de Saúde Comunitária – SESAC, entre outros.

Somam-se a estes os encontros dos setores-saúde dos municípios. Niterói (1979), Belo Horizonte (1981) e São José dos Campos (1982) abrigaram encontros progressivamente mais abrangentes quanto à participação e à temática, de dirigentes municipais de saúde e outros interessados. Tinham como objetivos a denúncia do autoritarismo e da crise na saúde e a formulação de propostas para superá-los.

O modelo médico-privatista – baseado na privatização, na compra de serviços, na exclusão das unidades públicas do sistema de prestação de serviços, no centralismo decisório – começa a perder legitimidade, naquele momento mascarada e ocultada pela censura à imprensa.

Em 1978, como decorrência de um vasto movimento mundial estabelecido em anos anteriores, realiza-se a reunião de Alma Ata (ex- URSS), difundindo-se o ideário da Atenção Primária à Saúde (APS), com grande difusão desta proposta no Brasil, particularmente nos setores universitários e, através destes, nos municípios.

O Plano de Pronta Ação, o financiamento de serviços de saúde através do FAS da Caixa Econômica Federal, o PIASS em 1976-77, o PREV-SAÚDE, de curta duração, entre 1980-81, e o plano CONASP, em 1982, foram algumas medidas criadas para

enfrentar a crise. Tais medidas foram capazes de produzir certo impacto, sejam como políticas compensatórias dos desequilíbrios sociais ou como inovação com relação aos setores interessados.

O Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) foi criado para debelar a crise financeira da Previdência Social, sendo uma instância reguladora da saúde previdenciária. Sua finalidade foi recomendar políticas com relação à assistência, tendo inicialmente as principais propostas: redução dos gastos com a assistência médica, disciplinando o atendimento dos hospitais contratados; reativação dos serviços públicos e normatização para novos credenciamentos.

Em meados de 1983, a estratégia básica do plano elaborado pelo CONASP foram as Ações Integradas de Saúde (AIS), visando a reunir, em um planejamento único e integrado, recursos federais, estaduais e municipais para atenção à saúde, com gerência nos níveis central, regional e local. As AIS pautaram-se nos princípios de universalização, direito à assistência à saúde a toda a população brasileira; potencialização e priorização dos serviços de atenção primária à saúde, com ênfase na prevenção; descentralização e democratização das decisões administrativas, técnicas e políticas referentes à política de saúde.

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) também é medida criada nesse contexto, sendo o instrumento pelo qual as internações hospitalares seriam pagas não mais pela somatória dos gastos de cada ato parcelado e, sim, pelo custo histórico global do atendimento. Propunha-se permitir maior controle do setor privado.

A abertura política e o empenho dos segmentos sociais envolvidos possibilitou que a necessidade do compromisso público com a saúde de todos os cidadãos fizesse parte da agenda governamental, reafirmando ser a saúde “elemento potencialmente revolucionário e de consenso”. (Escorel, 1995, p. 183)

O discurso da Nova República sustentava uma concepção doutrinária sobre as questões de saúde, enunciadas em dois níveis: político-institucional, que falava do direito universal à saúde e do dever do Estado em propiciá-la, da modificação da base jurídico-legal do modelo médico vigente, da instituição do mando único em cada instância federativa e da convocação de uma Conferência Nacional de Saúde para subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte. O nível operacional propugnou um amplo processo de descentralização e desconcentração das ações de saúde na linha das prescrições do movimento sanitário.

Para isso, propunha-se transitar das AIS, enquanto programa, para uma estratégia transicional em busca de um Sistema Unificado de Saúde, proposta que vinha construindo crescente base social.

Após o V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1984, a comissão de saúde da Câmara elaborou o relatório final, apresentando o diagnóstico da situação da saúde, caracterizando as disparidades regionais e relacionando-as com os efeitos do modelo econômico vigente. Esse relatório expôs os princípios básicos que deveriam nortear a política de saúde : Saúde é um direito do cidadão e dever do Estado; a melhoria do estado de saúde da população está intimamente relacionada à elevação qualitativa das condições de vida ; a redefinição das políticas para o setor exige um profundo debate e a participação popular. Esses princípios pautaram a VIII Conferência Nacional de Saúde , realizada em 1986.

Os debates e recomendações posteriores à VIII CNS contribuíram para três níveis de ação política e técnica da reforma sanitária : a luta pelo texto da saúde no capítulo da ordem social da nova Constituição ; os movimentos táticos institucionais iniciadores do processo de implementação da reforma e a mobilização da sociedade para ampliação das bases sociais do movimento sanitário. A criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) inseriu-se no segundo nível citado.

As AIS e o SUDS foram duas estratégias-ponte do processo de implementação da reforma. A primeira, de 1983 a 86 e a segunda, a partir de 1987.

AS AIS expandiram-se, até dezembro de 1986, para cerca de 2.500 municípios, correspondendo a uma área geográfica onde vivem 90% da população do país. Porém os limites das AIS estavam plenamente definidos. Embora se tivesse logrado aprimorar a programação das ações de saúde, integrando todos os prestadores de serviços, públicos e privados, a transferência de recursos ainda se fazia pela relação de compra e venda de serviços. Não se contemplavam projetos específicos para investimentos. Não se superavam as formas concentradas de poder de decisão, maior nos organismos federais que nos estados e municípios.

Mesmo assim, segundo Goulart (1996, p. 21), em Reunião de Trabalho organizada pelo CEBES, pela ABRASCO e Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, para avaliação das AISs, foram constatados os avanços propiciados por tal política de governo, seja em termos de ampliação da rede pública e do quadro de recursos humanos, seja da revisão do papel do setor privado. Afirmaram o incremento de

qualidade das práticas de participação social. As AISs, desse modo, foram vistas como fator estratégico para a municipalização.

As AISs tiveram o mérito de abrir para estados e municípios a possibilidade de também se transformarem em atores da política nacional de saúde, seja como participantes dos fóruns de discussões oficiais (CIS, CIMS) ou não-oficiais, que então se abriam, seja como receptores de “novas” responsabilidades no sistema de saúde.

Várias reuniões municipalistas, nos anos 80, marcam maior consistência nesse movimento, revigorando encontros que vinham sendo realizados desde a década de 60. Em São Paulo, por exemplo, ocorreram dois encontros de Atenção Primária, em São José dos Campos, nos primeiros anos da década. Em Minas Gerais, reúnem-se, em janeiro de 1983, secretários municipais de saúde já indicados para as gestões 1983-88, juntamente com técnicos da área de saúde. Neste mesmo estado, em dezembro de 1984, realiza-se o I Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, elaborando uma Carta de Araxá (município do evento), com temática voltada para avanço das AIS e apoio às teses aprovadas no V Simpósio da Câmara dos Deputados.

O movimento municipalista, através do encontro nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado em Montes Claros, no início de 1985, ganhou dimensão nacional, coincidindo com as discussões sobre o plano de governo de Tancredo Neves e as disputas pelos cargos no governo que se iniciaria.

Esse movimento buscou garantir o avanço das AISs no novo governo, resistir ao centralismo dos governos estaduais e do INAMPS, preparar terreno para a VIII Conferência Nacional de Saúde e conquistar alianças internas e externas à saúde.

Na VIII Conferência foram atribuídas aos representantes de municípios apenas doze das vagas reservadas às instituições públicas de saúde, em minoria com relação aos estados e governo Federal. Às vésperas do evento, como resultados de pressões surgidas de municípios mais organizados, essas vagas foram aumentadas para cerca de 80, embora tivessem comparecido mais de 150 secretários municipais de saúde ou representantes. Realizaram uma reunião paralela à Conferência, sendo formalizado um documento que retomou as tônicas da descentralização com autonomia municipal, enfatizando as competências técnicas e políticas locais para a formulação das políticas e planos de saúde. (Goulart, 1996, p. 22)

Entre 1986 e 1987, o aperfeiçoamento das AIS e a descentralização das ações do INAMPS, transferindo recursos e atribuições para os estados e municípios, resultaram na criação das condições para um passo adiante: o SUDS, criado pelo Decreto Presidencial n. 94.657 de 20.07.89, com o “objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde”.(Cordeiro, 1991, p. 97)

No desenvolvimento das AIS, podem reconhecer-se, segundo Mendes, 1999, dois momentos: um, anterior (1983-85), e outro, posterior (1985-87) à emergência da Nova República.

O primeiro momento caracterizou-se como um programa de atenção médica, que se justapunha àqueles tantos outros que as secretarias estaduais e municipais, tradicionalmente, vinham executando na área da saúde pública.

As AIS, como programa, agudizaram os mecanismos de “administração convenial”, em que os recursos concentrados com prioridades e restrições impostas, segundo interesses da União pela tecnoburocracia federal, deveriam ser identificados e negociados por estados e municípios.

Do ponto de vista gerencial, fortaleceu-se a gestão colegiada com a instauração da CIPLAN, em nível federal, e das Comissões Interinstitucionais de Saúde - CISs, CRISs, CIMSs e CLISs nos níveis estadual, regional, municipal e local.

O segundo momento das AIS vai do início do governo Sarney até a implantação do SUDS, em 1987.

Em relação ao SUDS, os principais movimentos táticos executados após a sua implantação foram a desconcentração para os estados e destes para os municípios, mantida ainda a via convenial das ações de saúde; a aceleração da desestabilização programada do INAMPS, no qual se reconhecia a instituição sustentadora do modelo médico-assistencial privatista; a retirada gradual do INAMPS da prestação direta dos serviços de saúde; o incremento dos recursos repassados a estados e municípios; a diminuição relativa das transferências ao setor privado; o aumento do controle sobre as fraudes do setor privado; o reforço das decisões colegiadas, principalmente em nível dos estados, através das CISs; o aperfeiçoamento da Programação e Orçamentação Integrada (POI) como mecanismo de planejamento integrado e estabelecimento de um processo comunicacional interinstitucional; priorização relativa, dentro do segmento privado, das instituições filantrópicas e o incremento real de recursos para o subsistema

de alta tecnologia. (Mendes,1999). Ocorreu, portanto, uma mudança significativa no papel institucional do INAMPS. O órgão, antes executor de ações diretas ou através de contratos e convênios, seria caracterizado, até a implantação do sistema único, como um órgão de planejamento, controle e avaliação das ações de saúde e da execução orçamentária. Não caberia ao INAMPS auditar hospitais individualmente, mas sim acompanhar, em nível de cada estado, o cumprimento das normas. Desse modo, a fiscalização de cada unidade hospitalar caberia aos órgãos municipais ou estaduais e às comissões do conselho de saúde. A avaliação global do desempenho técnico e financeiro, do impacto sobre os indicadores de saúde, sobre os índices de cobertura e concentração, sobre os padrões de gastos em saúde seria o papel primordial do INAMPS.

O poder de decisão sobre o plano estadual ou municipal de saúde deveria caber às secretarias estaduais e municipais de saúde. Dentro desse modelo, a administração federal transferiria os recursos financeiros alocados ao orçamento do INAMPS para aplicação dos serviços de saúde, tanto para custeio, como para investimentos nas unidades transferidas, nas redes estadual e municipal, e para o pagamento das prestações de serviços médico-hospitalares contratados ou conveniados.

Na realidade, os recursos definidos para cada estado, em 1987, foram baseados na análise da Programação e Orçamentação Integradas (POI) elaborada durante o segundo semestre de 1986. Os recursos para custeio dependiam, portanto, das metas de prestação de serviços, incluindo-se, pela primeira vez, as ações de promoção e prevenção integradas com as ações curativas. Os recursos para investimentos dependiam dos projetos apresentados pelos estados na POI e aprovados pelas comissões institucionais de saúde e pela Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), criada com o objetivo de coordenar as ações de diferentes ministérios frente à implantação de uma rede básica de saúde.

Os convênios assinados com estados previam metas para a municipalização e a transição entre as AIS e o SUDS. Os recursos municipais seriam transferidos mediante a renovação dos convênios com as AIS, até que se implementasse totalmente o programa. No entanto, na maioria dos municípios, a municipalização restringiu-se à transferência de unidades ambulatoriais do INAMPS e de unidades estaduais, com as secretarias estaduais assumindo em caráter gerencial restrito. Desse modo, administrativamente,

havia um processo de descentralização , mas em termos financeiros permanecia a ótica centralizadora.

No segundo semestre de 1988, as transferências desses recursos para a rede própria do INAMPS não obedeceram aos critérios técnicos de programação, e sim às demandas e negociações entre os diretores dos hospitais e a direção geral, sem qualquer interveniência dos gestores estaduais do SUDS. (Cordeiro,1991, p. 97)

Com a criação do SUDS coube aos municípios, que no presente estudo se fazem foco, a gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Municipal de Saúde ; a execução direta dos serviços de saúde de abrangência municipal, especialmente os de atenção básica, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde ocupacional e de controle de endemias ; a participação na gestão e controle de convênios com entidades públicas e privadas ; a elaboração e coordenação do plano municipal de saúde e a implementação dos planos municipais de recursos humanos, informação e saúde e de distribuição de insumos críticos.

Em nível estadual, as Superintendências Regionais seriam reestruturadas para atender às funções de planejamento, orçamentação e acompanhamento.

Os recursos oriundos da contribuição previdenciária (FPAS) destinados à assistência médico-hospitalar, odontológica e farmacêutica permaneceram administrados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e aplicados segundo o orçamento unificado.

“O processo de programação-orçamentação integrado seria aperfeiçoado no sentido de englobar o conjunto de recursos das instituições, de se constituir no instrumento básico de gestão colegiada, de ser um elemento de compatibilização entre necessidades expressas epidemiologicamente e os recursos disponíveis para satisfazê-las (...)”. (Cordeiro,1991, p. 100)

As AIS e o SUDS, como já dito, foram estratégias, foram “passos dados” no sentido de promover a efetivação da Reforma Sanitária. Para Mendes (1999), a reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, para que objetive a eficiência, eficácia e equidade e seja construído, permanentemente, através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da

implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

Nesse sentido, a reforma sanitária apresenta três aspectos fundamentais:

Primeiro, um conceito abrangente de saúde, significando não apenas a ausência de doenças, mas o resultado de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

Segundo, erige a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, como anteriormente comentado.

Terceiro, como elemento estratégico, propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único de Saúde.

O momento culminante da reforma sanitária ocorre na Assembléia Nacional Constituinte de 1988.

Como decorrência da nova Constituição Federal, elaborou-se a Lei 8.080/90, com a qual foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) , tendo como princípios a concepção ampliada de saúde; a saúde como direito, ou seja, dever do Estado; a equidade, traduzida como acesso universal e igualitário; a integralidade, redirecionando as práticas e a divisão do trabalho no interior da equipe sanitária e considerando as determinações sociais da doença; a saúde como função pública; a participação democrática na formulação e controle de políticas; a saúde como componente da seguridade social, ou seja, um dos componentes do sistema mais geral da proteção social ; o direito à informação; a incorporação do modelo epidemiológico e a descentralização político-administrativa, com mando único em cada esfera de governo.

A criação do SUS respaldou-se na afirmação constitucional acerca do processo de descentralização, esta que se manifestou de modo contundente no que se refere ao incremento relativo aos recursos tributários para estados e municípios (Mendes,1999), partilha que se vem constituindo também importante obstáculo ao processo de descentralização.

A descentralização é um movimento discreto, com ritmo e conteúdo estabelecidos pelas determinações políticas de cada realidade nacional, devendo , portanto, ser orientada por um conjunto de princípios tais como: flexibilidade, gradualismo, progressividade, transparência no processo de tomada de decisões e controle público.

Para Costa; Ribeiro; Silva (1999, p. 35), o conceito de descentralização tem sido utilizado para nomear qualquer política de flexibilização da gestão pública promovidas pelos governos centrais.

Entre as várias tipologias, Mendes (1999, p. 30-2) assinala a que propõe, como graus ou formas de descentralização, a desconcentração, a devolução, a delegação e a privatização. Esta última é apresentada com ressalvas, mas justificada por ser uma forma muito significativa de rearranjo dos serviços de saúde no Brasil.

A desconcentração refere-se ao repasse de capacidade decisória a um ente de escala inferior, sem proporcionar autonomia e poder decisório. É a forma mais tímida de descentralização.

A devolução consiste na transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de menor nível hierárquico que adquire, assim, autonomia política e administrativa. É denominada, também, descentralização política.

A delegação envolve as relações entre Estado e sociedade civil. O Estado transfere responsabilidades gerenciais para organizações não-governamentais, que continuam com financiamento e regulação estatais.

A privatização é a transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob o domínio das regras de mercado.

No Brasil, estão acontecendo, concomitantemente, todas essas quatro formas ou graus de descentralização. E ainda mais, elas podem conviver, em certos setores, como no caso dos serviços de saúde, com movimentos de centralização.

Para fins deste trabalho, entenderemos descentralização “como um processo de transferência de autoridade ou poder decisório no financiamento e gestão do nível nacional para níveis subnacionais”. (Costa; Ribeiro; Silva, 1999, p. 3).

A descentralização é opção clara no art. 196, inciso I da Constituição de 1988, e também considerada pela Organização Mundial de Saúde como condição-chave para atingir-se a meta de Saúde para Todos no ano 2000. No entanto, o sucesso da descentralização requer ambiente social e cultural caracterizado por capacidades administrativa e gerencial locais, propensão para mudanças, aceitação de muitas interpretações para um mesmo problema, respeitabilidade interna de valores-chave e valorização da avaliação de resultados.

A descentralização pode vir acompanhada de efeitos negativos, tais como fragmentação dos serviços, perda de escala, enfraquecimento das estruturas centrais,

iniqüidade, ineficiência, clientelismo local, privatização do Estado e aumento do emprego, do gasto público e dos custos de transação.

Tendo em vista as prerrogativas e os possíveis efeitos indesejados, a percepção generalizada sobre o déficit de efetividade e de responsabilização da política social, agravado pela baixa definição dos papéis para os níveis de governo que atuam no setor, impulsionaram a difusão da agenda de descentralização da atenção à saúde no Brasil.

A descentralização tem como meta a definição precisa de funções, pressupondo que a provisão direta e exclusiva em nível da gestão municipal, permite maior controle de qualidade pelo cidadão/cliente dos serviços prestados e/ou contratados pelo setor público. Nesse sentido, apontam as Leis e Normas Operacionais Básicas pertinentes à descentralização do setor saúde.

Com relação às funções e atribuições dos municípios frente à lei que regulamenta o SUS, Costa; Ribeiro; Silva (1999, p. 36) afirmam que

“a lei 8080 de setembro de 1990 ratifica as diretrizes constitucionais ao atribuir à direção Municipal do Sistema Único de Saúde a competência de ‘planejar, organizar, controlar e avaliar as ações de saúde, e gerir e executar os serviços de saúde e participar do ‘planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual’ (Art.18, I e II)”.

Essa lei reconstrói o “lugar político” dos municípios no cenário nacional, impondo a partir disso um processo de busca de condições administrativas e técnicas pelos municípios, condizente com o compromisso a eles apresentado.

O Sistema Único de Saúde (SUS), segundo Ribeiro (1997), modelou-se a partir de três fundamentos básicos: a universalização da assistência médica, o desenvolvimento de instâncias de pactuação e a normatização tecno-burocrática das ações sanitárias e das alocações financeiras, sendo o primeiro o fator de maior impacto do modelo implantado em 1988, constatado pelo elevado e variado volume de serviços prestados à população e pela diferenciação das redes sanitárias municipais, que passaram a incorporar e criar serviços de maior complexidade tecnológica.

Em 28 de dezembro de 1990, foi editada a Lei 8.142, dispendo sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Asseguraram-se, desse modo, os Conselhos e Conferências de Saúde, a forma de alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, a regularidade e automatismo dos repasses federais a estados

e municípios e as condições para estes receberem recursos federais, sendo tais condições a existência de Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão, Contrapartida de Recursos e Planos de Cargos e Salários.

Para Ribeiro (1997), o SUS institucionaliza, através dos Conselhos de Saúde, a ação dos grupos de interesse e confere ao pacto local e nacional o papel de difundir informações, vocalizar politicamente demandas sociais, estabelecer acertos para gestão do sistema e promover seu equilíbrio. A dinâmica dos Conselhos de Saúde se caracteriza por dois modelos básicos: o da vocalização política dos grupos de interesses representados, que promovem sobrecarga de demandas e o da pactuação, centrado na prática mais constante de acordos políticos entre grupos. No entanto, tais modelos não são vividos em sua forma pura, variando de conselho para conselho ou mesmo em cada conselho.

Os Conselhos em que predomina a vocalização política decorrem de situações diversas, tais como as que resultam de resistências governamentais à sua implantação, ou aquelas em que as forças político-partidárias e grupos de interesses societários - sindicatos, associações de moradores, entre outros – têm intensa atividade. A redução da instabilidade é obtida pelo estabelecimento de acordos e pela implementação governamental de decisões políticas, o que possibilita a emergência de um padrão mais estável de pactuação.

O modelo de pactuação implica certa autolimitação de programas dos grupos de interesses e da esfera governamental – por cálculos estratégicos ou pelo estabelecimento de hegemonias mais intensas – em prol de uma gestão compartilhada e consensual da política pública. Os fatores estabilizadores podem originar-se de situações diversas, desde a dominação política até uma percepção coletiva de equilíbrio de forças entre os grupos.

Na hegemonia política, a situação mais comum é a *prefeiturização do conselho*, na qual a dominação política exercida pelo executivo decorre de relações clientelistas ou de algum tipo de liderança carismática. No equilíbrio de forças, grupos de interesses articulados à dinâmica do conselho percebem vantagens, em termos de eficiência na viabilização de seu programa, ao praticar a autolimitação em prol de maior comprometimento das partes com as decisões políticas.

Com a expansão de órgãos colegiados como parte do processo de descentralização, a pactuação entre atores relevantes no SUS ganha destaque, sendo o papel dos secretários de saúde redimensionado a cada nova etapa.

A participação dos secretários de saúde no processo de Reforma Sanitária, desde seus antecedentes até sua consolidação nos anos 90, deu-se de modo importante, constituindo-se em mais um elemento impulsionador desse processo.

Os secretários de saúde, em um primeiro momento, medeiam a proposta do executivo e as demandas ou posições vindas dos vários grupos representados no Conselho; e em um segundo, as propostas e necessidades municipais junto à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT), organismos colegiados criados pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1993. A NOB de 1996, por sua vez, amplia o poder político dos secretários ao firmá-los enquanto gestores do SUS municipal e ao apontar para a necessidade da pactuação em nível do Estado.

As Comissões Intergestores destinam-se a atuar como instâncias executivas dos conselhos de saúde, mas sua composição exclusivamente governamental confere-lhes agilidade decisória, além da influência relevante da tecno-burocracia estatal em seu processo decisório. O dinamismo observado em algumas regiões acarreta, inclusive, certo conflito de competências com os próprios conselhos.

A participação social, trazida oficialmente para dentro do processo de formulação e implementação da política de saúde, inicia-se com a criação dos Conselhos, mas, mediada pela representação dos secretários de saúde (COSEMS, CONASEMS e CONASS), alcança fóruns de grande poder de decisão, como as CIBs e a CIT, o que aponta para o questionamento sobre a posição daqueles grupos formadores dos CMS, no processo decisório.

A constituição de Conselhos e Associações de Secretários Municipais de Saúde em vários estados deu-se durante o ano de 1987. Em dez de julho deste ano, fundou-se o CONASEMS, que denunciou, em momento posterior, a existência de setores contrários à implementação do SUS dentro da máquina do Governo Collor. Em abril de 1991 foi instalado oficialmente o Conselho Nacional de Saúde – CNS, sendo, em sua primeira reunião, apresentada proposta referente à constituição das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite. Apenas em 1993, no entanto, a Tripartite passou a se reunir regularmente e as Bipartites passaram a funcionar em boa parte dos estados, embora de maneira ainda assimétrica em termos de participação, política e autonomia decisória.

A Comissão Intergestores Tripartite tem caráter paritário, estando representados o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS. Sua finalidade é assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde. As Comissões Intergestores Bipartites, no âmbito estadual, são formadas paritariamente entre dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e o órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual. (NOB/SUS-1993)

A década de 90, desse modo, inicia-se com os Secretários Municipais de Saúde (SMS) organizados e com expressão política dentro do quadro de formalização e implementação da política de saúde, o que apontará para um diferencial na relação interesferas governamentais.

O MS, em fins de 1992, constituiu um grupo técnico de condução da política de descentralização denominado GED - Grupo Especial de Descentralização, com participação formal do CONASS, CONASEMS e Conselho Nacional de Saúde, sob coordenação de sua secretaria executiva.

O GED teve papel central na condução da elaboração da proposta de descentralização do MS, organizando o documento *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*, e o instrumento normativo propriamente dito, *a NOB SUS 1993*.

Quanto aos recursos financeiros destinados ao SUS municipal, observamos que a agenda da redemocratização tem buscado, na ampliação das responsabilidades da gestão local, uma alternativa para o desenvolvimento de mecanismos de controle sobre o gasto público e de ampliação do acesso às políticas sociais. Desse modo, a relação entre o incremento de receitas próprias, a evolução do gasto em saúde e o controle social ficam postos.

Os municípios, a partir de 1988, têm suas receitas avaliadas pela regulamentação de novos incrementos fiscais. Em termos oficiais há a possibilidade de maior arrecadação tributária pelos municípios, o que apontaria para maior possibilidade de comprometimento financeiro próprio no setor saúde.

“A Constituição de 1988 fortaleceu as demandas locais promovendo uma repartição do bolo fiscal que favoreceu aos interesses locais e regionais em detrimento do governo central (União). Os municípios e os estados passaram de 31% para 42% de participação nas receitas disponíveis pela Federação. No mesmo período, os municípios registraram um crescimento específico de participação de 9% para 16% das receitas públicas” (Costa; Ribeiro; Silva, 1999, p.35).

Com a base jurídica até então formulada, o SUS passou a ser regulamentado, em sua ação cotidiana, por meio das já citadas Normas Operacionais Básicas, que constituem orientações específicas e pactuadas, emanadas do Ministério da Saúde, na forma de Portarias, e aceitas pelas representações nacionais dos Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, que visam `a repartição orçamentária entre níveis de governo, `a atribuição de titularidade para a gestão e `a organização do modelo assistencial. As NOBs são lembradas pelo ano de sua elaboração inicial, mas sucessivas portarias alteraram seu conteúdo original.

A primeira norma vigorou em 1991 - resolução n. 273 de 17/07/91, estabelecendo a habilitação para a provisão direta dos serviços de saúde, as regras de transferências de recursos da União e as competências entre os três níveis de governo da federação brasileira (União, Estados e Distrito Federal, e Municípios).

A NOB/91 introduziu o conceito de municípios e estados habilitados ao SUS, mediante comprometimento com a gestão direta de serviços. Nesse sentido, previa a formação de um fundo setorial e o funcionamento de conselhos comunitários.

Em resumo, os requisitos para habilitação de municípios à NOB 91/SUS para fins de transferência de recursos, segundo a Lei n. 8.142/90, foram:

- Criação de Conselhos Municipais de Saúde.
- Criação do Fundo Municipal de Saúde.
- Apresentação do Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos conselhos e referendado pela autoridade do Poder Executivo.
- Programação e Orçamentação da Saúde, como detalhamento do Plano de Saúde.
- Apresentação de Relatório de Gestão Local (desempenho assistencial, gerencial e financeiro).
- Contrapartida de recursos para a saúde (equivalente a um mínimo de 10%).

- Constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), com prazo de 02 (dois) anos para a sua implantação.

A NOB 91 normatizou algumas formas de financiamento do SUS pelo orçamento do INAMPS, sendo elas: Atividade Hospitalar, Atividade Ambulatorial, Investimento na Rede e Estímulo à Municipalização. Este último seria repassado aos Municípios que atendessem os critérios estabelecidos na Lei 8.142/90, devendo ser utilizado preferencialmente em ações de saúde coletiva. Os critérios da Lei 8142 incluem ainda a realização de Conferência de Saúde a cada quatro anos.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde-FNS, alocados como cobertura das ações e serviços de saúde a serem implantados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, seriam repassados de forma regular e automática de acordo c/ os seguintes critérios previstos no art. 35 da 8.080:

- Perfil demográfico da região.
- Perfil epidemiológico da população a ser coberta.
- Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área.
- Desempenho técnico, econômico e financeiro de período anterior.
- Níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais.
- Previsão do Plano Quinquenal de investimentos da rede.
- Ressarcimento do atendimento a serviços prestados p/ outras esferas de governo.

Frente à necessidade de aperfeiçoar o instrumento de operacionalização da descentralização, foi instituída a NOB/1992 pela Portaria n. 234 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, em 07 de fevereiro de 1992.

Mais um passo dado, aperfeiçoa aspectos contidos na NOB/1991, como procedimentos referentes ao financiamento e à clarificação de papéis, apontando, por exemplo, quem faz o quê em termos de planejamento, auditoria, controle e avaliação. A NOB/1992 buscou definir uma base concreta de operação do SUS para 1992 e também constituir novo referencial para o permanente desenvolvimento do Sistema nos anos seguintes.

Os recursos para a saúde passaram a estar alocados no Fundo Nacional de Saúde/MS, embora permanecesse o INAMPS como via de repasse aos Estados e Municípios, “tão somente no ano de 1992”. (NOB 1992)

Os parâmetros para a cobertura das atividades hospitalares e ambulatoriais sofreram algumas modificações com a implementação dos Sistemas de Informação Hospitalar e Ambulatorial (SIH-SUS e SIA-SUS).

A Unidade de Capacitação da Rede-UCR, instituída pela NOB anterior, foi transformada no Fator de Estímulo à Gestão Estadual – FEGE, permanecendo os critérios de aplicação, ficando o Estado mais “recompensado” pelo cumprimento dos critérios estabelecidos na Lei no. 8.142/1990.

Essa Norma definiu a municipalização como responsabilidade do município de administrar as ações e serviços de saúde em sua área de abrangência, planejando, decidindo e gerindo os recursos humanos, materiais e financeiros. Estabeleceu, desse modo, o comando único do SUS na esfera municipal, embora mantivesse a centralização e desconsiderasse as determinações constitucionais de comando único e de controle social.

A NOB/1992, ainda que expresse poucos avanços, não alterando significativamente a Norma anterior, possuiu importância política em um momento, entre outros, de descrédito na política federal, com o movimento “fora Collor”; de adiamento da transferência dos serviços federais de saúde aos municípios e não-enfrentamento do conflito de papéis entre esferas, acentuadamente nos Estados com tímida descentralização.

