

Instituto de Saúde

A descentralização do Sistema de Saúde no Brasil

**Uma proposta de Investigação sobre o Impacto de Políticas
Junho - 1998**

PESQUISADORES:

**Luiza Sterman Heimann (Coordenadora),
Iracema Ester do N. Castro, Jorge Kayano,
Jucilene Leite da Rocha,
Lúcia Ferreira Riedel (in memoriam),
Marcelo F. Terence,
Olinda do Carmo Cruz,
Rejane Alves Fraissat,
Umberto Catarino Pessoto
Virgínia Junqueira**

EQUIPE DE APOIO :

**Carlos Tato Cortizo, Flaviano Manoel L. De Araújo,
José Chagas Júnior e Tânia Regina Gonçalves Silva**



Este trabalho foi financiado pelo International Development Research Centre (IDRC) Canadá e contou com o gerenciamento financeiro da Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde Cone Sul

Resumo

No contexto das discussões de diferentes Projetos de Reforma do Estado Brasileiro, a busca de evidências de resultado da implementação do SUS se impõe tanto como necessidade de desenvolvimento tecnológico no campo da Avaliação em Saúde quanto para sustentar o debate político.

O objetivo geral do projeto foi avaliar o processo de implementação e o impacto da gestão descentralizada do Sistema de Saúde no Brasil. Os objetivos específicos foram: investigar o impacto da gestão descentralizada no processo de planejamento e programação; na estrutura e mecanismos de financiamento; na administração de recursos humanos; no sistema de referência e contra-referência; na oferta de serviços e atenção à saúde; e na participação popular e controle social dos sistemas municipais de saúde.

O método da pesquisa consistiu no estudo de doze municípios em gestão semi-plena há mais de dois anos, dos quais 4 da região nordeste, 6 da região sudeste e 2 da região sul do país. Foram definidas 13 questões de investigação para serem observadas antes e depois da implantação da gestão semi-plena.

A descentralização no sistema de saúde avançou depois da implantação da gestão semi-plena, conferindo poder aos gestores municipais. Estes desenvolveram sua capacidade gerencial, aumentaram a oferta de ações e serviços de saúde, aproximando-a das necessidades de saúde da população, estabeleceram um novo padrão de relacionamento entre os setores público e privado e imprimiram maior dinâmica na participação da comunidade no controle público do sistema de saúde.

INDICE

1. Introdução.....	8
2. Objetivos	15
2.1.Objetivos Específicos	15
2.1.1. <i>quanto ao processo de planejamento e programação:.....</i>	<i>15</i>
2.1.2. <i>quanto ao financiamento:.....</i>	<i>15</i>
2.1.3. <i>quanto àgerência de recursos humanos:.....</i>	<i>15</i>
2.1.4. <i>quanto àorganização e oferta de serviços:.....</i>	<i>16</i>
2.1.5. <i>quanto àparticipação comunitária:.....</i>	<i>16</i>
3. Material e método	17
4. Apresentação e análise dos resultados	24
4.1. Processo de planejamento e programação.....	24
4.1.1. <i>Como o novo modelo de gestão dos serviços de saúde interfere na relação entre os níveis estadual e municipal com vistas ao planejamento e programação?.....</i>	<i>24</i>
4.2. Financiamento.....	26
4.2.1. <i>O governo municipal criou mecanismos adicionais de financiamento para aumentar o orçamento do setor saúde?</i>	<i>34</i>
4.3. Gerência de recursos humanos.....	34
4.3.1. <i>Houve mudanças, em termos absolutos e relativos, na composição do quadro de pessoal (administrativos e técnicos) federal, estadual e municipal em exercício no sistema municipal de saúde?</i>	<i>34</i>
4.3.2. <i>Os governos municipais adotaram mecanismos alternativos para harmonizar os padrões de gerência de recursos humanos (federal, estadual e municipal) de acordo com suas políticas de pessoal?</i>	<i>38</i>
4.4. Organização e Oferta de Serviços.....	39
4.4.1. <i>Quais as tendências na composição da oferta de serviços públicos quanto ao nível assistencial (ambulatorial e hospitalar) ou complexidade da assistência (básico e especializado)?.....</i>	<i>40</i>
4.4.2. <i>Como a composição da oferta de serviços públicos e privados foi modificada?</i>	<i>51</i>
4.4.3. <i>Foi criado um novo padrão de referência e contra-referência entre municípios e perfil de assistência?.....</i>	<i>56</i>

4.4.4. Como a composição da oferta de serviços preventivos e curativos foi modificada?.....	57
4.4.5. A gestão descentralizada resultou no aumento da cobertura da imunização ou de algum outro programa de saúde definido como prioritário pelo governo municipal?	59
<i>Fortim</i>	60
<i>Quixadá</i>	60
<i>Petrolina</i>	60
<i>Sete Lagoas</i>	61
<i>Belo Horizonte</i>	61
<i>Mauá</i>	62
<i>Votorantim</i>	63
<i>Blumenau</i>	64
4.5. Participação comunitária	65
4.5.1. Houve a criação de novos mecanismos de participação da comunidade na gestão do sistema municipal e na administração de unidades de saúde?.....	66
4.5.2. Houve mudanças na composição do Conselho Municipal de Saúde voltadas para o aumento da representatividade da comunidade? Que mecanismos foram adotados para definir a representação da comunidade e para fazê-los cumprir?.....	68
4.5.3. As deliberações do Conselho Municipal de Saúde e da Conferência Municipal de Saúde têm sido adotadas e incorporadas ao processo de planejamento e programação do sistema local de saúde?.....	73
5. Conclusões e recomendações.....	75
5.1. Processo de Planejamento e Programação	75
5.2. Financiamento.....	76
5.3. Gerência de Recursos Humanos	76
5.4. Organização e Oferta dos Serviços.....	76
5.5. Participação Comunitária	77
6. Anexo 1.....	78
Planejamento e programação	78
Financiamento.....	79
Recursos Humanos	80

Organização do sistema de atenção	81
Participação da comunidade	83
7. Glossário	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Evolução da condição de gestão municipal do sistema de saúde 1994 - 1996.....	14
Quadro 2	Municípios com dois anos em Gestão Semi-plena por Região e Estado Dezembro de 1996.....	17
Quadro 3	Municípios selecionados: estados a que pertencem, área, população, taxa geométrica de crescimento anual e taxa de urbanização.....	20
Quadro 4	Índice de Condições de Sobrevivência nos municípios selecionados.....	21
Quadro 5	Evolução das Despesas Municipais Totais Per Capita de 1992 a 1996 em Valores em R\$ de dezembro de 1996.....	29
Quadro 6	Participação das Transferências Federais em Saúde nas Despesas Municipais Totais em 1995.....	30
Quadro 7	Participação da Função Saúde-Saneamento nos Gastos Municipais Totais de 1992 a 1996 em %.....	31
Quadro 8	Participação da Secretaria Municipal de Saúde nos Gastos Municipais Totais de 1992 a 1996 em %.....	32
Quadro 9	Gastos anuais <i>per capita</i> das Secretarias Municipais de Saúde de 1992 a 1996 em valor em R\$ dezembro de 1996.....	33
Quadro 10	Participação segundo Esfera de Governo no Financiamento da Saúde Municípios em Gestão Semi-plena de 1992 a 1996 em %.....	33
Quadro 11	Número de Funcionários por Vínculo Empregatício em 1994 e 1996.....	35
Quadro 12	Evolução do Número Total de Funcionários da Saúde nos Municípios, nos Anos de 1994 e 1996.....	36
Quadro 13	Evolução do Número de Funcionários da Saúde por mil habitantes nos Anos de 1994 e 1996.	37
Quadro 14	Composição da Rede de Serviços Públicos dos Sistemas Municipais de Saúde nos anos de 1994 e 1996.	43
Quadro 15	Internações Hospitalares no SUS por 100 habitantes/ano nos Municípios em Condição de Gestão Semi-plena de 1994 a 1996.....	46
Quadro 16	Taxas de Invasão e de Evasão das Internações em 1995 e 1996.....	47
Quadro 17	Procedimentos Ambulatoriais, Consultas Médicas e Procedimentos de Alto Custo por habitante em 1995 e 1996.....	49
Quadro 18	Proporção de procedimentos do Grupo AVEIANM em relação ao Total de Procedimentos Ambulatoriais em 1994 - 1996.....	50
Quadro 19	Internações Hospitalares no SUS, por Município, na Rede Pública e Privada contratada/Conveniada de 1994 a 1996.....	52

Quadro 20	Produção Ambulatorial no SUS, por Município, na Rede Pública e Privada Contratada/Conveniada de 1994 a 1996.....	54
Quadro 21	Cobertura Vacinal nos Municípios Pesquisados 1994 - 1996	59
Quadro 22	Número de partos normais e cesarianas realizados no Hospital Dom Malan 1995 - 1996.....	61
Quadro 23	Índice de cobertura de programas de Saúde prioritários em Mauá em 1995	62
Quadro 24	Coeficiente de Mortalidade Infantil em Votorantim 1980, 1991, 1994, 1995 e 1996.....	63
Quadro 25	Evolução do número de atendimentos do PROJETO SORRISO	64
Quadro 26	Municípios da Pesquisa segundo existência de outras instâncias de participação no setor, além do Conselho Municipal de Saúde, antes e depois da gestão semi-plena.....	67
Quadro 27	Mudanças na composição do CMS após a assunção da gestão semi-plena.....	69
Quadro 28	Presidência do Conselho Municipal de Saúde conforme critério de Prerrogativa do Secretário de Saúde ou eleição direta	70
Quadro 29	Realização de Cursos de Capacitação de Conselheiros e instituição de Comissões ou Câmaras Técnicas após a assunção da gestão semi-plena.....	71
Quadro 30	Realização de Conferências de Saúde, antes e após a assunção da gestão semi-plena, em números de Conferências Municipais.....	73

1. Introdução

A municipalização da Saúde no Brasil é fruto de um longo processo, surgindo na década de 50, pautada pelas concepções do chamado "sanitarismo desenvolvimentista"¹ Suas teses foram aprovadas na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963. Segundo Fadul:

*"a idéia fundamental era criar uma rede flexível, que a nível municipal se adequasse à realidade do município e que fosse se tornando mais complexa à medida que o próprio município se desenvolvesse..."*²

Mas é na década de 70 que surgem, em algumas cidades, como Londrina (PR), Campinas (SP), Niterói (RJ), experiências de formulação de políticas locais de saúde e de organização de redes municipais, baseadas nos princípios da atenção primária, divulgada pela Conferência de Alma Ata/OMS, e da medicina comunitária. Em 1978, 60 municípios reunidos no I Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Sudeste aprovam o "Memorial de Campinas", no qual constam como reivindicações:³

- "prioridade dos municípios para a atenção primária através de postos de saúde;
- "priorização pelo Fundo de Assistência e Desenvolvimento Social (FAS) às solicitações dos municípios para investimentos na rede física de serviços;
- "descentralização tributária;
- "aumento da dotação tributária das prefeituras para a saúde;
- "integração interinstitucional".
- Houve acentuada difusão da política municipalista nesse período, apesar da centralização e da ressonância exercidas pelo governo federal através das políticas de saúde conduzidas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, evidenciadas nos seguintes padrões de intervenção:
 - "centralizador das decisões, a nível financeiro e operacional, no Governo Federal e dentro dele no interior do INAMPS, (...) o real "executor" da política governamental para o setor como um todo;
 - "privilegiador de uma forma de financiamento que se apóia na (...) captação de recursos independentes do orçamento fiscal (...) via contribuições sociais (...) extremamente vulneráveis às crises econômicas;
 - "cristalizador de redes de atendimento separadas e não integradas (...),

¹ Defendido pelo sanitarista Mário Magalhães e apoiado por Wilson Fadul, último Ministro da Saúde do Governo João Goulart.

² Fadul, Wilson. Minha política nacional de Saúde. Saúde em Debate n 7/8: 67-76, abr./jun., 1978.

³ in Neto, Julio Müller. Políticas de Saúde no Brasil: A descentralização e seus atores. Saúde em Debate n 31: 54-66, mar., 1991.

- "privatizante, do ponto de vista da execução dos serviços;
- "deteriorador da capacidade instalada do setor público;
- "constituidor de uma rede de equipamentos (...) (a qual) não obedeceu a critérios vinculados à distribuição dos problemas de saúde da população;
- "tendente a expandir cobertura, abrangendo um número cada vez maior de usuários, ainda que segmentando e diferenciando o acesso para distintos segmentos das classes subalternas;
- "de planejamento, gestão, avaliação e controle cada vez mais difíceis (...);
- "inefetivo naquilo que toca às necessidades nosológicas da população brasileira nas diferentes regiões do país e às necessidades de acesso, quantidade e qualidade de serviços (...);
- "atuando sem hierarquia, regionalização, sistemas de referência, mecanismos de integração e sendo predominantemente hospitalocêntrico."⁴

De âmbito nacional, a assistência médica previdenciária era a principal forma de prestação de atenção à saúde, caracterizando-se pelo atendimento clínico individual, com privilégio da atenção hospitalar e especializada, estando ausente qualquer medida de saúde pública de promoção da saúde ou prevenção de doenças, que por sua vez eram executadas em serviços de saúde pública organizados em estrutura governamental diversa e com aporte financeiro extremamente reduzido. Os serviços de saúde pública, de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, cuidavam basicamente das doenças infecciosas de caráter endêmico e epidêmico, com alguma ênfase na educação em saúde. A assistência médica nestes serviços era completamente subordinada ao enfoque coletivo, sendo oferecida com o objetivo de controlar a incidência/prevalência das doenças infecciosas, em detrimento da demanda espontânea por assistência médica individual.

Na segunda metade da década de 70, o país passa a sofrer as consequências do modelo econômico e do endividamento junto às instituições financeiras internacionais. O modelo previdenciário vivencia uma agudização de sua crise financeira. Muitas foram as explicações para este momento de crise. Destacam-se aqui as que foram mais relevantes para a compreensão do processo de descentralização:

- o privilegiamento do setor privado e especializado na prestação de assistência médica, oneroso e de baixo impacto no incremento da qualidade de saúde da população;
- a dificuldade de controle das contas e dos gastos já que os hospitais relacionavam-se diretamente com a instância federal num país com dimensões continentais;
- o paralelismo de ações da Previdência Social e dos órgãos vinculados da saúde.

⁴ Draibe, Sonia et alii. Desenvolvimento de Políticas de Saúde nos anos 80: o caso brasileiro. Campinas, NEPP/UNICAMP/OPS, 1990.