A NOB/93 - portaria MS no. 545 de 20/05/1993 / D. O. de 24/05/93 - representou um instrumento mais efetivo de indução do processo de descentralização política ao criar as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) nos Estados (por representação paritária entre Estados e Municípios) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por representantes dos governos federal, estaduais e municipais no plano nacional.

Introduziu uma escala aplicável a Estados e Municípios habilitados – municípios com condição de gestão incipiente, parcial ou semi-plena – segundo níveis de comprometimento e de estrutura administrativa, que definiram o modo pelo qual as transferências dos recursos da União ocorreram no quinquênio 1993-1998.

A NOB/93 representou um divisor de águas na política de saúde brasileira dos anos 90 por formatar um processo de normatização das relações intergovernamentais, por criar regras de transferências de recursos, mecanismos de controle e avaliação e por definir etapas não seqüenciais para a gestão local de serviços.

Quanto às responsabilidades e prerrogativas dos municípios, ficam nesta NOB definidas as condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, segundo as características abaixo:

- **Condição de gestão incipiente** – A Secretaria Municipal de Saúde assumiria imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com as CIBs em cada estado, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; programaria e autorizaria a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controlaria e avaliaria os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, demonstraria disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorporaria à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolveria ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doenças ocasionadas pelo trabalho.
- **Condição de gestão parcial** – Além do compromisso anterior, agora o município assumiria o **gerenciamento** das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; assumiria a **formulação, execução e controle** das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doenças ocasionadas pelo trabalho; **receberia mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado** diretamente pela esfera federal

às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município.

- **Condição de gestão semi-plena** – A Secretaria Municipal de Saúde assumiria **a completa responsabilidade sobre a gestão** da prestação de serviços; planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; **assumiria o gerenciamento de toda a rede pública** existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; **assumiria a execução e controle** das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na Comissão Bipartite; receberia mensalmente o **total** dos recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

Os requisitos para habilitação dos municípios para a NOB 1993 foram, segundo condição pleiteada, os seguintes:

1- Condição de Gestão Incipiente:

- Manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição.
- Dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões.
- Dispor de Fundo Municipal de Saúde ou Conta Especial, comprovada semestralmente por extratos bancários.
- Encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais ainda não cedidas ao município, para assumir o seu gerenciamento.
- Dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, o qual não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado.
- Dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços.
- Manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascidos vivos, mortalidade, doenças de notificação

compulsória, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

2- Condição de Gestão Parcial:

- Todos os requisitos da condição anterior.
- Apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado.
- Apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Relatório de Gestão atualizado.
- Comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde.
- Apresentar à Comissão Bipartite comprovante de existência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o município, ou o plano já elaborado.

3- Condição de Gestão Semi-Plena:

- Todos os requisitos anteriores.
- Apresentar à Comissão Bipartite termo de compromisso, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, que contemple as metas que o gestor se propõe cumprir no período de um ano, submetendo à Comissão Bipartite os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliado. O descumprimento por dois anos sucessivos, atestado pela Comissão Bipartite, determina a perda da condição.
- Os processos de habilitação de municípios à condição semi-plena, aprovados pela Comissão Bipartite, serão apreciados pela Comissão Tripartite, à qual caberá a seleção final, respeitadas as restrições financeiras.
- Manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

A NOB-SUS 01/1996 - portaria MS no. 2.203/ D.O. de 06/11/1996, editada após um longo processo de negociação entre os atores sociais em situação no SUS, teve como horizonte estratégico ampliar a responsabilidade do gestor municipal e estadual e induzir um conjunto de mudanças no modelo assistencial pelo fortalecimento da atenção básica e primária e das ações de saúde coletiva. Seus principais objetivos foram:

- Promover e consolidar a função municipal na gestão do poder público na atenção à saúde e redefinir as responsabilidades de Estados, Distrito Federal e União.
- Estabelecer um novo pacto federativo em relação à responsabilidade sanitária.

- Reorganizar o modelo assistencial, dando ao município a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica à saúde.
- Assegurar que as transferências intragovernamentais sejam fundo a fundo, reduzindo as transferências para remuneração de serviços produzidos.
- Fortalecer a gestão compartilhada entre os três níveis de governo através das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite.
- Estabelecer a direção única em cada nível de governo.
- Fortalecer a função gestora das Secretarias Estaduais, com redefinição de responsabilidades para a coordenação do SUS em âmbito estadual.
- Regulamentar as relações entre os sistemas municipais e destes com as instâncias estaduais e federal, destacando como principal instrumento das relações entre governos a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Em relação às transferências intergovernamentais, a NOB1/96 cria um conjunto de instrumentos indutores de modelo assistencial, em que se destacaram:

- Piso Ambulatorial Básico (PAB), que é o montante de recursos financeiros destinados ao custeio dos procedimentos da atenção básica de responsabilidade tipicamente municipal: vacinação, consultas médicas, pré-natal e atendimento ambulatorial.
- Incentivo à adoção do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários: adicional de transferência intergovernamental por grupo de população efetivamente coberto pelos PSF e PACS.
- Fração Assistencial Especializada – FAE, montante de recursos definidos pela PPI, aprovada na Bipartite, referente a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e tratamento fora do domicílio.
- Índice de Valorização de Resultados sobre as condições de saúde da população, transferidos para os Estados.
- Piso Básico de Vigilância Sanitária e Índice de Valorização do Impacto em Vigilância para remunerar serviços produzidos para as ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária e programas de desconcentração de vigilância sanitária.

Esta NOB simplificou o processo de responsabilização municipal proposto pela NOB/93, reduzindo as condições de habilitação a duas modalidades : Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

Enquadrado na Gestão Plena da Atenção Básica, o município passou a ser responsável pela atenção primária, vale dizer, pela provisão, por intermédio de suas próprias unidades e/ou contratando serviços com o setor privado, de uma lista de

atividades que incluem ações de alcance coletivo (como execução das ações básicas de vigilância sanitária) e procedimentos individuais de caráter ambulatorial nas especialidades básicas já referidas: clínica médica, ginecologia, obstetrícia, pediatria e pequenas cirurgias ambulatoriais.

Como exigência para atingir essa condição de gestão, o município deveria comprovar, entre outros requisitos: o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; a operação do Fundo Municipal de Saúde; a existência do Plano Municipal de Saúde; a capacidade administrativa para contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão; o comprometimento orçamentário com as contrapartidas previstas em lei e a capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, o município, além dos requisitos anteriormente exigidos, deve apresentar: Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão do ano anterior, aprovados pelo CMS.

Enquadrado nessa condição, o gestor municipal tem autonomia para editar normas sobre o pagamento de serviços em seu território, inclusive alterando os valores de procedimentos médicos, tendo, contudo, a tabela nacional como referência mínima. O município torna-se responsável pela programação, controle e remuneração dos serviços produzidos localmente, seja qual for o provedor.

A NOB 1996 fortaleceu a autonomia municipal e efetuou uma forte indução à Atenção Básica por meio do PAB e dos Programas de Saúde da Família.

Recentemente o MS elaborou, mediante a aprovação da CIT, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) / 2001, pela Portaria no. 95, de 26 de janeiro de 2001. Este instrumento, ainda que em fase de implementação, busca regionalizar a Atenção à Saúde. Altera os níveis de gestão e amplia a cobertura do Piso de Atenção Básica. O detalhamento de suas disposições não é feito nesse estudo por fugir ao período avaliado.

Ao longo da década de 90 e das sucessivas NOBs, alguns requisitos consideramos como básicos ao processo de descentralização, estando presentes em várias Portarias condizentes com esse processo. Elegemos alguns desses requisitos como parâmetros para a avaliação da descentralização em Campos dos Goytacazes, sendo eles:

- Habilitação Municipal ao SUS.

- Municipalização da rede de serviços.
- Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.
- Indicadores de morbi-mortalidade.

CAPÍTULO II

Aspectos Metodológicos

2.1- Aspectos Conceituais

2.1.1- Descentralização

O principal aspecto conceitual considerado no estudo sobre o Município de Campos dos Goytacazes diz respeito à noção de descentralização.

Segundo Costa; Silva; Ribeiro (1999), descentralização é um processo de transferência de autoridade ou poder decisório, no financiamento e gestão, do nível nacional para níveis subnacionais.

Pela Norma Operacional Básica – SUS/1993, que representou o principal impulso à descentralização do SUS na década de 90, esta deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas e controle social. Envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões.

A rápida difusão da agenda de descentralização da atenção à saúde no Brasil tem uma relação direta com a percepção generalizada sobre o déficit de efetividade e de responsabilização da política social, agravado pela baixa definição de papéis para os níveis de governo que atuam no setor (União, Estados e Municípios).

A descentralização, segundo Costa; Silva; Ribeiro (1999), tem como meta a definição precisa desses papéis, pressupondo que a provisão direta e exclusiva, em nível de gestão municipal, permite maior controle de qualidade pelo cidadão/usuário dos serviços prestados e/ou contratados pelo setor público.

O processo de descentralização da provisão dos serviços de saúde, motivado pela percepção do déficit de efetividade, tem gerado mudanças importantes na configuração do subsistema público universalista, denominado pela Constituição de 1988 como Sistema Único de Saúde (SUS), redefinindo os papéis do Governo Federal, Estados e Municípios na oferta de atenção à saúde.

O desenho institucional da provisão de proteção social próprio do governo militar caracterizava-se por centralização decisória em nível federal, mediante a desapropriação dos instrumentos de ação social de estados e municípios; bloqueio à

participação social e política no processo decisório, com supressão das formas de controle social; fragmentação institucional, que impossibilitava a constituição de uma política social integrada, e fechamento dos canais de acesso da população aos bens e serviços sociais.

A descentralização faz parte da experiência de redesenho do sistema federativo, apontando para o fortalecimento da capacidade decisória das instâncias subnacionais.

Desde 1930, a ampliação da ação governamental na esfera social caminhou junto com a centralização política e a concentração de poder decisório no Executivo Federal. O sistema de proteção social nasceu e expandiu-se durante os dois ciclos autoritários – o de Vargas (1930-45) e o dos militares (1964-84) – quando o federalismo deu lugar, de fato, a um Estado quase unitário ou, pelo menos, a uma forma exacerbada de federalismo centralizado. Desse modo, as políticas sociais não apenas estiveram associadas à crescente atividade da esfera federal, mas também foram marcadas por concepções autoritárias, que consagraram o predomínio do Executivo federal com base em processos fechados de decisão e na gestão centralizada em grandes burocracias.

O federalismo caracteriza-se pela não centralização, isto é, pela difusão dos poderes de governo entre muitos centros, cuja autoridade não resulta da delegação de um poder central, mas é conferida por sufrágio popular. Os sistemas federais moldam formas peculiares de relações intergovernamentais, constitutivamente competitivas e cooperativas, e modalidades de interação necessariamente baseadas na negociação entre instâncias de governo.

Embora sejam estas as características do modelo federativo, as federações existentes sofreram mudanças profundas.

Desse modo, segundo Almeida (1996), os arranjos federativos apontados pela literatura especializada se constituem em três tipos. O *federalismo dual*, sendo o modelo originário e no qual o Governo geral e o Estado, ainda que existam e sejam exercidos nos mesmos limites territoriais, constituem soberanias distintas e separadas, atuando de forma separada e independente nas esferas que lhes são próprias. O *federalismo centralizado*, que surgiu pela tendência universal à expansão do escopo do Governo federal, implica a transformação dos governos estaduais e municipais em agentes administrativos do Governo Federal, que possui forte envolvimento nos assuntos das unidades subnacionais e primazia decisória e de recursos. Por fim, o *federalismo*

cooperativo comporta graus diversos de intervenção do poder federal e caracteriza-se por formas de ação conjunta entre instâncias de governo, nas quais as unidades subnacionais guardam significativa autonomia decisória e capacidade própria de financiamento.

Os dois últimos casos nomeiam relações intergovernamentais em que a não centralização, característica do ordenamento federativo, convive de forma complexa e, freqüentemente, conflitiva com a lógica da centralização-descentralização. Ou seja, a existência de competências comuns, típica do federalismo, convive e choca-se com o princípio da definição nítida de funções entre níveis de governo, característica dos estados unitários.

O termo descentralização tem servido para nomear processos de *realocação* de funções e recursos correspondentes para instâncias subnacionais; de *consolidação*, quando recursos centralizados são utilizados para financiar funções descentralizadas; ou de *devolução*, quando as funções são descontinuadas e, em conseqüência, os recursos. Experiências de consolidação são perfeitamente compatíveis com um alto grau de ativismo e de capacidade decisória do Governo federal, sendo, mesmo, modalidade de relação freqüente no federalismo centralizado. A realocação e a devolução supõem redefinição mais ampla do escopo de atuação das instâncias federais e, no segundo caso, pode implicar redução da atividade de todas as esferas do governo, quando suas funções são transferidas para a área privada. (Almeida, 1996)

Desse modo, a descentralização não necessariamente implica redução da importância da instância nacional. Ela pode resultar seja na criação de novos âmbitos de ação, seja na definição de novos papéis normativos, reguladores e redistributivos que convivam com a expansão das responsabilidades de estados e municípios.

O processo de redefinição de competências e atribuições na área social é parte de um fenômeno mais amplo de passagem de uma forma extrema de federalismo centralizado para alguma forma de federalismo mais cooperativo, cujas feições estão ainda se definindo.

A transformação do sistema federativo brasileiro foi condicionada pelo processo de redemocratização e pela crise fiscal. Nesse primeiro, destaca-se a proeminência dos dirigentes políticos estaduais, que, inseridos em partidos de oposição, desempenharam papel decisivo na condução dos lances finais da luta contra o regime autoritário; na perspectiva de descentralização enquanto sinônimo de democracia e devolução à

cidadania da autonomia usurpada pelos governos militares e; na crítica ao padrão de proteção social construído pelos governos autoritários. A descentralização era vista como instrumento de universalização do acesso e do aumento de controle dos beneficiários sobre os serviços sociais. Ponto culminante desse processo, a Constituição de 1988 definiu um novo arranjo federativo com significativa transferência de capacidade decisória, funções e recursos da esfera federal para estados e, especialmente, municípios.

A partir desse momento veio construindo-se um processo de transição de um tipo de federalismo bastante centralizado para um federalismo mais cooperativo. Porém, o percurso não é linear, envolvendo a promulgação de legislação complementar aos dispositivos constitucionais, definindo regras e novos instrumentos para realocação, consolidação ou devoluções entre instâncias de governo; a negociação dos conflitos resultantes das mudanças propostas e a redefinição de objetivos e reforma administrativa dos aparatos governamentais, cujas atribuições se modificaram.

Outro elemento condicionador das alterações no federalismo brasileiro foi a chamada crise fiscal. Aos problemas resultantes da prolongada febre inflacionária somaram-se os impactos do próprio modelo de federalismo fiscal da nova Constituição, agravando os problemas de financiamento do Governo Federal e limitando suas margens de manobra e capacidade efetiva de atuação. (Almeida, 1996)

Desse modo, as reformas setoriais se subordinaram às necessidades da política econômica de curto prazo, cujo eixo era o ajuste do setor público. Suas iniciativas, com frequência, buscaram desonerar o Governo Federal de compromissos de gastos, de atribuições e de organismos correspondentes. Alguns ministérios afetos às áreas sociais tornaram-se eixos de coalizões defensivas, envolvendo grupos vinculados à operação de cada setor: burocracias e quadros técnicos do Estado, parlamentares, associações profissionais e de interesses privados.

Assim, embora houvesse uma inclinação generalizada pela descentralização, não existiu uma política descentralizadora que orientasse a reforma das diferentes políticas sociais. Ao contrário, lógicas particulares presidiram a redistribuição de competências e atribuições, ou a ausência delas, nas diferentes áreas.

A reforma do setor saúde foi a única que resultou de uma política deliberada e radical de descentralização, definida no âmbito federal, envolvendo Executivo e Legislativo. A descentralização contida no modelo SUS, detalhada no capítulo I deste

trabalho, implica realocação de capacidade decisória, recursos e funções para os municípios. Seus ritmos e formas de implantação variaram, segundo Almeida (1996), de estado para estado, configurando respostas muito diversas, em virtude de disposições políticas e das condições financeiras, administrativas e gerenciais dos governos.

2.1.2- Avaliação de Políticas

Com relação à avaliação de Políticas Públicas, a literatura contempla abordagens úteis e vantajosas para o sustento desse estudo.

Pestana (1998), ao analisar a avaliação no sistema educacional, aponta elementos presentes na história que fomentaram a expansão dos investimentos na área de avaliação de políticas. Nos anos 60/70, as grandes preocupações se concentraram na racionalização de recursos e reformas necessárias à melhor distribuição das oportunidades de acesso aos serviços.

Nos anos 80, diante do cenário de crise econômica e social decorrente do longo ciclo de desenvolvimento do pós-guerra, novas condições de competição no mercado mundial foram postas, sendo realçadas as vantagens comparativas de sociedades que haviam elevado a qualidade educativa de seus trabalhadores e dirigentes. Desse modo, a atenção voltou-se para a eficiência do funcionamento das instituições de ensino, buscando maximizar os resultados de alocação de recursos limitados e também a própria qualidade desses resultados.

Nessa perspectiva, Pestana aponta alguns motivos para a eclosão de investimentos e propostas de avaliação na área educacional, a partir dos anos 80, e que entendemos estar em sintonia com as necessidades de outras áreas e momentos, como o caso do setor saúde nos anos 90:

- Ênfase na qualidade – os organismos internacionais e diversos governos municipais enfatizam a qualidade do ensino, provocando forte pressão por insumos que permitissem entender as causas da baixa qualidade para serem visualizadas alternativas de superação e avaliada a efetividade das ações implementadas.
- Políticas de descentralização – implicam, necessariamente, redefinição do papel do Estado e das funções do poder central; reorientação dos padrões de financiamento e de alocação de recursos para a educação e adoção de controles mais flexíveis combinados com um forte componente de avaliação de produto obtido ou de resultados escolares.

- Pressão social – diversas formas de pressão política e social têm levado à estruturação de um conjunto de modalidades de avaliação, todas destinadas a levantar e tornar públicas informações sobre o desempenho dos sistemas escolares, contribuindo, dessa forma, para a melhoria da qualidade e a excelência das instituições escolares. Em países anglo-saxões, esse processo, caracterizado pela contínua prestação de contas, tem redimensionado a noção de responsabilidade (*accountability*).

A avaliação do sistema educacional passou a ser reconhecida como mecanismo privilegiado para aportar informações oportunas e válidas sobre processos e resultados do ensino às instâncias encarregadas de formular e tomar decisões sobre políticas educacionais.

Citam-se quatro tipos de avaliação: *de contexto*, na qual se assentam as decisões de planejamento; *de insumo*, que projeta e analisa esquemas alternativos de procedimentos, fundamentando decisões de estruturação; *de processo*, que acompanha etapas de implementação; *de produtos*, que aprecia resultados, fundamentando decisões de reciclagem.

Os princípios sobre os quais se assenta o sistema de avaliação nacional da educação básica, que entendemos como pertinentes a um processo avaliativo em saúde pública, segundo Pestana (1998), são:

- Visibilidade social – princípio ético que reconhece o setor a ser avaliado como direito subjetivo do ser humano e como bem público, destinado aos cidadãos e financiado pela sociedade, merecendo, portanto, prestação de contas.
- Responsabilidade compartilhada – a avaliação deve procurar identificar a parcela de contribuição de cada segmento envolvido na obtenção dos resultados alcançados, o que induz ao comprometimento com a busca e à implementação de ações corretivas e de constante aperfeiçoamento.
- Legitimidade – a sistemática de avaliação deve consubstanciar-se em uma apresentação clara das regras estabelecidas, no rigor metodológico, na análise crítica e consciente, que leva a diagnósticos válidos e confiáveis, evitando conclusões superficiais. Também deve estabelecer um compromisso com a utilização dos resultados para a (re) formulação de políticas, programas e projetos.
- Continuidade – o sistema deve repetir-se em novos ciclos de aplicação, com instrumental sempre aperfeiçoado, que possibilite o acompanhamento da evolução dos vários segmentos do sistema escolar e os virtuais impactos de medidas corretivas, inovadoras e de melhoria que venham a ser adotadas pelos

diversos níveis de governo e pelos responsáveis pela gestão das unidades escolares.

- Qualidade – Medida de rendimento (resultado) obtido pelo usuário, no caso o aluno, expresso em termos de aprendizagem, competências ou habilidades adquiridas.
- Equidade – comparação entre o resultado obtido pelo usuário do serviço, no caso o aluno, e as características (insumos/contexto/processos) da unidade de prestação de serviço ou programa, no caso a escola, e sua distribuição nas diversas regiões e rede de ensino.
- Eficiência – comparação do resultado da relação entre a qualidade (rendimentos dos alunos) e os insumos, o contexto e os processos que a escola utiliza para obtê-la.

A avaliação do processo de implementação é apresentada por Perez (1998) como subárea específica da pesquisa de avaliação de política, que, dentre outros tipos, inclui a avaliação de processo. Enquanto a avaliação de impacto diz respeito aos efeitos do programa sobre a população-alvo, a avaliação processual representa chances `a monitoração dos processos responsáveis pela produção do efeito esperado e também da própria dinâmica do curso das decisões e atividades-meio, sendo essa uma perspectiva bastante promissora.

A conceituação do processo de implementação ainda goza de pouco consenso na literatura sobre o tema, sendo entendida por alguns autores como todo processo iniciado com o estabelecimento da política até o seu impacto; para outros, a implementação se confunde com o produto, sendo basicamente um processo de uma série de decisões e de ações postas pelo governo central.

Uma concepção mais delimitada da implementação distingue duas etapas, que a antecedem: a fase de formação da política, implicando a constituição da agenda, a definição do campo de interesse e a identificação de alternativas e a fase da formulação da política, quando as várias propostas se constituem em política propriamente dita, mediante a definição de metas, objetivos, recursos e a explicitação da estratégia de implementação.

Segundo Viana (1996), a agenda é definida como espaço de constituição da lista de problemas ou assuntos que chamam mais a atenção do governo e dos cidadãos, diferenciando-se em três tipos: sistêmica ou não-governamental, governamental e de decisão. A primeira contém a lista das questões que são, há anos, preocupação do país, sem, contudo, merecer atenção do governo; a segunda inclui as questões que merecem

atenção do governo; a última, a lista das questões a serem decididas. Eventos dramáticos ou crises, influência de um quadro de indicadores ou acumulação de informações e experiências podem levar determinadas questões a sair da agenda sistêmica para a governamental.

A construção da agenda governamental é influenciada por participantes ativos e processos pelos quais algumas alternativas e alguns itens se tornam proeminentes. Os participantes ativos são classificados como atores governamentais e não-governamentais. O primeiro grupo é formado pelo núcleo da administração, pelo funcionalismo de carreira e pelos parlamentares e funcionários do Congresso, que, no caso do município, são equivalentes aos vereadores e funcionários da Câmara de Vereadores.

O grupo de atores não-governamentais é formado por grupos de pressão ou interesse, acadêmicos, pesquisadores e consultores, mídia, participantes das campanhas eleitorais, partidos políticos e opinião pública.

A segunda variável que influencia a inclusão de determinado assunto na agenda é o processo. Este é construído pelas características dos órgãos, das instituições e dos aparelhos vinculados à produção de políticas públicas. Cada processo construído possui um modo próprio de selecionar os problemas. As instituições do executivo possuem um processo próprio de escolhas de assuntos, em função de uma rotina particular visando ao reconhecimento de problemas e à formação e redefinição de políticas, sendo essa rotina influenciada sempre pela ação da política institucional, como eleições para o executivo e o legislativo e conjuntura política.

O reconhecimento de problemas se dá em função de indicadores, eventos, crises, símbolos e processo de *feedback* do trabalho burocrático e da elaboração do orçamento.

Eventos ou crises podem suscitar a emergência de problemas ou assuntos, mas não são suficientes para forçar a entrada de um assunto na agenda. Desse modo, ocorre um processo anterior de formação de idéias, quando inúmeras destas são formuladas pelas *policy communities*, sendo que apenas algumas sobrevivem ao processo “natural” de seleção e satisfazem aos critérios estabelecidos pelos grupos de especialistas. A sobrevivência de um assunto depende, então, de sua factibilidade técnica; de sua aceitação pelos grupos de especialistas e pelo público; e da força de consenso que mobilizam.

A influência da política institucional na rotina do executivo e, portanto, na formação da agenda, relaciona-se com o *national mood*; com as forças organizadas – grupos de pressão, ação da mobilização política e comportamento das elites políticas - e com as mudanças administrativas que ocorrem a partir das eleições para o Executivo e o Legislativo. Quando há essas mudanças, inauguram-se alterações na agenda governamental.

Para atingir o *status* de agenda, um assunto ou tema precisa ser alvo de atenções, que esse processo esteja relacionado com a mobilização de tendências e com as influências e reações das comunidades políticas, referendadas por um consenso geral de elites. (Cobb; Elder apud Viana, 1996)

A formulação de política é a fase da elaboração de alternativas e escolha de uma delas. Desmembra-se em subfases, sendo elas a definição do problema quanto aos seus aspectos normativos e causais; decomposição do problema em suas partes constitutivas; identificação de soluções alternativas; estimativas brutas; definição das estratégias de implementação e avaliação. Muitas vezes, o equacionamento da questão financeira e aprovação institucional constituem-se etapas necessárias.

Os “fazedores” oficiais de políticas são o executivo, o legislativo, as agências administrativas e as cortes do Poder Judiciário. Os participantes não-oficiais são os grupos de interesse, os partidos políticos e os indivíduos simples de algum modo organizados.

O início do processo de implementação é delimitado pelo momento da transformação da política em programa, isto é, quando, por ação de uma autoridade, criam-se as condições iniciais à implementação da própria política e do programa.

Inicialmente, segundo Perez (1998), a idéia de implementação se restringia ao “cumpra-se” da política, pressupondo ser automaticamente cumprida a decisão de uma autoridade.

Posteriormente, foi demonstrado que, apesar da decisão central, a operacionalização do programa apresentava inúmeros obstáculos em nível local. Elementos próprios do cotidiano dos programas e organizações do contexto sócio-político local perpassavam sua implementação, sendo eles facilitadores ou não.

Os estudos demonstram o quanto a implementação varia de acordo com a política e seus diferentes tipos de formato, centralizados ou descentralizados, e com a natureza das agências que a implementam. Os estudos indicam a importância de se

estabelecer a inter-relação entre distintos níveis de governo e entre políticas, contrapondo-se à ênfase na decisão de uma única autoridade e numa única política. A idéia vigente é o seu permanente acompanhamento, implicando monitoramento constante do processo de implementação.

As características básicas das três últimas gerações de pesquisas sobre implementação nos Estados Unidos são resgatadas por Lester et al apud Perez (1987):

A primeira geração - 1970/75 – enfocou detalhadamente os acontecimentos empreendidos por uma única instância de autoridade decisória, centrando-se na identificação dos obstáculos à implementação.

A segunda – 1975/80 – identificou sucessos e fracassos da implementação, tendo desenvolvido modelos analíticos, arrolando um conjunto de fatores contribuintes para o sucesso ou o fracasso dos objetivos da política. Duas abordagens comportam essa categoria de estudos: a primeira, designada *top down*, centrada na identificação de um conjunto de variáveis formuladas a partir da decisão política da autoridade governamental central, procurou responder sobre o grau de alcance dos objetivos da política; o equacionamento dos impactos e dos objetivos; os principais fatores que afetam o impacto e a própria política e as reformulações obtidas ao longo do tempo. A segunda inclui modelos *bottom-up*, cujos enfoques centraram-se nos atores envolvidos na prestação de serviços locais, tendo sido relevante identificar seus objetivos, estratégias, atividades e contatos. Os pressupostos básicos compreendem a compatibilidade dos programas aos desejos, vontade e padrões comportamentais dos atores e o processo de descentralização. (Linder; Peters apud Perez, 1987)

A terceira geração – 1980/85 – incluiu a realização de vários trabalhos empíricos, proporcionando uma reflexão crítica dos trabalhos realizados, apontando novos modelos capazes de combinar e sintetizar os anteriores (*bottom-up* e *top-down*); de estabelecer a inter-relação dos diferentes níveis de governo, criticando o quanto é restrita a explicação unicausal, demandando enfoques multicausais.

As abordagens *bottom-up* e *top-down* detêm uma concepção instrumental da política, embora diferenças marquem tais estudos. A escola designada *top-down* evoca uma visão objetiva da política como produto do desenvolvimento de um processo exógeno, sendo, portanto, objetivamente verificável, contendo “intenções políticas” que podem ser alteradas e solucionadas.

Os estudos de *botton-up*, por sua vez, concebem a política do ponto de vista relativo e não objetivo. O significado da política depende do contexto, dos agentes (que a vêem ou que a questionam), sendo, portanto, um fenômeno mais subjetivo, aberto, incerto, contingente, variável e contextual.

No Brasil, a pesquisa de avaliação mostra-se bastante incipiente e a preocupação com esse tema desenvolve-se apenas nos anos 80 e de forma desigual entre as distintas políticas. (Figueiredo; Figueiredo apud Perez,1996) .Essa autora indicou, segundo Perez (1998), graus de complexidade analítica e metodológica bastante distintos e uma preocupação, de um lado, com a avaliação da efetividade, eficiência ou contextualização dos programas e, de outro, com a eficácia funcional da política. Além disso, a utilização da prática de *policy recommendation* era pouco usual, revelando a incipiência das pesquisas.

A avaliação envolve necessariamente um julgamento, pois trata-se de atribuir um valor, uma medida de aprovação ou desaprovação a uma política ou programa público específico, de analisá-lo a partir de uma certa concepção de justiça, de algum parâmetro. Requer, portanto, o uso adequado dos instrumentos de análise e avaliação, para que não se confundam opções pessoais com resultados de pesquisa.

Cada abordagem avaliativa supõe distintos instrumentos de operação e, por conseguinte, abordagens e conclusões de diferentes naturezas.

A avaliação pode ressaltar o caráter político do processo decisório que implicou a adoção de uma dada política ou os valores e critérios políticos nela identificáveis. Tal avaliação, nessa perspectiva, prescinde do exame da operacionalidade concreta ou da implementação do programa sob análise. Ela examina os pressupostos e fundamentos de um determinado curso de ação pública, independente de sua engenharia institucional e de seus resultados prováveis.

A análise de políticas públicas compreende o exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas. Busca reconstruir as diversas características dessas políticas, de forma a apreendê-las em um todo coerente e compreensível.