Dentre as inúmeras medidas para a contenção da crise financeira e para responder a necessidade crescente de ampliação da assistência médica destaca-se a formulação do Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência Social, em **1982**, pelo **CONASP** (Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária), com as seguintes recomendações, entre outras:

- instituição das **Ações Integradas de Saúde (AIS)**, com o estabelecimento de convênios com as Secretarias de Saúde, estaduais e municipais, objetivando a integração e racionalização da atuação do setor público;
- criação do **Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS)**, que instituiu novo modelo de pagamento das internações hospitalares realizadas pelos serviços privados e filantrópicos contratados e conveniados ao INAMPS e hoje ainda vigente sob a denominação de **Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)**.

As AIS caracterizavam-se pela tentativa de gestão e programação conjunta das ações das três esferas federal, estaduais e municipais. No período de 1984 a 1987 viabilizaram concretamente a expansão da capacidade instalada da rede pública, principalmente ambulatorial, e contribuíram para a articulação interinstitucional. Este processo incorporou 2.500 municípios do país, principalmente nos estados do Rio de Janeiro, Paraná, São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Piauí e Pernambuco, resultando na elevação do percentual de recursos do orçamento global do Ministério da Previdência e Assistência Social aplicado nas secretarias estaduais e municipais de saúde da média de 6,22% em 1984 para 11,82% em 1986.⁵

Apesar de ter como objetivo inicial a integração interinstitucional, as AIS acabaram transformando-se em compra de serviços públicos de estados e municípios à semelhança da relação entre o INAMPS e os prestadores privados, estimulando no setor público a produção de assistência médica individual em detrimento das ações coletivas que já eram precárias à época.

Com êxitos localizados, essa estratégia não foi capaz de combater o paralelismo de ações, a multiplicidade gerencial e a centralização do poder decisório na instância federal, tornando-se claro então que o sistema deveria ter um gestor único em cada esfera de governo, com funções diferenciadas para cada uma delas.

Concomitante ao debate em torno da crise da previdência e da saúde, o país viveu na década de 80 o processo de abertura política e neste clima surgem diversos movimentos reivindicatórios por garantia de direitos sociais. Entre eles destaca-se o movimento pela reforma sanitária e pelo direito à saúde envolvendo a participação da população organizada e de técnicos do setor saúde. Sua ação mais marcante ocorreu na **8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986**, a partir da qual registram-se iniciativas voltadas para a implementação do processo de descentralização, cujo exemplo singular no período foi a implantação do **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)**. "Esse movimento tático buscava responder à especificidade da conjuntura, considerando:

- "os interesses políticos dos novos governadores, ávidos por apresentar inovações administrativas e realizações de compromissos de campanha, que induzia a agilização da descentralização;

⁵ MPAS/INAMPS. Relatório de Atividades 1986. Rio de Janeiro, INAMPS, 1987.

- "o esgotamento das potencialidades de gestão colegiada das AIS, que exigia um aprofundamento da implementação do comando único dos sistemas estaduais;
- "a pressão crescente do Ministério da Saúde após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que recomendava passagem da retórica à realidade da estratégia de "unificação descentralizada" ;
- "as restrições do Governo Federal para contratação de pessoal, que impediam a otimização e o incremento da eficiência das unidades próprias do INAMPS, considerados fundamentais para o fortalecimento do setor público;
- "a relativa abundância de recursos do FPAS destinados ao INAMPS, que permitia um incremento de alocação dos mesmos ao setor público, sem prejuízos significativos para os prestadores privados de serviço, reduzindo resistências políticas que certamente ocorriam em conjunturas de escassez no financiamento;
- "a eliminação das barreiras burocráticas de acesso aos serviços do INAMPS de expressivos contingentes populacionais - principalmente os trabalhadores rurais, o que demandava uma expansão quantitativa da oferta."⁶

O SUDS representou a descentralização de recursos físicos, humanos e financeiros da máquina previdenciária para os estados, com ganhos na racionalização da gestão e do uso dos recursos. Entretanto, não induziu objetivamente o processo de descentralização para os municípios, implementado ao sabor dos interesses político-clientelistas dos gestores estaduais.

Não obstante, o movimento dos dirigentes municipais de saúde prosseguia e, em 1988, em Olinda, foi criado o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Na "Carta de Olinda", os Secretários Municipais de Saúde consignam:

"... os Municípios, berço real da cidadania, reafirmam sua convicção de que o verdadeiro controle só ocorrerá efetivamente na medida em que o poder local conquiste e tenha acesso a condições materiais, financeiras e políticas para gerir autonomamente o sistema local de saúde".

"... (a Reforma Sanitária como) medida urgente reclamada por amplos setores da Sociedade Civil com a qual estão comprometidos os "Municípios (...)"

" (a luta por) reformas essenciais também das Políticas Tributária, Urbana, Agrária, sem o que o Brasil não poderá jamais ser considerado uma federação real, devido à marginalização de grande parte de seus cidadãos (...)"⁷

O movimento pela reforma sanitária representou um fato singular em toda a história das políticas de saúde no Brasil. A grande mobilização dos movimentos populares por saúde somada a atuação de técnicos e profissionais da área da Saúde e da Previdência Social, num contexto de amplo apoio da sociedade às mudanças de caráter democrático, possibilitou a marcante influência junto aos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte de 1987.

⁶ Levcovitz, E. Transição x Consolidação: O Dilema Estratégico da Construção do SUS. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Medicina Social/UERJ, dez. 1997.

⁷ apud Neto, Julio M. op. cit.

Pela primeira vez a **Constituição Brasileira (1988)** determinava explicitamente a existência da Seguridade Social no país, tendo como um de seus capítulos as diretrizes para o setor saúde que resumidamente são:

universalização da assistência, agora não mais restrita apenas aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho e seus dependentes, mas acessível a todo cidadão brasileiro;

a descentralização da gestão do sistema, com direção única em cada esfera de governo;

integralidade da atenção, com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação oferecidas pelo mesmo sistema de saúde;

participação da comunidade.

A Constituição estabeleceu, como pilares principais da reforma do setor saúde, a **cobertura universal e equidade** no acesso a cuidados de saúde e definiu o papel do Estado no artigo 196:

"Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"⁸

A implementação do **Sistema Único de Saúde - SUS**, de acordo com essas diretrizes, deveria constituir uma rede de serviços de saúde públicos e privados, descentralizada, regionalizada e hierarquizada. O setor privado participaria do sistema de forma complementar, por intermédio de contratos ou convênios com o setor público, com prioridade para as instituições filantrópicas e sem fins lucrativos.⁹

Quanto ao financiamento, o setor saúde receberia parte dos recursos do **Orçamento da Seguridade Social (OSS)**, um dos três componentes do orçamento nacional, também instituído pela Constituição. A definição do volume de recursos seria viabilizada por proposta orçamentária e preparada após negociações entre os principais agentes das três áreas envolvidas (Saúde, Previdência Social e Assistência Social).

A partir desse momento, e com a promulgação da **Lei Orgânica de Saúde, Lei 8.080/90, que vincula a descentralização à municipalização e da Lei 8.142/90**, registraram-se as experiências de descentralização da gestão, com ênfase na criação de instrumentos e de estruturas que dessem a estados e municípios uma maior capacidade gerencial, tais como Conselhos e Fundos de Saúde, planos estaduais e municipais, relatórios de gestão.

Os relatórios aprovados na **IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992**, que contou com ampla participação de todos os segmentos do setor, recolocaram a descentralização, então entendida como municipalização, como a diretriz mais importante a perpassar as ações de saúde no país.

⁸ Brasil. Constituição Federal. Brasília, Senado Federal, 1988.

⁹ idem, art.199, 1º parágrafo.

O Ministério da Saúde adotou as **Normas Operacionais Básicas (NOB)** como instrumento tático para regulação do processo de descentralização e para definição dos instrumentos de repasse de recursos financeiros entre a União e os estados e municípios, e do respectivo acompanhamento. A **primeira NOB, emitida em 1991**, teve como característica básica a transformação dos serviços de natureza pública, tanto estaduais quanto municipais, em prestadores ressarcidos conforme a produção, igualando-os àqueles de natureza privada e filantrópica. Mas introduziu, também, o relacionamento direto do Ministério da Saúde com as Secretarias Municipais de Saúde através de "convênios de municipalização", estimulando a disseminação dos requisitos - Fundo e Conselho Municipais de Saúde - previstos para repasse de recursos financeiros na Lei 8.142/90, e que, ao final de 1982, já estavam presentes em cerca de 2.000 municípios.

No entanto, o processo de descentralização para os municípios alcança maior potencial de indução a partir da edição da **Norma Operacional Básica 01/93**, que **"regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor"**¹⁰

A NOB 01/93, além de outras definições, estabeleceu três diferentes condições de gestão para os municípios: incipiente, parcial e semi-plena. Na condição de gestão semi-plena, forma mais avançada de descentralização do SUS, os municípios assumem o controle total da gestão do sistema de saúde, incluindo definição de políticas, execução, acompanhamento, controle e avaliação no âmbito de seus territórios. Assim, compete às Secretarias/Departamentos Municipais de Saúde:

- assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados;
- assumir o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual;
- assumir a execução e controle das ações de saúde, nutrição, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e de saúde do trabalhador (vigilância de ambientes e processos de trabalho, assistência e reabilitação do acidentado do trabalho).

Na condição de gestão semi-plena, o município passa a receber mensalmente, por transferência fundo a fundo,¹¹ o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes ao teto ambulatorial e hospitalar estabelecido.

Devido ao grande número de municípios e à diversidade de realidades locais a descentralização vem ocorrendo de forma gradual, heterogênea, conflituosa e inovadora, porém singularmente diferente da municipalização concebida em 1991.

Em 1994 apenas 24 municípios assumiram a condição de gestão semi-plena no país. Em 1996 esse número era de 137 num universo de aproximadamente 5.000 municípios, incluindo as capitais de 11 estados, com uma cobertura de 16% da população do país e utilizando 23% dos recursos do Fundo Nacional de Saúde destinados à assistência.

¹⁰ Ministério da Saúde. Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993.

¹¹ Brasil, Presidência da República. Decreto nº 1.232, de 31 de agosto de 1994

**Quadro 1 Evolução da condição de gestão municipal do sistema de saúde
1994 - 1996**

REGIÕES	NÚMERO DE MUNICÍPIOS HABILITADOS CONFORME NOB 01/93								
	Dezembro de 1994			Dezembro de 1995			Dezembro de 1996		
	Incipiente	Parcial	Semi plena	Incipiente	Parcial	Semi plena	Incipiente	Parcial	Semi plena
NORTE	20	11	0	25	14	1	34	17	4
NORDESTE	595	26	7	733	34	17	846	40	32
SUDESTE	724	248	13	800	270	29	802	260	75
SUL	373	192	4	429	228	7	477	236	18
C.OESTE	124	60	0	144	66	2	164	65	8
BRASIL	1836	537	24	2131	612	56	2323	618	137

Fonte: Levcovitz, E. Transição x Consolidação: O Dilema Estratégico da Construção do SUS. op. cit.

É sobre esse processo de gestão descentralizada do Sistema de Saúde no Brasil, tendo como alvo os municípios que aderiram à condição de gestão semi-plena, a partir de 1993, que este Projeto se debruça, em busca do impacto alcançado.

2. Objetivos

Foi objetivo geral do projeto de investigação avaliar o processo e o impacto da gestão descentralizada do Sistema de Saúde no Brasil.

2.1. Objetivos Específicos

- documentar as mudanças no processo de planejamento e programação da assistência, especialmente no que diz respeito à interação entre a direção municipal e a direção estadual do sistema;
- investigar o impacto da gestão descentralizada dos serviços de saúde na estrutura e nos mecanismos de financiamento da assistência à saúde;
- investigar o impacto da gestão descentralizada dos serviços de saúde na administração de recursos humanos;
- investigar o impacto da gestão descentralizada dos serviços de saúde no sistema de referência e contra-referência intermunicipal;
- investigar o impacto da gestão descentralizada dos serviços de saúde na oferta de cuidados de saúde; e
- investigar como a gestão descentralizada dos serviços de saúde conduziu à adoção de estruturas e práticas voltadas para o incremento da participação da comunidade na administração dos sistemas municipais de saúde.

Esses objetivos específicos deram origem a treze questões que a investigação se propôs a responder, que são:

2.1.1. *quanto ao processo de planejamento e programação:*

Como o novo modelo de gestão dos serviços de saúde interfere na relação entre os níveis estadual e municipal com vistas ao planejamento e programação?

2.1.2. *quanto ao financiamento:*

Houve mudanças, em termos absolutos e relativos, na composição do financiamento municipal para a saúde originado de recursos dos três níveis de gestão do SUS (federal/estadual/municipal)?

O governo municipal criou mecanismos adicionais de financiamento para aumentar o orçamento do setor saúde?

2.1.3. *quanto à gerência de recursos humanos:*

Houve mudanças, em termos absolutos e relativos, na composição do quadro de pessoal (administrativos e técnicos) federal, estadual e municipal em exercício no sistema municipal de saúde?

Os governos municipais adotaram mecanismos alternativos para harmonizar os padrões de gerência de recursos humanos (federal, estadual e municipal) de acordo com suas políticas de pessoal?

2.1.4. quanto à organização e oferta de serviços:

Foi criado um novo padrão de referência e contra-referência entre municípios e níveis de assistência?

Como a composição da oferta de serviços preventivos e curativos foi modificada?

Quais as tendências na composição da oferta de serviços públicos quanto ao nível assistencial (ambulatorial e hospitalar) ou complexidade da assistência (básico e especializado)?

Como a composição da oferta de serviços públicos e privados foi modificada?

A gestão descentralizada resultou no aumento da cobertura da imunização e de algum outro programa de saúde definido como prioritário pelo governo municipal?

2.1.5. quanto à participação comunitária:

Houve a criação de novos mecanismos de participação da comunidade na gestão do sistema municipal e na administração de unidades de saúde?

Houve mudanças na composição do Conselho Municipal de Saúde voltadas para o aumento da representatividade da comunidade? Que mecanismos foram adotados para definir a representação da comunidade e para fazê-los cumprir?

As deliberações do Conselho Municipal de Saúde e da Conferência Municipal de Saúde têm sido adotadas e incorporadas ao processo de planejamento e programação do sistema local de saúde?

3. Material e método

Dos 124 municípios incluídos na condição de gestão semi-plena, em agosto de 1996, 24 completaram, em novembro/dezembro do mesmo ano, dois anos nesta nova realidade. Estes municípios foram considerados como universo de estudo uma vez que o tempo decorrido permitiria observar mudanças significativas consequentes do novo processo de gestão. A distribuição destes 24 municípios com mais de dois anos na condição de gestão semi-plena, no território nacional, segundo a região geográfica e o estado a que pertencem é a que se segue:

**Quadro 2 Municípios com dois anos em Gestão Semi-plena por Região e Estado
Dezembro de 1996**

REGIÕES	ESTADOS	MUNICÍPIOS
Nordeste (7 Municípios)	Ceará (4)	Fortim
		Iracema
		Itapiúna
	Pernambuco (2)	Quixadá
		Olinda
	Rio Grande do Norte (1)	Petrolina
	Natal	
Sudeste (13 Municípios)	Minas Gerais (5)	Alfenas
		Belo Horizonte
		Betim
		Divinópolis
		Sete Lagoas
	São Paulo (8)	Assis
		Diadema
		Mauá
		Santos
		São José dos Campos
		São Vicente
		Sertãozinho
		Votorantim
Sul (4 Municípios)	Santa Catarina (2)	Blumenau
		Joinville
	Rio Grande do Sul (2)	Panambi
		Santa Rosa

Considerando as disponibilidades financeiras para a realização da pesquisa, foram inicialmente selecionados para estudo onze municípios entre os 24 habilitados na condição de gestão semi-plena há mais de dois anos, de acordo com os seguintes critérios:

- municípios localizados em diferentes regiões do país;
- municípios localizados em estados que vinham implementando diferentes modelos de gestão descentralizada do sistema de saúde;¹²
- municípios de diferentes portes em termos de população;
- municípios de diferentes portes em termos de complexidade dos serviços;
- municípios localizados em diferentes regiões do estado: áreas metropolitanas, interior e litoral.

Com a definição desses critérios buscou-se captar possíveis diferenças loco-regionais na implementação da gestão descentralizada.

¹² Estudos de acompanhamento realizados pelo Ministério da Saúde, em 1995, identificaram que a gestão descentralizada da assistência à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde vem assumindo diferentes características nos diversos estados brasileiros. Os relatórios identificaram, no início de 1995, a existência de cinco diferentes modelos de gestão descritos abaixo: a) modelo de gestão centralizada - a administração do sistema está centralizada nos estados, responsáveis pelo planejamento, controle e avaliação de toda a rede de serviços, mesmo quando a gerência de unidades estaduais esteja descentralizada para os municípios; corresponde aos estados do Acre, Amazonas, Roraima, Pará, Amapá, Maranhão, Piauí, Paraíba, Bahia, Goiás, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Espírito Santo, Sergipe.

b) modelo descentralizado por partilha - a gestão da rede é partilhada de acordo com interesses específicos, isto é, não há racionalidade técnica definida para a organização do sistema, a qual é definida em parceria por gestores estaduais e municipais. Nesses casos, a gestão do sistema é fragmentada. Identificado no estado do Rio Grande do Norte. (continua)

c) modelo municipalizado atomizado - a gestão do sistema é descentralizada para os municípios e o estado não assume seus deveres na coordenação, visando garantir a regionalização da assistência e organização de um sistema de referência que promova consistência ao sistema estadual de saúde. As ações dos municípios são dispersas, isoladas e falta a desejada articulação do sistema de saúde; corresponde ao modelo identificado nos estados de Rondônia, Mato Grosso, Rio de Janeiro e Santa Catarina.

d) modelo municipalizado com ênfase na regionalização - a gestão do sistema é descentralizada para os municípios os quais são responsáveis pelo comando das atividades e serviços no âmbito de seus territórios. Há, entretanto, uma forte participação do estado na coordenação e regulação das relações entre os municípios e no estabelecimento de mecanismos de controle e avaliação dos sistemas municipais de saúde; corresponde aos estados de Tocantins, Minas Gerais e Paraná.

e) modelo descentralizado por níveis de hierarquia - o sistema é organizado de acordo com a hierarquia das atividades e serviços de saúde. O estado é responsável pela gestão do sistema de referência regional gerindo unidades mais complexas, enquanto que os municípios manejam o cuidado hospitalar de menor complexidade e a assistência ambulatorial; corresponde ao modelo dos estados do Ceará, Pernambuco, Alagoas e Rio Grande do Sul.

Desta forma, visando considerar as estratégias de descentralização definidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, adotou-se, inicialmente, o critério de selecionar como objeto de estudo pelo menos um município em cada estado. Neste sentido, foi incluído automaticamente no grupo de estudo o município de **Natal**, por ser o único município em condição de gestão semi-plena no estado do Rio Grande do Norte. Nos demais estados, com dois ou mais municípios habilitados na condição de gestão semi-plena, conjugou-se os critérios de porte populacional, complexidade da rede e localização geográfica, conforme descrito a seguir:

Em Pernambuco, entre os municípios de Olinda e Petrolina, selecionamos **Petrolina** por ser o município com um sistema de saúde complexo, localizado no interior do estado, pólo regional, diferente de Olinda cidade da região metropolitana de Recife, capital do estado.

Em Santa Catarina, entre os municípios de Blumenau e Joinville, selecionamos **Blumenau** por ser mais próximo à capital do estado, uma vez que ambos os municípios tinham aproximadamente a mesma complexidade de serviços e a mesma população.

No Rio Grande do Sul, entre os municípios de Panambi e Santa Rosa, selecionamos **Panambi** por ser o município com o sistema de oferta menos complexo e menor população.

No estado do Ceará, dos 4 municípios com mais de dois anos em gestão semi-plena (Fortim, Iracema, Itapiúna e Quixadá), selecionamos **Quixadá**, por ser esse município o de maior porte entre os quatro acima citados, com um sistema de oferta de serviços de saúde mais complexo e localizado no interior do estado. Selecionamos **Fortim**, o município com a menor população, com um sistema de saúde menos complexo, localizado no litoral. Itapiúna e Iracema não foram selecionados por terem as mesmas características de Fortim quanto à população e aos serviços de saúde estando porém localizados no interior do estado.

Em Minas Gerais, dos cinco municípios considerados possíveis para o estudo, foram selecionados: **Belo Horizonte**, por ser a capital do estado, uma cidade metropolitana, com o mais complexo sistema de oferta de serviços de saúde do estado e **Sete Lagoas**, cidade do interior com um sistema de saúde menos complexo. Não foram selecionados Alfenas e Divinópolis por terem características semelhantes a Sete Lagoas e Betim por ser cidade da área metropolitana de Belo Horizonte.

Em São Paulo, dos oito municípios incluídos na condição de gestão por mais de dois anos foram selecionados: **Santos**, pólo metropolitano da Baixada Santista (litoral) com um sistema de saúde complexo; **Diadema**, município da região metropolitana de São Paulo com o sistema de saúde menos complexo que Santos e **Votorantim**, uma cidade do interior paulista, com a menor população e com um sistema de saúde menos complexo em relação aos demais. Não foram selecionados os municípios de Assis e Sertãozinho pois apresentam população semelhante a Votorantim, também estão localizados no interior do estado apesar de terem serviços de saúde de complexidade semelhante a Diadema. São José dos Campos não foi selecionado por ter população e complexidade do sistema de saúde semelhante a Santos apesar de estar localizado no interior do estado.

Incorporou-se, ainda, ao grupo de estudo, o município de **Mauá**, no qual foi realizado o teste dos instrumentos de coleta de dados. Por decorrência, o total de municípios estudados chegou a 12.

A caracterização sócio-econômico-demográfica dos municípios selecionados é apresentada no Quadro 3, no qual pode se verificar as diferenças demográficas entre os municípios estudados.

Quadro 3 Municípios selecionados: estados a que pertencem, área, população, taxa geométrica de crescimento anual e taxa de urbanização

Município	Estados	Área (km ²)	População 1996	Tx. Geom. Cresc. anual 91-96	Taxa Urbaniz %
Fortim	Ceará	292	11.002	2,70	64,6
Quixadá	Ceará	1.798 (1)	64.356	-0,28	67,4
Natal	Rio G. Norte	168	656.037	1,58	100
Petrolina	Pernambuco	4.816	191.238	1,74	71,4
Belo Horizonte	MinasGerais	335	2.091.770	0,70	99,7
Sete Lagoas	Minas Gerais	519	167.340	3,02	97,3
Diadema	São Paulo	31	323.221	1,15	100
Mauá	São Paulo	67	344.684	3,16	100
Santos	São Paulo	271 (2)	412.288	-0,25	99,6
Votorantim	São Paulo	177	87.186	1,56	98,1
Blumenau	Santa Catarina	531	231.401	1,73	87,9
Panambi	Rio G. Sul	490	31.670	1,52	83,1

Fontes: IBGE - Anuário Estatístico do Brasil 1992; FSEADE; IPLANCE

Obs.: 1 - Após a emancipação de Choró, em 1992. Fonte: IPLANC

2 - Após a emancipação de Bertioga, em 1992. Fonte: FSEADE

Os municípios selecionados diferenciam-se muito quanto à dimensão de seus territórios. **Quixadá e Petrolina**, por exemplo, contam com vários núcleos populacionais localizados a dezenas de quilômetros de suas sedes, com sérios problemas de acessibilidade aos serviços. Por outro lado, 5 municípios são de grande porte, totalmente urbanizados, com mais de mil habitantes por km² : **Santos, Natal, Mauá, Belo Horizonte e Diadema**.

Apresentamos no Quadro 4, para os municípios do estudo, os indicadores sociais que compõem o Índice de Condições de Sobrevivência (ICS).¹³ O Índice de Condições de Sobrevivência (ICS) é um número que resulta da ponderação de quatro indicadores. Os indicadores que compõem o ICS referem-se ao percentual (%) de crianças com menos de 6 anos de idade que moram em domicílios com:

- chefes de domicílio que ganham até um (1) salário mínimo
- chefes de domicílio (homens) analfabetos
- chefes de domicílio (mulheres) analfabetas
- domicílios com abastecimento de água inadequado.

Pode variar de Zero (a melhor situação) até Um (a pior situação). Quanto piores os indicadores de um município, menores seriam as oportunidades de sobrevivência e de desenvolvimento das crianças daquele município.

¹³ IBGE/UNICEF. Municípios Brasileiros - Crianças e suas Condições de Sobrevivência. 1994.

Quadro 4 Índice de Condições de Sobrevivência nos municípios selecionados

Município	Chefe domicílio c/ renda até Um Sal. Mín. %	Chefe domicílio Homem Analfabeto %	Chefe domicílio Mulher Analfabeta %	Abastecimento de Água Inadequado %	ICS
Fortim	72,0	64,2	4,0	80,0	0,622
Quixadá	73,2	55,0	4,1	73	0,582
Natal	30,7	20,8	4,1	20,7	0,242
Petrolina	48,5	39,3	4,1	42,4	0,395
Belo Horizonte	21,4	8,1	2,7	8,7	0,132
Sete Lagoas	33,2	12,7	3	13,7	0,193
Diadema	4,1	13,8	2,4	3,8	0,084
Mauá	3,8	11,3	1,9	6,5	0,076
Santos	5,2	6,7	1,8	3,2	0,058
Votorantim	8,6	6,9	1,2	6,4	0,067
Blumenau	5,0	3,3	0,7	3,4	0,033
Panambi	27,3	5,9	0,6	24,3	0,151

Fonte: Censo de 1991. IBGE/Unicef - Municípios Brasileiros: Crianças e suas Condições de Sobrevivência

O quadro evidencia a heterogeneidade de condições de vida nos municípios selecionados onde o município com a **melhor situação segundo o ICS é Blumenau e o pior é Fortim.**

Conforme previsto no Projeto, o método adotado para análise das experiências municipais constou da observação anterior e posterior à intervenção (adesão à condição de gestão semi-plena) quanto aos aspectos definidos nas questões formuladas, ou seja, referentes ao planejamento e programação, financiamento, gerência de recursos humanos, organização e oferta de serviços e participação comunitária. Para cada pergunta de pesquisa, foram definidos conceitos, variáveis, período de observação, tipo e fonte de dados. (Anexo 1)

O material utilizado constou de:

- dados secundários: documentos da legislação, relatórios de gestão, atas de reunião, banco de dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), cadastro de serviços de saúde, cadastro de pessoal, dados de produção dos sistemas de informação municipais, planos municipais de saúde, convênios, contratos, balanços orçamentários.
- dados primários: obtidos através de questionários próprios da pesquisa, aplicados pelos entrevistadores.

Foram elaborados três questionários para coleta de informações, específicos para: o ex-Secretário Municipal de Saúde, responsável pela gestão no período em que o Município aderiu à condição de gestão semi-plena; o atual Secretário Municipal de Saúde; e um membro do Conselho Municipal de Saúde representante da população. Os questionários apresentam questões fechadas e abertas, considerando as variáveis previstas e de acordo com cada pergunta de investigação.

Foi escolhido o município de **Mauá**, um dos 24 primeiros municípios em condição de gestão semi-plena, para **teste dos instrumentos de coleta de dados primários**. O êxito dos instrumentos testados em Mauá levou-nos a incluir este município no grupo dos 11 preliminarmente selecionados, conforme já relatado anteriormente.

A equipe da pesquisa foi treinada em entrevistas, pesquisa documental, pesquisa nos sistemas de informação e observação de serviços de saúde. O treinamento foi realizado mediante oficinas de trabalho que enfocaram técnicas de entrevistas e simulações. O pré-teste do questionário consistiu, também, de campo de treinamento para os pesquisadores.

Elaborou-se, ainda, um roteiro de observação, aplicado nas visitas aos municípios de estudo, consolidado em um Relatório de Campo.

A equipe de campo contou com 11 pesquisadores, sendo um coordenador de campo, divididos da seguinte forma:

- uma equipe para o estado do Ceará (municípios de Fortim e Quixadá);
- uma equipe para os estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte (municípios de Petrolina e Natal);
- uma equipe para o estado de Minas Gerais (municípios de Belo Horizonte e Sete Lagoas);
- uma equipe para os estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul (municípios de Blumenau e Panambi);
- uma equipe para o estado de São Paulo (municípios de Diadema, Santos e Votorantim).

O trabalho de campo foi realizado entre julho e setembro de 1997. As informações coletadas para cada município, segundo as perguntas da investigação, foram sistematizadas considerando dois momentos distintos (antes e depois do ingresso na condição de gestão semi-plena), tendo-se como produto o relatório de cada caso estudado. Posteriormente, este material foi consolidado no "Relatório dos Municípios" (janeiro de 1998) que apresenta o detalhamento de acordo com os seguintes itens:

- descrição do município;
- sistema municipal de saúde;
- questões da investigação;
- balanço e continuidade da gestão;
- perfil dos entrevistados.

A partir da sistematização das informações de cada município foram realizadas oficinas de trabalho segundo as temáticas do Projeto: planejamento e programação, financiamento, administração de recursos humanos, organização do sistema de atenção e participação da comunidade. Nestas oficinas, buscou-se identificar regularidades e diferenças na implementação da gestão descentralizada no conjunto dos municípios estudados, o impacto e possíveis tendências desse processo.