Ainda que a análise de uma política pública possa atribuir a um determinado desenho institucional alguns resultados prováveis, somente sua avaliação poderá atribuir uma relação de causalidade entre um programa e um resultado. A análise “passa por dentro” da política, resgata as possibilidades de alterações no cotidiano dos indivíduos

por sua “qualidade” e aspectos intrínsecos à sua formulação. Busca responder se, por sua formulação, aquela política poderia produzir determinadas induções, ou seja, relaciona ângulos observados no real com sua existência. No entanto, o que se pode afirmar é uma tendência para tal, são indicações, pois, por mais bem formulada que seja uma política, muitos aspectos podem interferir na sua implementação. Não há como afirmar que os ângulos observados foram produzidos, exclusivamente, numa relação direta, por aquela política.

A avaliação de políticas, por sua vez, busca demonstrar que os resultados encontrados na realidade social estão causalmente relacionados àquela política particular. A avaliação não possui seu foco principal na política em si, mas procura resgatar a contribuição efetiva desta última, na realidade social. Não analisa a formulação e suas condições de gerar mudanças, mas de registrar se estas mudanças se deram a partir daquela política e em que dimensão. Direciona-se para a relação formulação-implementação.

Vale ressaltar, no entanto, que embora sejam definidas as especificidades de ambas as abordagens, estas estão intimamente relacionadas, não sendo possível, muitas vezes, excluir procedimentos que sejam próprios de uma ou de outra. Embora se possa privilegiar uma delas, há uma proximidade constante com a abordagem secundária, pois não seria possível, por exemplo, atribuir uma relação de causalidade entre programa e resultado, sem ter passado por uma análise daquele programa ou política em alguma dimensão.

A avaliação de políticas públicas costuma distinguí-las em termos de sua efetividade, eficácia e eficiência.

Por *avaliação de efetividade* entende-se o exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos e/ou resultados. Constitui a relação entre resultados e objetivos. Há a necessidade de demonstrar que os resultados encontrados na realidade social estão causalmente relacionados àquela política particular. Busca-se distinguir seus produtos e seus resultados.

A principal dificuldade metodológica consiste em demonstrar que os resultados encontrados estão causalmente relacionados aos produtos oferecidos por uma dada política sob análise, estando, no entanto, o critério da efetividade presente em boa parte das análises.

Por *avaliação da eficácia* entende-se a avaliação da relação entre os objetivos e instrumentos explícitos de um dado programa e seus resultados efetivos. Essa avaliação pode ser feita entre, por exemplo, as metas propostas e as alcançadas pelo programa ou entre os instrumentos previstos para sua implementação e aqueles efetivamente empregados. Também usualmente aplicada, mas em menores proporções, ocorre a avaliação da relação entre os instrumentos previstos para implementação de uma política e aqueles efetivamente empregados.

A eficácia compreende o grau com que se alcançam os objetivos e metas do projeto na população beneficiária, em um determinado período de tempo, independente dos custos implicados (Cohen; Franco, 1999). A eficácia é considerada maior à medida que as alcançadas obtidas e o tempo realmente gasto para se chegar ao resultado obtido se aproximam das metas programadas e tempo planejado para o alcance dessas metas. Portanto, eficaz é aquele programa que alcança plenamente suas metas dentro do tempo previsto para tal. Em caso de um determinado programa superar as expectativas, alcançando, por exemplo, a plenitude das metas programadas em tempo menor que o planejado, ele é considerado mais que eficiente.

A maior dificuldade, nesse caso, consiste na obtenção e veracidade das informações acerca do funcionamento concreto do programa sob análise. Esse tipo de avaliação exige pesquisas de campo capazes de aferir e reconstruir o processo de implantação e/ou implementação da política sob análise.

Por *avaliação de eficiência* entende-se a avaliação da relação entre o esforço empregado na implementação de uma dada política e os resultados alcançados. A sofisticação de seus métodos tem ocorrido sob o impulso de vários fatores: a escassez de recursos públicos, exigindo maior racionalização do gasto; expansão dos segmentos populacionais a serem cobertos pelos programas sociais e o entendimento de que a eficiência atende a um objetivo democrático, por dizer respeito ao bom uso do dinheiro público.

O conceito de eficiência pode ser considerado a partir de duas perspectivas complementares: se a quantidade de produto está pré-determinada, procura-se minimizar o custo total ou o meio que se requer para sua geração; se o gasto total está previamente fixado, procura-se otimizar a combinação de insumos para maximizar o

produto¹. Este conceito é utilizado predominantemente na análise financeira e está associada à noção de ótimo, que se refere às quantidades físicas mínimas de recursos requeridos para gerar certa quantidade de produto, assumindo uma tecnologia constante. No caso dos programas sociais, essa dimensão é homogeneizada pela introdução dos custos dos insumos². (Cohen; Franco, 1999). Portanto, nesse caso, a eficiência pode ser definida como a relação existente entre os custos dos insumos e o tempo gasto para que um programa seja usufruído por determinado número de usuários. Caso as variáveis tempo e custo sejam menores que o previsto e/ou o número de beneficiados seja maior, o programa é mais que eficiente. Pode ocorrer, também, as metas superarem o programado, quando, por exemplo, o número de beneficiados supera as expectativas, com o mesmo tempo e custo previstos.

Faria (1998) apresenta afinidades e diferenças entre avaliação e pesquisa. As afinidades são, entre outras, o conteúdo substantivo dos fenômenos estudados; as técnicas de coletas de dados, sua organização e análise e a utilização dos resultados. As especificidades da avaliação foram destacadas em três dimensões:

- Do ponto de vista metodológico, é atividade que obtém, combina e compara dados de desempenho com um conjunto de metas escalonadas.
- Do ponto de vista de sua finalidade, responde a questões sobre a eficácia/efetividade dos programas e, nesse sentido, sua tarefa é julgar e informar.
- Do ponto de vista de seu papel, a avaliação detecta eventuais falhas e afere os méritos dos programas durante sua elaboração. Sua tarefa, nesse sentido, é formativa, permitindo a correção ou confirmação de rumos.

Distinguindo fins e papéis da avaliação, a autora citada define avaliação somativa e formativa. No que se refere a seus fins, a avaliação responde a questões sobre um produto acabado, isto é, sobre a capacidade de um programa alcançar suas metas. Desse modo, a avaliação é uma atividade que produz e compara dados de desempenho com um conjunto de objetivos hierarquizados, justifica e valida

¹ Produtos são os resultados concretos das atividades desenvolvidas a partir dos insumos disponíveis. Segundo seu caráter de materialidade, podem-se distinguir bens produzidos (ou resultados) e serviços prestados. (Cohen; Franco apud Lopez, 1985, 93).

² Insumos são fluxos associados a *stocks* (recursos previstos para realização de uma atividade), que se utilizam no processo de implementação do projeto. Constituem os elementos necessários para conseguir um resultado. (Cohen; Franco, 1999, p. 93)

instrumentos e metas, atribuindo valores ao programa para alcançá-las. Avalia o programa na etapa de implementação e resultados. Compara o desempenho de diferentes ações a que está exposto o público-alvo. Essa é a avaliação somativa.

No que se refere a seu papel, a avaliação busca o aprimoramento do programa durante o processo de sua elaboração e pode ser usada para testar, rever e redefinir o programa global ou vários de seus componentes: conteúdos, metodologias, treinamento e desempenho das equipes, caracterização do público-alvo, configuração dos materiais adotados e o tempo ideal para sua implementação. Essa é a avaliação formativa.

Desse modo, os estudos de avaliação classificam-se em quatro tipos. O primeiro, conhecido como *ex-ante*, consiste no levantamento das necessidades e estudos de factibilidade que irão orientar a formulação e o desenvolvimento do programa. Inclui a definição de seus objetivos, âmbito de aplicação, caracterização dos beneficiários e suas necessidades. O segundo inclui atividades destinadas ao acompanhamento e monitoramento de programas. Em geral, esse tipo de avaliação busca a adequação entre o plano e sua execução. Trata-se de avaliar a eficiência, permitindo intervir no processo da execução, corrigindo os rumos cada vez que desvios são detectados. É fazer certas coisas.

O terceiro pode ser identificado como avaliação formativa, de processo ou de eficácia e tem por objetivo fazer as coisas certas. A essência do trabalho do avaliador é acompanhar, observar e testar o “desempenho” do programa para aprimorá-lo. A interferência orientada pelos resultados da avaliação, nos casos de avaliação formativa, direciona-se para os aspectos intrínsecos ao Programa.

O quarto tipo é identificado como avaliação somativa, de resultado ou *ex-post*. Envolve estudos comparativos entre programas rivais, subsidia a decisão e avalia, principalmente, a maior ou menor efetividade de diferentes “tratamentos” oferecidos ao grupo-alvo. Seu principal objetivo consiste em permitir a escolha do melhor programa para alcançar as metas de médio e longo prazos.

Na tipologia adotada por Faria (1998), o termo eficácia é uma dimensão do processo de desenvolvimento e implementação do programa, enquanto o termo efetividade é dimensão do resultado/*ex-post*, destinada a averiguar o alcance das metas. A avaliação da eficácia – medida no processo - responde a questões sobre os acertos do programa em sua fase de elaboração e implementação (vale lembrar que para Cohen; Franco, 1999, eficácia é avaliada segundo a relação entre custo/tempo e metas

programadas e alcançadas, enfocando minimização de gastos). A avaliação da efetividade _ medida de resultado/*ex post* – responde a questões relacionadas com o alcance das metas, o que exige o decurso de certo tempo para a maturação do “tratamento” e o registro de seu impacto.

Cohen; Franco (1999) apresentam apenas duas classificações: *ex-ante* e *ex-post*. A *ex-ante* tem por finalidade proporcionar critérios racionais para uma decisão qualitativa: se o projeto deve ou não ser implementado. Também permite ordenar os projetos no que diz respeito à sua eficiência, visando à minimização de custos/tempo no alcance dos objetivos perseguidos. Portanto, apresentando sintonia e complementando o que Faria (1998) entende por tal.

A avaliação *ex-post* apresentada por esses autores engloba os demais tipos apresentados por Faria (1998); nela, na visão deles, estão incluídas as avaliações de projetos em andamento e os já concluídos. Ambos são avaliados procurando-se obter elementos de apoio para a adoção de decisões qualitativas e quantitativas.

Nos projetos em execução, o qualitativo relaciona-se com a decisão de continuar ou não com o projeto em função dos resultados até então obtidos. Em caso de permanecer com o projeto, surge a dimensão quantitativa, envolvendo a decisão de manter a formulação original ou introduzir modificações na programação.

Nos projetos concluídos apresenta-se uma situação análoga. O qualitativo relaciona-se com o uso futuro da experiência realizada, que será “reaproveitada” se os benefícios gerados, em todas as suas dimensões, superarem os custos implicados. Caso isso aconteça, caberá decidir se os próximos projetos utilizarão a mesma formulação por ser a mais eficiente disponível, ou se deverão ser reprogramados para alocar melhor os recursos aos fins que se pretendem alcançar.

A avaliação *ex-post*, portanto, pode diferenciar-se em duas fases: durante a realização do projeto (avaliação de processos ou concomitante) e depois dela (avaliação terminal). Também podem diferenciar-se segundo ênfase na análise da eficiência operacional ou na do impacto.

A *avaliação de processos* – envolvendo os dois tipos intermediários apresentados por Faria (1998) - determina a medida em que os componentes de um projeto contribuem ou são compatíveis com os fins perseguidos. É realizada durante a implementação e, portanto, afeta a organização e as operações. Procura detectar as dificuldades que ocorrem na programação, administração e controle, para serem

corrigidas oportunamente, diminuindo custos derivados da ineficiência. Não é um balanço final, e sim uma avaliação periódica. Sua função central é medir a eficiência de operação do projeto.

A avaliação de impacto procura determinar em que medida o projeto alcança seus objetivos e quais os seus efeitos previstos e não previstos. É utilizada para decidir sobre a eventual continuação do projeto, sobre a formulação de futuros projetos e, enfim, respaldar a tomada de decisão política.

Desse modo, diante das tipologias apresentadas por autores citados nesta seção, a avaliação de políticas pode incidir sobre o momento que antecede sua implementação, focalizando a agenda e conjuntura política; sobre as etapas de implementação e/ou resultados e seu impacto junto à população-alvo. O quadro abaixo sintetiza os tipos de avaliação de política definidos pelos autores, facilitando a comparação entre eles.

Quadro 2.1: Síntese das Tipologias de Avaliação de Políticas, Segundo Autores Citados.

Pestana (1998)	Perez (1998)	Faria (1998)³
Avaliação de Contexto: Agenda e Conjuntura	Avaliação da Formação da Política	
Avaliação de Insumo: Avaliação das alternativas de procedimentos.		<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação Ex-ante: levantamento de necessidades e estudo de factibilidade.
Avaliação de Processo: Acompanha etapas da Implementação	Avaliação da Formulação de Políticas: a partir da definição de programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento de Programas: focaliza a Eficiência. • Avaliação Formativa: visa ao aprimoramento do programa, focaliza a Eficácia.
Avaliação de Produtos: Aprecia Resultados.		<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação Somativa ou Ex-Post: avalia implementação e resultados. Estudos comparativos entre programas.
Avaliação de Impacto	Avaliação de Impacto	Avaliação de Impacto
Arretche(1998)		Cohen ; Franco (1999)
		Avaliação Ex-ante: Envolve decisão de determinado projeto ser ou não implementado.
Avaliação da Eficácia: Relação entre objetivos, instrumentos e resultados, envolvendo tempo e custo.		
Avaliação de Eficiência: Relação entre esforço empregado e resultados.		
Avaliação de Efetividade: Relação implementação e resultados/impacto		Avaliação Ex-Post: Engloba projetos em andamento ou concluídos (resultados e impacto)

³ Faria (1998, p. 44-6) apresenta dois tipos de avaliação de políticas, a de processo e a de impacto, sendo que a de processo é subdividida em várias etapas, citadas neste quadro.

Independente do tipo de avaliação a ser desenvolvido, a determinação do grau em que foram alcançadas as finalidades do projeto constitui instância central do processo de avaliação, o que requer dimensionar o objetivo geral em subconjuntos de objetivos específicos, os quais, por sua vez, terão “metas”⁴ cuja obtenção será medida através de indicadores.

Na avaliação, o indicador é a unidade que permite medir o alcance de um objetivo específico, sendo distinguidos os indicadores diretos e indiretos. Os primeiros traduzem a obtenção do objetivo específico em uma relação de implicação lógica. Se diminuir a incidência de determinada doença é objetivo de um programa de saúde, sua definição já determinou o indicador, que mostrará as variações percentuais que ocorreram nessa incidência dentro da população-alvo. O indicador, nesse caso, é o grau de incidência da doença X.

Os indicadores indiretos devem ser construídos. Se um projeto tem como objetivo aumentar a participação comunitária, as metas e indicadores das mesmas surgem das formas em que a participação se expressa. No exemplo anterior, indicadores indiretos poderiam ser: tempo de permanência no programa, grau de pobreza daqueles indivíduos e/ou uso adequado de medicamentos. Desse modo, a relação entre indicador e meta é de caráter probabilístico e não de implicação lógica, sendo conveniente incrementar o número de indicadores de uma meta para aumentar, assim, a probabilidade de conseguir uma medição adequada.

A transformação de conceitos em variáveis inicia-se com a “representação literária do conceito”, ou seja, noções que se tenham sobre aquele conceito.

Em segundo momento, especifica-se o conceito, o que implica sua divisão nas dimensões que o integram, na medida em que um conceito corresponde, quase sempre, a um conjunto complexo de fenômenos e não a um fenômeno simples e diretamente observável. A dedução analítica das dimensões leva à desagregação do conceito. Tais dimensões devem cobrir todo o conceito e não estar sobrepostas ou interceptadas entre si.

Seguindo, a próxima etapa é a escolha de indicadores que permitam medir cada uma das dimensões do conceito.

⁴ O sentido de “Metas”, neste momento, é de dimensionalização operacional dos objetivos específicos. (Cohen; Franco, 1999, p.152)

Por último, é a formação de índices para sintetizar os dados resultantes das etapas anteriores.

Neste estudo, a avaliação foi realizada a partir da definição de algumas referências prévias:

- Análise das normas institucionais e políticas públicas que visam a ordenar os procedimentos que caracterizam a descentralização.
- Escolha de variáveis, objetivos e indicadores.

A partir disso, realizamos um exercício de avaliação dos resultados da descentralização do setor saúde no município de Campos dos Goytacazes. A perspectiva de resultados incidiu especialmente sobre as variáveis expansão/municipalização da rede de serviços e indicadores de morbi-mortalidade. No que se refere ao CMS e à habilitação formal ao SUS, necessariamente o aspecto processual foi analisado de modo mais detalhado, embora sobre o Conselho também tenhamos apresentado resultados a respeito de seu poder deliberativo e sua influência sobre a política de saúde local, quando relacionamos resoluções apontadas por ele e implementadas pela SMS.

Cada variável possuiu seus indicadores, possibilitando sua avaliação, o que será comentado nos procedimentos metodológicos.

O Município de Campos dos Goytacazes não se habilitou formalmente ao SUS na maior parte do período estudado, o que poderia ter fragilizado o uso do conceito de descentralização para fins deste estudo. No entanto, consideramo-lo válido não apenas pelas induções institucionais formuladas pelo MS para todos os municípios, o que de antemão já credencia esse conceito para pesquisa, mas também pela forte interação do município estudado com o processo de descentralização, implementando a grande maioria dos requisitos apontados pelas Normas Operacionais Básicas do SUS.

Desse modo, consideramos que o Município participou da descentralização do setor saúde, com trajetória específica.

2.2- Procedimentos Metodológicos

A pesquisa teve como objetivo geral a avaliação de resultados alcançados pelo Município de Campos dos Goytacazes diante do processo de descentralização. Para a pesquisa, os resultados esperados foram considerados a partir de algumas das induções realizadas pelas Normas Operacionais Básicas do SUS na década de 1990.

Foram escolhidas algumas categorias, presentes nessas Normas Operacionais Básicas, como parâmetros para a avaliação da descentralização da política de saúde no município de Campos dos Goytacazes. Avaliamos o grau de descentralização entre os níveis de governo e do governo e organismos ativos na política local.

Para cada categoria eleita foram definidos objetivos e indicadores, que nortearam sua avaliação. Tais categorias, objetivos e indicadores foram:

- **Habilitação Municipal** – Avaliar o tipo de habilitação do Município às NOBs de 1993 e 1996 e a posição do Município frente aos requisitos exigidos e condições de Gestão apresentadas. Indicador: O Município deveria habilitar-se na condição de gestão mais amplamente comprometida com o SUS, mediante existência/atendimento dos requisitos necessários àquela condição.
- **Municipalização da Rede de Serviços** – Avaliar a evolução da transferência de unidades para a gestão municipal. Avaliar as características da oferta e a relação público-privada. Indicadores: Municipalização de toda a rede pública de serviços e Comprometimento do prestador público com todos os atendimentos de assistência básica.
- **CMS** – Avaliar a frequência das reuniões e aspectos relevantes, como participação, atividades e agenda política. Avaliar a capacidade deliberativa do Conselho. Indicadores: Reuniões semestrais (NOB 01/93) e mensais (Regimento Interno), Presença de mais de 40% dos representantes de cada segmento nas reuniões, Resoluções absorvidas em Planos de Saúde ou implementadas.
- **Indicadores de Morbi-Mortalidade** – Avaliar o desempenho do Município frente a alguns indicadores pertencentes ao Pacto da Atenção Básica. Indicador: A média do Estado do Rio de Janeiro.

Os dados foram apurados por meio de:

- **Entrevistas a informantes-chave:** *Edson Batista*- primeiro secretário municipal de saúde da década de 1990; *Lúcia Rebel*- secretária municipal de saúde no período da coleta de dados; *Adão Faria*- conselheiro do CMS por várias gestões, tendo participado também da CIMS.
- **Pesquisa Documental:** Leis, Portarias, Atas do CMS, Extratos do FMS, Planos de Saúde e Relatório de Gestão.
- **Pesquisa em Bancos de Dados.**

-
- **Contatos com pessoas-chave para acesso a informações nos seguintes setores:** Epidemiologia, Núcleo de Controle e Avaliação, Centro de Zoonoses, Departamento de Vigilância Sanitária, Secretaria de Administração, SMS e SES. Foram também informantes: conselheiros do CMS e funcionário do Departamento de Descentralização e Gestão da Assistência à Saúde/MS.

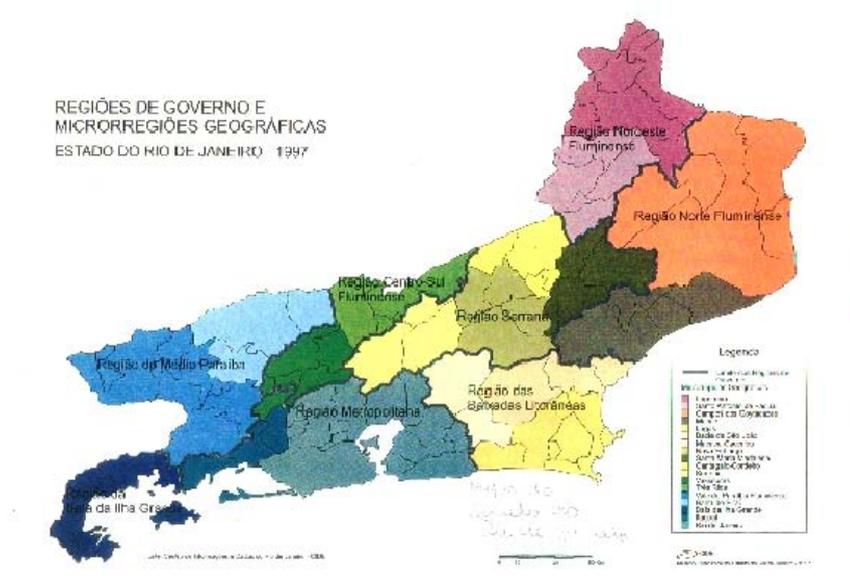
CAPÍTULO III

Apresentação do Município de Campos dos Goytacazes

O Município de Campos dos Goytacazes se localiza na Região Norte do Estado do Rio de Janeiro, sendo Campos sua cidade-sede. Além desta, compõe-se dos distritos de Santo Amaro, São Sebastião, Mussurepe, Travessão, Morangaba, Ibitioca, Dores de Macabu, Morro do Coco, Santo Eduardo, Serrinha, Tocos, Santa Maria e Vila Nova.

O Município possui uma área de 4.027,8 km² e uma altitude de 13 m. Sua sede distancia-se 286 km da capital do Estado, o município do Rio de Janeiro. Situa-se entre o Estado do Espírito Santo (ao norte); os Municípios de Quissamã (ao sul); São João da Barra (ao leste); Santa Maria Madalena e São Fidelis (ao oeste); São Francisco do Itabapoana (ao nordeste); Conceição de Macabu (ao sudoeste); Cardoso Moreira, Italva, Itaperuna e Bom Jesus de Itabapoana (ao noroeste); e o Oceano Atlântico (ao sudeste).

Mapa 3.1 – Mapa do Estado do Rio de Janeiro.



Em 1991 Campos possuía, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 389.109 *habitantes*, passando, em 2000, segundo dados do Censo

2000 (IBGE, 2001, <http://www.ibge.gov.br>), a 406.279 habitantes⁵. Sua população é de grande maioria urbana: 83,4% em 1991 (IBGE, 1998) e 89,5% em 2000 (IBGE; Censo 2000).

Campos, nas últimas duas décadas vivenciou forte processo de urbanização, possuindo uma população rural, em 1980, de 145.062 habitantes, em 1991 de 64.442 habitantes e em 2000 de apenas 42.790 habitantes. Esse processo ocorreu em toda a região Norte e Noroeste do Estado. Isso aponta para um maior impacto sobre o Sistema de Saúde, especialmente dos municípios possuidores de maior infraestrutura para responder às demandas, no caso, Campos dos Goytacazes, seguido por Macaé, na Região Norte e Itaperuna, na Região Noroeste.

Suas principais atividades econômicas são o cultivo e indústria da cana-de-açúcar, a pecuária (de corte e leiteira) e a pesca. No entanto, nas duas últimas décadas, a extração do álcool, gás e petróleo impulsionou a economia do município e região.

Outras atividades podem ser citadas, como o cultivo do arroz, feijão, milho, frutas, mandioca; a extração de mármore e granito; indústria de cerâmica, vestuário, doces, artefatos para construção civil, móveis, metal-mecânica e indústria de beneficiamento e produção de derivados de leite. Destaca-se também a prestação de serviços nas áreas de Educação e Saúde.

Seus cinco principais setores econômicos, em 1998, segundo volume de riqueza produzida são, em ordem decrescente: Extração de Petróleo, Aluguéis, Construção Civil, Prestação de Serviços, Indústria Extrativa e de Transformação. A agropecuária, tradicional atividade da região, encontra-se no município em 9º. lugar, nesse ano.

O Produto Interno Bruto (PIB) do Município de Campos dos Goytacazes, em 1991, foi de CR\$ 279.713.000.000 (duzentos e setenta e nove bilhões e setecentos e treze milhões de cruzeiros), possibilitando uma renda per capita mensal, em média, de 61.945,416 cruzeiros/mês, que representava na época, a partir do valor do salário mínimo de dezembro, 1,47 salários mínimos/per capita. Em 1998, o PIB municipal foi de 1.800.464.000 reais, possibilitando uma renda per capita, em média, de 379,82 reais/mês, que representava, na época, 2,92 salários mínimos/per capita, registrando significativa expansão nas riquezas produzidas.

⁵ Esse quantitativo exclui os habitantes dos ex-distritos, de Cardoso Moreira e São Joaquim, que em 1991

No entanto, Campos, em 1991, possuía 43,2% dos *chefes de família* com renda mensal de até 1 salário mínimo, 22,6% na faixa de mais de 1 a 2 salários mínimos, 10% na faixa de 2 a 3 salários mínimos, concentrando, desse modo, 75,8% dos chefes de família na faixa de até 3 salários mínimos mensais. Em contraponto, cerca de 4,5% dos chefes de família estavam inseridos na faixa de mais de 10 salários mínimos mensais.

Analisando ainda a distribuição de renda existente no município, agora pelo rendimento médio mensal *familiar* per capita, Campos dos Goytacazes, em 1991, possuía 43,4 % de suas famílias com renda per capita mensal de até meio salário, 23,6% na faixa de mais de meio a um salário mínimo, 14,8% na faixa de mais de um a dois salários mínimos; concentraram-se, então, 81,8% na faixa de até dois salários mínimos mensais per capita. Em mais de cinco a 10 salários mínimos per capita se inserem apenas 2,6% das famílias, reduzindo-se ainda mais na faixa de mais de 10 salários mínimos, onde se inserem 1,3% delas. Desse modo, a concentração de renda existente naquele momento revelava um quadro social diferenciado do indicado pela renda per capita geral. Para ano mais recente não se encontram disponibilizados dados sobre renda familiar, embora o significativo crescimento no número de favelas aponte para a expansão da pobreza no município, em contraponto ao crescimento do PIB, mantendo a perspectiva de concentração de renda.

Em 1991, os setores da economia que mais absorveram mão-de-obra, em ordem decrescente, foram a prestação de serviços, a agropecuária, o comércio de mercadorias e a indústria de transformação. O setor que menos absorveu, segundo classificação do IBGE, foi a construção civil, com 6,8% da população ocupada.

O município, em 1996, possuía 84,5% de sua população alfabetizada, mostrando evolução relativamente a 1991, quando possuía 71,6% dos *habitantes alfabetizados*. (IBGE; Contagem da População, 1996)

Em 1991, aproximadamente 65% dos moradores usufruíam de *coleta de lixo*, sendo 64% da coleta direta e 1% da coleta indireta.

Possuíam acesso à rede geral de *abastecimento de água* com canalização interna e sem canalização interna, respectivamente, 60,4% e 4% dos moradores. O acesso a *instalações sanitárias* com rede geral, de modo exclusivo para seu domicílio e

comum a mais de um domicílio, era utilizado por respectivamente 25% e 0.7% dos moradores.(IBGE; Censo, 1991)

O número de domicílios urbanos, em 1991, era de 95. 749, com uma média de 4,05 moradores por domicílio. Em 1996, o município passou a ter 103.056 domicílios e uma média de 3,8 moradores por domicílio. (IBGE; Censo 1991; Contagem Populacional, 1996).

O déficit habitacional, em 1991, era de 11.094 domicílios (11,6%,como especificado na tabela 3.1). Para além disso, a Fundação CIDE registra que 4.375 dos alugueis ultrapassavam, nesse ano, em 30% a renda habitacional.

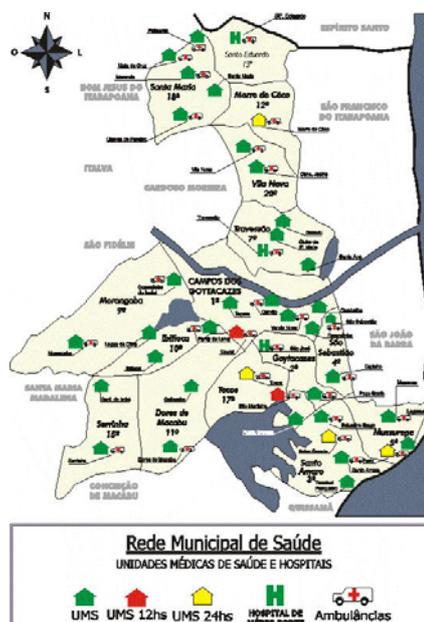
Tabela 3.1: Déficit habitacional por tipo segundo município de Campos dos Goytacazes, RJ, 1991.