4. Apresentação e análise dos resultados

A apresentação dos resultados encontrados no Projeto seguirá os itens referentes às treze perguntas já descritas anteriormente, enfocando os seguintes temas: processo de planejamento e programação, financiamento, recursos humanos, organização e oferta de serviços e participação comunitária.

Sempre que necessário, incorporamos à descrição e análise dos resultados obtidos, os dispositivos normativos constantes da NOB 01/93 e as dificuldades com as quais nos deparamos durante a coleta de dados, estas últimas em virtude das possíveis inflexões nas formulações metodológicas iniciais do Projeto.

4.1. Processo de planejamento e programação

4.1.1. *Como o novo modelo de gestão dos serviços de saúde interfere na relação entre os níveis estadual e municipal com vistas ao planejamento e programação?*

Com o processo de descentralização da gestão do sistema de saúde brasileiro, foram criados, em 1993, foros de negociação e deliberação entre gestores - Comissões Intergestores - para a operacionalização do SUS. Essas comissões intergestores estão submetidas às deliberações e fiscalização dos foros gestores participativos do sistema - os Conselhos de Saúde. Assim, no âmbito nacional, tem-se a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). No âmbito estadual, tem-se as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), integradas paritariamente por dirigentes das Secretarias Estaduais de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) dos respectivos estados.

Ao estudarmos as relações entre gestores através da gestão municipal, observamos que os municípios em gestão semi-plena selecionados participavam das Comissões Intergestores Bipartites e mantinham uma relação conflituosa com os gestores estaduais. A exceção ocorreu nos estados nordestinos do **Ceará e Pernambuco**. As discussões e divergências se davam em torno das questões financeiras, principalmente dos valores atribuídos a cada município para repasse direto do Ministério da Saúde fundo a fundo (tetos).¹⁴ Os secretários municipais, em sua maioria, relataram que a assunção da gestão semi-plena e a transferência direta de recursos financeiros entre o Ministério da Saúde e os gestores municipais significaram para as Secretarias Estaduais de Saúde considerável perda de poder e grande dificuldade em redefinir seus papéis. Estes conflitos se traduziram até mesmo no estímulo, por parte das Secretarias Estaduais de Saúde, a que os demais municípios não habilitados se utilizassem dos serviços de saúde dos municípios em gestão semi-plena.

Este fato pode ser decorrência da não habilitação efetiva das Secretarias Estaduais de Saúde na condição de gestão semi-plena, segundo a NOB 01/93, a exemplo do que ocorreu com os municípios, estimulando os processos de disputa política entre os níveis gestores estaduais e municipais.

¹⁴ Teto é termo utilizado pelo Ministério da Saúde para designar o valor total máximo de recursos financeiros correspondentes a um estado, mesmo que os valores sejam pagos individualmente à própria Secretaria Estadual, às secretarias municipais e aos prestadores isolados, estes de natureza privada/filantrópica.

O gerenciamento do processo de descentralização, estabelecido pela NOB 01/93, deveria ser feito pelas Comissões Intergestores por meio do planejamento integrado. Verificamos que os Secretários Municipais de Saúde desconheciam essa prática na maioria dos estados, evidenciando uma desarticulação entre os gestores municipais e estaduais no processo de planejamento e programação. A exceção ocorreu no estado do Ceará, onde a relação de apoio e cooperação do gestor estadual foi bastante destacada.

As entrevistas com os ex-secretários municipais de saúde evidenciaram a insuficiência do papel gestor das Secretarias Estaduais de Saúde nas funções de coordenação, articulação, apoio técnico e regulação. Como consequência os municípios passam a buscar respostas para as suas necessidades de desenvolvimento gerencial mediante consultorias de instituições públicas e privadas, universidades, OPAS, UNICEF, Núcleos de Saúde Coletiva, além da interlocução mais próxima e direta com o Ministério da Saúde e com outros municípios.

Quanto ao **processo de planejamento e programação municipal**, verificamos que na maioria dos municípios estudados existia o reconhecimento de problemas e definições de prioridades pelo gestor do sistema de saúde municipal. Essas prioridades eram, via de regra, negociadas pelos diversos atores que atuam no setor.

Este diagnóstico era feito de distintas formas:

- a partir de avaliação do Secretário baseada em informações organizadas pela própria SMS sobre o perfil epidemiológico, produção de serviços e demandas políticas (ex. **Votorantim**);
- a partir de um processo organizado de planejamento participativo (ex. **Belo Horizonte, Quixadá**);
- a partir dos problemas e prioridades definidos nas Conferências e Conselhos de Saúde (ex. **Santos**);
- a partir do planejamento estratégico do governo municipal (ex. **Fortim, Diadema**).
- a partir de pesquisas de opinião feitas com membros das associações de moradores (ex. **Blumenau**).

A tradução dos problemas e prioridades de saúde em intervenções concretas e planejadas dos serviços e do sistema deveria ocorrer através dos planos municipais de saúde. Entretanto, a tendência encontrada foi a existência de planos de saúde formalizados somente para fins de captação de recursos financeiros junto ao Ministério da Saúde. De forma regular não estavam previstos metas e mecanismos de avaliação e acompanhamento da gestão dos serviços e do sistema. De forma singular eram apresentados objetivos, estratégias, recursos materiais, humanos e financeiros. Em outras palavras, havia um descolamento entre o momento da discussão e priorização de problemas, no geral bastante rico, e o momento de definição de ações para enfrentamento desses problemas priorizados. Faltavam metas, cronogramas e indicadores de avaliação do impacto das ações. A exceção foi o projeto PROSUS, em Belo Horizonte, que definia claramente para cada serviço de saúde metas de cobertura a serem atingidas em relação a grupos populacionais em situação de risco para problemas de saúde priorizados. Como exemplo, tendo sido fixado o objetivo de redução da mortalidade infantil, foram definidas metas de cobertura em relação aos menores de 1 ano, às gestantes, às crianças menores de 5 anos desnutridas, e assim por diante.

Os planos de saúde na maioria dos municípios foram aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde, porém mais como exigência burocrática da NOB 01/93 do que como produto de uma discussão e formulação dessa instância gestora do SUS. Na maioria dos municípios havia discussão, priorização e planejamento de ações, principalmente como decorrência tanto da fase de preparação das Conferências Municipais de Saúde quanto do acompanhamento pelos Conselhos da incorporação pelo Executivo das resoluções das Conferências. No entanto, este processo se traduzia escassamente nos planos de saúde.

Em cerca de metade dos municípios estudados havia acompanhamento frágil da execução dos planos pelos Conselhos Municipais de Saúde. Nos demais, esta atividade aparentemente não era exercida pelos Conselhos. E, conforme afirmação dos entrevistados na maioria dos municípios, tampouco havia algum instrumento de acompanhamento do planejamento e programação municipal pelo nível estadual de gestão do SUS.

Os relatórios de gestão, que constam como exigências da NOB 01/93, eram feitos apenas por alguns dos municípios estudados. Estes municípios não dispunham de padronização estabelecida pelo Ministério da Saúde, portanto seus relatórios apresentavam os mais diversos conteúdos e formatos.

Em nossa opinião, a ausência de padronização de planos de saúde e de relatórios de gestão comprometeu o acompanhamento do desempenho dos gestores municipais. Sem variáveis, indicadores definidos e sistema de informação adequado, o Ministério e as Secretarias Estaduais de Saúde não estavam capacitados a desempenhar seu papel de reguladores do sistema em seu nível de governo e tampouco poderiam os Conselhos de Saúde exercer o controle público sobre a definição e execução das políticas para o setor.

4.2. Financiamento

Houve mudanças, em termos absolutos e relativos, na composição do financiamento municipal para a saúde originado de recursos dos três níveis de gestão do SUS (federal/estadual/municipal)?

O financiamento do Sistema de Saúde no Brasil é composto de recursos oriundos das três instâncias de governo (federal, estadual e municipal), sendo a maior parte, em torno de 75%, oriunda da União, conforme as informações apresentadas por Médici.¹⁵

Até 1994, embora a gestão da rede de prestadores públicos e privados fosse de responsabilidade das secretarias estaduais de saúde, o Ministério da Saúde repassava os recursos diretamente aos prestadores de acordo com a produção realizada e informada pelo gestor estadual. Os municípios, além dos recursos oriundos do tesouro municipal, recebiam, da União, o montante referente a quantidade de serviços prestados. Os serviços privados conveniados com o SUS existentes em seus territórios também recebiam diretamente do Ministério da Saúde, sem qualquer intermediação da gestão municipal, que também não controlava o tipo, a quantidade ou a qualidade dos serviços oferecidos pelo setor privado.

¹⁵ André César Médici e Cláudio André Czapski. Evolução e perspectivas dos gastos públicos com saúde no Brasil. Nov./1995.

Com a gestão semi-plena, o município passa a ser o gestor do Sistema de Saúde no seu território, o que significa assumir a responsabilidade pela prestação de todos os serviços, inclusive os do setor privado, decidindo sobre o seu credenciamento, pagamento e controle. O Ministério da Saúde estabelece um montante a ser repassado para que essas Secretarias Municipais de Saúde gerenciem os gastos de acordo com a realidade e o planejamento em seu âmbito.

A NOB 01/93 previa que o cálculo desse montante a ser repassado aos municípios deveria levar em consideração os serviços prestados em 1992, a população, a capacidade potencial de produção segundo os recursos físicos e humanos existentes e o grau de complexidade da rede. A programação física e orçamentária deveria ser elaborada pelos estados e municípios através das Comissões Intergestores Bipartites e aprovadas pelos Conselhos de Saúde. A NOB previa ainda a criação de Câmaras de Compensação para o pagamento de serviços de referência.

Diante desse quadro, procurou-se avaliar a participação de cada esfera de governo na composição das receitas municipais para a área de saúde, as mudanças decorrentes do novo padrão de financiamento e a existência de iniciativas desenvolvidas pelos municípios para obterem recursos adicionais para a saúde.

Não conseguimos levantar informações adequadas sobre os gastos em saúde na maioria dos municípios estudados. Observamos que os métodos de apresentação dos documentos financeiros variam de município a município e, em geral, são de difícil acesso, tendo em vista a centralização das informações nas Secretarias de Finanças das Prefeituras. Em alguns municípios estas dificuldades foram agravadas pela transição conflituosa das equipes dirigentes em janeiro de 1997, como resultado das eleições municipais.

Assim, além das informações colhidas diretamente nos municípios ou junto ao Ministério da Saúde, recorremos a outra fonte de dados orçamentários: a Divisão de Análise do Setor Público Estadual, do Distrito Federal e Municipal (DIVEM), da Secretaria do Tesouro Nacional - Ministério da Fazenda. No entanto, esta nova fonte também apresentou limitações para o levantamento dos dados necessários ao nosso trabalho. Por exemplo, não existe um código de receita específico referente aos repasses da União ou dos Estados para o Fundo Municipal de Saúde. Procuramos cotejar as informações da DIVEM com os Relatórios da Secretaria de Controle Interno do Ministério da Saúde (CISSET-MS) de 6 municípios, para os quais a CISSET levantou os valores das transferências federais devidas em 1995 segundo o critério de "período de competência",¹⁶ e encontramos os seguintes resultados:

Quixadá: os recursos para a Secretaria Municipal de Saúde foram registrados no relatório do município para a DIVEM-MF sob a rubrica "Outras Transferências da União".

Natal: os recursos para a Secretaria Municipal de Saúde foram registrados na DIVEM-MF como "Transferências de Convênios".

¹⁶ Período de competência corresponde, na terminologia utilizada pelo Ministério da Saúde, ao período (mês) em que foi realizado o serviço; mês de pagamento corresponde ao período em que houve desembolso financeiro para ressarcimento aos prestadores pelo serviço realizado. O mês de pagamento é, em geral, um a dois meses posterior ao mês de competência.

Problema encontrado: nestes dois municípios, os valores que constam nestas rubricas são muito superiores aos repasses do Ministério da Saúde segundo a Ciset, obrigando-nos a supor que estes municípios registram outros repasses efetuados pela União (por exemplo, para a educação) nas mesmas rubricas, dificultando a discriminação dos valores repassados para finalidades distintas.

Petrolina: não existe no relatório do município para a DIVEM uma rubrica específica com valores equivalentes aos repasses para a Secretaria Municipal de Saúde. Restou-nos como explicação possível que o município tenha registrado uma parte destes repasses como "Outras Transferências do Estado", além de registrar parte na rubrica "Outras Transferências da União".

Belo Horizonte: a transferência para o SUS consta no relatório DIVEM-MF como "Transferências de Convênios".

Diadema e Santos, registram como "Outras Transferências da União".

Problemas encontrados nestes três últimos municípios: os valores registrados na DIVEM são inferiores aos levantados pela Ciset-MS. Esta diferença poderia ser explicada pelo procedimento da Ciset que calcula os repasses pelo conceito de "período de competência", enquanto na prática as transferências são efetivadas com alguma defasagem, provocando uma consolidação anual distinta.

Por outro lado, as despesas são consolidadas na DIVEM-MF apenas por funções amplas, como a função saúde/saneamento, ou seja, não dispomos de dados sobre as despesas de Secretarias específicas como a Saúde, dificultando a análise dos dados.

O Quadro 5 apresenta a evolução das despesas municipais totais por habitante - isto é, para todas as funções, incluindo a saúde, educação, administração, transportes, etc -, que possibilita comparações entre municípios muito heterogêneos em tamanho populacional. Os valores da execução orçamentária de cada ano foram convertidos para Reais de dezembro de 1996 pelo IGP-DI.¹⁷

¹⁷ Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna, calculado pela Fundação Getulio Vargas

Quadro 5 Evolução das Despesas Municipais Totais Per Capita de 1992 a 1996 em Valores em R\$ de dezembro de 1996

Município	UF	1992	1994	1995	1996
Fortim	CE	162 (1)	202	288	301
Quixadá	CE	85	154	202	215
Natal	RN	130	182	261	243
Petrolina	PE	131	183	332	327
Belo Horizonte	MG	287	376	487	494
Sete Lagoas	MG	298	239	293	293
Diadema	SP	366	438	557	621
Mauá	SP	512	492	542	612
Santos	SP	624	580	730	913
Votorantim	SP	187	228	365	330
Blumenau	SC	385	351	415	418
Panambi	RS	240	263	402	459

Fonte: DIVEM - STN/MF.