Domicílios Improvisados	Domicílios Rústicos	Famílias Conviventes	Cômodos Cedidos ou Alugados	Total
101	2.572	8.107	314	11.094

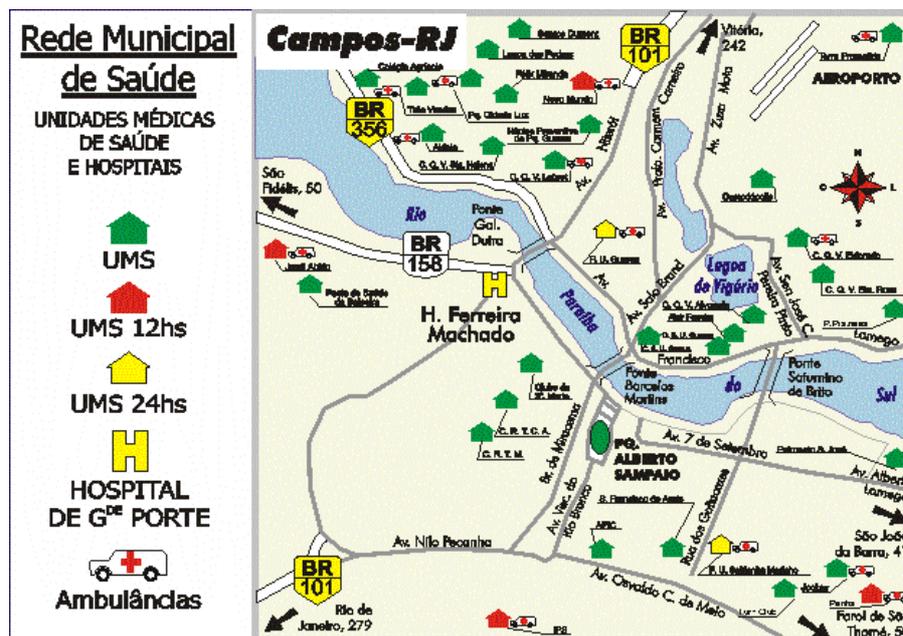
Fonte: Censo Demográfico IBGE, 1991 e Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal, 2000 – www.cide.rj.gov.br, acessado em 18/07/2001.

O município possui, em 1999, em sua *rede própria*, um hospital de grande porte – Hospital Ferreira Machado, três hospitais de pequeno porte – Hospital São José, de Travessão e de Santo Eduardo, e sessenta e quatro unidades médicas de saúde com atenção 12hs e 24 hs. No HFM estão inseridos os serviços de Emergência, o Hemocentro e o Setor de Doenças Infecto-Parasitárias (DIP), referências regionais.

Mapa 3.2- Mapa da Rede Distritos



Mapa 3.3 – Mapa da Rede Cidade



Os hospitais conveniados são: Hospital dos Plantadores de Cana – geral, Hospital Beneficência Portuguesa – geral, Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Campos – geral, com cirurgia cardíaca, Hospital Escola Álvaro Alvim – geral, com cirurgia cardíaca, Hospital Manoel Cartucho – de apoio e Hospital Dr. Beda – geral/conveniado para hemodiálise.

Casas de Saúde *conveniadas*: Clínica Coelho dos Santos – geral; IMNE – oncologia, nefrologia e hemodiálise; Pró-Rim – nefrologia e hemodiálise.

O Município possui, nesta data, Programa de Saúde da Família (PSF), Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), dezoito Programas Especiais de Assistência Médica, Departamento de Vigilância Sanitária/Centro de Zoonoses, Núcleo de Controle e Avaliação, entre outros serviços.

CAPÍTULO IV

Interação e Resultados da Descentralização em Campos dos Goytacazes

4.1 – A trajetória da Habilitação ao SUS

O Município de Campos dos Goytacazes firmou seu compromisso formal com o SUS apenas em 1998, quando se habilitou na condição Plena da Atenção Básica⁶, prevista na Norma Operacional Básica do SUS editada em 1996.

Portanto, este Município não foi habilitado pela NOB-SUS/ 1993. Àquela época, o Estado do Rio de Janeiro teve vinte e quatro municípios habilitados, correspondendo a 29,63% do total de municípios do Estado e a 65,98% de sua população.

Na Gestão Incipiente, habilitaram-se três municípios, correspondendo a 42,89% da população do Estado. Na Gestão Parcial, habilitaram-se quatorze municípios, correspondendo a 9,1% da população do Estado; e na Gestão Semiplena habilitaram-se sete municípios, correspondendo a 14% da população do Estado.

Os municípios localizados na região norte-noroeste do Estado que se habilitaram pela NOB-SUS/93 foram: Bom Jesus do Itabapoana, Itaperuna, Macaé e Quissamã, sendo todos na condição Parcial.

No Brasil, neste período, houve 3.127 municípios habilitados, correspondendo a 62,85% dos municípios e a 65,38% da população do país. Na condição Incipiente habilitaram-se 47,58% dos municípios; na condição Parcial habilitaram-se 12,38% dos municípios ; e na condição Semiplena, 2,89% dos municípios do país.

Quanto à NOB 96, o Município em estudo obteve a aprovação de sua habilitação na CIT em 13/03/1998, pela Portaria MS no. 2.295, publicada no Diário Oficial da União em 12/03/1998.

Por esta NOB, até 29/11/2000, dos 5.505 municípios brasileiros (o Distrito Federal não está incluído), 4.928 (89,5%) haviam sido habilitados, na condição Plena da Atenção Básica, 523 (9,5%) em Plena do Sistema Municipal.

⁶ Informação fornecida pelo Departamento de Descentralização de Gestão da Assistência à Saúde/MS e também registrada no Manual do Gestor, COSEMS-RJ, abril de 1999, p. 137-138.

Entre os municípios localizados na região Norte-Noroeste do Estado do RJ, apenas o de Itaperuna habilitou-se, por esta NOB, na condição Plena do Sistema. Os demais habilitaram-se na condição PAB.

Desta forma, o Município de Campos passou a maior parte da década sem firmar um compromisso formal com o SUS no que se refere ao processo de municipalização.

O município não habilitado não assume funções plenas de um gestor, ficando o pagamento aos seus prestadores definido pela Secretaria Estadual de Saúde. Desse modo, apenas informava os serviços prestados para que o pagamento fosse efetuado pelo Ministério da Saúde sob comando da SES e completava com recursos próprios, conforme o caso. Os prestadores de serviços ou unidades conveniadas ao SUS remetiam suas faturas diretamente ao órgão estadual, que informava ao MS para procedimento dos pagamentos. Essa foi a lógica presente durante a década de 80, no período AIS e SUDS e que permaneceu até o início da década de 90, quando formalmente, mais especificamente a partir de 1993, os municípios habilitaram-se segundo as condições previstas e, então, passaram a receber diretamente no FMS as quantias referentes ao seu teto, para aqueles em Gestão Semiplena. Da década de 80 até início da de 90, o financiamento da saúde se deu segundo o teto físico de cada unidade - para dado número de leitos era calculado um número médio de internações/mês, passando este a definir o teto de cada unidade, seguindo, portanto, o critério da série histórica. Diante do aumento do número de fraudes, houve a necessidade de se alterar esse critério, surgindo o teto populacional, segundo o qual, pelo número de habitantes do município, calculou-se um número médio de internações ano/mês, também pelo critério da série histórica. Esse teto girava em torno de 9% da população, percentual que seria “cruzado” com a oferta de leitos pelo município.

O exercício do teto populacional trouxe à discussão a questão da migração e a de quem efetuaria o pagamento pelos atendimentos às populações vizinhas que não possuísem uma oferta integral de serviços de saúde.

Diante disso, através das Bipartites, os municípios formalizaram pactos de atendimento dessa migração de usuários e o correspondente repasse de recursos, buscando uma certa complementaridade no atendimento a seus habitantes. Nesse caso, cada Estado, por suas Secretarias de Saúde, passou a receber o quantitativo de AIHs e pagamentos ambulatoriais, segundo teto equivalente a todo o Estado. Desse teto, cerca

de 10% formaram a reserva técnica, usada nos casos de necessidade de complementar as AIHs recebidas por seus municípios, em casos de solicitação destes diante de um número de atendimentos de saúde comprovadamente maior que o valor recebido. Antes das Bipartites⁷, alguns municípios buscaram resolver os problemas da migração através da formalização de consórcios intermunicipais, onde o fundo financeiro do consórcio arcaria com atendimentos a habitantes fora do seu município.

O processo de habilitação municipal ao SUS foi regido ao longo da década de 90 por alguns requisitos constantes nas NOBs. A tabela 4.1 sintetiza os principais pressupostos e a posição do Município de Campos dos Goytacazes diante de cada um deles.

⁷ A Bipartite do Estado do Rio de Janeiro foi criada pela resolução no. 855/SES de 12/07/1993, sendo, no entanto, sua primeira reunião realizada apenas em 26/06/95, após exigência categórica do Ministério da Saúde.

Tabela 4.1: Funções e atribuições dos municípios perante o SUS, segundo as NOB's 1991, 1993 e 1996, Campos dos Goytacazes, RJ.

Funções e Atribuições	Exigências das NOB's	NOB 91	NOB 93	NOB 96
CMS	NOB 1991, 1993 (todos os níveis), 1996 (todos os níveis)	Lei de criação: 06/09/91 Primeira Reunião: 26/11/91	Mantido	Mantido
FMS	NOB 1991; 1993 (todos os níveis); 1996 (todos os níveis)	Lei de criação: 24/12/1992	Em funcionamento a partir de 1994	Mantido
Plano Municipal de Saúde Anual	NOB 1991; 1993 (parcial e simplena); 1996 (todos os níveis)	Não houve.	Elaborado em 1995.	Mantido
Municipalização das unidades públicas	1993 (todos os níveis)	Efetuada a partir 1991	Mantido	Mantido
Oferta Integral do PAB	1996 (PSM)			Em 1998, embora vários procedimentos fossem realizados pelo município desde 1991.
Disponer de Médico Autorizador de AIH	1993 (todos os níveis)	Em 1992	Mantido	Mantido
Manutenção de Bases de Dados do SUS	1993 (todos os níveis)	SIH - Em 1992	SIA(1994); SINAN (1997); SINASC (1997); SIM (1995); SISVAM (1999)	Mantido
Relatório de Gestão	1991, 1993 (parcial e simplena), 1996 (PSM)			1999
Contrapartida de Recursos Próprios	1991,1993 (parcial e simplena), 1996 (todos os níveis)		1994*	Mantido
Constituição de Comissão PCCS	1991, 1993 (parcial e simplena)	Não houve	Não houve	Não houve
Indicadores de Resultados da Gestão	1993 (semi-plena)		Não houve	Não houve
Ações de Vigilância Sanitária	1996 (todos os níveis)			Desde 1991 efetua a fiscalização de alimentos; em 1999 foi criado o Departamento de Vigilância Sanitária, ampliando as ações para fiscalização de estabelecimentos do comercio farmacêutico e serviços médicos, clinicas e ambulatórios.
Ações de Vigilância Epidemiológica	1996 (todos os níveis)	Em 1991 foi contratado epidemiologista pela SMS, desde então chefe do setor de epidemiologia.	Mantido	Mantido
Controle de Zoonoses	1996 (PSM)			Em 15/09/99 foi criado, pela portaria no. 21/99 de 05/10/99, o Centro de Controle de Zoonoses.
Serviço de Auditoria	1996 (PSM)	-	-	Não houve
RH para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados	1996 (todos os níveis)	Houve RH para supervisão em 1992.	Mantido	Mantido

Fonte: DATASUS; Portarias da SMS; Atas do CMS; Leis Municipais; Planos Municipais; Informantes.

*Informações detalhadas não disponíveis, exceto a partir de 1994 por meio de balancete do FMS.

A partir das informações do quadro acima, o Município de Campos dos Goytacazes poderia ter-se habilitado segundo a NOB-SUS/93. Para condição Incipiente, o Município possuía todos os requisitos exigidos e para a condição Parcial, necessitaria apenas organizar Plano de Saúde, Relatório de Gestão e a comissão de PCCS. Esse fato denotou baixo interesse do executivo em formalizar o tipo de vínculo municipal, assim como o de atuar em conjunto com as lideranças regionais do setor saúde. Como resultado, itens importantes de gestão local ficaram sob controle da SES.

Pela NOB-SUS/96, o Município, em dezembro de 2000, possui a maioria dos requisitos necessários à habilitação na condição Plena do Sistema Municipal, faltava o serviço de auditoria e recursos humanos correspondentes. No entanto, manteve-se na condição Plena da Atenção Básica.

O Município, em 1999 criou o Núcleo de Controle e Avaliação, que desenvolveu ações referentes à revisão de contas médicas e supervisão hospitalar, intervindo nas ações durante seu processo de realização pelas unidades de saúde. A auditoria, procedimento posterior, sobre ações já ocorridas, não era realizada.

4.2- Mudanças na Oferta de Serviços Públicos em Campos para os anos 1991-1999

Para caracterizar a mudança da rede de serviços em Campos, utilizamos dados das Pesquisas da Assistência Médica Sanitária/IBGE – 1992 e 1999, do banco de dados do Ministério da Saúde – DATASUS, e das entrevistas realizadas. Os dados das AMSs foram colhidos diretamente nos municípios, enquanto os do DATASUS se baseiam em informações repassadas pelos gestores municipais ao MS, sendo vários deles utilizados para pagamento direto aos prestadores ou transferência ao FMS.

Segundo Édson Batista, primeiro secretário de saúde da década de 90, Campos em 1990 possuía rede municipal de saúde “muito precária”. O Município possuía alguns ambulatorios de pediatria, clínica médica e obstétrica e um posto de vacinação na cidade, sob uma visão “puramente assistencialista”.

Sob gerência do INAMPS, a cidade contava com ambulatorios de especialidades, um hospital do Estado (que foi municipalizado), dois PAMs, dois PUs, um ambulatorio central e alguns serviços de raios-x. O Estado possuía os setores de Vigilância Epidemiológica, o Centro de Saúde, alguns postos e subpostos (tinha uma rede de postos, no interior, maior, na época, que a da prefeitura). O Estado tinha

tradição no campo da Vigilância Epidemiológica e quadros qualificados para tal; com a integração, o Estado trouxe essa visão para o Município.

As pesquisas das AMSs apresentam os dados divididos entre públicos e privados, sendo assim caracterizados pela entidade jurídica, não subdividindo, portanto, o privado conveniado do não-conveniado ao SUS, ambos inseridos na categoria *privados*. No entanto, a AMS/99, em sua tabela 3 sobre “Total de leitos para internação”, apresenta divisão entre privados e privados/SUS. Essa pesquisa da AMS encontrava-se, no momento da coleta de dados, em fase de consolidação de alguns dados.

O DATASUS registra apenas o atendimento público ou publicizado, sendo desse modo inseridos na categoria *privado* apenas os privados conveniados.

Os dados das pesquisas AMSs 1992 e 1999 possibilitaram-nos uma primeira visão sobre a rede de serviços de saúde disponível em Campos dos Goytacazes nesse período, como nos mostram as tabelas 4.2 e 4.3.

Tabela 4.2. Números de estabelecimentos de saúde, por Esfera e Tipo de Unidade, Campos dos Goytacazes, RJ, 1992

Esfera	Centro de saúde	Hosp.	Ambul/Clín	Comp. Diagn.	Total
Total	49	11	28	12	100
Munic.	48	01	0	0	49
Privada	0	10	27	12	49
Federal	0	0	01	0	01
Estadual	01	0	0	0	01

Fonte: IBGE: Pesquisa da Assistência Médica Sanitária, 1992

Tabela 4.3. Número de Estabelecimentos de Saúde Hospitalares, Ambulatoriais e de Diagnose, Campos do Goytacazes, RJ, 1999

Campos dos Goytacazes	Com Internação	Sem Internação	Diagnose	Total
Público	2	63	1	64
Privado	14	33	23	56
Total	16	96	24	120

Fonte: IBGE: Pesquisa da Assistência Médica Sanitária, 1999

Segundo tais dados, o Município de Campos dos Goytacazes expandiu seu *número de estabelecimentos* de saúde, passando de cem, em 1992, para cento e trinta e

seis em 1999 (36%), com preponderância do setor privado, que cresceu de quarenta e nove para setenta estabelecimentos (42,8%), enquanto o público cresceu de cinquenta e um para sessenta e seis estabelecimentos (29,4%).

Dos cinquenta e um estabelecimentos públicos em 1992, um era federal, um, estadual e quarenta e nove, municipais. Em 1999, todos os estabelecimentos públicos são apresentados como municipais, sugerindo que aqueles dois tenham sido municipalizados.

Em 1992, Campos possuía onze *estabelecimentos com internação*, sendo um público (municipal) e dez privados, e passou a dezesseis em 1999, com dois públicos e quatorze privados.

Os *estabelecimentos sem internação* cresceram de oitenta e nove, em 1992, para noventa e seis em 1999 (7,8%). Desses oitenta e nove, cinquenta pertenciam à esfera pública (56%), sendo quarenta e oito municipais, um federal e um estadual; e trinta e nove pertenciam à esfera privada (44%). Dos noventa e seis em 1999, sessenta e três faziam parte da esfera pública (65,6%) e trinta e três, da esfera privada (34,4%).

Em 1992, noventa e seis por cento dos ambulatórios/clínicas pertenciam à esfera privada. Em 1999, dos estabelecimentos sem internação, observa-se que 65,6% são públicos e 34,4%, privados.

Os complementos diagnósticos cresceram de 12, em 1992, para 24 em 1999, sendo 100% deles inseridos na esfera privada, em 1992, e 23 dos 24 desses estabelecimentos inseridos na esfera privada em 1999. (Tabela 4.3)

Podemos afirmar, desse modo, que os estabelecimentos com internação expandiram-se predominantemente na esfera privada e os sem internação decresceram no setor privado e expandiram no setor público (50 para 63 – 26%). A oferta privada ficou mais direcionada para internação e diagnose e a pública, concentrada nos ambulatórios. Houve uma diferenciação de mercado, ficando o setor privado com os serviços mais lucrativos.

Campos, em 1992, segundo a AMS, possuía 200 leitos na rede própria (fundação) e 1.675 na rede privada, dividida em sociedades sem fins lucrativos (967 leitos) e sociedade com fins lucrativos (708 leitos). Em 1999, continuou com 200 leitos na rede própria e passou a 2.872 leitos na rede privada, dividida em privado (1.495 leitos) e em privado/SUS (1.377 leitos). Assim, a rede privada aumentou seus leitos cerca de 71,4% na década.

Pela AMS/99 pode-se afirmar ainda que, nesse ano existiu uma diversificada oferta de equipamentos de alta complexidade, tais como mamógrafo (com comando simples, com estereotaxia), raios-x para densitometria óssea, tomógrafo, ressonância magnética, ultrassom, eletroencefalógrafo e eletrocardiógrafo. Assim, embora a AMS/99 não apresente distinção entre o setor público e o privado para esse item, podemos, a partir da inserção da quase totalidade dos complementos diagnósticos no setor privado, dizer, por definição, que a grande maioria desses equipamentos pertence à esfera privada, incluindo aqui os conveniados ao SUS.

Pelas AMSs, a rede de serviços na década configurou-se predominantemente municipal na atenção básica, mas predominantemente privada no setor de diagnose e na rede hospitalar.

Outra fonte importante de dados são as bases do Datasus, as quais discriminam os hospitais conveniados, como registra a tabela 4.4.

Tabela 4.4. Número de Unidades por Tipo de Prestador SUS, Campos dos Goytacazes, RJ, 1992-1999.

Ano (Dez.)	Contratado	Municipal	Filantropic	Univ./Ensin	Total
1992	05	01	02	01	09
1993	04	04	03	01	12
1994	04	04	03	01	12
1995	03	04	03	01	11
1996	03	04	03	01	11
1997	03	04	03	01	11
1998	03	04	03	02	12
1999	03	04	03	02	12

Fonte: Datasus/MS

Segundo estes dados, focalizando o ano de 1992, vimos que o hospital da esfera municipal, apontado pela AMS/92, é confirmado e dos outros dez hospitais – privados - apresentados por esta, oito são conveniados ao SUS, dos quais dois são filantrópicos, um é universitário e cinco são contratados. Em resumo, dos onze estabelecimentos hospitalares existentes em Campos em 1992, dois eram privados não

conveniados e nove pertenciam ao SUS, sendo um público municipal e oito conveniados.

O DATASUS nos mostra a evolução da rede hospitalar a partir de 1992. Em 1993, permanecendo até 1994, o SUS em Campos dos Goytacazes passou a doze unidades na rede hospitalar. Embora o crescimento em termos quantitativos tenha sido pequeno, em termos de organização houve alterações significativas. O número de unidades municipais cresceu de um para quatro, as filantrópicas, de dois para três, a universitário/ensino se manteve e as contratadas decresceram de cinco para quatro unidades. A oferta de serviços passou a ser prestada, em sua maioria, por unidades públicas ou que possuíssem sua razão social historicamente voltada para o interesse público.

Em 1995, o número de unidades contratadas foi reduzido para três, decrescendo para onze o total de unidades, alteração que permaneceu até 1997. Em 1998, o que veio a crescer foram os universitários/ensino, passando de 01 para 02, retornando a 12 unidades no total.

Desse modo, o movimento do Município, em termos de crescimento da rede hospitalar na década, foi ascendente, com evidência para a rede própria, filantrópica e de ensino. Podemos afirmar que a oferta pública veio crescendo durante a década não apenas em função do prestador municipal, mas também pela participação dos demais prestadores. Isso revela a avaliação da oferta em consonância com o sucesso da descentralização do SUS.

A evolução da oferta de leitos, no período 1992-2000, é mostrada na tabela abaixo.

Tabela 4.5. Número de Leitos disponíveis por tipo de prestador, SUS, Campos dos Goytacazes, RJ, 1992-1999.

	Contratado	Municipal	Filantrópico	Filantrópico	Univers./	Total
1992*	6.183	2.112	9.324	-	2.056	20.440
1993	5.280	2.428	9.924	-	3.024	20.656
1994	4.440	2.520	10.764	-	3.024	20.748
1995	3.822	2.520	10.764	-	3.024	20.130
1996	3.204	2.520	10.764	-	3.024	19.512
1997	3.304	2.520	2.267	8.497	3.024	19.612
1998	3.324	2.520	-	10.764	4.024	20.632
1999	3.324	2.520	-	10.764	4.224	20.832
2000	3.324	2.520	-	10.764	4.224	20.832

Fonte: Datasus/MS

*Apresentamos estimativa, pois o Datasus, para esse ano, não incluiu os meses de janeiro, fevereiro, março e setembro.

Esses dados configuram um crescimento de aproximadamente 1,9% no número de leitos disponíveis, pondo-se frente a 33,3% referentes ao crescimento do número de unidades para o mesmo período.

Os prestadores de serviço municipais e os filantrópicos tiveram crescimento importante em seu número de unidades durante a década – respectivamente 300% e 50% - possuindo, no entanto, um aumento discreto em seu número de leitos – respectivamente 19,3% e 15,4%. O prestador universitário/ensino cresceu 100% e 105,4%, em termos de números de unidades e leitos, respectivamente. O prestador contratado decresceu em 60% seu número de unidades e em 46,2% seu número de leitos. Diante da desproporcionalidade entre número de unidades e de leitos apresentada pelos prestadores municipais e filantrópicos, pode-se concluir que o crescimento se deu em unidades pequenas, com menor impacto sobre a oferta global do sistema. Nesse sentido, os aspectos mais relevantes se referem ao crescimento do setor universitário e ao decréscimo da participação do setor privado contratado.

O número de leitos, já mencionado, cresceu em 1,9% na década; no entanto, o **número de AIHs** pagas no decorrer da década caiu em 45,6%, em decorrência da taxaço de tetos por população, como podemos ver na tabela 4 .6.

Tabela 4.6. Número de AIHs Pagas por Tipo de Prestador SUS, Campos dos Goytacazes, RJ, 1992-1999

	Filantrópico	Contratado	Univ./ensino	Municipal	Total
1992	32.963	17.320	13.526	4.679	68.488
1993	30.558	15.088	14.147	5.326	65.119
1994	30.226	16.413	13.812	4.467	64.918
1995	26.083	10.448	11.410	4.477	52.418
1996	19.929	6.723	9.063	3.902	39.617
1997	11.520 ⁸	6.402	8.417	4.481	36.223
1998	19.242	6.274	7.066	4.599	37.181
1999	19.387	5.439	6.919	4.468	36.213
2000	20.146	4.826	7.867	4.396	37.235

Fonte: Datasus/MS

O prestador municipal e o filantrópico, que cresceram em 19,3% e 15,4% em seus leitos, decresceram em 6% e 38,8%, respectivamente, em seus números de AIHs. O universitário/ensino, que cresceu 105,4% em seus leitos, decresceu 41,8% em seu número de AIHs. Os prestadores contratados, que decresceram em 46,2% seu número de leitos, também o fizeram em 72,1% em seu número de AIHs.

Os dados indicam que em todos os prestadores houve leitos ociosos. Destacou-se o prestador filantrópico, onde os leitos cresceram e as AIHs decresceram significativamente, marcando a maior ociosidade, e o prestador universitário/ensino com a menor ociosidade. O prestador contratado traduziu a maior redução de oferta, com redução significativa de número de unidades, de leitos e de AIHs.

Pelo número de AIHs, a oferta de serviços hospitalares chegou a 2000 ainda garantida, em ordem decrescente, pelos prestadores filantrópicos, universitários/ensino, contratados e municipais, embora o maior crescimento em número de unidades tenha sido do prestador municipal, o maior crescimento de leitos tenha sido dos universitários/ensino e o maior decréscimo do número de AIHs, dos contratados.

O setor que apresentou maior proporcionalidade em sua trajetória durante a década foi o prestador universitário/ensino, pois cresceu o número de unidades em 100%, cresceu o dos leitos em 105,4% e apresentou o segundo menor decréscimo de AIH.

Ao associarmos o prestador público aos filantrópicos e universitários, os dados indicam, de certo modo, crescimento do setor público, na medida em que os dois últimos possuem seus objetivos vinculados ao interesse público.

Quanto à rede ambulatorial, o Datasus não consolida dados para o início da década. As séries mais completas remontam a 1994 e tratam da produção ambulatorial global.

A produção de cada prestador de serviços e suas tendências, durante o período 1994-1999, são registradas na tabela 4.7.

⁸ A partir de 1997 o prestador filantrópico passou a ser apresentado pelo Datasus como “filantrópico isento de tributos e contratos sociais”.

Tabela 4.7. Quantidade de Procedimentos Ambulatoriais aprovada por tipo de prestador, segundo categoria de procedimentos, SUS, Campos dos Goytacazes, RJ, 1994-1999.

Rede Privada	Atendimento Básico	Não Básico	Total
1994 ⁹	15.818	375.824	391.642
1995	14.203	375.057	389.260
1996	14.733	432.321	447.054
1997	9.527	387.604	397.131
1998	3.156	278.135	281.291
1999	0	246.185	246.185
2000	0	294.233	294.233
Total	57.437	2.389.359	2.446.796
Rede Municipal	Atendimento Básico	Não Básico	Total
1994	3.479.106	156.846	3.635.952
1995	2.955.087	137.412	3.092.499
1996	3.664.911	283.848	3.948.759
1997	3.744.089	372.308	4.116.397
1998	4.367.857	223.264	4.591.121
1999	4.826.395	1.402.692	6.229.087
2000	4.389.846	311.192	4.701.038
Total	27.427.291	2.889.562	30.316.853
Rede Filantrópica	Atendimento Básico	Não Básico	Total
1994	159.224	291.502	450.726
1995	176.615	291.314	467.929
1996	148.963	235.699	384.662
1997	127.360	225.871	353.231
1998	126.930	337.639	464.569
1999	25.377	522.431	547.808
2000	35.431	598.152	633.583
Total	799.900	2.502.608	3.302.508

⁹ Para o ano de 1994, em todos os tipos de prestadores projetamos a produção ambulatorial aprovada, na medida em que a fonte pesquisada fornece apenas o período julho-dezembro.

(Cont.)

Universitário Público	Atendimento Básico	Não Básico	Total
1994	414.828	342.792	757.620
1995	414.785	335.555	750.340
1996	394.305	318.325	712.630
1997	275.883	259.344	535.227
1998	121.915	282.347	404.262
1999	50.753	348.713	399.466
2000	34.412	321.880	356.292
Total	1.706.881	2.208.956	3.915.837
Sindicais	Atendimento Básico	Não Básico	Total
1994	16.986	182	17.168
1995	47.779	325	48.104
1996	52.714	0	52.714
1997	43.453	0	43.453
1998	45.682	0	45.682
1999	48.031	0	48.031
2000	41.977	0	41.977
Total	296.622	507	297.129

Fonte: Datasus

Desse modo, a prestação do “atendimento básico” foi realizada, em sua grande maioria, pela rede municipal (90,5%), sendo o universitário público o segundo maior prestador (5,6%). Vale ressaltar que a partir de 1998 o município se habilitou na condição Plena da Atenção Básica, sendo esse o ano no qual se iniciou uma fase de decréscimo mais acentuado do prestador universitário, com o número de procedimentos básicos, realizados em 2000, menor em 91,7% e em 87,5% em relação a 1994 e 1997, respectivamente. O prestador privado decresceu, chegando a não realizar atendimento básico a partir de 1999. A rede filantrópica decresceu seu atendimento básico em 77,7% no período 1994-2000.

O desempenho do prestador municipal frente à Atenção Básica ganhou maior importância a partir de 1998, o que indica a indução institucional realizada pela NOB SUS 01/96, com a criação do PAB (Piso da Atenção Básica).

O “atendimento não básico”, no período de 1994 a 2000, foi realizado pelos vários prestadores de modo compartilhado: filantrópico (25%), rede privada (23,9%), universitário público (22,1%) e rede municipal (28,9%).

A rede privada decresceu em seu número de atendimentos não básicos (21,7%); mesmo assim, podemos dizer que se especializou nesse tipo de atendimento, mais rentável, na medida em que há grande desproporção entre básicos e não básicos.

O prestador municipal, no período estudado, cresceu seu número de atendimentos básicos e não básicos em 26,1% e 98,4%, respectivamente. Desse modo, aumentou sua oferta de modo global, sendo diferenciada sua participação na Atenção Básica, porque a assumiu majoritariamente, em contrapartida ao decréscimo desse tipo de atendimento pelos demais prestadores, enquanto o atendimento não básico foi exercido, proporcionalmente, também pelos demais prestadores.

O prestador filantrópico realizou uma redução drástica no atendimento básico (77,7%) e, de modo diferente do setor privado, possuiu o maior crescimento nos atendimentos não básicos (105,2%).

O prestador universitário público decresceu em 91,7% seu atendimento básico e realizou ligeiro decréscimo (6,1%) em seu atendimento não básico durante o período estudado, condizendo com a tradição desse tipo de prestador de assumir o serviço de alta complexidade.

O prestador sindical cresceu seu atendimento básico (147,1%), constituindo uma peculiaridade em Campos porque a tendência nacional foi de evasão, durante a década, para os planos de saúde.

O prestador universitário privado surgiu apenas no ano de 1999, dedicando-se, em 2000, especialmente aos atendimentos básicos (71,2% de seus procedimentos).

A quantidade de procedimentos ambulatoriais aprovada, analisado o período 1994 a 2000, somando-se todos os prestadores, é registrada na tabela abaixo.