Os valores monetários foram atualizados para Reais de dez./96 através do Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna (IGP-DI), da Fundação Getúlio Vargas

Obs.: (1) o dado se refere a 1993 (quando o município foi criado)

Observamos a enorme discrepância das despesas municipais totais, principalmente entre os municípios estudados do nordeste e os do sudeste/sul, chegando em 1992 a uma **diferença de mais de sete vezes entre os gastos totais per capita de Quixadá e Santos**. Ela reflete a grande heterogeneidade regional e social do país que condena os governos dos municípios mais pobres e com maiores carências a funcionarem com muito menos recursos.

O Quadro mostra também um crescimento acentuado das despesas municipais totais neste período. Estes dados coincidem com outros estudos realizados, segundo os quais os municípios como um todo aumentaram suas receitas próprias nos últimos anos, assim como sua participação relativa no bolo tributário nacional, como forma de responder ao aumento de suas responsabilidades na prestação de serviços à população.

Verificamos algumas exceções na tendência de aumento das despesas municipais totais, concentradas em 1994, quando 4 municípios tiveram gastos totais menores do que em 1992. Elas podem ser explicadas pelo fato de em 1992, como em todo ano eleitoral, vários governos municipais terem gasto muito além do que arrecadaram, obrigando as novas gestões a procurarem equacionar as suas dívidas nos primeiros anos.

Os dados de 1996 revelam que ocorreu uma diminuição da disparidade de gastos per capita entre os municípios estudados. **Quixadá**, mesmo continuando com a menor despesa per capita, passa a apresentar uma diferença de 4,2 vezes em relação ao município de **Santos**, que continua como o município com a maior despesa total *per capita*.

Além disso, especificamente nos municípios que assumiram a gestão semi-plena, não podemos desprezar a contribuição da transferência direta de recursos do Fundo Nacional de Saúde para o aumento das despesas em 1995 e 1996. Utilizando os dados da Ciset-MS de 1995 para 6 municípios, e levantando o valor total dos repasses do Ministério da Saúde aos outros 6 municípios pelo conceito de "período de competência" concluímos que, em média, os repasses federais representaram 16,3% das despesas municipais totais nos 12 municípios estudados.

Quadro 6 Participação das Transferências Federais em Saúde nas Despesas Municipais Totais em 1995

Município	Percentual
Fortim	19.9
Quixadá	32.0
Natal	18.0
Petrolina	16.9
Belo Horizonte	25.2
Sete Lagoas	18.6
Diadema	8.6
Mauá	5.8
Santos	11.8
Votorantim	8.6
Blumenau	15.9
Panambi	14.2

Fontes: DIVEM/MF; SAS/MS

Mauá foi o município em que as transferências para o Fundo Municipal de Saúde tiveram a menor participação nas despesas totais, com 5,8%. No outro extremo, verificamos que Quixadá recebeu um valor equivalente a 32% de suas despesas totais, seguido por Belo Horizonte, com 25,2%. Em Quixadá, o valor total repassado para a saúde explica totalmente o aumento das despesas municipais totais observado entre 1994 e 1995.

O Quadro seguinte apresenta a evolução da participação relativa da função saúde/saneamento nas despesas municipais totais no período 1992-1996. Estas informações da DIVEM-MF precisam ser analisadas com algumas precauções, na medida em que elas não permitem deduzir as despesas específicas com a saúde, especialmente naqueles municípios que contam com serviços municipais de abastecimento de água e redes de esgotamento sanitário, onde as despesas com o saneamento costumam ter participação maior na função saúde/saneamento. Tratam-se, entre os municípios estudados, de **Sete Lagoas, Blumenau e Diadema**. Este último município assumiu a gestão dos serviços de saneamento em 1995.

Quadro 7 Participação da Função Saúde-Saneamento nos Gastos Municipais
Totais de 1992 a 1996 em %

Município	UF	1992	1994	1995	1996
Fortim	CE	35.4 (1)	26.8	38.2	27.9
Quixadá	CE	19.9	37.2	39.7	39.1
Natal	RN	9.0	25.4	31.3	38.1
Petrolina	PE	10.4	31.9	37.5	24.5
Belo Horizonte	MG	12.7	24.1	33.9	33.3
Sete Lagoas	MG	20.8	10.6	7.4	11.6
Diadema	SP	26.4	28.3	28.9	28.1
Mauá	SP	30.6	25.2	21.9	19.0
Santos	SP	14.2	17.0	28.5	19.9
Votorantim	SP	(2)	(2)	(2)	27.8
Blumenau	SC	17.4	12.9	7.8	6.3
Panambi	RS	25.6	28.3	39.0	34.4

Fonte: DIVEM - STN - Ministério da Fazenda

Obs.: (1) O dado se refere a 1993, ano em que o município foi criado.

(2) O município de Votorantim não apresentou os gastos por função nestes anos.

Observamos que na maioria dos municípios ocorreu elevação das despesas relativas com a função saúde-saneamento, com vários municípios ultrapassando 30% das despesas totais. Em **Mauá** ocorreu uma redução contínua no período, enquanto em **Sete Lagoas e Blumenau** a redução foi muito acentuada, quando comparamos as participações entre 1992 e os anos subsequentes. É possível que os dados fornecidos para a DIVEM por estes dois últimos municípios estejam equivocados, pois as despesas totais na função saúde/saneamento seriam inferiores aos repasses do Ministério da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Como veremos a seguir, no caso de **Blumenau** para os anos de 1995 e 1996, as despesas informadas pela Secretaria da Saúde são muito superiores às informadas pelo município para a função saúde/saneamento. Uma hipótese provável para esta discrepância é que os gastos com pessoal da Saúde tenham sido lançados na função administração e os dados da função saúde/saneamento refiram-se apenas às despesas com materiais de consumo e investimentos.

O Quadro abaixo apresenta os dados sobre a participação das Secretarias de Saúde nas despesas municipais totais, obtidos diretamente nos municípios. Não foi possível levantar esta informação em 7 dos 12 municípios estudados.

Quadro 8 Participação da Secretaria Municipal de Saúde nos Gastos Municipais Totais de 1992 a 1996 em %

Município	UF	1992	1994	1995	1996
Natal	RN	9.0	12.9	...	27.9
Belo Horizonte (1)	MG	8.7	14.1	13.9	11.7
Santos	SP	16.1	16.8	20.0	...
Votorantim	SP	10.4	18.2	...	25.3
Blumenau	SC	...	...	18.7	19.0

Fontes: Relatórios municipais: Balanços orçamentários e Relatórios das Secretarias de Saúde

Obs.: (1) Dado de Belo Horizonte em 1996, informado pelo ex-Secretário de Saúde.

(. . .) dado não obtido

Observamos que os dados sobre as despesas da Secretaria de Saúde de **Blumenau** são muito maiores do que os informados pela DIVEM para a função saúde/saneamento. Ocorre também uma discrepância de dados, ainda que em menores proporções, do município de **Santos** em 1992. Por outro lado, verificamos uma enorme disparidade de dados no caso de **Belo Horizonte**, onde as despesas informadas pela Secretaria de Saúde são muito menores, chegando no ano de 1996 a representar apenas um terço das despesas relativas à função saúde/saneamento. E as despesas da Secretaria da Saúde em 1995 seriam inferiores aos repasses do Ministério da Saúde para o município, de acordo com a Ciset-MS.

O Quadro 9 apresenta as despesas destas cinco Secretarias Municipais de Saúde por habitante e por ano.

Quadro 9 Gastos anuais per capita das Secretarias Municipais de Saúde de 1992 a 1996 em valor em R\$ dezembro de 1996

Município	UF	1992	1994	1995	1996
Natal	RN	12	23	...	68
Belo Horizonte (1)	MG	25	53	68	58
Santos	SP	100	97	146	...
Votorantim	SP	19	41	...	83
Blumenau	SC	...	...	78	79

Fontes: Relatórios municipais: Balanços orçamentários e Relatórios das Secretarias de Saúde
Os valores monetários foram atualizados para Reais de dez./96 através doIGP-DI, da Fundação Getúlio Vargas.

Obs.: (1) Dado de Belo Horizonte em 1996, informado pelo ex-Secretário de Saúde.
(. . .) dado não obtido

Observa-se a elevação dos gastos municipais em saúde em **Natal, Votorantim e Santos** a partir de 1995 de forma mais nítida. Os dados de **Belo Horizonte** devem ser analisados com as ressalvas levantadas anteriormente.

O Quadro 10 consolida os dados disponíveis sobre a participação das três esferas de governo no financiamento da saúde. Não foi possível obtermos dados consistentes para o município de **Natal**. Por outro lado, foram incluídos os dados levantados nos municípios de **Fortim, Petrolina e Mauá**.

Quadro 10 Participação segundo Esfera de Governo no Financiamento da Saúde Municípios em Gestão Semi-plena de 1992 a 1996 em %

Município	1992			1994			1995			1996		
	M.	E.	U.	M.	E.	U.	M.	E.	U.	M.	E.	U.
Fortim	18(1)	79(1)	3(1)	23	57	20	13	34	53	...	...	...
Petrolina	...	...	...	10	10	80	...	...	...	45	0	55
Belo Horizonte	73(1)	0	27(1)	71(2)	3(2)	26(2)	...	...	...	12	0	88
Mauá	80	0	20	66	0	34	...	...	...	71	0	29
Santos	82	0	18	...	...	...	...	...	...	59	0	41
Votorantim	80	20	0	42	31	27	...	...	...	54	6	40
Blumenau	89	3	8	...	...	...	20	0	80	25	0	75

Fontes: Relatórios municipais.

M. - Recursos Municipais; E. - Recursos Estaduais para o município; U. - Recursos da União.

Obs.:(1) Dados de 1993 (2) Dado do 1º semestre. No 2º semestre, o município respondeu por 30% e a União por 69,7%.

O Quadro mostra que, na maioria dos municípios, a **participação do Estado no financiamento da saúde** é mínima ou nula, com as exceções de **Votorantim e de Fortim**. Neste último município, o Estado contribuiu com 79% dos gastos totais em 1993 e ainda com 34% em 1995. Cabe a ressalva de que em vários municípios o governo estadual cede funcionários e/ou fornece medicamentos e outros materiais de consumo, mas não foi possível definir o seu custo financeiro. No caso de **Petrolina**, onde a maioria dos funcionários é vinculada ao governo estadual, esta contribuição não pode ser menosprezada. E ainda que em menores proporções, a presença de funcionários estaduais é significativa também em **Natal, Belo Horizonte e Mauá**.

Observamos que, pelo menos nestes municípios onde existem dados, ocorreu um aumento da participação das transferências federais no financiamento da saúde a partir da implantação da gestão semi-plena, com a possível exceção de **Petrolina**.

Outra questão importante, para a qual não conseguimos levantar dados consistentes, refere-se aos gastos federais com saúde totalizados para cada município antes da gestão semi-plena o que impede uma comparação com a situação após a assunção da gestão semi-plena.

4.2.1. O governo municipal criou mecanismos adicionais de financiamento para aumentar o orçamento do setor saúde?

A maioria dos municípios estudados não criou mecanismos adicionais de financiamento para a saúde. As iniciativas citadas restringiram-se a fontes tradicionais do Ministério da Saúde destinadas para fins específicos como informatização e treinamento de pessoal. Outra fonte financiadora de projetos para a Saúde, relatada nas entrevistas dos ex-secretários em alguns municípios é a OPAS. Em **Santos**, foi mencionada também doações pelas empresas que, a nosso ver, foram insignificantes para configurarem como fontes adicionais regulares.

Em **Panambi**, foi citada a cobrança de uma taxa, dita "voluntária", que teria funcionado como "fator moderador espontâneo e não excludente" da demanda. Não ficou claro qual teria sido a sua participação no orçamento da saúde, possivelmente pelo reconhecimento, por parte dos gestores locais, de que a cobrança desta taxa contraria os princípios legais do SUS.

4.3. Gerência de recursos humanos

4.3.1. Houve mudanças, em termos absolutos e relativos, na composição do quadro de pessoal (administrativos e técnicos) federal, estadual e municipal em exercício no sistema municipal de saúde?

O quadro de pessoal praticamente dobrou no período de 1992 a 1996 em todos os municípios.

Quadro 11 Número de Funcionários por Vínculo Empregatício em 1994 e 1996

Municípios	1994			1996		
	Municipal	Estadual	Federal	Municipal	Estadual	Federal
Fortim	22	18	2	60	20	2
Quixadá	298	86	0	462	129	0
Natal	1738	1608	101	3460	895	218
Petrolina	371	606	42	481	518	43
Sete Lagoas*	278	135	2	699	104	2
Belo Horizonte	...	...	...	4158	1098	1128
Santos*	...	...	...	2349	279	10
Diadema	2091	51	0	2137	52	0
Mauá*	...	...	...	979	372	17
Votorantim	258	10	2	425	0	0
Blumenau	407	45	110	649	43	68
Panambi	66	5	5	93	1	4

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde

* CISET/MF

... Sem informação

A tendência geral apontada pelo quadro acima é de as Prefeituras arcarem com o maior quantitativo de funcionários na rede de saúde, enquanto o Estado e o nível federal, por não contratarem novos profissionais, tendem a diminuir sua participação. Constituem exceção os municípios de **Fortim e Quixadá**, nos quais a Secretaria Estadual de Saúde financia a contratação dos agentes comunitários de saúde.

Procurou-se saber, também, se houve alterações na proporção existente entre funcionários técnicos e administrativos, alteração esta que poderia indicar uma melhoria da qualidade gerencial do sistema. Entretanto, na pesquisa dos documentos - folhas de pagamento e quadros de pessoal - na sua maioria, não consta a informação da função exercida ou do local de lotação do funcionário que nos permitiria avaliar composição do quadro de pessoal segundo funções técnicas e administrativas. Em muitos municípios a administração de pessoal não é feita nas Secretarias Municipais de Saúde e sim nas Secretarias de Administração dos governos municipais dificultando o acesso à informação e controle por parte da Saúde.

Quadro 12 Evolução do Número Total de Funcionários da Saúde nos Municípios, nos Anos de 1994 e 1996

Municípios	1994	1996	Variação %
Fortim	42	82	95
Quixadá	384	591	54
Natal	3447	4573	32
Petrolina	1019	1042	2
Sete Lagoas*	415	805	94
Belo Horizonte	4845	6290	30
Santos*	2161	2652	23
Diadema	2142	2189	2
Mauá	...	1368	
Votorantim	270	425	57
Blumenau	562	760	35
Panambi	76	98	29

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde

* CISET/MF

... Sem informação

Quadro 13 Evolução do Número de Funcionários da Saúde por mil habitantes nos Anos de 1994 e 1996.