Tabela 4.8. Total de procedimentos ambulatoriais aprovados, por ano e categoria de procedimentos, SUS, Campos dos Goytacazes, RJ, 1994-2000.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	TOTAL
Básico	4.085.962	3.608.469	4.275.626	4.200.312	4.665.540	4.950.556	4.501.666	30.288.131
Não Básico	1.167.146	1.139.663	1.270.193	1.245.127	1.121.385	2.520.021	1.525.457	9.988.992
Total*	5.253.108	4.748.132	5.545.819	5.445.439	5.786.925	7.470.577	6.027.123	40.277.123

Fonte: Datasus/MS

*Total de todos os prestadores em atendimentos básicos e não básicos

Desse modo, no Município houve um forte comprometimento com atendimentos básicos, que representaram 75,2% do total de atendimentos. Os atendimentos não básicos ocorreram, portanto, na proporção de 24,8% desse total.

A tendência apresentada pelo número de atendimentos é reforçada pelos valores aprovados para cada prestador. Observe a tabela 4.9.

Tabela 4.9. Valor Aprovado pela Produção Ambulatorial, Campos dos Goytacazes, RJ, 1994-1999.

Prestador Municipal	Atendimento Básico	Atendimento Não Básico	Total
1994 ¹⁰	4.742.113,4	857.425,94	5.599.539,4
1995	4.297.368,86	812.979,48	5.110.348,34
1996	4.769.128,88	1.176.208,93	5.945.337,81
1997	5.102.918,98	1.655.509,28	6.758.428,26
1998	5.503.003,36	1.405.283,33	6.908.286,69
1999	5.187.922,14	2.368.100,86	7.556.023,00
2000	5.127.312,72	2.556.136,11	7.683.448,83
Total			
Prestador Privado	Atendimento Básico	Atendimento Não Básico	Total
1994	35.612,82	3.359.946,2	3.395.559
1995	28.974,12	3.205.421,86	3.234.395,98
1996	30.055,32	3.645.606,62	3.675.661,94
1997	19.435,08	3.273.459,24	3.292.894,32
1998	6.891,63	3.751.180,13	3.758.071,76
1999	0,00	5.783.643,69	5.783.643,69
2000	0,00	7.154.343,33	7.154.343,33
Total			
Prestador	Atendimento	Atendimento Não Básico	Total
1994	992.120,8	1.019.600,8	2.011.721,6
1995	1.031.287,18	963.023,97	1.994.311,15
1996	975.732,96	925.428,33	1.901.161,29
1997	699.707,71	728.168,05	1.427.875,76
1998	347.891,19	1.017.277,49	1.375.168,68
1999	87.921,47	1.582.436,96	1.670.358,43
2000	74.399,66	1.659.717,95	1.734.117,61
Total			
Prestador	Atendimento Básico	Atendimento Não Básico	Total
1994	701.967,98	1.078.886,2	1.780.854,2
1995	747.706,66	957.721,29	1.705.427,95
1996	810.911,62	674.610,33	1.485.521,95
1997	707.268,36	617.124,76	1.324.393,12
1998	600.436,00	1.371.533,13	1.971.969,22
1999	54.445,56	2.583.998,61	2.638.444,17
2000	65.268,62	2.853.662,00	2.918.930,62

¹⁰ Para o ano de 1994 a fonte utilizada apresenta dados apenas para o segundo semestre, portanto foi feita uma projeção.

(Cont.)

Sindicais	Atendimento Básico	Atendimento Não Básico	Total
1994	29.567,82	147,68	14.857,75
1995	89.036,32	993,70	90.030,02
1996	92.940,15	0,00	92.940,15
1997	76.235,02	0,00	76.235,02
1998	69.839,74	0,00	69.839,74
1999	79.683,71	0,00	79.683,71
2000	67.561,99	0,00	67.561,99
Não Especificados	Atendimento Básico	Atendimento Não Básico	Total
1994	13.562,28	0,00	13.562,28
Universitário Privado	Atendimento Básico	Atendimento Não Básico	Total
1999	11.859,50	0,00	11.859,50
2000	88.732,52	120.422,11	209.154,63

Fonte: DATASUS/MS

Segundo esses valores aprovados, o *prestador municipal* obteve um aumento de 8,1% em seu faturamento nos atendimentos básicos e 198,1% para não básicos. Os *prestadores filantrópico e universitário público* reduzem significativamente seu faturamento com atendimentos básicos, 90,7% e 92,5%, respectivamente, em contrapartida a um aumento de 164,5% e 62,8% nos atendimentos não básicos.

O *setor privado*, que a partir de 1999 não recebeu por atendimentos básicos, possuiu faturamento proporcional à quantidade de atendimentos não básicos realizados, aumentando-o em 112,9%.

O *setor sindical* aumentou em 128,5% seu recebimento por atendimentos básicos e o *universitário privado* possuiu, em 2000, 42,4% de seu faturamento garantido por atendimentos básicos e 57,6% por não básicos.

A oferta de serviços, desse modo, tornou-se maior e mais complexa e sob segmentação de mercado, ou seja, os procedimentos menos complexos, portanto menos lucrativos, foram assumidos pela rede municipal. Isso também foi reforçado pelo número de equipamentos de alta complexidade, apresentado pela pesquisa AMS/IBGE, em mãos da rede privada (natureza jurídica), pois os atendimentos não básicos possuem os SADT como auxiliares ou complementos de sua efetivação.

Como comentamos anteriormente, os dados mais remotos apresentados pelo DATASUS se referiam à produção ambulatorial. O número de unidades ambulatoriais é disponibilizado, por esse banco de dados, apenas a partir de 1998 (tabela 4.10), limitando-nos à análise da relação entre quantidade de atendimentos e número de unidades pertencentes a cada tipo de prestador, embora já tenhamos um perfil da oferta

de serviços. Vale ressaltar que documentos fornecidos pela Secretaria de Saúde de Campos também não possibilitaram a análise da evolução da rede ambulatorial durante a década, uma vez que não destacaram data de criação das unidades, registradas de modo cumulativo.

Tabela 4.10. Total de Unidades Ambulatoriais por Tipo de Unidade segundo Prestador, SUS, Campos dos Goytacazes, RJ, Dezembro de 1998, 1999 e 2000.

1998						
Tipo de Unidade	Total	Municipais	Privados	Universitários	Sindicais	Filantrópicos
PAM	84	77	0	7	0	0
Policlínica	1	0	1	0	0	0
Amb. Hosp. Geral	3	0	0	1	0	2
Amb.Hosp. Espec.	1	0	1	0	0	0
OS Tr-ortopedia	2	0	2	0	0	0
Unidade Mista	1	1	0	0	0	0
Clin. Especializ	5	0	4	1	0	0
Centro de reabilitaç	2	1	1	0	0	0
Outros SADT	4	0	3	1	0	0
Farm. Disp. Medic.	1	1	0	0	0	0
Unid não	5	0	1	0	4	0
P S de Hosp. Geral	1	1	0	0	0	0
Total	111	81	14	10	4	2

1999							
Tipo de	Total	Municipais	Privados	Universitários	Sindicais	Filantrópicos	Universitário
PAM	14	07	0	07	0	0	0
Policlínica	68	67	01	0	0	0	0
Amb. Hosp.	04	0	0	01	0	2	1
Amb.Hosp.	01	-	01	-	-	-	-
PS Tr-ortopedia	01	-	01	-	-	-	-
Unidade Mista	02	02	-	-	-	-	-
Clin. Especializ	07	01	5	-	-	-	01
Centro de	02	01	01	-	-	-	-
Outros SADT	03	-	03	-	-	-	-
Farm. Disp.	01	01	-	-	-	-	-
Unid não	08	03	02	-	03	-	-
Total	111	82	14	08	03	02	02

(Cont.)

2000							
Tipo de Unidade	Privado	Municipal	Filantró-pico	Univ. Público	Sindicais	Univers.	Total
Total	13	102	2	1	3	2	123
Policlínica	1	67	0		0	0	68
Unidade Saúde da	0	21	0	0	0	0	21
Unidade Mista	0	9	0	0	0	0	9
Cl. Especializada							
Unidade Não							
Amb. De Unidade	0	0	2	1	0	1	4
Outros SADT	3	0	0	0	0	0	3
Amb. De Unidade	1	0	0	0	0	0	1
Centro/núcleo de	1	0	0	0	0	0	1
Farmácia p/	0	1	0	0	0	0	1
Pronto Socorro							
Consultório	-	1	-	-	-	-	1

Fonte: Datasus/MS

Desse modo, em 1998 e 1999 Campos possuía cento e onze unidades ambulatoriais; nesse intervalo de um ano houve reestruturação da rede no que se refere à relação entre quantidade e tipos de unidades e o surgimento de mais um prestador, o universitário privado.

Em 1998, os Postos de Assistência Médica (PAMs) representavam 75% das unidades, com 91,6% deles pertencentes à **rede própria municipal** e os 8,4% restantes aos **universitários públicos**.

Em 1998, o **prestador privado** se deteve nas especialidades e no SADT, possuindo a quase totalidade, pois aos **universitários** coube parcela pequena desses tipos de unidades, 01 em 05 clínicas especializadas e 01 em 04 SADTs. Os **filantrópicos** tinham a totalidade de suas unidades ambulatoriais (02) inseridas no tipo ambulatório de hospital geral, cuja oferta era complementada pelos **universitários públicos**, com 01 unidade. Os **sindicais** possuíam todas as suas unidades classificadas como “não especificadas”.

Em 1999, os PAMs representavam 12,6% do total das unidades, sendo 50% deles municipais e 50% universitários públicos. O tipo que nesse ano ganha destaque são as **policlínicas**, 61,3% do total de unidades, enquanto no ano anterior significava 0,9%, sendo o **prestador municipal** o possuidor de sessenta e sete das sessenta e oito unidades.

Os filantrópicos se mantiveram com 02 ambulatórios de hospital geral. **Os universitários públicos**, como única alteração, tiveram a perda da unidade de SADT, a qual possuíam em 1998. **Os privados** se mantinham, e agora com menor participação dos demais prestadores, nas especializações e nos SADTs. **Os sindicais** se conservaram no mesmo tipo de unidade, mas reduziram seu número. **O prestador municipal** também participou com uma clínica especializada (14,2%), um centro de reabilitação (50%), três unidades não especificadas (37,5%), duas unidades mistas (100%) e uma farmácia (100%).

Os dados, desse modo, indicam que, de 1998 para 1999, a diferenciação de mercado se acentuou. O prestador municipal, desde 1998, já se definia como responsável pela Atenção Básica, ao focar os Postos de Assistência Médica, mas em 1999, ao enfocar Policlínicas ampliou essa perspectiva. Também não desprestigiou as especialidades, ao se criar uma clínica especializada. Os filantrópicos e os universitários públicos contribuíram com essa perspectiva ao se deterem nos ambulatórios gerais e se manterem nos postos, respectivamente. Os universitários públicos se retiraram das especialidades e SADT, reduzindo seu total de unidades em 20%. Os sindicais são residuais, mas contribuíram com clínicas básicas. Os universitários privados diversificaram sua oferta entre especialidades e clínicas básicas. Os privados se especializaram, como anteriormente foi registrado.

Em dezembro de 2000, Campos alcançou 123 unidades ambulatoriais, obtendo, desse modo, um crescimento de cerca de 10% em dois anos. A rede própria municipal possuía, nesse ano, a grande maioria das unidades (82,9%), sendo divididas entre policlínicas (65,7%), unidades de saúde da família (20,6%), unidades mistas (8,8%) e uma farmácia, uma clínica especializada, um consultório e um pronto-socorro especializado.

Em relação a 1999, o prestador municipal manteve seu número de policlínicas, ampliou (ao menos cumpre um primeiro passo nesse sentido) seu enfoque preventivo, criando as unidades do programa saúde da família, manteve a farmácia e a clínica especializada, criou um consultório e dois prontos-socorros especializados. O prestador filantrópico, o sindical e o universitário privado não sofreram alteração. O universitário público não mais possuiu os sete PAMs, restando-lhe um ambulatório de hospital geral. O prestador privado aumentou de cinco para seis as clínicas especializadas, mas não

possuía mais as duas unidades não especificadas, reduzindo de quatorze unidades para treze, em seu total.

Os dados indicam que a expansão da oferta ambulatorial foi realizada majoritariamente pelo prestador municipal, sendo delegadas ao setor privado as especialidades e SADTs. Os prestadores sindical e filantrópico cresceram seus números de unidades, de zero para três e de zero para dois, respectivamente, mas seus números de procedimentos e valores pagos garantem ao prestador municipal a primazia. Os demais prestadores complementaram, de modo residual, a perspectiva assumida pela rede própria municipal, enfocando mais atendimentos não especializados.

O Município de Campos dos Goytacazes, no início da década, segundo o primeiro secretário municipal de saúde, possuía apenas alguns poucos postos, um de vacinação e ambulatórios de clínicas básicas. As especialidades pertenciam à esfera Federal e o setor de epidemiologia/vigilância sanitária, ao Estado. Desse modo, podemos afirmar que houve a municipalização de toda a rede de serviços, sua expansão e complexificação. O município assegurou também a oferta especializada, embora tenha mantido a tradição local e a tendência nacional de voltar-se mais especificamente para clínicas básicas.

A organização do sistema de referência e contra-referência e hierarquização é um aspecto ainda frágil no funcionamento da rede de serviços. Embora tenha dado seus primeiros passos nos últimos dois anos da década de 1990, especialmente em 1999, quando foram definidas várias referências hospitalares, há a necessidade de avanços em sua implementação.

4.3- A Participação Social na Política de Saúde Local

No Município de Campos dos Goytacazes houve, durante a década de 1990, um pacto entre Participação Social e Municipalização da Saúde. O Conselho Municipal de Saúde foi uma instância ativa junto à Política de Saúde local, construindo uma agenda política para a saúde, respeitada enquanto metas formuladas nos Planos Municipais de Saúde¹¹ e efetivada no que diz respeito à expansão da Rede de Serviços, ponto de pauta mais presente nas reuniões do Conselho na década.

¹¹ O resumo e análise dos Planos de Gestão e do Relatório de Gestão produzidos pelo Município encontram-se no Anexo 1.

O Conselho Municipal de Saúde do Município de Campos dos Goytacazes foi criado em 9 de setembro de 1991, pela Lei 5.195.

Essa Lei determinou uma composição paritária de quarenta membros, com a seguinte distribuição: cinco representantes do poder público (poder central), cinco dos prestadores de serviços de saúde, cinco representantes dos profissionais de saúde, cinco das instituições formadoras de recursos humanos para a área de saúde e vinte representantes dos usuários. A cada titular corresponderia um suplente – portanto, quarenta suplentes, com direito à participação em todas as reuniões e direito a voz. O direito a voto seria em caso de substituição do titular da cadeira representada. Essa composição se mantém até o momento atual.

O presidente do conselho, por tal Lei, seria o secretário municipal de saúde, considerado membro nato. Em sua ausência ou impedimento, seria substituído por seu suplente. Além do presidente, o CMS teria uma secretaria executiva, ocupada por um funcionário da SMS, por indicação da plenária desse conselho, não tendo direito a voto.

Mais recentemente, no entanto, na 3ª Conferência Municipal de Saúde (1999), aprovou-se que o presidente fosse eleito pelos próprios conselheiros – titulares, homologados para determinada gestão. Segundo a conselheira Maria das Graças Coelho, foi feito, no entanto, um “acordo de cavalheiros”, em reunião após essa Conferência, quando ficou acordada a permanência do atual secretário de saúde como presidente do conselho.

Os membros efetivos e suplentes do CMS, previamente indicados por suas entidades, seriam nomeados pelo prefeito municipal, com mandato de dois anos.

As competências do CMS firmadas em seu Estatuto são:

- Definir as prioridades para saúde, observando as deliberações emanadas da Conferência Municipal de Saúde.
- Estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde, bem como atuar no controle de sua execução.
- Definir critérios para a programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde, fiscalizando a movimentação e o destino dos recursos.

- Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas e privadas integrantes do SUS do Município.
- Definir critérios de qualidade para o funcionamento dos serviços públicos e privados no âmbito do SUS.
- Definir critérios para celebração de contratos ou convênios entre o setor público e entidades privadas de saúde, no que se refere à prestação de serviços de saúde.
- Apreciar previamente os contratos e convênios a que se refere o item anterior.
- Estabelecer diretrizes quanto à localização e tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde, públicos e privados, no âmbito do SUS.
- Elaborar seu regimento interno.
- Outras atribuições estabelecidas em normas complementares.

Desse modo, o Município de Campos dos Goytacazes encontra-se em acordo com as regras gerais para os Conselhos Municipais de Saúde, apontadas pela lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, inclusive na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde – art. 1º., parágrafo 2º..

Antes da instalação desse Conselho havia outras formas de participação social no Município de Campos dos Goytacazes. Referindo-se à saúde, segundo informante, desde 1987 ocorriam reuniões da CIMS (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde), com participação de alguns segmentos, mas não seguindo o critério da paridade e com participação de representantes dos segmentos presentes no CMS. A constituição das CIMS em municípios ocorreu de modo paralelo à efetivação do SUDS, sendo um embrião da participação social proposta pelo SUS.

A memória do CMS de Campos dos Goytacazes foi por nós resgatada a partir do acesso a atas das reuniões deste Conselho. Todas as atas existentes sobre o período em estudo foram analisadas e são apresentadas neste trabalho, expressando, portanto, um período de 09 anos.

O volume e regularidade das reuniões, a partir dessas atas, ocorreram segundo o quantitativo definido na tabela 4.11 e 4.12.

Tabela 4.11. Número de reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS de Campos dos Goytacazes / RJ, no período de nov/1991 – julh/2000.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Ordin	-	05	03	06	03	02	04	-	05	-	28
Extra	04	04	04	-	04	02	07	04	03	03	35
Total	04	09	07	06	07	04	11	04	08	03	63

Fonte: CMS de Campos dos Goytacazes, elaboração própria.

Tabela 4.12. Reuniões do CMS de Campos dos Goytacazes que não foram realizadas, no período de nov/91 a julh/2001.

Ano	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Mês		7, 9 e 12	1, 2, 4 a 6 e 12	7, 9 a 12	1, 4, 6, 7, 9 e 10	1 a 4 e 8 a 12	1, 2 e 11	1, 3 a 9	1, 2, 7, 10 e 11	1, 2, 6 a 12	--
Total de Meses		03	06	05	06	09	03	08	05	09	54

Fonte: CMS de Campos dos Goytacazes, elaboração própria.

O número de reuniões ordinárias e extraordinárias apresenta-se de modo equiparado, com ligeira preponderância das extraordinárias. Adotando como parâmetro o previsto na NOB- SUS/93, mínimo de duas reuniões anuais, foi dado cumprimento a um bom número de reuniões ordinárias, salvo em 1991 e 1998, quando apenas ocorreram reuniões extraordinárias, sendo justificadas as de 1991 por se tratar da organização do funcionamento do Conselho.

O volume e regularidade das reuniões, incluindo ordinárias e extraordinárias e mantendo o mesmo parâmetro, foram expressivos, pois excetuando 1996, 1998 e 2000, realizaram-se ao menos 06 reuniões anuais. Vale ressaltar que a NOB-SUS/96 estabelece, como requisito à habilitação na condição de gestão PAB, apenas comprovação de funcionamento do Conselho.

No entanto, o Regimento Interno do Conselho de Saúde de Campos dos Goytacazes determina reuniões de caráter mensal, o que aponta para um precário volume e regularidade, especialmente nos anos de 1996, 1998 e 2000, respectivamente 5, 7 e 7 meses consecutivos sem reuniões.

Quanto ao número de participantes, as Atas de 1991/92 apenas citam os nomes dos participantes durante a descrição da reunião e as de 1993 apresentam apenas o total de conselheiros presentes, discriminando titulares de suplentes.

Desse modo, o número de participantes, por segmentos, nas reuniões, apenas foi possível analisar a partir de 1994, quando tais reuniões passaram a discriminar a presenças. As atas, assim, não registram a participação separando titulares, suplentes e ouvintes. Todas as pessoas, suplentes e titulares presentes, tiveram seus nomes citados nas atas. Os ouvintes, percebemos que, caso tenha havido, não foram citados. Desse modo, a participação apresentada na tabela 3.14 diz respeito aos participantes, segundo seus segmentos, em seu total.

Tabela 3.14. Número Total de participantes do CMS de Campos dos Goytacazes, no período de nov/1991 a julh/2000, segundo tipo de regularidade e setores representados.

		SMS – nível central	formadoras	Prestadores públicos e privados	Profissionais de Saúde	Usuários	Total
1994	01/2	7	2	7	9	17	42
	1/03	6	3	7	8	17	41
	5/04	4	6	5	6	18	39
	3/05	8	5	7	6	18	44
	7/06	4	5	5	5	07	26
	2/08	7	4	5	6	11	33
1995	14/2	5	2	5	6	13	31
	7/03	5	3	4	5	13	30
	2/05	6	4	5	4	06	25
	15/8	4	4	3	4	11	26
	5/09	5	3	3	4	09	24
	21/11	5	4	4	5	11	29
	21/12	5	2	2	2	11	22
1996	14/05	04	04	06	06	24	44
	4/06	04	05	03	04	14	30
	2/07	02	03	03	05	05	18
	17/07	02	02	03	04	14	25
1997	11/03	04	06	04	04	16	34
	1 / 04	04	03	04	03	11	25
	15/05	03	05	04	04	17	33
	17/06	05	04	04	03	19	35
	01/7	05	03	03	05	15	31

(Cont.)

1998	05/08	03	02	01	05	18	29
	19/08	07	05	05	04	14	35
	16/09	03	05	04	07	17	36
	07/10	02	02	02	03	12	21
	02/12	07	03	02	02	19	33
	23/12	07	03	05	01	11	27
1999	03/02	09	07	06	06	26	54
	20/10	07	04	05	06	31	53
	10/11	06	03	02	03	16	30
	01/12	06	05	06	03	12	32
	02/03	04	04	03	02	12	25
2000	06/04	04	04	02	03	16	29
	04/05	07	02	04	03	17	34
	03/06	06	03	02	05	11	27
	09/06	06	03	02	05	11	27
	03/08	04	02	04	02	11	23
	06/09	05	02	04	03	13	27
	27/12	05	03	02	02	08	20
2000	29/03	04	04	03	04	10	25
	13/04	01	02	07	03	12	25
	09/05	04	04	07	02	12	29

Fonte: CMS de Campos dos Goytacazes, elaboração própria.

Legenda: Azul= reuniões ordinárias

Vermelho= reuniões extraordinárias

Durante o período de 1994-2000, portanto, ocorreu uma não-paridade entre os representantes de usuários e os dos demais segmentos, embora, como anteriormente assinalamos, o Conselho se tenha pautado por esse critério, respeitando as diretrizes legais. Essa não-paridade ocorreu em 60.5% das reuniões.

Considerando que a participação de um segmento com dois ou menos representantes (40% ou menos das cadeiras a ele destinadas) é baixa, a participação foi efetivada, em ordem decrescente, pelo poder público, pelos profissionais de saúde, prestadores de serviço e formadores de recursos humanos. Os usuários, pelo mesmo critério, efetivaram baixa participação em 9.3% das reuniões.

A maior participação esteve com o poder público, quando foi comum a presença não apenas dos titulares, mas também de alguns suplentes. Esse segmento participou em 32.5% das reuniões com mais de cinco de seus representantes.

Essa participação, para além do instituído, foi efetivada pelos profissionais de saúde em 23.5% das reuniões, pelos prestadores de serviços em 18.6% das reuniões e pelos formadores de recursos humanos em 6.9% das reuniões. Os usuários participaram com mais de vinte representantes, como previsto, em 6.9% das reuniões, confirmando a tendência da participação apresentada na definição de baixa participação.

Os usuários se diferenciam por ter um número de participantes, na maioria das reuniões, acima de 40% do número de cadeiras a eles destinadas, mas que também, na grande maioria das reuniões, não alcançam 50% do número total de participantes.

Na participação, em termos de propostas aprovadas, destacaram-se os prestadores de serviços, seguidos pelos profissionais de saúde.

Tendo em vista a frequência e número de participantes, a agenda política pode ser vista a partir dos temas mais constantes nas reuniões. De modo resumido, são eles:

- Quanto ao funcionamento do CMS: criação de comissões e apresentação de relatório por essas comissões.
- Quanto à rede de serviços: solicitação de credenciamento e de referência; irregularidades na prestação de serviços; dificuldades na prestação de serviço (financeiras e RH); análise de programas.
- Quanto ao FMS: cobrança de criação e de apresentação de balancetes; apresentação de balancetes.

Em resumo, alguns fatos foram efetivados e necessidades constituídas pelo CMS, durante o período em estudo, tais como:

- Expansão da rede conveniada.
- Necessidade de criar critérios p/ referências.
- Necessidade de maior controle em relação a recursos do FMS.
- Apresentação dos instrumentos de gestão p/ aprovação, sem prévia análise, pelos conselheiros.
- Necessidade de capacitação de conselheiros.

- Forte atuação das comissões.
- Resoluções propostas especialmente por prestadores de serviços. Usuários com muito pouca expressão.
- Grande freqüência no repasse de temas às comissões ou p/ outra reunião.
- Poucos pontos de pauta sem resolução.
- O CMS funcionou, em alguns momentos, como ouvidoria dos direitos do paciente.

O ano de 1991 foi o da criação do Conselho, estando as pautas de suas reuniões voltadas para sua organização. As quatro reuniões ocorridas nesse ano, durante os meses de novembro e dezembro, possuíam os objetivos de elaboração/aprovação de artigos de seu Regimento Interno.

A análise das Atas permitiu-nos a realização de uma síntese dos principais pontos de pauta e decisões adotadas, referentes a cada reunião abaixo apresentada:

Quadro 4.1. Síntese da Agenda e Resoluções do CMS, Campos dos Goytacazes, RJ, 1991-2000.

Data	Pauta	Resoluções
1991		
26/11	➤ Elaboração do Regimento Interno	➤ Aprovados artigos do Regimento Interno
03/12	➤ Elaboração do R.I.	➤ Aprovados artigos do R. I.
10/12	➤ Elaboração do R.I.	➤ Aprovados artigos do R. I.
17/12	➤ Elaboração do R. I.	➤ Aprovados artigos do R. I. e Envio da redação final `a secretaria executiva.
1992		
07/01	➤ Apresentação R. I.	➤ Aprovado o Regimento Interno.
04/02	➤ Definição de agenda do CMS. ➤ Denúncia de usuário sobre funcionamento do HFM.	➤ Diretor do HFM compromete-se a apurar denúncia.
10/03	➤ Capacitação dos Conselheiros. ➤ Organização interna.	➤ Formação de Comissões Permanentes e Provisórias.
07/04	➤ Análise da oferta de serviços. ➤ Obstáculos `a atuação do CMS. ➤ Ausência de cobertura ao paciente idoso psiquiátrico .	➤ Apoio Técnico da SMS ao CMS. ➤ Atuação da Comissão Temporária para realização do perfil da oferta de serviços.
05/05	➤ Relatório da Comissão de Contratos e Convênios. ➤ Projeto para Atenção `a Saúde Mental.	➤ Aprovação do Projeto para Atenção `a Saúde Mental.
09/06	➤ Financiamento das ações de saúde. ➤ Remuneração de prestador em alta complexidade.	➤ Prorrogada por 30 dias oferta de prestador de alta complexidade.
04/08	➤ Diplomação dos conselheiros ➤ Criação do FMS	➤ Diplomação pública dos conselheiros. ➤ Formação de Comissão de Orçamento e Finanças p/ elaborar projeto do FMS.
06/10	➤ Projeto de Lei do FMS. ➤ Credenciamento de hospital. ➤ Eleição de Delegado para Conferência Nacional de Saúde Mental.	➤ Redação e aprovação do Projeto de Criação do FMS. ➤ Encaminhamento à Comissão de Contratos e Convênios. ➤ Aprovação de delegado.
10/11	➤ Implantação do Programa Transplante Renal.	➤ Formada Câmara Técnica p/ acompanhar o trabalho do Programa de Transplante Renal.
1993		
02/03	➤ Organização da 2ª. Conferência Municipal de Saúde. ➤ Apresentação de Programas da SMS. ➤ Controle da Cólera. ➤ Regulamentação do Fundo. ➤ Teto dos prestadores de serviços.	➤ Sem resoluções.
20/07	➤ Credenciamento de hospitais.	➤ Credenciamentos negados.
10/08	➤ Irregularidades em faturas de hospital prestador – ortopedia.	➤ Suspensão de credenciamento de hospital prestador - ortopedia ➤ Proposta de auditoria nos serviços do SUS municipal. ➤ Acompanhamento das investigações pela Comissão de Controle e Avaliação.
21/09	• Pedido de auditoria na rede SUS municipal. • Escassez de leitos em cirurgia vascular.	➤ Convocação de reunião com hospitais e angiologistas.

(Cont.)

Data	Pauta	Resolução
28/09	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Escassez de leitos em cirurgia vascular. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sta. Casa: chama angiologistas para reunião. ➤ Beneficência Portuguesa: Promoverá estudos de viabilidade do atendimento.
05/10	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Escassez de leitos em Cirurgia Vascular. ➤ Ausência de auditoria na rede do SUS municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pedido de reunião entre Provedoria da Sta. Casa e angiologistas. ➤ Fortalecimento da Comissão de Controle e Avaliação.
1994		
½	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação do Relatório da 2ª Conferência MS. ➤ Parecer da SES sobre processo da Sta. Casa – ortopedia. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manutenção da suspensão de credenciamento do serviço de ortopedia da Sta. Casa e pedido de vistas ao processo.
01/03	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Denúncia de usuário sobre atendimento do HFM. ➤ Comissões Permanentes. ➤ Relatório da Comissão Temporária sobre processo da Sta. Casa- ortopedia. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Visita da Comissão de Controle e Avaliação. ➤ Formação das Comissões Permanentes. ➤ Aguardar parecer final da SES sobre a Sta. Casa.
05/04	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anulação de eleição do CMS. ➤ Escolha dos presidentes das comissões permanentes. ➤ Atendimento pediátrico na Sta. Casa. ➤ Relatório da CCA sobre o HFM. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Petição à Procuradoria Geral do Município. ➤ Presidentes eleitos pelas comissões. ➤ SMS cede dois pediatras à UTI da Sta. Casa. ➤ Pedida intervenção do MS no processo Sta. Casa – ortopedia.
03/05	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reforma no Regimento Interno. ➤ Atendimento a portadores de lábio leporino. ➤ Relatório da CCA sobre o HFM. ➤ UTI pediátrica da Sta. Casa. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Criada Comissão Provisória para Reforma do Regimento Interno.
07/06	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Denúncia de usuário sobre atendimento da saúde mental. ➤ Portadores de lesões palatais. ➤ Processo da Sta. Casa: Traumato-ortopedia. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Abertura do serviço da Sta. Casa
02/08	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Redução do teto da UCA do Município. ➤ Pedido de credenciamento. ➤ Denúncia de falta de medicamentos. ➤ Portadores de lesões palatais. ➤ Atendimento à saúde mental. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nota sobre a falta de recursos. ➤ Comissão de Contratos e Convênios avalia credenciamento.
1995		
14/02	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Movimentação de Gestão do FMS. ➤ Inquérito sobre acusação de cobrança de “propina” a fornecedores. ➤ Funcionamento do HFM. ➤ Credenciamento da UTI pediátrica do HFM. ➤ Atendimento `a Saúde Mental. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comissão do CMS e SMS para idealizar o FMS. ➤ Pedido de informações a Procuradoria do Município sobre inquérito referente `a “propina”. ➤ O diretor do HFM se compromete a fornecer a listagem de funcionários. ➤ UTI pediátrica: Parecer favorável. ➤ Informe do Secretário de Saúde sobre funcionamento do PS psiquiátrico.
07/03	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Convênio Transplante Renal Sta. Casa. ➤ HFM: Dificuldades financeiras e sobrecarga no atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Credenciamento aprovado.
02/05	<ul style="list-style-type: none"> ➤ FMS: orçamento p/ 1995 e balancete de 1994. ➤ Denúncias do Fórum de Emergência sobre o HFM. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reuniões semanais para solucionar o caso HFM. ➤ Aprovado balancete de 1994 e orçamento de 1995.
15/08	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicadores de saúde do município. ➤ Dotação orçamentária do FMS p/ 1995. ➤ Relatório de gestão de saúde do município. ➤ Denúncia de dupla cobrança (SUS + Social). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprovação do Plano de Gestão.

(Cont.)

05/09	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Balancete financeiro de janeiro a junho do FMS. ➤ Poder de decisão do CMS sobre a gestão do Fundo. ➤ Novos critérios de AIH. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprovação dos balancetes. ➤ Volta ao sistema proporcional de emissão de AIH e liberação de cirurgia eletiva.
21/11	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Denúncias contra a SMS. ➤ Calendário da eleição do CMS. ➤ Balancete do mês de julho do FMS. ➤ Proposta orçamentária e plano de gestão p/ 1996. ➤ Regimento Interno do Comitê de Mortalidade Materna. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comissão para analisar as denúncias contra a SMS. ➤ Divulgação sobre a eleição em todas as entidades. ➤ Aprovado balancete. ➤ Orçamento e o plano de gestão para 1996 encaminhados para análise da Comissão de Orçamento e Finanças (COF).
21/12	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relatório da Comissão Temporária sobre a distribuição de medicamentos na rede pública. ➤ Orçamento e Plano de Gestão para 1996. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprovação do orçamento e Plano.
Data	Pauta	Resolução
1996		
14/05	<ul style="list-style-type: none"> ➤ FMS- Prestação de contas. ➤ Formação de comissões temporárias e permanentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Análise da prestação de Contas do FMS pela COF. ➤ Formadas as Comissões Permanentes e Temporárias .
04/06	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Credenciamento de hospital. ➤ Parecer da CCC sobre extensão de credenciamento e credenciamento de hospital. ➤ Participação dos suplentes nas reuniões das Comissões. ➤ Análise da COF sobre os balancetes do mês de outubro, novembro e dezembro. ➤ Delegados de Campos p/ a II Conferência Estadual de Saúde. ➤ Consulta social. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A Comissão de Contratos e Convênios assume a avaliação de todos os credenciamentos. ➤ Credenciamento: Aprovado. ➤ Os suplentes participariam sem direito a voto. ➤ Aprovação dos balancetes. ➤ Escolhidos 20 delegados p/ a Conferência Estadual de Saúde.
02/07	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relatórios da CCC sobre credenciamento da ortopedia do HPC e a cardiologia do IMNE. ➤ Participação de Conselheiros. ➤ Consulta social. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participação seguiria o Regimento Interno.
17/07	<ul style="list-style-type: none"> • Relatórios da CCC sobre credenciamento do HPC e IMNE. • Denúncias contra o HFM. • Regimento Interno do comitê de morte materna. • Consulta social . 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatórios: aprovados. • Sobre HFM: Denúncias seriam averiguadas. • Regimento aprovado.
Data	Pauta	Resolução
1997		
11/03	<ul style="list-style-type: none"> • Pleito de Gestão Plena da Atenção Básica. • Plano de Gestão p/ 1997. • Substituição de membro da COF. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovado o processo pleiteando a Gestão Plena da Atenção Básica. • Plano de Gestão encaminhado `a CCC. • Substituição segundo o Estatuto.
01/04	<ul style="list-style-type: none"> • Desinterdição da Sta. Casa e questionamento sobre a importância da CCC. • Denúncia contra postos da prefeitura. 	<ul style="list-style-type: none"> • O CMS decide visita da CCC à Sta. Casa.
15/05	<ul style="list-style-type: none"> • Plano de Gestão p/ 1997. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plano Aprovado.

(Cont.)

17/06	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridades do atendimento/SUS no Município. • Freqüência das reuniões do conselho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridades em ordem decrescente de número de votos: Programas especiais de saúde¹², atendimento de emergência, agentes comunitários de saúde, saúde do trabalhador, referência na rede conveniada e pública, controle de fluxo de caixa do Fundo Municipal, data da Conferência MS, Alocação de AIH, atenção primária à saúde, criação de um mini-hospital, corte de recursos da rede conveniada, informatização da saúde. <p>Reuniões do CMS quinzenais.</p>
01/07	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório de visita à Sta. Casa – CCC. • Contestada exigência de atendimento em PU antes de internação. • Tratamento no exterior. • Afastamento do Chefe do Núcleo de Controle e Avaliação, após sua explanação sobre o remanejamento de verbas feitas dos hospitais conveniados p/ o HFM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovado relatório favorável à Sta. Casa. • Pedido de revogação de orientação encaminhado à CCC. • Negado pedido de tratamento no exterior. • Convite ao chefe afastado para reunião no CMS.
05/08	<ul style="list-style-type: none"> • Balancetes do FMS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não aprovação de balancetes, devido à denúncia de irregularidades.
19/08	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades pendentes da saúde, segundo prefeito presente: 1. Cirurgia Cardíaca. 2. Cirurgias Eletivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgias Cardíacas: Atendidas na Sta. Casa prioritariamente e HAA de modo complementar. • Cirurgias eletivas: Atendidas no HAA c/ pagamento via AIHs do HPC.
16/09	<ul style="list-style-type: none"> • Agendamento de reunião entre secretário de saúde e comissão p/ organização de Conferência MS. • Credenciamento de hospitais (dois). 	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião : marcada.
07/10	<ul style="list-style-type: none"> • Balancete do FMS – dezembro. • Credenciamento de hospital. • Reabertura de Posto Médico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Balancetes aprovados. • Credenciamento aprovado. • Encaminhado à CCA.
02/12	<ul style="list-style-type: none"> • Credenciamento de policlínica. • Organização da rede de serviços por referências e classificação de atendimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhado à CCC. • Formação de comissão para avaliar a referência e contra-referência no Município.
23/12	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de balancete • Referências Hospitalares do Município. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação do balancete. • Após trabalho da Comissão foram definidas referências para 24 procedimentos. • Aprovada a “Comissão de Referenciamento dos Prestadores de Serviço”.
Data	Pauta	Resolução
1998		
03/02	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de Plano de Gestão p/ 1998. • Credenciamento de hospital. • Qualificação dos agentes comunitários. • Capacitação de conselheiros. • Realização da Conferência Municipal de Saúde. <p>Plano de Cargos e Salários.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plano Aprovado. • Encaminhado à CCC. • Comprometimento do secretário de saúde com a capacitação dos profissionais envolvidos no PSF.
20/10	<ul style="list-style-type: none"> • Comissões Permanentes. • 3ª. Conferência Estadual de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nomeadas as comissões: de Controle e Avaliação, de Contratos e Convênios, de Orçamento e Finanças. • Definidos os membros das respectivas comissões. • Escolhidos 20 delegados para a Conferência Estadual de Saúde.

¹² Os Programas Especiais estão especificados no anexo 2.

(Cont.)

Data	Pauta	Resolução
10/11	<ul style="list-style-type: none"> Programa Saúde da Família. Informe: Campos seria pólo do norte e noroeste do Estado p/ formação e capacitação de pessoal p/ trabalhar no PSF/PACS). 	<ul style="list-style-type: none"> Sem Resolução.
01/12	<ul style="list-style-type: none"> SISVAM – implantação no município. Credenciamento de hospital – relatório da CCC. Credenciamento do Centro de Olhos de Campos e do HAA (p/ transplante de córnea). 	<ul style="list-style-type: none"> Aprovado o SISVAM (Programa Municipal de Combate às Carências Nutricionais). Aprovado o credenciamento. Aprovado o encaminhamento p/ a SES do processo do Centro de Olhos de Campos (alta complexidade) e do HAA.
1999		
02/03	<ul style="list-style-type: none"> Plano de Gestão p/ 1999 	<ul style="list-style-type: none"> Plano Aprovado.
06/04	<ul style="list-style-type: none"> Credenciamento do HFM e Referência em neurocirurgia o HAA. Sistema de Referência do Município. 	<ul style="list-style-type: none"> Aprovada a extensão de credenciamento e a referência em neurocirurgia.
04/05	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de referência: gravidez de alto risco, urgências e patologias ginecológicas, traumato-ortopedia. Informe sobre aprovação do credenciamento do HFM p/ retirada de órgãos e do Hospital Dr Beda e HAA p/ o transplante de rins, córnea e osso. 	<ul style="list-style-type: none"> Aprovado: <ol style="list-style-type: none"> HAA – serviço de ginecologia, Beneficência – serviço de traumato-ortopedia, HPC – serviço de obstetrícia de alto risco, Sta. Casa e SPB – obstetrícia de baixo risco.
09/06	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de referência: cirurgia pediátrica e cirurgia vascular. Informe sobre dengue: planos e metas. Informe sobre projeto “Nascer em Campos”. Informe sobre a 3ª. Conferência Municipal de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Definido que a referência em cirurgia pediátrica seria a SPB, com Dra. Claudia e p/ ambulatório seria a SPB complementado pelo Centro de Referência da Criança e do Adolescente. Formulada proposta sobre cirurgia vascular a ser levada ao prefeito.
03/08	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de referência: cirurgia vascular. Definição de data para 3ª. Conferência Municipal de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Definida a Sta. Casa como referência em cirurgia vascular. A Conferência seria nos dias 10 e 11 de setembro de 1999.
06/09	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação de relatório FMS referente ao ano de 1997 e 1998. Saúde mental: negação de atendimento clínico pelos hospitais. 	<ul style="list-style-type: none"> Aprovado o Relatório. Convocação de reunião entre representantes da saúde mental e dos hospitais.
27/12	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de referência de cirurgia vascular. Plano de Gestão 2000. Apresentação do Balanço das atividades de 1999. 	<ul style="list-style-type: none"> Definida a Sta. Casa de Misericórdia como referência em cirurgia vascular, sendo redefinidos os médicos responsáveis. Plano 2000: Aprovado.
2000		
29/03	<ul style="list-style-type: none"> Prestação de contas de 1999. Informes sobre a existência de duas equipes responsáveis pela cirurgia vascular e existência de sede própria para o Núcleo de Controle e Avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> Aprovada a prestação de contas.
13/04	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação e aprovação das planilhas de Programação Pactuada Integrada para ações de Epidemiologia e Controle de doenças/ 2000. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): apresentação do Plano Municipal de Controle das Carências Nutricionais. Sistema de referência: cirurgia dermatológica. 	<ul style="list-style-type: none"> Aprovada a PPI. Definido o HAA como referência em cirurgia dermatológica.
09/05	<ul style="list-style-type: none"> Explicação sobre Teto Orçamentário. 	<ul style="list-style-type: none"> Acionada a CCC para estudo sobre serviços que o Município presta aos outros municípios e alternativas para questão da migração de pacientes.

Fonte: CMS de Campos dos Goytacazes, RJ, elaboração própria.

No quadro acima foram apresentados cento e cinquenta e um pontos de pauta. Agrupando-os, podemos definir a dimensão de alguns temas no contexto do Conselho. Os temas e sua frequência são abaixo considerados.

- Expansão da Rede de Serviços: 18
- Organização da Rede de Serviços: 10
- Funcionamento da Rede de Serviços: 4
- Proposta ou apresentação de Programas: 11
- Financiamento e FMS (criação e controle): 27
- Funcionamento do CMS: 34
- Denúncias e Reivindicações: 24
- Conferência Municipal de Saúde: 5
- Apresentação de Instrumento de Gestão: 10
- RH: 2
- Outros: 6

Desse modo, assuntos relacionados a Serviços (rede e programas) representaram 28.5% da pauta do período 1991-2000. Financiamento/FMS e Funcionamento do Conselho representaram 17.9% e 22.5% dos pontos de pauta. As denúncias e reivindicações, marcando mais significativamente os primeiros anos do Conselho, ocorreram na proporção de 15.9% dos pontos de pauta. Instrumento de Gestão foi assunto em 6.6% das pautas e Recursos Humanos, Conferência de Saúde e Outros, juntos, formaram 8.6% do total dos pontos de pauta. Portanto, o tema rede de serviços (sua expansão, funcionamento e organização) foi o de maior frequência nas reuniões do CMS. O funcionamento do CMS foi o tema que ocupou a segunda maior frequência, e em que podemos observar a constituição de comissões e sua forte atuação durante a década. As resoluções sobre grande parte dos assuntos foram assessoradas pelo trabalho das comissões.

Esses temas foram seguidos em ordem decrescente por temas ligados a financiamento/FMS, denúncias e reivindicações, apresentação de instrumento de gestão e RH/ Conferência de Saúde/Outros.

O CMS formalizou cento e treze resoluções, ou seja, para aproximadamente 75% dos pontos de pauta foram apresentadas resoluções. Entre elas se destacam aprovação de projetos, inclusive o de criação do FMS; aprovação e negação de credenciamentos; aprovação de serviços de referência; forte atuação frente à escassez de leitos para cirurgia vascular e ao fechamento da única UTI pediátrica do Município, na época; forte atuação frente às irregularidades da traumatologia de um dos hospitais credenciados e às dificuldades apresentadas pelo único hospital público e pronto-socorro, na época; suspensão de credenciamento e definição de prioridades do atendimento SUS no Município.

O CMS em Campos dos Goytacazes exerceu um poder deliberativo, influenciando significativamente na política de saúde local. O tema mais presente no conselho, rede de serviços, foi também o de maior destaque em termos de planejamento e implementação. As prioridades apontadas pelo Conselho, em reunião de 17/06/1997, foram, em sua maioria, implementadas. Apenas ações referentes à saúde do trabalhador e controle do fluxo de caixa do FMS não foram resgatadas pelo núcleo central da SMS - vide anexo 2.

Os objetivos mais desempenhados pelo Conselho foram os referentes à definição de prioridades para o SUS municipal; acompanhamento e fiscalização de serviços prestados; apreciação de contratos e convênios e elaboração do Regimento Interno.

Quanto ao estabelecimento de diretrizes a serem incluídas nos Planos Municipais de Saúde, vale ressaltar que os Planos são construídos pela SMS e posteriormente avaliados pelo CMS, e vieram contemplando a maioria das demandas apresentadas por esse conselho. Portanto, consideramos que o estabelecimento de diretrizes se deu, porém de modo indireto.

Não foi desempenhado pelo CMS o estabelecimento de diretrizes quanto à localização e tipo de unidades de saúde e ao estabelecimento de critérios referentes à programação e execução financeira e orçamentária do FMS, à qualidade para o funcionamento dos serviços e à celebração de contratos e convênios não foi desempenhado pelo CMS.

Desse modo, entre avanços e dificuldades, consideramos que o CMS em Campos dos Goytacazes construiu trajetória significativa durante a década de 1990, alcançando um resultado final muito positivo. Aspectos relacionados aos objetivos não efetivados pelo Conselho ainda estão a ser desenvolvidos, indicando a necessidade de

novas conquistas e posicionamentos. Entre as características presentes no transcorrer desses nove anos citamos:

- Proposição de resoluções implementadas.
- Baixa participação do segmento dos usuários.
- Falta de quorum em alguns períodos.
- Precária condição técnica das comissões na realização de pareceres.
- Preponderância na participação dos representantes do poder público (núcleo central), dos prestadores de serviços e da Faculdade de Medicina de Campos.
- O CMS está agendado fortemente à implementação do SUS.
- O CMS, a partir de necessidades apresentadas, controla e avalia a rede de serviços.
- No CMS foram definidos os serviços de referência.
- O CMS, dentro de condições possíveis, controla e fiscaliza o FMS.
- O CMS aponta prioridades no atendimento do SUS municipal.

CAPÍTULO V**Características Sanitárias do Município de Campos dos Goytacazes¹³**

O presente trabalho repousa no pressuposto de que a descentralização do setor saúde traria resultados positivos em termos de acesso aos serviços oferecidos, expansão de seu quantitativo e de sua cobertura e também de democratização de sua gestão.

A gestão do SUS em Campos dos Goytacazes, a partir das variáveis anteriormente avaliadas, mostrou-se em sintonia com a participação social e com a expansão da rede de serviços, aspectos que apontam para o desenvolvimento da assistência à saúde e do atendimento às reivindicações e/ou necessidades de seus habitantes.

Traçarmos um perfil sobre o desempenho municipal analisando sua performance a partir de alguns indicadores de saúde mostrou-se necessário e importante como desdobramento da avaliação municipal.

Desse modo, após descrevermos as principais causas de morte, no período estudado, e suas variações diante da incidência ou não da prestação de assistência médica, apresentaremos o comportamento dos indicadores, definidos pelo Ministério da Saúde e CIT, que compõem o pacto da Atenção Básica. A avaliação frente ao desempenho municipal terá como parâmetro a média, divulgada nos “cadernos de saúde pública”/Datusus, apresentada pelo Estado do Rio de Janeiro para cada indicador referenciado.

As cinco principais causas de morte no Município de Campos dos Goytacazes, segundo o Datusus, foram Doenças do Aparelho Circulatório, Causas Externas, Neoplasias, Doenças do Aparelho Respiratório e Doenças Endócrinas e Metabólicas.

A ordem de classificação se altera em função da prestação de assistência médica ou não e do ano.

13 a- Os dados apresentados neste capítulo não possuem a mesma referência de data para todas as variáveis analisadas. Não há disponibilidade de informações nos Bancos de Dados de modo coincidente em termos de data. Apresentaremos a data mais antiga na década de 90 e a mais próxima de 2000, quando essa data não estiver acessível, para cada variável comentada.

b- Outros indicadores são discutidos conforme a sua relevância.

As mortes *com assistência médica*, nos anos de 1991 e 1998, em ordem decrescente, ocorreram por doenças do aparelho circulatório; neoplasmas; doenças do aparelho respiratório; causas externas e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, que, em 1991, dividiu o quinto lugar de causa-mortis com doenças do aparelho digestivo.

As mortes em geral *-com e sem assistência médica e não informadas -* possuem como primeira causa, nos anos de 1991 e 1998, as doenças do aparelho circulatório. Em 1991 são seguidas das causas mal definidas; causas externas; doenças do aparelho respiratório e neoplasmas, em quarto lugar; e, afecções oriundas no período perinatal. Em 1998, são seguidas causas externas; causas mal definidas; doenças do aparelho respiratório e neoplasmas.

Em 1991 e 1998 as doenças do *aparelho circulatório* se concentram na faixa etária de 60 anos ou mais e as *neoplasias* na faixa de 50 a 79 anos. As *doenças do aparelho respiratório* apresentam-se próprias dos menores de 01 ano ou das pessoas de 80 anos ou mais, sendo que de 1991 para 1998, reduziu-se o número de mortes nos menores de 01 ano, indicando maior acesso à assistência médica por esta faixa etária. As mortes por causas externas, concentradas, em ambos os anos, na faixa etária de 20 a 29 anos, em 1998, no entanto, tiveram aumento em seu índice entre os adolescentes e também na faixa de 30 a 39 anos, indicando aumento da violência e acidentes de trânsito. Os acidentes de transporte e as agressões cresceram em 26,4% e 7,2%, respectivamente, no período de 1994 a 1998.

A mortalidade *sem assistência médica* veio decrescendo durante a década, representando 20,7%, 17% e 15% do total de óbitos, nos anos de 1991, 1995 e 1998, respectivamente, revelando um aumento na cobertura de serviços de saúde. Em 1991, a principal causa de morte sem assistência foram os sintomas, sinais e afecções mal definidas (69,3%), sendo seguida por causas externas (22,6%). Em 1995 e 1998, foram primeiras as causas externas, seguidas dos sintomas e afecções mal definidas, correspondendo respectivamente a 43,5% e 28,5%, em 1995, e a 44,5% e 37,8%, em 1998, com registro de um ligeiro aumento. A terceira causa de morte sem assistência foram as doenças do aparelho circulatório, que em 1991 representavam apenas 3,5%, mas que apresentaram aumento para os anos subsequentes, alcançando 12% no ano de 1995. Em 1998, no entanto, declinaram para 10,5%.

Detalhamentos outros sobre morbi-mortalidade e indicadores epidemiológicos serão apresentados de modo comparado com a média do Estado do Rio de Janeiro, sendo comentados seus coeficientes.

O coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas, no Município estudado, pode ser observado na tabela 5.2.

Tabela 5.2: Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000), Campos dos Goytacazes, RJ, 1994-1998

Causa do Óbito	1994	1995	1996	1997	1998
Infarto Agudo do Miocárdio	38,9	49,5	38,5	45,8	37,9
Doenças Cérebro-vasculares	112,7	119,2	118,9	108,2	106,2
Diabetes Mellitus	33,7	33,7	47,2	36,9	46,8
Acidentes de transporte	24,2	40,6	30,5	39,5	32,9
Agressões	29,3	39,8	40,8	30,0	31,6

Fonte: SIM

No Estado do Rio de Janeiro e no Município de Campos as doenças cérebro-vasculares se destacam como causa de óbito, embora em ambos tenham decrescido no período 1994-1998.

No Estado reduziu seu coeficiente de 95.5 para 83 e no Município de 112.7 para 106.2, indicando maior controle ambulatorial de doenças como a hipertensão arterial.

Em relação aos óbitos por Diabetes Mellitus, em ambos os níveis, foi registrado aumento. No Estado, este aumento ocorreu de 33.1 para 35.6 e no Município de 33.7 para 46.8, o que aponta para a necessidade de ações sistemáticas neste sentido. (Tabela 4.2)

A performance do Município, em relação aos óbitos por estas duas enfermidades, ficou abaixo da média do Estado, pois o decréscimo do Estado frente aos óbitos por doenças cérebro-vasculares foi maior que o apresentado pelo município e o aumento do índice de óbitos por Diabetes Mellitus ocorrido no Município foi maior que o aumento dele no Estado.

As internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC), um dos indicadores utilizados pelo Pacto da Atenção Básica, na população de 30 a 59 anos, decresceram no Município e no Estado. No Município decresceu de uma taxa de 30.2 para 15.1 e no Estado, de uma taxa de 14.8 para 11, no período 1995-2000, segundo dados do SIH.

A redução desta taxa foi maior que a média do Estado no Município de Campos e pode representar, em ambos os níveis, melhor controle ambulatorial ou na qualidade do SIH/SUS.

A mortalidade geral e infantil tardia no Município de Campos dos Goytacazes, no período de 1992-1999, declinou em 23.1% e em 37.3%, respectivamente; e a mortalidade materna cresceu neste período, como mostram os dados da tabela 5.3.

Tabela 5.3- Mortalidade geral, materna e infantil, no Município de Campos dos Goytacazes, RJ, 1992-1999.

Mortalidade	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Infantil tardia	18.8/1000	18.7	25.5	15.5	6.7	9.2	13.6
Materna	61/ 100.000	49	88.2	55.3	58.8	62.2	72.0
Geral	891.2/ 100.000	1042.0	920.5	813.0	879.7	781	852.0
No. Total de óbitos	3.458	4.043	3.515	3.171	3.431	3.125	3.408

Fonte: Divisão de Epidemiologia da Secretaria de Saúde de Campos.

A observação dos dados do SINASC para o Estado e Município, no período 1994-1998, permitiu uma avaliação inicial acerca das condições da Atenção ao Pré-Natal e ao Parto. (Tabela 5.4 e 5.4a)

Tabela 5.4 - Taxa de Nascimentos segundo condições, Campos dos Goytacazes, RJ, no período 1994-1998

Condições	1994	1995	1996	1997	1998
No. De Nascidos Vivos	9.641	9.408	8.839	8.831	8.586
% c/ prematuridade	5,6	7,9	5,1	5,0	3,9
% de partos cesáreos	34,9	36,3	37,2	37,2	35,9
% c/ baixo peso ao nascer					
-> Geral	7,3	7,7	7,2	7,4	7,2
-> partos cesáreos	5,0	6,2	5,3	6,2	6,1
-> partos vaginais	8,6	8,5	8,4	8,0	7,8

Fonte: SINASC

Tabela 5.4a - Taxa de Nascimentos segundo condições, Estado do Rio de Janeiro, no período 1994-1998

Condições	1994	1995	1996	1997	1998
------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

No. De Nascidos Vivos	268.173	266.463	268.549	268.968	258.284
% c/ prematuridade	5,7	5,5	5,6	5,7	6,0
% de partos cesáreos	44,9	47,6	48,4	49,2	48,3
% c/ baixo peso ao nascer					
-> Geral	9,1	9,0	8,9	8,8	8,9
-> partos cesáreos	7,5	7,1	7,2	7,4	7,6
-> partos vaginais	10,5	10,7	10,5	10,1	10,1

Fonte: SINASC

Nesse período, o Estado do Rio de Janeiro reduziu em média 3.7% o número de nascidos vivos e cresceu ligeiramente seu percentual de prematuridade (de 5.7% para 6%). O percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer decresceu (de 9.1% para 8.9%) e o número de partos cesáreos aumentou (de 44.9% para 48.3%), mantendo seu alto índice.

No Município houve redução do número de nascidos vivos (10.9%), podendo significar maiores esclarecimentos e acesso aos métodos contraceptivos. Apresentou redução no percentual de prematuridade, sem mudanças expressivas no baixo peso ao nascer. Manutenção de altas taxas de parto Cesáreo.

Desse modo, Campos dos Goytacazes se manteve na média do Estado em termos de percentual de decréscimo do número de nascidos vivos, com baixo peso ao nascer. Ao tratar-se de percentual de partos cesáreos, o Estado obteve um crescimento ligeiramente maior. No entanto, o Município decresceu seu percentual de nascimentos prematuros, em especial em 1998, enquanto a média do Estado alcançou pequeno aumento, o que pode indicar um aprimoramento da atenção ao pré-natal.

O maior percentual de internações no Estado do Rio de Janeiro e no Município de Campos dos Goytacazes, no ano de 1999, foi constituído pelos casos de gravidez, parto ou puerpério.(Tabelas 5.5 e 5.5 a)

Tabela 5.5: Percentual de Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária, CID10, cinco maiores causas, Campos dos Goytacazes, 1999.

Capítulo CID	Menor de 01ano	01 a 04	05 a 09	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
Transtornos mentais e comportamentais	-	0,1	-	0,5	1,5	10,8	5,0	0,9	1,6	5,9
Doenças do Aparelho Circulatório	0,9	0,8	1,1	4,8	2,1	8,3	37,4	40,3	40,0	15,9
Doenças do Aparelho Respiratório	44,8	50,0	24,4	9,1	2,7	4,0	11,2	17,6	16,5	12,6
Doenças do Aparelho Digestivo	7,6	13,2	14,7	10,3	3,1	6,6	11,0	7,9	8,4	7,8
Gravidez, parto e puerpério	-	-	-	21,3	75,4	45,6	0,1	0,1	0,1	27,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS

Tabela 5.5.a: Percentual de Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária, CID10, cinco maiores causas, Rio de Janeiro, 1999.

Capítulo CID	Menor de 01ano	01 a 04	05 a 09	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
Transtornos mentais e comportamentais	-	0,0	0,0	0,2	1,3	10,6	10,1	3,4	4,3	6,8
Doenças do Aparelho Circulatório	0,6	0,4	1,0	2,3	0,8	5,5	25,4	30,7	30,2	10,7
Doenças do Aparelho Respiratório	41,3	47,2	31,1	15,0	2,7	4,5	11,8	16,1	15,4	13,3
Doenças do Aparelho Digestivo	2,9	7,1	10,9	9,4	2,9	6,1	10,9	8,1	8,5	6,9
Gravidez, parto e puerpério	0,1	0,0	-	14,2	76,1	45,4	0,1	0,0	0,0	27,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS

No Estado e no Município estas internações ocorreram na proporção de 27.2% e 27.8% das internações, respectivamente. Nas faixas etárias de 15 a 19 anos e de 20 a

49 anos, os níveis estadual e municipal apresentam situação semelhante. No entanto, o Município apresenta maior percentual de internação por esse grupo de causa na faixa etária de 10 a 14 anos, o que reforça a necessidade de trabalho mais intensivo na prevenção da gravidez na adolescência – Tabela 5.5 e 5.5a.

Os partos e curetagens pós-aborto, na faixa etária de 10 a 19 anos, segundo dados do SIH, ocorreram em 1995 numa proporção de 22.2% no Estado e de 20.8% no Município. Em 2000, o Estado e o Município alcançam 25% e 25.5%, respectivamente. Portanto, em ambos os níveis esse tipo de procedimento cresceu, embora no Município tal crescimento tenha sido ligeiramente acima da média do Estado.

Desse modo, a gravidez na adolescência é um fenômeno expressivo no Município em estudo, o que não difere da tendência estadual. O aborto, visto muitas vezes como solução pela adolescente, ocupa uma proporção significativa, sendo questão de saúde pública ao se constituir numa causa importante de morte materna, especialmente por sua clandestinidade, o que põe em evidência o trabalho de curiosos no assunto.