Municípios	1994	1996
Fortim	4,03	7,45
Quixadá	5,93	9,18
Natal	5,42	6,97
Petrolina	5,52	5,45
Sete Lagoas*	2,64	4,82
Belo Horizonte	2,35	3,01
Santos*	5,22	6,43
Diadema	6,78	6,77
Mauá*	...	3,97
Votorantim	3,2	4,38
Blumenau	2,52	3,28
Panambi	2,47	3,09

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde e IBGE

* CISET/MF

... Sem informação

Em relação ao número total de funcionários nos municípios, somando-se os três níveis governamentais, a tendência demonstrada nos quadros acima, entre os anos de 94 e 96, é de um aumento acentuado em quase todos os municípios, com exceção de Diadema e Petrolina. O mesmo aumento se observa se tomarmos o número de funcionários em relação à população dos municípios.

Entre aqueles que mais aumentaram o quadro de pessoal sobressaem os municípios de Fortim e Sete Lagoas, ambos com aumento de quase 100% no número de funcionários. Este fato decorre, em Fortim, por esta cidade ter sido emancipada em 1992 e estar formando seu corpo funcional.

4.3.2. Os governos municipais adotaram mecanismos alternativos para harmonizar os padrões de gerência de recursos humanos (federal, estadual e municipal) de acordo com suas políticas de pessoal?

Alguns dos municípios do estudo estabeleceram, com a gestão semi-plena, a isonomia salarial entre os funcionários municipais da saúde e os funcionários municipalizados, demonstrando uma maior autonomia do nível municipal em relação a política de recursos humanos. Entre os municípios que realizaram a **isonomia salarial** encontram-se: **Quixadá, Petrolina, Belo Horizonte, Santos e Votorantim**. Em **Sete Lagoas e Diadema** a isonomia é anterior a gestão semi-plena. É importante ressaltar que a isonomia salarial quase sempre se deu com a elevação dos salários dos funcionários estaduais e federais lotados em unidades municipalizadas, equiparando-os com os salários dos funcionários municipais.

Além disso houve em alguns municípios o **pagamento de gratificações exclusivas para os funcionários da saúde**, como por exemplo, em **Natal** (por local de trabalho, produtividade e exercício de chefia), **Petrolina** (por produtividade), **Belo Horizonte** (por local e por metas de cobertura).

A NOB 01/93 exige para a habilitação em gestão semi-plena que os municípios apresentem "à Comissão Bipartite comprovante da existência da comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o município, ou plano já elaborado". No entanto encontramos **PCCS** elaborado e implantado apenas nos seguintes municípios: **Diadema, Santos, Votorantim e Belo Horizonte**. Nos demais municípios do estudo, foram criadas as comissões mas não implantaram o PCCS. Vale lembrar que a elaboração dos PCCS se deu no bojo de reformas administrativas realizadas pelas prefeituras municipais, portanto, não restritas e nem específicas do setor saúde.

A pesquisa apontou que há uma predominância da realização de concursos públicos como forma de contratação de pessoal, sem que isso fosse uma decorrência direta da gestão semi-plena, pois essa era a forma de contratação vigente também nos outros setores do governo municipal e não uma exclusividade do setor saúde. Deve-se ressaltar, no entanto, que nas entrevistas os ex-secretários afirmam ter realizado contratos de emergência e temporário. Em **Fortim** os funcionários do Programa de Agentes Comunitários de Saúde eram contratados com recursos estaduais.

Também foi possível identificar, através das entrevistas com os ex-secretários, uma preocupação em formar e capacitar seu pessoal, realizando cursos organizados pela própria secretaria ou através de instituições contratadas. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Fundação do Desenvolvimento Profissional (FUNDAP) e universidades são algumas das instituições que apoiavam as secretarias municipais nestas atividades. Ainda em relação ao gerenciamento de recursos humanos, constatamos que os municípios do estudo realizam as atividades de seleção, contratação e movimentação de pessoal.

4.4. Organização e Oferta de Serviços

Nesta temática, a NOB 01/93 contém os seguintes pressupostos :

"a transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas que desorganizem as práticas atuais antes que instaurem novas impondo, por isso, um período de transição no qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os estados e municípios em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população;

o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema;

a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo."

Define também responsabilidades para os gestores estaduais e municipais, complementarmente às leis 8.080/90 e 8.142/90 do SUS, como segue :

- para o gestor estadual

"responsabilidades e prerrogativas - respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, a Secretaria Estadual da Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão de prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; coordena a rede de referência estadual e gere os sistemas de alta complexidade; formula e coordena as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais; coordena no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, de saúde do trabalhador, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública; gere os recursos de investimento próprios e transferidos pela esfera federal; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos para a rede própria, a contratada suplementarmente pelo estado e aquelas dos municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena. "

- para o gestor municipal

" responsabilidades e prerrogativas - a Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto as unidades hospitalares de referência sob gestão estadual ; assume 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; recebe mensalmente o total de recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos. "

Tanto na literatura quanto na prática cotidiana dos serviços de saúde, identificam-se diferentes conceitos de modelo de atenção que decorrem de diferentes concepções de saúde e doença e se traduzem em formas diversas de organização de serviços. A imprecisão conceitual do modelo de atenção integral a que a NOB 01/93 se refere suscita diversas interpretações, e refletindo-se na formulação e análise das questões de investigação da pesquisa relativas à organização do sistema de atenção, que serão apresentadas a seguir, em ordem julgada mais conveniente para o acompanhamento e análise dos resultados encontrados no Projeto.

4.4.1. Quais as tendências na composição da oferta de serviços públicos quanto ao nível assistencial (ambulatorial e hospitalar) ou complexidade da assistência (básico e especializado)?

Na formulação do projeto, esta questão de investigação foi problematizada enfocando os gastos com assistência básica e especializada e a alocação de recursos para a assistência ambulatorial e hospitalar. As variáveis selecionadas foram: perfil de produção dos serviços ambulatoriais e hospitalares e cuidados básicos e especializados. Foram definidas como fonte de informação os relatórios de gestão municipal, balanços financeiros, relatórios do Fundo Municipal de Saúde, além dos bancos de dados SIA/SUS E SIH/SUS.

Identificamos uma imprecisão conceitual no que se refere a cuidados básicos, ou atenção básica para definição do perfil de produção. A atenção básica é definida pela qualificação do profissional que presta a assistência ou aquela efetivamente prestada pelo primeiro nível de hierarquia do sistema independentemente da sua complexidade?

Da mesma forma, a pesquisa de campo evidenciou que as fontes de dados não foram adequadas, pois os relatórios de gestão municipal não são padronizados e, muitas vezes, a informação não estava disponível. Além disso, os relatórios do Fundo Municipal de Saúde e os balanços financeiros não desagregam as informações segundo estas variáveis.

Houve, ainda, dificuldades em obter informações pelo sistema SIA/SUS, uma vez que este sistema discrimina segundo complexidade apenas os grupos de procedimentos básicos (que não envolvem atendimento médico) e de alto custo; as consultas básicas (clínica médica, pediatria, obstetrícia) estão no mesmo grupo das especializadas (oftalmologia, ortopedia, neurologia, etc). Da mesma forma, para classificar os procedimentos de internação constantes na tabela do SIH/SUS segundo níveis de complexidade, ter-se-ia que estabelecer critérios de incorporação tecnológica para cada procedimento, o que está fora do escopo deste Projeto.

Assim, optou-se por analisar as tendências da oferta de serviços públicos a partir do perfil da rede de serviços.

Pelos dados obtidos nos municípios da pesquisa, no período de estudo (1994 a 1996), identificamos na rede pública municipal a seguinte tipologia de serviços:

- unidade mista: presta assistência médica ambulatorial geral e contam com pequeno número de leitos de observação e tratamento.
- hospital geral: presta assistência médica nas áreas de clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia; alguns atendem pacientes para cirurgia geral.
- centro de apoio psico-social: presta assistência ambulatorial multiprofissional (psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais) na área de saúde mental.

- centro de reabilitação: presta assistência ambulatorial multiprofissional (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais) para pacientes seqüelados e portadores de deficiências.
- ambulatório de especialidade: presta assistência ambulatorial médica especializada nas áreas clínicas, cirúrgicas e de apoio diagnóstico, bem como assistência médica e multiprofissional em áreas de especialidades médicas, a grupos de riscos (mulher, idoso, criança, trabalhador) e/ou para patologias como DST e AIDS.
- equipe de saúde da família: presta assistência ambulatorial multiprofissional (médicos, enfermeiros e/ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários) e realiza ações de prevenção para até 1000 famílias.
- unidade básica de saúde: presta assistência médica ambulatorial nas áreas de clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia; presta assistência multiprofissional a indivíduos e grupos; presta assistência odontológica e realiza ações de prevenção.
- clínica odontológica: presta assistência odontológica em equipe (dentistas e pessoal auxiliar) em centros ou unidades móveis, realizando ações curativas e preventivas.
- centro de controle de zoonoses: desenvolve ações preventivas.
- central de ambulâncias: presta serviços de remoção de pacientes.
- pronto - socorro: presta assistência médica de urgência/emergência.
- laboratório de análises clínicas: prestam serviços de apoio diagnóstico.
- serviço de pronto atendimento: presta assistência médica ambulatorial tipo queixa-conduta.
- posto de saúde: prestam assistência médica ambulatorial por médico generalista e assistência de enfermagem; realiza também ações de prevenção.

Quadro 14 Composição da Rede de Serviços Públicos dos Sistemas Municipais de Saúde nos anos de 1994 e 1996.

MUNICÍPIOS	Fortim		Quixadá		Natal		Petrolina		Belo Horizonte		Sete Lagoas		Diadema		Mauá		Santos		Votorantim		Bumenau		Panambi	
	94	96	94	96	94	96	94	96	94	96	94	96	94	96	94	96	94	96	94	96	94	96	94	96
UNIDADE MISTA	1	1	--	--	--	6	2	2	2	4	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
HOSPITAL GERAL	--	--	1	1	--	1	--	1	1	1	1	1	2	2	1	1	--	2	--	--	--	--	--	--
CENTRO DE APOIO PSÍCO-SOCIAL	--	--	--	1	--	3	--	--	1	4	1	1	1	1	--	1	4	5	--	--	--	1	1	1
CENTRO DE REABILITAÇÃO	--	--	--	1	--	2	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	1	1	--	--	--	1	1	2
AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	--	1	1	2	2	5	--	1	7	9	3	3	1	1	--	1	7	12	2	3	1	6	1	1
EQUIPES DE SAÚDE DA FAM.	3	3	--	13	--	--	--	9	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	3	--	21	--	--
UBS	--	--	--	--	37	38	6	15	121	126	9	12	14	15	17	19	20	22	6	8	6	5	--	--
CLÍNICA ODONTOLÓGICA	--	--	--	--	2	3	13	24	248	349	13	10	14	14			21	23	9	11	30	61	5	3
CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSES	--	--	--	--	1	1	--	--	1	1	--	--	1	1	1	1	1	1	--	1	--	1	--	--
CENTRAL DE AMBULÂNCIA	--	--	--	--	--	4	--	--	--	--	--	--	1	1	--	--	1	1	--	--	--	--	--	--
P.SOCORRO	--	--	1	1	--	1	--	1	1	1	1	1	3	4	1	1	3	3	1	1	--	--	--	--
LAB. ANÁLISES CLÍNICA	--	--	1	1	--	--	1	1	-	30	8	8	1	2	--	--	--	1	--	--	--	1	--	1
PRONTO ATENDIMENTO	--	--	--	--	--	--	--	--	1	1	4	4	3	4	-	5	3	3	--	1	--	--	--	--
POSTO SAÚDE	1	3	22	23	--	2	19	10	--	--	1	1	--	--	--	--	--	--	--	--	7	27	10	13

Fonte: Documentos das Secretarias Municipais de Saúde

--não existe o serviço

Os dados apresentados no Quadro 14 mostram que houve mudanças qualitativas e quantitativas na composição da rede de serviços públicos dos sistemas municipais, durante o período de implementação da gestão semi-plena (1994 -1996).

A **mudança qualitativa** é observada pela identificação de novos tipos de serviços, no período de estudo, resultando num aumento da oferta e alteração do perfil, conferindo uma complexidade distinta à rede de serviços de saúde entre 1994 e 1996. Isto ocorreu em todos os municípios pesquisados, exceto **Sete Lagoas e Diadema**. Como exemplo desta mudança qualitativa, no município de **Mauá**, em 1994, a rede de serviços do sistema era composta por 1 hospital geral, 17 unidades básicas de saúde (UBS), 1 centro de controle de zoonoses e 1 pronto-socorro. Em 1996, a rede passou a ter 1 centro de apoio psico-social, 1 centro de reabilitação, 1 ambulatório de especialidade, 5 postos de pronto atendimento, além dos serviços anteriormente mencionados.

A mudança quantitativa refere-se ao aumento do número de um mesmo tipo de serviço, evidenciando somente uma **expansão da rede**. Pelo Quadro 14 verifica-se que em todos os municípios estudados esta situação foi observada. Ressaltamos a expansão do número de ambulatórios especializados em **Santos**, que passaram de 7, em 1994, para 12, em 1996. **Sete Lagoas** expandiu o número de UBS de 9 para 12, embora não tenha alterado o perfil de complexidade da rede.

Na composição da rede física existem também diferenças regionais e por porte dos municípios. As unidades mistas são equipamentos característicos dos municípios pesquisados da região nordeste, provavelmente pela forte presença da Fundação Nacional de Saúde/MS, que dispunha tradicionalmente deste tipo de equipamento. As equipes de saúde da família foram implantadas nos municípios da pesquisa, nas regiões nordeste e sul, regiões estas que não contavam com uma rede expressiva de serviços de atenção básica. As unidades básicas de saúde, os centros de controle de zoonoses, os laboratórios municipais de análise clínica e serviços próprios para pronto atendimento são característicos dos municípios da pesquisa da região sudeste. Os postos de saúde aparecem como característicos da região nordeste e sul. Destaca-se também a implementação do **atendimento odontológico** com maior ênfase nos municípios estudados localizados nas regiões sudeste e sul, e em **Natal e Petrolina** como consequência da Política de Saúde Bucal induzida pelo Ministério da Saúde. A concentração de serviços de maior complexidade (hospitais e ambulatórios de especialidades) se dá nas capitais e nos municípios estudados da região sudeste. A maioria dos centros de apoio psico-social e de reabilitação é inovação na rede pública, implantados com a gestão semi-plena, evidenciando a incorporação das políticas, induzidas pelo Ministério da Saúde, de Saúde Mental e dos portadores de deficiência, segmentos estes freqüentemente excluídos das políticas públicas.