A proporção de recém-nascidos de mães que realizaram 4 ou mais consultas de pré-natal, segundo dados do SINASC, era no Estado de 62.9% em 1995 e de 57.6% em 1998. No Município esta proporção era de 80.7% em 1995 e de 83.3% em 1998. Desse modo, houve no Estado uma pequena redução no número de mulheres que usufruíram a assistência pré-natal dentro do parâmetro 4 consultas ou mais. O Município, por sua vez, em 1995 possuía uma proporção maior desse atendimento que o Estado e, ao contrário dele, realizou um ligeiro crescimento no período, pondo-se acima da média estadual. Tudo indica, portanto, que o Município veio aperfeiçoando sua cobertura de serviços de pré-natal no período.

O decréscimo na mortalidade infantil¹⁴ é também registrado por dados do SIM/SINASC, que trazem especificada a taxa de mortalidade infantil por causas mal definidas e evitáveis¹⁵. (Tabelas 5.6 e 5.6 a)

¹⁴ O indicador mortalidade infantil, como elemento de pactuação, diz respeito aos óbitos de crianças menores de um ano, ocorridos em determinado local e período, por mil nascidos vivos.

¹⁵ O MS utilizou-se da classificação proposta pela Fundação SEADE para definição de causas evitáveis de mortalidade infantil. Evitáveis são as redutíveis por imunoprevenção; por adequado controle na gravidez; por adequada atenção ao parto, por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces; e redutíveis através de parcerias com outros setores.

Tabela 5.6: Mortalidade Infantil por Causas Mal Definidas, por Causas Evitáveis e Sem Assistência Médica, Campos dos Goytacazes, RJ, 1994-1998.

	1994	1995	1996	1997	1998
Total de Óbitos Infantis	473	372	323	310	310
No. de Óbitos Infantis por causas mal definidas	34	23	32	22	24
% de óbitos infantis no total de óbitos*	14,4	11,3	9,9	10,0	9,4
% de óbitos infantis por causas mal definidas	7,2	6,2	9,9	7,1	7,7
Taxa de Mortalidade Infantil	49,1	39,5	36,5	35,1	36,1
Mortalidade Infantil por causas evitáveis	40,7	33,3	30,2	28,9	29,5
Mortalidade infantil proporcional sem assistência médica	22,7	34,3	28,0	9,8	21,8

Fonte: SIM/SINASC

Nota: * Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

** considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/ SINASC

Tabela 5.6 a: Mortalidade Infantil por Causas Mal Definidas, por Causas Evitáveis e Sem Assistência Médica, Estado do Rio de Janeiro, 1994-1998.

	1994	1995	1996	1997	1998
Total de Óbitos Infantis	8.144	7.190	6.946	6.467	5.827
No. de Óbitos Infantis por causas mal definidas	515	365	343	275	307
% de óbitos infantis no total de óbitos*	7.0	6.2	5.9	5.7	5.1
% de óbitos infantis por causas mal definidas	6.3	5.1	4.9	4.3	5.3
Taxa de Mortalidade Infantil	30.4	27.0	25.9	24.0	22.6
Mortalidade Infantil por causas evitáveis	24.2	21.6	20.7	19.0	17.4
Mortalidade infantil proporcional sem assistência médica	7.6	9.4	7.7	7.1	6.6

Fonte: SIM/SINASC

Nota: * Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

** considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/ SINASC

No período 1994-1998, a *mortalidade infantil* decresceu no Estado (28.5%) e no Município (34.5%). Em 1994 representava no Estado 7% do total de óbitos e no Município, 14.4% do total de óbitos. Em 1998 reduziu para 5.1% e 9.4%

no Estado e Município, respectivamente. A proporção de óbitos infantis em relação ao total de óbitos, portanto, se manteve, no período maior, no Município.

Os *óbitos infantis por causas mal definidas* decresceram na média do Estado e aumentaram ligeiramente no Município. Em 1994, no âmbito estadual, esse tipo de causa de óbito representava 6.3% dos óbitos infantis, caindo para 5.3% em 1998. No Município representava 7.2% dos óbitos infantis em 1994, elevou-se para 9.9% em 1996, mas retornou a 7.7% em 1998.

As causas mal definidas mostram-nos uma assistência precária no sentido de não ter havido tempo hábil para formar diagnóstico. Significa um acesso tardio aos serviços de saúde, ocorrido em situação de urgência/emergência.

No período 1994-1998, a *taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis* decresceu no Estado (de 24.2 para 17.4) e com maior intensidade no Município (de 40.7 para 29.5). A mortalidade infantil proporcional sem assistência médica decaiu em ambos os níveis. No Estado decresceu de 7.6 para 6.6 e no Município o fez de 22.7 para 21.8 no período, tendo, no entanto, alcançado 28.0 em 1996. (Tabela 5.6 e 5.6 a)

A mortalidade infantil anteriormente apresentada, a partir de dados do Setor de Epidemiologia da SMS de Campos dos Goytacazes, referiu-se à mortalidade infantil tardia. Vejamos a seguir os índices para a mortalidade infantil neonatal, perinatal e tardia, segundo dados do Datasus. (Tabela 5.7 e 5.7 a)

Tabela 5.7: Total de Óbitos Infantis com assistência e por ocorrência, Campos dos Goytacazes, RJ, período 1992-1998.

Faixa Etária	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
De 0 a 6 dias	61	55	61	49	50	47	41
De 7 a 27 dias	24	24	19	21	16	21	20
De 1 a 11 meses	39	36	24	39	25	25	29

Fonte: Datasus

Tabela 5.7 a: Total de Óbitos Infantis com assistência e por ocorrência, Rio de Janeiro, período 1992-1998.

Faixa Etária	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
De 0 a 6 dias	3.042	55	61	2.772	50	47	2.465
De 7 a 27 dias	570	24	19	629	16	21	693
De 1 a 11 meses	1.579	36	24	1.489	25	25	1.166

Fonte: Datasus

No Município, o decréscimo ocorreu nas três faixas etárias apresentadas. Na faixa etária 0 a 6 dias caiu 48,8%, na faixa de 7 a 27 dias caiu 20% e na faixa de 1 a 11 meses caiu 34.5%.

No Estado, no período 1992-2000, o decréscimo ocorreu nas faixas de 0 a 6 dias e 1 a 11 meses, em percentual de 19% e 26.1%, respectivamente. A faixa etária de 7 a 27 dias aumentou em 21.6%. Desse modo, o Município obteve melhor desempenho que a média do Estado.

Quanto à *cobertura vacinal*, as tabelas abaixo apresentam alguns imunobiológicos e a cobertura alcançada pelo Município e Estado.

Tabela 5.8: Cobertura Vacinal (%) por tipo de Imunobiológico em menores de 01 ano no Município de Campos dos Goytacazes, RJ, período 1995-1999.

Imunobiológicos	1995	1996	1997	1998	1999
Contra Raiva Humana	-	-	0,7	-	-
BCG	220,9	65,1	147,9	134,4	132,1
Contra Febre Amarela	-	-	-	-	-
Contra Hepatite B	-	-	-	1,0	97,1
Contra Poliomielite	188,1	66,3	300,3	91,8	103,5
Contra Sarampo	195,6	71,2	157,9	87,1	101,5
Tríplice – DPT	185,1	56,9	76,9	87,2	98,8
Contra Influenza	-	-	-	-	61,1

Fonte: SI/PNI

Tabela 5.8a: Cobertura Vacinal (%) por tipo de Imunobiológico em menores de 01 ano no Estado do Rio de Janeiro, período 1996-2000.

Imunobiológicos	1996	1997	1998	1999	2000
Contra Raiva Humana	76.3	98.2	102.1	101.7	104.0
BCG	72.4	78.9	110.6	102.0	100.8
Contra Febre Amarela	97.9	130.2	124.3	134.1	120.5
Contra Hepatite B	0.6	0.6	0.6	-	-
Contra Poliomielite	0.2	0.2	0.1	-	5.9
Contra Sarampo	-	-	-	-	101.9
Tríplice – DPT	-	-	-	224.7	238.6
Contra Influenza	-	-	-	57.5	-

Fonte: SI/PNI

A *cobertura vacinal* no Município, em menores de 01 ano, no que se refere aos imunobiológicos contra poliomielite, sarampo, tríplice-DPT e BCG, chegou a 1999 com declínio em relação a 1995, embora seu percurso seja marcado por oscilações ano a ano. No entanto, a vacina contra Hepatite B difere desse perfil, pois partiu de uma cobertura de 1% em 1998, para 97.1% em 1999, conferindo grande expansão em espaço de tempo de um ano apenas. Esse tipo de vacina foi implementada pelo município, segundo informação do SI/PNI, apenas a partir de 1998.(Tabela 5.8)

O Estado, de modo diferenciado, expandiu sua cobertura vacinal em menores de 1 ano no que se refere aos imunobiológicos BCG, contra febre amarela, contra sarampo e tríplice. Contra Hepatite B o Estado ainda não consolidou seus dados e Contra Poliomielite sua cobertura é de 5.9% em 2000 - (tabela 5.8a). Campos dos Goytacazes possuiu, desse modo, ótima performance no período 1995-1999, quando alcançou 103.5% de cobertura na vacina contra Pólio.

Conclui-se que, mesmo o Município tendo declinado em seu percentual de cobertura para algumas vacinas, manteve um índice acima do apresentado pelo Estado, excetuando-se apenas a vacina Tríplice, em que este alcançou cobertura bem superior `a apresentada pelo Município.

A *vacinação contra Influenza*, para os idosos, foi iniciada em Campos dos Goytacazes em 1999, com cobertura de 61% da população. Essa cobertura ultrapassou a média do Estado do Rio de Janeiro (57,5) e do Brasil (58,1), embora tenha ficado abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde (70%). Desse modo, embora o Município

ainda necessite avançar na cobertura desse tipo de vacina, mostrou desempenho muito bom em seu primeiro ano de aplicação.

Detendo-nos no Programa de Saúde da Família, analisemos os dados apresentados na tabela abaixo.

Tabela 5.9 – Algumas variáveis referentes ao desempenho do Programa de Saúde da Família, Campos dos Goytacazes e Estado do Rio de Janeiro, 1998-2000.

	Campos 1998	Campos 1999	Campos 2000	RJ 1998	RJ 1999	RJ 2000
População atendida	-	42.118	67.010	112.962	183.988	302.196
% população coberta pelo programa	-	10,6	16,7	0,8	1,3	2,2
% de crianças c/ esquema vacinal básico em dia	-	76,2	87,3	91,5	85,6	89,2
Taxa de hospitalização por pneumonia	-	32,5	28,8	3,8	24,8	19,9
Taxa de hospitalização por desidratação	-	18,7	4,5	1,5	11,4	5,4

Fonte: SIAB

Nesse programa, a proporção da população atendida, no Estado do Rio de Janeiro e no Município de Campos dos Goytacazes, entre 1999 – 2000, cresceu 64.2% e 59.1%, respectivamente. O percentual de crianças c/ esquema vacinal básico em dia alcançou 89.2% das crianças pelo Estado e 87.3% pelo Município, em 2000. Desse modo, o Município caminhou em sintonia com a média do Estado.

No que se refere à pneumonia, a taxa de hospitalização decresceu no Estado de 24.8 para 19.9 e no Município, de 32.5 para 28.8, no período de 1999-2000. A taxa de hospitalização por desidratação, por sua vez, decresceu no Estado de 11.4 para 5.4 e no Município, de 18.7 para 4.5. Diante disso, conclui-se que o Município possuiu taxa de internação por pneumonia mais elevada que a apresentada pelo Estado, mas realizou um decréscimo proporcional ao ocorrido neste último. Em relação a internações por desidratação, o Município obteve um desempenho muito bom ao reduzi-las em proporção maior que a apresentada pelo Estado. Esses enfoques apontam para a expansão das atividades e resultados favoráveis do PSF no Município.

No que se refere ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, os dados são apresentados na tabela 5.10.

Tabela 5.10 – Algumas variáveis referentes ao desempenho do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Campos dos Goytacazes e Estado do Rio de Janeiro 1998-2000.

	Campos 1998	Campos 1999	Campos 2000	RJ 1998	RJ 1999	RJ 2000
População atendida	4.434	22.764	44.978	314.663	398.545	419.096
% população coberta pelo programa	1,1	5,7	11,2	2,3	2,9	3,0
%crianças c/esquema vacinal básico em dia	-	80,3	88,8	82,0	86,8	90,6
%crianças c/aleit. materno exclusivo	-	48,8	61,3	59,6	63,2	66,5

Fonte: SIAB

No Município de Campos dos Goytacazes, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde expandiu sua cobertura em 97.6% no período 1999-2000, embora ao fim deste período tenha alcançado uma cobertura de apenas 11,2% da população. No Estado do Rio de Janeiro a expansão de tal programa foi de somente 5.1%, significando, em 2000, 3% da população coberta. O Município, desse modo, se põe acima da média do Estado em termos de expansão do PACS.

O PACS, no Município, segundo dados do SIAB, para o período acima citado, ampliou seu percentual de crianças c/ esquema vacinal básico em dia, passando de 80.3% para 88.8%. O percentual de crianças c/ aleitamento materno exclusivo cresceu de 48.8% para 61.3%. Em ambos os casos, o Município possuiu percentual de cobertura um pouco menor que o do Estado, no entanto, obteve expansão dessa cobertura em proporções acima da média do Estado. Nesse, a expansão da aplicação das vacinas básicas foi de 86.8% para 90.6% e da realização do aleitamento materno exclusivo foi de 63.2% para 66.5%.

Desse modo, concluímos que o Município, em sintonia com a expansão de sua rede de serviços e implementação de programas, apresentou evolução em seu quadro sanitário, e de modo superior à média do Estado do Rio de Janeiro, para a maioria das variáveis analisadas.

CONCLUSÕES

Campos dos Goytacazes é um Município de grande importância para a região Norte e Noroeste do Estado do Rio de Janeiro. Sua dimensão territorial, populacional e de serviços destaca-se frente aos demais municípios dessas regiões, sendo referência em termos de saúde e de educação.

Neste trabalho coube-nos apresentar o perfil deste Município diante do processo de descentralização do setor saúde na década de 1990. Para tal, avaliamos o comprometimento formal do Município com o SUS, pelo processo de habilitação; as características da expansão da rede de serviços de saúde; o funcionamento e participação do CMS na política de saúde local e a performance municipal frente a indicadores de saúde.

A habilitação ao Sistema Único de Saúde foi realizada pelo Município apenas em 1998, na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, passando a maior parte do período estudado sem comprometer-se formalmente com o SUS. No entanto, o Município possuía condições para pleitear a habilitação segundo as definições presentes na Norma Operacional Básica do SUS de 1993. Possuía todos os requisitos exigidos para a condição de Gestão Incipiente. Para a condição de Gestão Parcial, necessitaria apenas organizar Plano de Saúde, Relatório de Gestão e a comissão de PCCS.

Os pressupostos à municipalização, indicados pelas NOBs elaboradas no período 1990-2000, que o Município não cumpriu ou cumpriu com atraso, foram os planos de saúde, relatórios de gestão, comissão PCCS e serviço de auditoria, este exigido pela NOB/1996 para a GPSM. O primeiro plano foi organizado para o ano de 1996, o primeiro Relatório, em 1999, sem apontar indicadores de resultados de gestão. A comissão PCCS e o serviço de auditoria, em dezembro de 2000, não estavam organizados.

Pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996, o Município, em dezembro de 2000, possuía os requisitos necessários à habilitação na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, exceto o serviço de auditoria.

Desse modo, conclui-se que houve pouco interesse do executivo local em estar formalizando seu vínculo com a descentralização do setor saúde, o que aponta para o controle da SES sobre itens importantes de gestão local.

Voltando-nos para a rede de serviços, observamos que houve aumento no número de hospitais no período estudado, garantido pela expansão dos hospitais municipais, filantrópicos e de ensino. Os hospitais contratados foram reduzidos.

O maior aumento no número de hospitais ocorreu na rede própria. No entanto, esse aumento não resultou em crescimento significativo no número de leitos e/ou quantidade de AIHs pagas. Relacionando tais variáveis, vimos que a oferta de serviços foi garantida, em ordem decrescente, pelos prestadores filantrópico, de ensino, contratado e municipal.

Em termos ambulatoriais, existiu grande crescimento no número de unidades de saúde. O prestador municipal deteve a grande maioria das unidades, que era majoritariamente PAMs, no início do período e, ao fim dele, passaram a ser policlínicas, ampliando a perspectiva de atenção básica.

O Município assumiu paulatinamente os atendimentos básicos, em contraponto ao decréscimo acentuado dos demais prestadores. Mesmo assim, os atendimentos não básicos não foram desprestigiados pelo prestador municipal. Esses procedimentos foram realizados proporcionalmente pelos vários prestadores.

Desse modo, a rede de serviço hospitalar e ambulatorial foi significativamente ampliada no período estudado, aumentando a oferta desses serviços no Município. Essa rede não apenas cresceu, mas também se reestruturou. Houve a redefinição dos prestadores na oferta de serviços hospitalares e no atendimento ambulatorial, foram redimensionados, entre os prestadores, os atendimentos básicos e não básicos. A atenção à saúde se ampliou também pela implementação de programas.

Fez-se uma segmentação de mercado, onde atendimentos menos lucrativos foram assumidos pela esfera pública e os mais lucrativos pelos demais prestadores. Não deixou de haver, no entanto, uma ampliação desses atendimentos mais sofisticados pelo prestador municipal.

Vale ressaltar que a quase totalidade dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento e equipamentos relacionados à alta complexidade estiveram concentrados na iniciativa privada.

O Município buscou realizar um melhor controle físico, material e financeiro dos serviços prestados, pela informatização de setores e criação do Núcleo de Controle e Avaliação. No entanto, a gestão de recursos humanos e a transparência nas informações são aspectos que necessitam da atenção do poder público municipal.

No que se refere ao funcionamento do CMS de Campos, observamos que foi realizado um bom número de reuniões, embora tenham ocorrido períodos de falta de quórum. A participação em termos de frequência foi garantida primeiramente pelo poder público, seguido pelos profissionais de saúde e prestadores de serviços.

A grande maioria dos pontos de pauta obteve resoluções plausíveis, absorvidas nos Planos de Gestão municipal e efetivadas, sendo eles referentes a temas como rede de serviços, financiamento/FMS, denúncias e reivindicações, apresentação de instrumento de gestão e RH/ Conferência de Saúde/Outros, em ordem decrescente de relevância.

As comissões do CMS foram atuantes, embora a referente ao controle financeiro, especialmente, tenha vivenciado limites técnicos para realização de seus trabalhos.

Entre as ações prioritárias apontadas pelo conselho e efetivadas pelo município esteve a expansão de programas; a implantação do PSF/PACS e a reestruturação do atendimento de emergência, especialmente pelo investimento realizado no HFM.

Os objetivos mais desempenhados pelo Conselho foram os referente `a definição de prioridades para o SUS municipal; acompanhamento e fiscalização de serviços prestados; apreciação de contratos e convênios e elaboração do Regimento Interno.

Desse modo, concluímos que o CMS em Campos, embora ainda possua metas-desafio a serem alcançadas, foi um conselho deliberativo, influenciando significativamente na política de saúde local.

Direcionando-nos aos indicadores de saúde, vimos que a primeira causa de morte no Município foram as doenças do aparelho circulatório, o que reforça a grande demanda por serviço de cirurgia vascular, apresentada no Conselho, e a importância da definição do serviço de referência para essa especialidade médica, ocorrida em 1999.

Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, os óbitos por doenças cérebro-vasculares decresceram no período 1994-1998. Houve, também, decréscimo significativo nas internações por AVC (de uma taxa de 30.2 para 15.1), o que aponta para investimentos realizados no âmbito ambulatorial.

Mesmo assim, ainda nesse âmbito, existem importantes ações a serem mais bem direcionadas no Município, como ações voltadas para o controle da Diabetes Mellitus, na medida em que o Município registrou aumento no número de óbitos por esta doença.

A performance municipal em relação aos óbitos por essas duas enfermidades ficou abaixo da média do Estado, pois o decréscimo do Estado frente aos óbitos por doenças cérebro-vasculares foi maior que o apresentado pelo Município e o aumento do índice de óbitos por Diabetes Mellitus ocorrido no mesmo Município foi maior que o aumento dele no Estado.

Durante a década, foi reduzido o número de nascidos vivos, a taxa de mortalidade infantil – neonatal, perinatal e tardia - e o número de óbitos infantis por causas mal definidas, indicando maior acesso aos serviços de saúde, fato perfeitamente coerente com o grande enfoque dado à expansão da rede de serviços.

O percentual de óbitos infantis por causas mal definidas sofreu ligeiro aumento no período 1994-98, podendo significar melhor registro desses casos, pois não há coerência com o crescimento da rede, inclusive na periferia e área rural, e o crescimento apresentado nos SADTs do Município. Apontando nesta direção, esteve considerável a redução dos óbitos por causas evitáveis, na proporção de 40.7% dos óbitos infantis para 29.5%, ao final do período.

O Município reduziu, em maiores proporções que o Estado, o número de nascidos vivos e a mortalidade infantil neonatal, perinatal e tardia. Na média do Estado, por sua vez, a mortalidade neonatal (de 7 a 27 dias), ao contrário, cresceu em 21.6%.

Os óbitos por causas mal definidas decresceram na média do Estado e aumentaram ligeiramente no Município. Os óbitos por causas evitáveis, decresceram em maiores proporções no Município do que os do Estado.

Diante da atenção ao pré-natal e parto, o Município apresentou redução no percentual de prematuridade e aumento no percentual de mulheres atendidas com quatro ou mais consultas de pré-natal, embora a taxa de mortalidade materna se tenha mantido em níveis elevados, ângulo que necessitará de ações mais incisivas. Vale ressaltar, no entanto, que a reestruturação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi apresentada como meta em vários Planos e efetivada em 1999, o que traz uma perspectiva positiva nessa área.

A gravidez na adolescência é fenômeno muito presente na realidade campista, sendo 21.3% das internações na faixa etária de 10 a 14 anos e 75.4% das internações na faixa etária de 15 a 19 anos, ocorridas por gravidez, parto ou puerpério.

O Estado manteve seu percentual de prematuridade ao nascer e decresceu ligeiramente o número de mulheres atendidas com quatro ou mais consultas de pré-

natal. A gravidez na adolescência é bastante significativa também no Estado, embora na faixa etária de 10 a 14 anos, o Município tenha apresentado taxas mais elevadas.

Quanto à cobertura vacinal em menores de um ano, o Município manteve índices acima do apresentado pela média do Estado, ainda que tenha reduzido seu percentual de cobertura no período avaliado para os imunobiológicos contra poliomielite, sarampo, tríplice e BCG. A vacina contra Hepatite B diferiu desse perfil de redução, pois partiu de uma cobertura de 1% em 1998, para 97.1% em 1999, conferindo grande expansão em espaço de um ano apenas. O Município apresentou uma cobertura, referente a essa última vacina, mais ampla que a realizada pelo Estado.

O Estado apresentou uma melhor performance frente à cobertura vacinal contra raiva humana e febre amarela, pois não houve registro desse tipo de ação em Campos, mas houve sua expansão no Estado. No ano de 1999, a cobertura pelo imunobiológico Tríplice-DPT foi também mais bem alcançada pelo Estado.

O PSF em Campos aumentou sua cobertura em 59.1% entre 1999 e 2000, pondo-se na média do Estado. A taxa de hospitalização por pneumonia decresceu no Município, tendo ficado ainda acima da média do Estado. A hospitalização por desidratação também decresceu em proporções maiores que as apresentadas pela média do Estado.

O PACS expandiu sua cobertura em 97.6%, alcançando, no entanto, apenas 11.2% da população. Tal expansão se pôs bem acima da média do Estado.

Desse modo, o Município construiu uma trajetória sanitária em sintonia com o Estado para a maioria das variáveis analisadas, havendo aumento ou redução de modo conjunto. Houve aspectos, no entanto, onde isso não aconteceu:

- Mortalidade neonatal - o Município apresenta decréscimo e o Estado, aumento em seus índices.
- Óbitos por causas mal definidas - o Município apresenta ligeiro aumento, enquanto o Estado registra decréscimo.
- Percentual de nascidos vivos com prematuridade - no Município, houve decréscimo em seus índices e no Estado, sua manutenção.
- Percentual de mulheres atendidas com quatro ou mais consultas de pré-natal - o Município apresenta um crescimento nessa cobertura e o Estado, um ligeiro decréscimo.

De outro modo, analisando a proporção de aumento ou redução para cada variável, podemos apontar aquelas onde o Município esteve acima ou abaixo da média do Estado. Abaixo:

- Redução dos óbitos por doenças cérebro-vasculares e diabetes mellitus.
- Redução dos óbitos infantis por causas mal definidas.
- Cobertura pela vacina Tríplice-DPT.

O Município esteve acima da média do Estado na implementação das variáveis:

- Redução na taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis.
- Redução das internações por AVC.
- Percentual de mulheres de quatro ou mais consultas de pré-natal.
- Redução no índice de óbitos infantis.
- Cobertura pela vacina contra Influenza.
- Redução nas internações por pneumonia.
- Expansão no índice de crescimento e cobertura do PACS.

Desse modo, concluímos que o Município de Campos dos Goytacazes alcançou, no período avaliado, bons resultados em termos de assistência à saúde, apresentando, para a maioria das variáveis analisadas, um índice melhor que o alcançado pela média do Estado do Rio de Janeiro.

O Município municipalizou toda a rede de serviços, expandindo-a, equipando-a e inserindo vários novos programas. A Secretaria Municipal de Saúde interagiu com o Conselho Municipal de Saúde, possibilitando a participação na maioria das demandas postas. Como resultado, apresentou bom desempenho frente a indicadores sanitários.

ANEXOS

Anexo 1

Instrumentos de Gestão

A- Planos de Gestão: resumo e análise

O Município de Campos dos Goytacazes elaborou Planos de Gestão para os anos de 1996, 1997, 1998, 1999 e 2000, aprovados pelo CMS, respectivamente, em dezembro de 1995, maio de 1997, fevereiro de 1998, março de 1999 e dezembro de 1999. Quanto ao Relatório de Gestão, apenas a partir de 1999 foi elaborado e apresentado ao CMS, em vinte e sete de dezembro desse ano.

Os Planos para 1996 e 1997 não estavam disponíveis na SMS. Foram obtidos pela pesquisa por acesso direto a um conselheiro.

Tais documentos não foram produzidos em cooperação com o CMS, não houve referência a isso nas Atas desse Conselho ou nos próprios Instrumentos de Gestão. Sua montagem foi possível pela convergência das avaliações, prioridades e metas de cada Departamento ou Programa da SMS.

Os Planos incluíram balanços do período anterior realizados por alguns desses departamentos ou programas, não sendo, portanto, realizados por todos. Em alguns casos, desenvolvidos de modo muito simplificado, citando atividades realizadas, sem relacionar o planejado anteriormente com o efetivado pelo Setor.

O *Plano de Gestão para 1996* possuiu organização bem menos elaborada que os seguintes. Não possuía a subdivisão por departamentos e trouxe, concomitantemente, informações sobre ações realizadas, em realização e a serem realizadas, referentes aos anos de 1994, 1995 e 1996.

As ações em implementação em 1996, voltaram-se para reformas na rede física existente; ampliação de equipamentos; reorganização de instrumentos de controle dos procedimentos realizados; informatização de alguns setores; maior supervisão das unidades de serviços; implantação do Centro de Testagem Anônima da AIDS (COAS), Programa de Assistência ao Hipertenso (Projeto TRATHAR), Projeto de Prevenção ao

Câncer Bucal, Projeto “Doutor `as suas ordens” e Projeto “Saúde do Trabalhador” e algumas poucas ações relacionadas a recursos humanos.

Em termos de relações intermunicipal e interestadual, o Plano apenas citou essa participação, fazendo-nos supor que o Secretário Municipal de Saúde, na época, pretendia passar a participar da bipartite ou alguma instância de diálogo/pactuação entre Municípios e Estado.

No *Plano de Saúde para 1997* foram feitas avaliações e propostas por departamento ou programa. Fizeram-se propostas e não propriamente um planejamento de ações, endereçadas ao poder central da SMS e avaliação do período anterior formulada como uma prestação de contas das atividades realizadas, uma vez que cita ações realizadas sem parâmetros de avaliação.

O plano para 1997 referiu-se `a meta municipal, para 1996, como sendo a otimização da qualidade de vida dos munícipes com melhorias do atendimento`a saúde, utilizando dados epidemiológicos como orientador das prioridades na redução da morbidade e mortalidade. No plano de 1996 não foi feita essa relação com dados epidemiológicos, no entanto, sabemos que a mortalidade infantil, no ano de 1996, caiu bastante em relação a 1990, o que aponta melhorias efetivadas na rede de serviços, especialmente na área ambulatorial. Vale salientar que a taxa de mortalidade materna se manteve em números elevados.

Esse plano avaliou as *ações realizadas em 1996* e apontou o aumento do número de médicos e a atuação na rede local, embora esse aumento tenha sido pouco organizado, pois o plano registrou a necessidade de remanejar os médicos, de redefinir o perfil das unidades de assistência médica e de regularizar a situação trabalhista dos profissionais em atividade.

Na perspectiva da gestão, como prestação de contas referente a 1996, tal plano diz ter havido uma “reestruturação organizacional” visando ao enquadramento do Município na Gestão Semiplena.

Outras ações, apontadas como *realizadas em 1996*, foram o aumento da cobertura vacinal, maior controle dessa cobertura, parceria com organizações não-governamentais para trabalho educativo, implantação de programas (COAS/ Centro de Testagem Anônima da AIDS - primeiro no interior do Estado), implementação do programa DSTs/AIDS, redução da notificação de doenças imunopreveníveis, melhor gestão dos

recursos humanos (aqui também entra capacitação), materiais e financeiros, controle de morbi-mortalidade e implantação do SINASC.

Conclui-se que, de 1994 para 1996, a prestação da assistência à saúde no Município se tornou mais ampla, mais diversificada e houve reorientação de programas. O ponto que sobressai, ainda assim, é o crescimento da rede. Sua organização e conseqüente definição de regras, no entanto, ficaram a desejar.

O plano para 1997 trouxe como ações previstas não apenas a manutenção da assistência à saúde mas sua *ampliação*, avançando em relação ao anterior. Uma inovação sugerida, em termos de rede municipal, relacionada ao programa de saúde mental, foi a criação do hospital-dia.

A informatização em tal plano viria associada à criação de uma central de marcação de consultas e internações.