Analisamos a complexidade da assistência utilizando a tipologia definida para apresentação da composição da rede de serviços públicos nos sistemas municipais de saúde que consta do Quadro 14. Os serviços ambulatoriais que prestam assistência básica e especializada foram por nós definidos como:

serviços ambulatoriais básicos

- equipes de saúde da família
- serviços de pronto-atendimento
- unidades básicas de saúde

- postos de saúde
- unidades mistas

serviços ambulatoriais especializados

- ambulatórios de especialidades
- centros de apoio psico-social
- centros de reabilitação
- clínicas odontológicas
- laboratórios de análises clínicas

A tendência verificada foi a expansão da oferta de serviços ambulatoriais básicos e especializados, inclusive os de apoio diagnóstico como demonstrado no Quadro 14. O aumento da oferta da atenção básica na rede de serviços públicos de saúde ocorreu, principalmente, através da abertura de novas unidades, reforma e ampliação de unidades já existentes e extensão do horário de funcionamento (3º período, atendimento 24 horas), como observamos nas visitas aos municípios e através das entrevistas com os ex-Secretários Municipais. O perfil da oferta da atenção básica era assistência nas áreas de pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia feita por especialistas nas unidades básicas de saúde, e por médicos generalistas nas unidades mistas, nos serviços de pronto atendimento e pelas equipes de saúde da família.

Também no interior da atenção básica há diferentes complexidades. As equipes de saúde da família prestam assistência básica que difere daquela prestada nos postos de saúde bem como pelas unidades básicas de saúde e pelas unidades mistas, evidenciando assim diferentes modelos tecnológicos de atenção à saúde.

A partir dos dados coletados nas visitas e nas entrevistas, identificamos também uma ampliação e diversificação das especialidades oferecidas na assistência ambulatorial especializada, durante o período de implementação da gestão semi-plena (1994/1996), como: cirurgia geral, ortopedia, oftalmologia, psiquiatria, neurologia, incluindo sub-especialidades como cirurgia plástica, cirurgia buco-maxilar, entre outras.

Para a análise da oferta de serviços públicos quanto ao nível de assistência - ambulatorial e hospitalar - utilizamos dados de produção dos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar do SUS, conforme apresentado a seguir.

Quadro 15 Internações Hospitalares no SUS por 100 habitantes/ano nos Municípios em Condição de Gestão Semi-plena de 1994 a 1996

MUNICÍPIOS	1994	1995	1996	Varição de Internações/ 100 hab./ano entre 94 e 96 (%)
Fortim	0	0,6	1,7	--
Quixadá	11,9	8,3	6,7	- 43,7
Natal	13,2	10,9	9,3	- 29,5
Petrolina	9,12	7,4	8,2	- 10,9
B.Horizonte	14,4	12,5	12,5	- 13,2
Sete Lagoas	14,0	11,3	10,4	- 25,7
Diadema	9,1	7,0	4,1	- 54,0
Mauá	5,5	5,3	4,8	- 12,7
Santos	10,0	10,1	8,3	- 17,0
Votorantim	4,6	2,2	2,1	- 54,3
Blumenau	4,8	6,0	5,8	+ 20,8
Panambi	9,3	7,4	8,6	- 7,5

Fonte: DATASUS e IBGE

Em todos os municípios houve redução das internações entre 1994 e 1996, com exceção de **Fortim**, onde não existia serviço hospitalar até 1993, e de **Blumenau**.

Várias hipóteses podem ser apontadas para a explicação desta ocorrência. Uma delas é a determinação do Ministério da Saúde em 1995 que, baseado em avaliações realizadas, definiu o parâmetro para internações no âmbito do SUS em 8% da população por ano. Outra pode ser decorrente de um maior controle e avaliação, por parte dos gestores municipais, dos serviços de atenção hospitalar, reduzindo fraudes e internações desnecessárias, conforme apontado pelos ex-Secretários Municipais entrevistados. Outra possibilidade, ainda, seria que a extensão da cobertura ambulatorial básica, especializada e de urgência e emergência teria acarretado maior resolutividade e conseqüente diminuição da necessidade de internações.

Para fundamentar estas duas últimas hipóteses buscamos na análise das taxas de invasão e evasão de internações, apresentadas no Quadro 16, uma possível evidência do impacto daquela redução.¹⁸

Quadro 16 Taxas de Invasão e de Evasão das Internações em 1995 e 1996

Municípios	Taxa de Invasão (%)		Taxa de Evasão (%)	
	1995	1996	1995	1996
Fortim	6,0	9,0	13,0	6,0
Quixadá	9,9	13,9	23,3	16,1
Petrolina	7,5	10,0	3,2	3,0
Natal	27,5	28,5	1,3	0,8
Sete Lagoas	48,46	47,28	9,71	9,46
Belo Horizonte	55,66	39,29	12,35	12,17
Santos	33,48	29,60	4,29	5,63
Diadema	40,26	23,28	29,82	38,16
Mauá	24,95	30,76	21,33	24,78
Votorantim	16,0	26,3	68,0	72,0
Blumenau	11,75	11,42	6,29	5,05
Panambi	1,12	1,37	9,03	5,78

Fonte: DATASUS

Verificamos que houve queda da taxa de evasão no período, em todos os municípios pesquisados, exceto naqueles localizados no estado de São Paulo (**Santos, Diadema, Mauá e Votorantim**), significando que **a maioria dos sistemas municipais, mesmo com a redução do volume de internações, conseguiu absorver a demanda por assistência hospitalar, sem que ocorresse transferência de pacientes para outras localidades** e considerando, ainda, o aumento da taxa de invasão ocorrido em alguns municípios.

¹⁸ Foram construídas as seguintes fórmulas para efeito de cálculo das taxas de invasão e evasão:

Invasão: o número de municípios de outros municípios atendidos no município em estudo.

Evasão: o número de municípios do município-caso atendidos em outros municípios % de

invasão = n° invadidos / n° de internações no município x 100 % de evasão = n° de evadidos / n° de internações no município x 100

$Y = K + n^{\circ}$ de evadidos / n° de internações no município - n° invadidos

Quanto à terceira hipótese - a extensão da cobertura ambulatorial básica e especializada, de urgência e de emergência, poderia ser responsável pelo decréscimo nas internações - não encontramos consistência para sua confirmação nos dados levantados referentes à produção ambulatorial.

Para o estudo da produção ambulatorial tivemos acesso ao registro do SIA/SUS relativo aos anos 1994, 1995 e 1996. As informações de 1994 eram referentes ao segundo semestre. Os procedimentos ambulatoriais neste sistema são definidos como todos os atos médicos ou não médicos, preventivos e curativos, realizados por serviços ambulatoriais. Do total de procedimentos ambulatoriais selecionamos as consultas médicas para uma análise da tendência da concentração/habitante/ano. Selecionamos também os procedimentos de alto custo, que incorporam tecnologia médica de maior complexidade (ex.: terapia de renais crônicos), para identificar sua tendência no sistema.

Ressaltamos que o banco de dados SIA/SUS foi criado para o pagamento de procedimentos ambulatoriais aos prestadores públicos e privados. Com a gestão semi-plena, os municípios habilitados nesta condição de gestão deixam de receber recursos financeiros do Ministério da Saúde segundo a produção de procedimentos ambulatoriais, embora permaneçam utilizando o sistema para o pagamento dos serviços privados/filantrópicos contratados em seus municípios e se comprometam a atualizar as informações no banco de dados mantidos pela DATASUS. Ao trabalharmos estas informações nos municípios pesquisados, observamos que muitos não registram a real produção ambulatorial no Sistema SIA/SUS, uma vez que o volume de serviços produzidos por suas unidades próprias não gerará recursos financeiros a serem arrecadados. Portanto, as informações apresentadas a seguir devem ser relativizadas, apesar de serem consideradas pelo Ministério da Saúde como o registro oficial da produção ambulatorial.

A distribuição desta produção é a que segue.

Quadro 17 Procedimentos Ambulatoriais, Consultas Médicas e Procedimentos de Alto Custo por habitante em 1995 e 1996

ANO	1995			1996		
Municípios	Procedimento Ambulatorial habitante	Consultas Médicas por Habitante	Alto Custo por 100 habitantes	Procedimento Ambulatorial / habitante	Consultas Médicas por Habitante	Alto Custo por 100 habitantes
Fortim	16,3	3,10	0	17,0	2,59	0
Quixadá	15,0	3,02	1,8	11,2	2,16	1,35
Natal	12,0	3,2	18,2	11,4	3,07	19,33
Petrolina	7,5	1,45	8,7	9,4	1,70	9,38
B.Horizonte	16,2	2,29	28,1	17,4	2,15	28,92
Sete Lagoas	10,3	2,45	6,7	10,3	2,44	8,10
Diadema	15,1	3,55	0,05	12,4	3,01	0,13
Mauá	7,7	2,70	0,6	7,5	2,85	1,68
Santos	16,8	3,7	24,7	15,6	3,31	24,65
Votorantim	9,9	2,6	0	11,1	2,79	0
Blumenau	7,3	1,43	15,16	7,7	1,30	16,94
Panambi	8,4	2,69	0	8,5	2,34	0

Fonte: DATASUS e IBGE

Pelo quadro anterior, não observamos uma variação uniforme da proporção de procedimentos ambulatoriais por habitante, entre os anos de 1995 e 1996, bem como da concentração de consultas médicas. Apenas **Fortim, Petrolina, Belo Horizonte e Votorantim** apresentam um incremento na relação procedimento ambulatorial/habitante e desses, somente **Petrolina e Votorantim** mantêm esse aumento na relação entre consultas médicas e população.

Na maioria dos municípios estudados, identificamos um pequeno incremento nos procedimentos de alto custo no período, sugerindo aumento do acesso aos serviços de saúde de maior complexidade. Nas capitais (**Natal e Belo Horizonte**) e em **Santos**, cidade pólo da região metropolitana da Baixada Santista, identificamos **maior concentração de procedimentos de alto custo** que pode ser explicada por serem cidades pólos regionais.

Quadro 18 Proporção de procedimentos do Grupo AVEIANM em relação ao Total de Procedimentos Ambulatoriais em 1994 - 1996

MUNICÍPIOS	Número de Procedimentos AVEIANM	% em relação ao Total de Procedimentos	Número de Procedimentos AVEIANM	% em relação ao Total de Procedimentos
Fortim	59.189	66,2	127.164	70,1
Quixadá	229.306	57,9	185.882	44,2
Natal	1.413.141	35,3	2029.215	29,2
Petrolina	344.808	53,1	885.896	49,4
B.Horizonte	6.684.360	41,6	17.122.187	48,3
Sete Lagoas	104.845	15,0	418.673	25,0
Diadema	610.405	32,6	841.218	21,7
Mauá	203.896	23,3	433.027	17,3
Santos	1.110.695	37,0	2.626.569	41,5
Votorantim	175.537	49,9	246.410	44,6
Blumenau	259.819	40,1	671.454	37,7
Panambi	29.829	28,2	113.595	42,2

Fonte: DATASUS

* Dados relativos ao 2º semestre de 1994

Comparando a proporção de procedimentos do grupo **AVEIAM**¹⁹ com o total de procedimentos ambulatoriais realizados em 1994 e 1996, verificamos que apenas em **Fortim, Belo Horizonte, Sete Lagoas, Santos e Panambi** se observa aumento nesta proporção, o que explicaria o maior desenvolvimento de ações básicas.

Assim, pelos dados analisados através da rede de unidades de saúde nos municípios pesquisados, do aumento de pessoal também observado, podemos afirmar que a tendência na composição da oferta de serviços públicos foi de expansão dos serviços ambulatoriais tanto básico como especializados. No entanto, não detectamos reflexos desta expansão na cobertura, exceto para procedimentos de alto custo.

Uma hipótese para explicar este fato seria a deficiência nos registros da produção, principalmente das unidades públicas municipais, tanto hospitalares quanto ambulatoriais, uma vez que o volume de serviços prestados não gera recursos financeiros a serem demandados ao Ministério da Saúde; o aumento da produção de procedimentos de alto custo confirmaria esta hipótese, já que os mesmos são realizados principalmente pela rede privada, ainda ressarcida segundo os parâmetros de produção de serviços. Vale lembrar que o Ministério da Saúde suspendeu, durante certo período, o repasse de recursos financeiros para o município de **Panambi**, pelo fato de não ter encaminhado as informações relativas a produção realizada.

Julgamos que esta hipótese deveria ser examinada pelos gestores federal e estaduais, com a finalidade de, uma vez comprovada, conduzir a reavaliação dos atuais sistemas de registro da produção.

4.4.2. Como a composição da oferta de serviços públicos e privados foi modificada?

Para analisarmos a composição da oferta de serviços públicos e privados, utilizamos como fonte de informações o SIH/SUS e SIA/SUS, uma vez que nas demais fontes pesquisadas - relatórios de gestão, balanço financeiro e relatórios do Fundo Municipal de Saúde - não havia registro sobre a produção da rede pública e privada e sobre a alocação orçamentária para ambos os tipos de prestadores.

Os dados do SIH/SUS se referem ao número de internações realizadas no âmbito do SUS nos anos de 1994, 1995 e 1996 para a rede de serviços públicos (federais, estaduais, municipais e universitários) existentes nos municípios e para a rede privada contratada/conveniada (privados e filantrópicos).