Foram propostos também a integração e fluxo de informações entre secretarias; montagem de laboratório para análises de alimento; aumento, capacitação e melhor alocação de recursos humanos; regularização da situação trabalhista; maior interação com a comunidade e organização dos serviços, passando por ações preventivas, curativas e emergenciais e por estrutura física da rede; erradicação da desnutrição; atenção especial ao atendimento materno-infantil e a criação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde.

O plano de 1998 apresentou avaliações, por três departamentos, referentes a 1997, nos quais foram incluídos a reformulação dos Programas Especiais, reformas e ampliações na rede de serviços, compra de 11 ambulâncias, remanejamento de médicos e criação/implantação de programas/projetos – farmácia básica, suplementação alimentar, distribuição de leite, para asma brônquica e para aleitamento materno. A precária avaliação apresentada não permite um perfil mais bem definido desse ano. Pelo apresentado, foi um ano de manutenção de rotinas, com atendimento das necessidades mais prementes.

Em ata do CMS, datada em 17/06/1997, o conselho apontou as necessidades prioritárias do Município: programas especiais de saúde (21 votos), atendimento de emergência (18 votos), agentes comunitários de saúde (14 votos), saúde do trabalhador (14 votos), referência na rede conveniada e pública (13 votos), controle de fluxo de caixa do Fundo Municipal (13 votos), data da Conferência MS (13 votos), Alocação de AIH (08 votos), atenção primária à saúde (07 votos), criação de um mini-hospital (06

votos), corte de recursos da rede conveniada (06 votos), informatização da saúde (05 votos).

No Plano de 1998 foram priorizados os itens programas especiais, atendimento de emergência e agentes comunitários de saúde. Com relação ao PACS, foi proposta a sua inserção no Programa de Saúde da Família e sua gestão pelo departamento de organização comunitária. Além disso, foram consideradas outras metas, como a implantação de um sistema de referências, a criação de um mini-hospital (zona rural) e a informatização da rede.

Ações relacionadas a controle de fluxo de caixa do FMS não foram planejadas, o que se registrou foi uma preocupação com controle de gastos no implementar da política como um todo. O único Plano que cita o FMS é o de 1996, quando registrou sua criação em maio de 1994. O controle sobre o Fundo não foi incluído.

A realização da 3ª Conferência Municipal de Saúde foi planejada para 1999, sendo realizada nos dias 10 e 11 de setembro deste ano, dois anos após eleita prioridade pelo Conselho.

No Plano de Gestão para 1998, a perspectiva de ampliação da rede de serviços e sua equipagem se manteve. Voltou-se, no entanto, para demandas específicas, como as citadas nos itens relacionados à Assistência Odontológica, a Programas Especiais (anexo2) e ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Deteve-se na hierarquização e definição de referências, expansão dos SADTs, equipamentos de alta complexidade e programas.

A informatização dos setores da SMS seria expandida. Metas voltadas para melhorias de condições de salário, condições de trabalho e aperfeiçoamento de funcionários são citadas com maior frequência que nos Planos anteriores. A perspectiva do controle, seja qualitativo ou quantitativo, que viabilizasse a eficácia de programas ou a redução de desperdício de material/medicamentos também foi destacada.

Ações preventivas mais incisivas e busca de alianças com a comunidade são pontos realçados nesse planejamento.

O HFM, motivo de denúncias no CMS, único hospital público, na época, destinando-se ao atendimento emergência e urgência, e referência para o Norte e Noroeste do Estado, planejou para 1998 uma série de reformas e expansão nos equipamentos.

Conclui-se que o plano para 1998 projetou um sistema de saúde municipal mais complexo, necessitando redefinir-se, para melhor atendimento das demandas, o que

inclui qualificação e melhor remuneração dos recursos humanos e demais pontos anteriormente citados.

Em função das expectativas de ampliação e diversificação da atenção à saúde que esse plano e os seguintes projetaram, passaremos a detalhar os itens que os compõem. Tais planos efetuaram exaustiva catalogação de necessidades sem, no entanto, apontar prioridades factíveis.

Em resumo, o plano de 1998 apresenta os seguintes itens:

- Hierarquização da atenção à saúde e sistema de referência.
- Aprimoramento da divulgação de programas junto ao público alvo.
- Fortalecimento do pré-natal e de 14 programas especiais.
- Criação de 3 postos de coleta de exames.
- Construção de 2 gabinetes odontológicos.
- Construção de 2 postos médicos.
- Criação de serviço para atendimento aos ostomizados.
- Ampliação do projeto CRIAR.
- Informatização da rede e criação de central de marcação de consultas.
- Ampliação de laboratório de insumos básicos.
- Criação da Farmácia do Povo.
- Criação de serviço de ECG em 5 unidades.
- Administração Compartilhada com a Santa Casa, que seria o Hospital Geral de apoio ao município.
- Aquisição de 10 ambulâncias.
- Plano de Valorização profissional, com melhoria dos salários, das condições de trabalho e reciclagem.
- Nomeação de médicos concursados.
- Implantação, expansão e redimensionamento de programas de saúde bucal.
- Trabalho educativo sobre prevenção de doenças como leptospirose, diarréias

infeciosas e hepatites.

- Implementação do Programa Municipal de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis).
- Fortalecimento da vigilância epidemiológica.
- Ampliação dos programas de vacinação para mulheres, crianças e profissionais de saúde, com ênfase na hepatite B e BCG intradérmica.
- Ampliação em aproximadamente 30% em relação ao ano de 1997, do número de exames de controle da AIDS.
- Redução da taxa de mortalidade nas adolescentes grávidas, nas hipertensas grávidas, nas sub-nutridas.
- Desenvolvimento do trabalho de prevenção do câncer de mama e útero e das infecções pélvicas.
- Apoio ao Comitê Municipal de Morte Materna quanto à sua funcionalidade, área física e viatura para visita nos distritos.
- Fortalecimento do programa de saúde mental, com apoio a idosos, crianças e adolescentes.
- Instalação de serviço de Tisiologia.
- Reequipamento do HFM com tomógrafo computadorizado e aparelho de ultrassonografia.

O *Plano de Saúde para 1999* registrou que o principal objetivo da Secretaria de Saúde seria a reestruturação física e administrativa dos postos e, principalmente, os planos de ações básicas na área de saúde, visando a diminuir a mortalidade materno-infantil bem como o atendimento especializado e as internações.

Portanto, as metas, dando continuidade às propostas de anos anteriores, voltaram-se preponderantemente para ações relacionadas à rede de serviços. Nota-se, no entanto, um enfoque maior para a zona rural e áreas periféricas, para ações vinculadas à assistência básica e programas específicos.

O **PSF**, que teve seu projeto de implantação apresentado no Plano para 1998, retornou como meta para 1999, sendo prevista sua ampliação no Plano para 2000, o que indica ter ocorrido sua implantação em 1999.

A **criação do laboratório de insumos básicos** para 1998 retornou como meta para 1999, sendo projetada sua ampliação para 2000, portanto, aponta para sua existência em 1999.

As necessidades relacionadas a **recursos humanos** perpassaram todos os Planos de Gestão em estudo. Para 1997 definiram como meta sua ampliação, para 1998 sua qualificação, aperfeiçoamento, para 1999 planejaram a implantação de um Pólo Regional de Capacitação de Recursos Humanos, e ainda para 2000 o tema Capacitação de Recursos Humanos se fez presente.

A **informatização** de setores da Secretaria de Saúde esteve presente em todos os Planos, inserindo-se no de 2000 como “continuidade da informatização da rede municipal de saúde”; tal ponto nos remete aos meios e conteúdos das informações do Sistema Municipal de Saúde e a perspectiva das condições de realização de uma gestão transparente. O que podemos afirmar é que o Município veio, durante a segunda metade da década de 90, planejando ações visando a modernizar o sistema de informações, porém não há uma home-page da Secretaria Municipal de Saúde. As informações sobre o Município não se encontram inseridas em programas de informática, parecendo-nos que a informatização, até o momento realizada, destinou-se a atender `as necessidades de maior controle de recursos e, no caso da marcação de consultas, de maior controle sobre a rede de serviços. O que foi construído possui sua importância, mas muito há a ser realizado.

Nesse plano, para 1999, foi planejada a **Habilitação Municipal** na condição Plena do Sistema Municipal, meta que se manteve para 2000, não sendo efetivada até dezembro deste ano.

Vale ainda ressaltar que os Planos para 1999 e 2000 possuem um outro formato, não foram introduzidas metas por departamentos, divisões e programas como o idealizado para 1998. Apresentaram eles, inicialmente, os “Principais Projetos”, nos quais se incluíram ações próprias a vários setores, havendo, posteriormente, um detalhamento de cada projeto. Os referidos planos trouxeram uma perspectiva de unicidade, mas, por outro lado, perdeu-se a visão de demandas por departamento. Fica claro que buscavam respeitar uma diretriz mais ampla, que, no caso, era a condição de Habilitação em que, na época, estavam inseridos os municípios, por determinação da Política Nacional de Saúde.

Resumo de conteúdos do plano de 1999:

- Construção de novas unidades de saúde.
- Reformas nas unidades de serviço.
- Ampliação dos serviços de odontologia.
- Implantação de Programas/Projetos: Saúde da Família, Agentes Comunitárias de Saúde, "Nascer em Campos" e "Saúde do escolar".
- Ampliação de programas: do Idoso, Diabetes, Hipertensão Arterial, da Hanseníase, da Tuberculose, "Farmácia do Povo", de Nutrição e de Saúde Mental.
- Implantação do Pólo Regional de Capacitação de Recursos Humanos e realização de Cursos de Capacitação Profissional.
- Gerenciamento Micro-Regional de Ações de Saúde no Município.
- Informatização da Secretaria Municipal de Saúde.
- Conversão do atual modelo de Gestão para Plena de Sistema Municipal.
- Construção do Laboratório de Insumos Básicos.
- Reestruturação da Vigilância Sanitária e Epidemiológica.
- Realização da 3^a. Conferência Municipal de Saúde.

Para o ano de 2000, o Município planejou a implantação do PSF, a ampliação do laboratório de insumos básicos, a implantação do pólo regional de capacitação de recursos humanos e a continuidade de informatização da rede, como anteriormente comentado. Para além disso, previu a continuidade de programas para demandas específicas e do gerenciamento micro-regional de ações de saúde, este último na perspectiva de aperfeiçoamento da extensão da assistência à saúde para a área rural e periferia.

A implementação e reestruturação do Programa Especial de Saúde Mental, proposta do Plano para 1998, fez-se presente para 2000. A construção do Hospital de Guarus, proposta para 1999, retornou em 2000, sendo inaugurado, no entanto, em 28 de março de 2001. Este hospital se propõe o atendimento nas clínicas básicas, na perspectiva ambulatorial.

Foram pontos não presentes nos planos anteriores: Criação de Consórcio Intermunicipal da Região Norte e conversão do modelo de gestão para Plena do Sistema.

O sistema de referência sugerido pelo Departamento de Assistência à Saúde da Criança, para 1997, posteriormente citado como meta para 1998 pelo núcleo central da SMS, não é meta para 1999, mas surgiu novamente para 2000, constituindo-se num ponto que ainda precisa avançar.

O plano de 2000, assim como o de 1999, visou aperfeiçoar a atenção básica à saúde. Eis suas principais:

- Ampliação de Programas: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, da 3ª. Idade, de Nutrição e o Odontológico.
- Implementação e Reestruturação de Programas: Hanseníase, Tuberculose, Saúde Mental, da Criança e Adolescente, da Mulher, DST/AIDS e de Controle de Endemias.
- Capacitação de Recursos Humanos.
- Aperfeiçoamento do Gerenciamento Micro-regional de Ações de Saúde.
- Reformas em unidades de saúde.
- Ampliação do Laboratório de Insumos Básicos.
- Implementação da Vigilância Epidemiológica.
- Construção do Hospital de Guarus.
- Consolidação do Sistema de Referência e Contra-Referência.
- Reestruturação do Núcleo de Controle e Avaliação.
- Continuidade da Informatização da Rede Municipal de Saúde.
- Recuperação e renovação dos veículos.
- Aquisição de uma ambulância UTI.
- Conversão para Gestão Plena de Sistema Municipal.
- Criação do Consórcio Intermunicipal da Região Norte.

B- Relatório de Gestão de 1999:

O Relatório de Gestão realizado pelo Município de Campos dos Goytacazes foi referente ao ano de 1999, sendo o instrumento formal de avaliação das ações implementadas nesse ano.

O relatório apresentou avaliações realizadas por alguns programas, sendo utilizados como parâmetros os índices alcançados em período anterior, não incluindo parâmetros Nacionais, Estaduais ou Regionais.

Para análise, apresentaremos cada tópico planejado para 1999 e comentário correspondente existente no Relatório de Gestão. Caso haja itens planejados sem avaliação, ou vice-versa, serão destacados.

O Centro de Zoonoses e o Núcleo de Informação, Educação e Comunicação (IEC) não foram planejados para 1999, mas foram descritos no Relatório de Gestão desse ano como atividades realizadas.

Referindo-se ao **Centro de Zoonoses**, o Relatório de Gestão apresentou uma redução de 1% do índice de infestação predial do vetor transmissor da Dengue em relação aos outros ciclos de trabalho, diminuição de notificações de Dengue, maior abrangência da área trabalhada e participação e mobilização da população com relação às medidas de prevenção, mediante o trabalho educativo realizado. São registrados o quantitativo de cada atividade pelo Centro realizada e o demonstrativo financeiro das despesas.

Quanto ao **Núcleo de Informação**, o Relatório de Gestão registrou sua implantação e a clientela alcançada. Não planejado.

Sector de Tratamento fora do Domicilio. Atendeu em média 450 pacientes por mês, para exames e tratamentos.

Sector de Transporte. Neste sector foi realizada manutenção e recuperação de 22 ambulâncias e a aquisição de 32 novas. O município, em termos de transporte, cresceu em 1999, passando a obter 54 ambulâncias, 03 motocicletas e 24 outros veículos.

Rede de Serviços. Implantação de 13 unidades de Saúde, no interior e bairros periféricos.

Departamento de Organização Comunitária. Apresentou quantitativo para cada atividade realizada e despesas.

Departamento de Manutenção. Aumentou-se o número de profissionais. Citam-se construções e reformas em realização.

Disque Consulta. Foi marcado um total de 71.922 consultas em 1999.

Unidade Materno-Infantil de Guarus. Não citada no Relatório de Gestão.

Implantação PSF/PACS. A partir de 01/02/99, foram implantados 15 módulos (sendo 03 na periferia), com atendimento a 15.000 famílias e 45.000 pacientes.

Implantação do Pólo Regional de Capacitação de Recursos Humanos. Em 1999 estiveram em curso de pós-graduação em Saúde da Família 12 médicos e 12 enfermeiros.

Gerenciamento Micro-Regional das Ações de Saúde. Foi dividido o Município em 06 micro-regiões para melhor gerenciamento. Total de 67 unidades de saúde. Total de Atendimentos de janeiro a outubro: 2.312.110, aproximadamente.

Construção do centro de saúde-escola de Custodópolis. No item “Construção, Ampliação, Reforma e Recuperação de Postos de Saúde” do Relatório de Gestão de 1999 registrou-se a criação dessa unidade.

Projeto “Nascer em Campos”. Implantação em maio de 1999, com 1.432 crianças cadastradas. Na relação hospital-percentual de assistidos, o Município alcançou: na SCMC – 60,58% ; na SPBC – 58,07% ; no HPC – 62,26% ; CCMCS – 9,18% . Alcançou no total 59,13 dos assistidos.

Construção do laboratório de insumos básicos. Através de convênio firmado com a Fundenor, houve a expansão desse laboratório. Foram citados 28 tipos de produtos, com suas respectivas quantidades.

Reforma e ampliação da unidade médica de saúde de Tocos. Não citadas.

Construção de uma nova sede para a unidade médica de Guandu. Não citada.

Reforma e ampliação do PU de Guarus. Não citadas.

Ampliação e reestruturação dos programas especiais do idoso, diabetes e hipertensão arterial. Além desses últimos, foram citados:

- Clube da 3ª. Idade (idoso) = ampliações.
- Diabetes = ampliações. Em relação ao no. de atendimentos: Hosp. São José – 1.207; Hosp. Sta. Casa – 1.337; Clube da 3ª. Idade – 263. No total: 2.807 atendimentos.
- Hipertensão Arterial (Trathar). Não cita se foi ampliado, mas apresenta número de atendimentos. No total, 17.178 atendimentos.
- Órteses e Próteses. Não cita se foi ampliado. Total concedido em 1999 = 204.
- Ostomizados. Não cita acréscimos realizados. No. de atendimentos = 90; bolsas coletoras para ostomia = 12.250; sondas = 5.530; coletores = 2.400.

- Programa dos Transplantados e Hemodialisados. O Relatório de Gestão registra que a farmácia da SMS garantiu medicamentos de alto custo para os transplantados e que ficou acertada a hemodiálise ou diálise peritoneal na Clínica Pró-Rim e no IMNE, também com garantia de medicamentos para o paciente renal crônico. Total de Atendimentos = 2.000. Não há como avaliarmos se houve algum avanço em relação a períodos anteriores.
- Programa das Colagenoses. Atendimentos = 1.056.
- Programa Anemia Falciforme. Atendimentos = 160.
- Programa Toxoplasmose. Atendimentos = 80.
- Programa de Atenção Integral `a Saúde da Mulher. Total de Atendimentos = 16.904. Para esse programa são citados avanços realizados: criação do sistema de referência e contra-referência para urgências e emergências ginecológicas; criação de referência e contra-referência para gestação de alto risco; melhorias na capacidade de resolução na assistência`a mulher; participação na 2ª. e 3ª. fases do Programa Nacional de Prevenção e Combate ao Câncer de Colo Uterino e participação no Programa Prefeitura em Ação. Tais pontos foram apresentados no Plano de Saúde para 1998.
- Programas do Centro de Referência e Tratamento da Criança e do Adolescente (CRTCA). Cita número de atendimento das várias especialidades que se inserem nesse programa.
- Programa Curativo em Casa. Apresenta números de atendimentos.
- Programa dos Imunobiológicos Especiais. Apresenta número de aplicações.

Reestruturação da vigilância sanitária. Foram apresentados números de atendimentos para cada atividade realizada.

Informatização da secretaria de saúde. O Relatório de Gestão disse “ estamos informatizando a Secretaria Municipal de Saúde”.

Ampliação e implementação do programa da farmácia do povo. Apresentou um total de 14.990.971 produtos distribuídos.

Realização de cursos de capacitação profissional. Cursos: 01 para dentistas, 01 para motoristas da SMS, 01 para Agentes Comunitários, 01 para quatro profissionais da SMS e 01 para dois pediatras da SMS. Palestras – no Clube da Terceira Idade e em creches; e 01 encontro de atualização sobre assepsia, métodos de desinfecção e esterilização , limpeza de artigos, ambientes, biossegurança para os ACD e THD.

3ª. Conferência Municipal de Saúde. Realizada em 10 e 11 de setembro de 1999.

Recuperação das Unidades de Saúde. Recuperação de 13 unidades de saúde (09 em distritos, 01 em bairro, 01 na APIC, 01 no CRTCA e 01 no Clube da Terceira Idade). Reformas de área física, ampliação de serviços, aquisição e recuperação de equipamentos e treinamento de pessoal.

Implantação do Programa de Saúde do Escolar. Não foi citado no Relatório.

Atendimento Odontológico. Instalada a Clínica do Bebê, Ampliação da rede de serviços em 10 consultórios odontológicos, Implantação de atendimento em 04 distritos, 02 bairros periféricos e na APIC e Clube da Terceira Idade. Número de atendimento: 33.600/mês e aproximadamente 403.200/ano. Setor de Odontologia de modo geral se expandiu bastante, não apenas com relação aos bebês, como planejado para 1999. Os demais tópicos planejados não foram comentados.

Vigilância Epidemiológica. Ampliação e reestruturação da área física e do quantitativo de atendimentos do Programa DST/AIDS. Não há referência aos demais tópicos planejados para 1999.

Programa de Nutrição. O relatório diz que foi implantado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional nas unidades municipais de saúde; o Programa do Leite para Desnutridos de 06 a 23 meses (c/ atendimento previsto a 1.147 crianças) e Incentivo ao Aleitamento Materno. Consultas de Nutrição/Obesidade/Diabetes para crianças e adolescentes = 387. Consulta de Nutrição + Multimistura = 5.538.

Reestruturação dos programas especiais da hanseníase e da tuberculose. Programa da Tuberculose apresenta um total de 821 atendimentos, no período de 01/07/99 a 30/11/99. O Programa da Hanseníase apresenta total de atendimentos = 2.344 pacientes.

Implementação e reestruturação do programa de saúde mental. Foi apresentada a produção/ 1999:

- P.U. da Saldanha Marinho. Consultas = 6.531; Internações = 1.339; Permanência no Repouso = 878 pacientes; Atendimentos da Psicologia = 3.498; Atendimento do Serviço Social = 5.092.
- Centro Assistencial São José. Consultas Médicas = 3.598; do Serviço Social = 4.172; da Psicologia = 395. Total de 8.165 consultas.
- CSU de Guarus. Consultas Médicas = 2.715; da Psicologia = 1.012 e da Terapia Ocupacional = 67. Total de 3.794 atendimentos.

Conversão do modelo de gestão para Plena do Sistema Municipal. Não é comentado.

A maior ênfase recaiu sobre a ampliação e reformas das unidades de saúde e programas especiais. As ações implementadas visaram a melhorias na atenção básica realizada.

Sobre os instrumentos de gestão formulados pelo Município podemos, concluir que:

- Os Planos não são reavaliados em geral.
- Acumulam informações de departamentos, sem priorizar as ações.
- Instalam itens relevantes para o sistema de saúde municipal e que convergem para a agenda do CMS.
- O Município implementou a grande maioria das ações previstas para 1999.
- As ações prioritárias a serem implementadas são definidas pelo núcleo central da SMS.

Anexo 2

PROGRAMAS ESPECIAIS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

- 01- Programa de Assistência ao Hipertenso (“Projeto Trathar”).
- 02- Programa de Saúde Mental.
- 03- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.
- 04- Programa de Assistência Integral da Criança.
- 05- Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente.
- 06- Programa de Assistência ao Idoso.
- 07- Programa de Assistência às Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- 08- Programa Assistência ao Diabético.
- 09- Programa de Órteses e Próteses.
- 10- Programa de Assistência aos Transplantados e Hemodialisados.
- 11- Programa do Lúpus Eritematoso e da Artrite Reumatóide.
- 12- Programa de Assistência à Tuberculose.
- 13- Programa de Assistência à Hanseníase.
- 14- Programa de Farmácia do Povo do Município.

Anexo 3

Indicadores e Metas do Pacto da Atenção Básica /2001

Metas:

1. *Redução da Mortalidade Infantil¹⁶ e Materna¹⁷.*
2. *Controle de doenças e agravos prioritários.*
3. *Melhoria da gestão e reorganização do modelo assistencial.*
4. *Melhoria do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde.*

Indicadores:

1. *Número de nascidos vivos.*
2. *Taxa de mortalidade infantil.*
3. *Taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis.*
4. *Mortalidade infantil proporcional sem assistência médica.*
5. *Proporção de recém-nascidos de mães que realizaram 4 ou mais consultas de pré-natal.*
6. *Proporção de partos e curetagens pós-aborto de gestantes de 10 a 19 anos.*
7. *Cobertura vacinal de rotina de DPT em menores de um ano.*
8. *Cobertura vacinal contra influenza em idosos.*
9. *Taxa de internação por AVC na população de 30 a 59 anos.*
10. *Visita domiciliar por família/mês.*
11. *Proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família.*
12. *Consultas médicas nas especialidades básicas por habitante/ano.*
13. *Concentração de procedimentos odontológicos coletivos na faixa de 0 a 14 anos.*

¹⁶ Mortalidade Infantil aqui é termo usado para designar os óbitos de crianças menores de um ano, ocorridos em determinado local e período.

¹⁷ Mortalidade Materna é o número de óbitos femininos por causas maternas por 100.000 nascidos vivos, em determinado local e período.

Referências Bibliográficas

- ABRUCIO, Fernando Luiz. Os barões da federação. **Revista Lua Nova**. São Paulo, n. 33, p.165-183, 1994.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo e políticas sociais. In: RUI, Brito; AFFONSO, Álvares; SILVA, Pedro Luis Barros (orgs). **Descentralização e políticas sociais**. São Paulo: Fundap, 1996. Cap. 1, p. 13-40.
- ARRETCHE, Marta T. S.. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo (org). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo, Cortez, 1998. Cap. 2, p. 29-40.
- BODSTEIN, Regina Cele de A; SENNA, Mônica de Castro Maia; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Novos desafios à gestão em saúde: a experiência do município de Duque de Caxias. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: FGV, v. 33, n. 4, p.63-79, jul./ago. 1999.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. **Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 2.ed. Brasília, 1991.
- ----- . ----- . **Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 2.ed. Brasília, 1991.
- ----- . ----- . **Portaria no. 234 de 07 de fevereiro de 1992** -Norma Operacional Básica do SUS 01/1992.
- ----- . ----- . Portaria MS/no. 545 de 20/05/93- Norma Operacional Básica do SUS 01/1993. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 maio 1993.
- ----- . ----- . Portaria no. 2.203 – Norma Operacional Básica do SUS 01/1996. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 6 novembro 1996.
- ----- . ----- . **Resolução no. 273 de 17 de julho de 1991** - Norma Operacional Básica do SUS 01/1991.

Referências Bibliográficas

- CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: Ibm/Fase, 1995.
- CIDE- Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro. <http://www.cide.rj.gov.br>, acesso em julho de 2001.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais.** Brasília: Ministério da Saúde, 1987.
- COHEN, Ernesto; ROLANDO, Franco. **Avaliação de projetos sociais.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E.. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** 3. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.
- CORDEIRO, Hésio. **Sistema único de saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco, 1991.
- COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes; SILVA, Pedro Luís Barros. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público.** Rio de Janeiro, n. 3, p. 33-55, jul./set. 1999.
- -----**Política de Saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas.** Campinas, SP: Nepp/Unicamp; Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1999. mimeo.
- COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Pedro Luís Barros. **A avaliação de programas públicos: reflexões sobre a experiência brasileira.** Campinas, SP: Fecamp/Unicamp/Nepp, 2000. mimeo.
- ESCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria.** 2.ed. Rio de Janeiro: Abrasco; São Paulo: Cortez, 1995. Cap. 8, p. 181-192.
- FARIA, Regina M.. Avaliação de programas sociais: evoluções e tendências. In: RICO, Elizabeth Melo (org). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate.** São Paulo, Cortez, 1998. Cap. 3, p. 41-50.
- FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Revista Planejamento e Políticas Públicas,** Rio de Janeiro: IPEA, n.3, p. 139-162, jun. 1990.
- GOULART, Flávio A. Andrade. Municipalização: Veredas: caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. **Revista Saúde Movimento,** Rio de Janeiro: Abrasco/CONASEMS, n. 2, 1996.
- GUIDO, Ivan de Carvalho; LENIR, Santos. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8. 142/90).** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1995.

Referências Bibliográficas

- GUTIERREZ, Paulo Roberto. **A municipalização e a experimentação de modelos assistenciais, os dilemas e as discontinuidades do processo**. Tese de doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1998.
- HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v.6, n.11, p.40-61, 1993.
- IBGE. **Anuário Estatístico do Estado do Brasil**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 1998, v. 58.
- IBGE. **Censo Demográfico: mão-de-obra, resultados e amostra**. Rio de Janeiro, 1991. n. 20.
- IBGE. **Contagem da População-1996: resultados relativos a sexo da população e situação da unidade domiciliar**. Brasília: Ministério do Planejamento e Orçamento, 1997. v.1.
- -----: **resultados do universo relativos a características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro, 1991. n. 20.
- IBGE/IPEA. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Rio de Janeiro, 1998.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000**. <http://www.ibge.gov.br>, acesso em março e julho de 2001.
- LUCCHESI, Patrícia T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do sistema único de saúde – retrospectiva 1990/1995. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 14, p. 75-156, dez. 1996.
- MELO, Marcus André. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: RICO, Elizabeth Melo (org). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo, Cortez, 1998. Cap. 1, p. 11-28.
- MENDES, Eugênio Vilaça (org). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Abrasco; São Paulo: Hucitec, 1999. Cap.1: As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal, p. 19-91.
- MENDES, Eugênio Vilaça (org). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. Cap. 1: A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local; Cap. 2: A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde, p.17-55 e p. 57-86.
- Ministério da Saúde. DATASUS. <http://www.datasus.gov.br>

- Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br>.
- NORONHA, José Carvalho; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro, Relume Dumará , 1992. Cap. 3, p. 73-111.
- PEREZ, José Roberto Rus. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: RICO, Elizabeth Melo (org). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo, Cortez, 1998. Cap.5, p. 65-74.
- PESTANA, Maria Inês Gomes de Sá. Avaliação educacional: o sistema nacional de avaliação da educação básica. . In: RICO, Elizabeth Melo (org). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo, Cortez, 1998. Cap.4, p. 53-64.
- QUEIROZ, Luísa Guimarães. **Indução de novas práticas de gestão do sistema de saúde**: análise do componente normativo do Ministério da Saúde. Trabalho de conclusão do curso de especialização em saúde coletiva. Brasília: UNB, 1995.
- **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: CEBES, n. 17, jul. 1985.
- RIBEIRO, José Mendes. Estruturas tecno-burocráticas e instâncias colegiadas no SUS: uma abordagem dos fundamentos da política setorial. In: COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes (org.).**Política de saúde e inovação institucional**: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro, ENSP, 1996. p. 51 – 67.
- RIBEIRO, José Mendes. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p. 81-92, jan./mar. 1997.
- RICO, Elizabeth Melo (org). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez/IEE, 1998.
- RIO DE JANEIRO. Conselho dos Secretários Municipais de Saúde. **Manual do gestor SUS**. Rio de Janeiro, 1997.
- ----- . **Construindo o SUS no Rio de Janeiro**: manual do gestor. Rio de Janeiro, 1999.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Planejamento e Controle. **Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: CIDE, 1997. v. 14.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria de Planejamento e Controle Econômico e Turismo. **Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: CIDE, 1999-2000. v.16.

Referências Bibliográficas

- RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. <http://www.saude/rj.gov>, acesso em março de 2001.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. 3.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.
- VELOSO, Bianca Guimarães. **Distrito sanitário e território**: construindo a descentralização no município de Belo Horizonte/MG. Dissertação de mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1995.
- VIANA, Ana Luiza. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, mar/abr. 1996.