¹⁹ AVEIANM - Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunização e Atos Não Médicos

Quadro 19 Internações Hospitalares no SUS, por Município, na Rede Pública e Privada contratada/Conveniada de 1994 a 1996

Municípios	Rede Pública	%	Rede Contrat/Conv.	%	TOTAL	Rede Pública	%	Rede Contrat/Conv.	%	TOTAL	Rede Pública	%	Rede Contrat./Conv.	%	TOTAL
Fortim	--		--		--	71	100	--		71	187	100	--		187
Quixadá	2.901	37,61	4.812	62,39	7.713	1.750	32,47	3.640	67,53	5.390	1.051	24,5	3.239	75,5	4.290
Natal	36.748	43,68	47.386	56,32	84.134	36.168	51	34.753	49	70.921	23.403	38,3	37.720	61,7	61.123
Petrolina	10.045	59,43	6.856	40,57	16.901	10.582	76	3.330	24	13.912	13.310	85,4	2.276	14,6	15.586
Belo Horizonte	107.654	36,18	189.935	63,82	297.589	110.113	42,3	150.274	57,7	260.387	124.894	47,7	136.877	52,3	261.771
Sete Lagoas	4.249	19,32	17.751	80,68	22.000	3.978	21,6	14.447	78,4	18.425	3.940	22,7	13.457	77,3	17.397
Diadema	13.098	45,37	15.770	54,63	28.868	13.444	59,5	9.134	40,5	22.578	12.109	89,5	1.408	10,5	13.517
Mauá	8.129	45,45	9.756	54,55	17.885	8.620	48,6	9.107	51,4	17.727	7.652	46	8.983	54	16.635
Santos	8.203	19,87	33.082	80,13	41.285	11.341	27	30.569	73	41.910	12.334	36,1	21.821	63,9	34.155
Votorantim	--	--	3.899	100	3.899	--	--	1.948	100	1.948	--	--	1.825	100	1.825
Blumenau	--	--	10.818	100	10.818	--	--	13.765	100	13.765	--	--	13.288	100	13.288
Panambi	--	--	2.865	100	2.865	--	--	2.312	100	2.312	--	--	2.710	100	2.710

Fonte : DATASUS-- não tem serviços

No Quadro 19 verifica-se que houve **redução global do número de internações, exceto em Blumenau**, como já discutido anteriormente, principalmente, às custas da queda de internações na rede de serviços contratada/conveniada do SUS. É relevante a situação do município de **Diadema**, com decréscimo de 91,1% na produção da rede privada/conveniada, entre 1994 e 1996, provavelmente pelo maciço descredenciamento desses prestadores, que passaram a oferecer seus serviços para o sistema de medicina complementar (seguros, planos de saúde), os quais utilizam tabelas de pagamento mais competitivas. Apenas em **Petrolina, Belo Horizonte e Santos verificou-se um acréscimo nas internações na rede pública** no período considerado. Em **Quixadá e Natal**, o decréscimo foi mais acentuado no volume de internações realizadas pela rede pública (63,8% e 36,3%, respectivamente) do que pela rede privada (32,7% e 20,4%, respectivamente)

A produção ambulatorial da rede de serviços públicos e privado/contratado registrada no sistema SIA/SUS está disponível apenas para o segundo semestre do ano de 1994 e anual para 1995 e 1996; sua distribuição é apresentada no Quadro 20.

Quadro 20 Produção Ambulatorial no SUS, por Município, na Rede Pública e Privada Contratada/Conveniada de 1994 a 1996

Municípios	1994 (jul. a dez.)					1995					1996				
	Rede Pública	%	Rede Contrat/Conv.	%	TOTAL	Rede Pública	%	Rede Contrat/Conv.	%	TOTAL	Rede Pública	%	Rede Contrat./Conv.	%	TOTAL
Fortim	89.344	100	--	--	89.344	167.981	100	--	--	167.981	181.512	100	--	--	181.512
Quixadá	367.800	92.8	28.534	7.2	396.334	630.431	89.2	76.172	10.8	706.603	343.702	81.8	76.506	18.2	420.208
Natal	3.520.986	87.9	486.978	12.1	4.007.964	6.722.664	91.6	614.017	8.4	7.336.681	6.397.037	91.8	572.713	8.2	6.969.750
Petrolina	501.072	77.1	148.905	22.9	649.977	1.097.756	80.6	264.295	19.4	1.362.051	1.570.765	87.5	224.554	12.5	1.795.319
B. Horizonte	13.607.368	84.6	2.470.534	15.4	16.077.902	27.811.278	85.8	4.580.509	14.2	32.391.787	31.130.905	87.7	4.339.379	12.3	35.470.284
Sete Lagoas	574.805	82.15	124.909	17,85	699.714	1.1198.039	83.4	238.372	16.6	1.436.411	1.436.813	85.9	235.948	14.1	1.672.761
Diadema	1.606.756	85.8	266.263	14.2	1.873.019	3.705.134	99.6	14.875	0.4	3.720.009	3.817.221	98.4	61.692	1.6	3.878.913
Mauá	787.991	90.0	87.105	10.0	875.096	2.138.342	91.2	205.968	8.8	2.344.310	2.359.180	94.3	143.574	5.7	2.502.754
Santos	2.327.903	77.6	672.263	22.4	3.000.166	4.897.263	78.7	1.322.850	21.3	6.220.113	5.410.987	85.5	917.228	14.5	6.328.215
Votorantim	299.406	85.2	52.235	14.8	351.641	667.519	86.4	104.881	13.6	772.400	481.045	87.0	71.697	13.0	552.742
Blumenau	434.952	67.1	213.664	32.9	648.616	1.131.998	68.8	513.569	31.2	1.645.567	1.197.469	67.3	581.753	32.7	1.779.222
Panambi	83.611	79.0	22.134	21.0	105.745	204.520	79.0	54.080	21.0	258.600	202.112	75.0	67.259	25.0	269.371

Fonte : DATASUS

-- não tem serviços

Observamos que a produção ambulatorial no SUS teve um aumento expressivo entre os anos de 1994 e 1996 nos municípios estudados, exceto **Quixadá, Natal e Votorantim**. Este aumento se deu principalmente com o aumento da produção na rede pública, exceto nos municípios de **Blumenau**, cujo incremento se deu tanto no setor público quanto no setor privado (37,7% e 36,1%, respectivamente) e em **Panambi**, com predominância do setor privado (51,9 %). Em **Quixadá**, o decréscimo na produção total entre 1994 e 1996 teve forte influência da produção do setor público (53,3%), em oposição ao aumento (34,1%) observado no setor privado.

A relação de negociação entre o gestor municipal e os serviços contratados/conveniados do SUS, prática esta introduzida na gerência dos sistemas municipais de saúde com a gestão semi-plena, é marcada, segundo os ex-Secretários, por conflitos. Estes são devidos, entre outros fatores, aos baixos valores, em relação ao mercado, fixados pelo Ministério da Saúde na Tabela SUS para pagamento de internações, procedimentos e atos médicos.

Em **Panambi** o setor privado vinculado ao SUS obteve grande expansão mediante credenciamento dos médicos, ampliação de contratos com laboratórios e outros serviços e **complementação da tabela SUS**. Esta complementação foi realizada mediante negociação com os médicos; o credenciamento de laboratórios era universal, sendo livre a escolha dos mesmos pelos pacientes. As novas tabelas de pagamento por serviços prestados foram contestadas pela Secretaria de Estado, mas o município manteve sua decisão e autonomia.

Em **Blumenau**, com a gestão semi-plena os convênios e contratos com instituições filantrópicas e privadas foram revistos e se mantiveram apenas aqueles serviços que os equipamentos próprios municipais não dispunham. **Complementou-se o pagamento de procedimentos especiais** não disponíveis no sistema em 50% do valor da tabela da Associação Médica Brasileira. A partir do aumento da tabela SUS, suspendeu-se a complementação para a tabela de exames. Com melhor auditoria foi possível detectar fraudes num hospital, cancelar contratos e ressarcir ao Fundo Municipal de Saúde o dinheiro pago indevidamente.

Em **Votorantim**, foi também adotado um sistema de **complementação do valor de tabela**, estabelecido pelo Ministério da Saúde, para pagamento de procedimentos e prestação de serviços de saúde. O gestor do SUS de Votorantim paga uma complementação de 10% da tabela SUS para leitos de retaguarda de pronto socorro e pronto atendimento.

Em **Mauá**, com a gestão semi-plena, a Secretaria Municipal de Saúde ganhou maior autonomia na compra de serviços diagnósticos e terapêuticos privados não vinculados ao SUS. Adotou uma complementação da tabela para compra de serviços de eletroneuromiografia, utilizando como parâmetro a tabela da Associação Médica Brasileira.

Segundo o ex-secretário de **Diadema**, antes da gestão semi-plena houve uma crise na oferta de serviços privados, com o descredenciamento da maioria destes serviços para prestação de assistência à clientela do SUS. Com a gestão semi-plena houve uma retomada nas negociações com os serviços privados prestadores de assistência hospitalar, ambulatorial especializada e de apoio diagnóstico, viabilizando-se a compra de serviços. Os serviços de radiologia em Diadema recebem segundo **valor diferenciado da tabela SUS**.

Em **Santos**, o ex-secretário afirma que com a gestão semi-plena o município deixou de ser mero prestador de serviços e passou a ter sua função gestora fortalecida. Assim, foi possível estabelecer uma nova relação com os prestadores privados, redirecionando os contratos e convênios com este setor, visando adequar a oferta Segundo necessidades do sistema de saúde local. Aumentou no período a contratação de leitos especializados e houve uma mudança no perfil da oferta de serviços ambulatoriais e de laboratório. Na compra de serviços o gestor municipal **antecipava os pagamentos, segundo estimativas, sem alteração dos valores da tabela SUS**.

Em **Belo Horizonte**, o **sistema de complementação** que foi proposto pela SMS e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde consistiu na duplicação do valor das consultas de especialidades e no financiamento de leitos de alto risco para crianças no Hospital das Clínicas e nos hospitais filantrópicos.

Em **Petrolina**, a Secretaria Municipal de Saúde adotou uma **complementação da tabela SUS** para compra de serviços de oftalmologia e alguns serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (ecografia). Não havia um percentual fixo e esse processo dependia do procedimento e da negociação direta com o prestador.

Assim, pelas informações apresentadas podemos afirmar que com a gestão semi-plena houve mudanças na composição da oferta de serviços públicos e privados qual seja: tendência de redução da oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares na rede privada contratada/conveniada e aumento da oferta na rede de serviços públicos, principalmente ambulatorial. Destacamos, ainda, o processo de negociação entre os gestores municipais e os prestadores privados, o qual permitiu a expansão e oferta de novos serviços, e que, sem dúvida, é resultante da maior autonomia viabilizada pela condição de gestão semi-plena.

4.4.3. Foi criado um novo padrão de referência e contra-referência entre municípios e perfil de assistência?

Segundo a NOB 01/93 a referência e contra-referência entre os municípios é competência do gestor estadual. No levantamento das fontes (atos normativos e documentos da programação integrada nos estados) não identificamos, nos municípios estudados, nenhuma informação sobre a organização do fluxo de pacientes entre municípios. Apenas em **Petrolina e Votorantim** encontramos registros do papel exercido pelo gestor estadual; naquele primeiro município a Secretaria Estadual definiu as cidades de Serra Talhada e Recife como referência para consultas de saúde mental e oncologia, e em **Votorantim** é o nível regional da Secretaria de Estado da Saúde quem estabelece a referência ambulatorial especializada e de apoio diagnóstico.

Estes dados evidenciaram a pouca expressão do gestor estadual no cumprimento de suas responsabilidades quanto a organização da referência e da contra-referência municipal.

Na formulação do Projeto para o estudo da referência e contra-referência intermunicipal foi também definido como variável o volume de pacientes encaminhados a outros municípios e recebidos de outros municípios. As fontes de informações previstas foram os sistemas SIA/SUS e SIH/SUS e relatórios.

As Secretarias Municipais de Saúde não apresentam, em sua maioria, um plano consolidado para referência e contra-referência de seus municípios, nem, tampouco, consolidam informações sobre a origem e destino da clientela atendida nos serviços. O sistema SIA/SUS não dispõe de informações sobre a procedência dos pacientes, sendo portanto uma fonte de informação inadequada para o estudo da referência e contra-referência.

No SIH/SUS as autorizações de internações hospitalares (AIH) informam a procedência dos pacientes internados. Assim, foi analisada a invasão e evasão de internações, conforme metodologia já descrita anteriormente. Foram trabalhados os dados dos anos 1995 e 1996, pois em 1994 ainda não havia um sistema de crítica de endereços pela DATASUS, ocorrendo muita perda de informação, conforme apresentado anteriormente no Quadro 16.

Pelas informações disponíveis não foi possível verificar a criação de um novo padrão de referência e contra-referência entre os municípios. Em **Fortim, Quixadá, Petrolina, Natal, Mauá e Votorantim** observa-se o incremento da demanda de municípios de outras cidades (invasão), provavelmente pelo aumento da oferta de serviços nos municípios habilitados na condição de gestão semi-plena. Deve-se ressaltar que a contenção da demanda de pacientes de outros municípios exige, além de esforço gerencial para disciplinar uma tendência histórica e até certo ponto natural, uma forte negociação na Comissão Bipartite, pelo impacto no teto financeiro fixado pelo Ministério da Saúde dos serviços prestados.

Pelas entrevistas e visitas de observação, nos municípios estudados, foi possível identificar mecanismos de organização da oferta de serviços. Dos doze municípios estudados, sete referiram a criação de mecanismos internos para a organização da demanda entre níveis assistenciais, a partir da gestão semi-plena. Estes mecanismos incorporam diferentes processos tecnológicos.

Petrolina implantou marcação de consultas por telefone nas UBSs para hospital e ambulatório de especialidades no município. **Belo Horizonte** implantou central de leitos informatizada, exercendo também o papel de regulação e controle de internações; criou, ainda, central de marcação de consultas informatizada interligando as unidades especializadas aos centros de saúde e também aos municípios da região metropolitana de Belo Horizonte e demais municípios do Estado, para especialidades na rede de serviços pública e contratada. **Santos** implantou central de vagas para assistência hospitalar informatizada. Antes da gestão semi-plena **Santos e Votorantim** já possuíam sistema informatizado para marcação de consultas nas UBSs e referência ambulatorial especializada. Os demais municípios utilizavam fichas de encaminhamento para referência entre a rede básica ambulatorial e especializada.

A tendência para definição de um padrão de referência e contra-referência, com adoção destes mecanismos, consiste no reconhecimento das unidades básicas de saúde como porta de entrada no sistema hierarquizado de assistência, assim como as equipes de saúde da família.

4.4.4. Como a composição da oferta de serviços preventivos e curativos foi modificada?

A NOB 01/93 define como seu objetivo mais importante a reformulação do modelo assistencial através da quebra da hegemonia do modelo médico-assistencial e o fortalecimento do modelo de assistência integral.

Nesta questão de investigação, que se reporta ao modelo de atenção por meio de atividades, ações e assistência preventiva e curativa, nos deparamos com nova dificuldade conceitual para a definição da ação preventiva. Uma consulta médica, um trabalho de grupo, uma visita domiciliar, entre outras atividades, podem ter tanto natureza preventiva como curativa. Além disto o modelo de atenção integral é somente a existência nos serviços de ações curativas e preventivas ou a existência nos serviços de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, em indivíduos, grupos e comunidade para intervenção nos determinantes dos problemas de saúde?

Na formulação do Projeto foram consideradas como variáveis o perfil da oferta de ações e serviços, recursos alocados em ações preventivas e curativas, novos programas para prevenção e promoção, e implantação de projetos intersetoriais.

Para a construção do perfil da oferta de ações e serviços foi previsto como fonte de informação o cadastro de unidades (ambulatoriais e hospitalares); relatórios do SIA/SUS e do SIH/SUS e Planos Municipais de Saúde. Após a análise destes documentos, verificamos que os cadastros não foram atualizados para o ano de 1996, portanto não refletindo mais o perfil dos serviços; os relatórios do SIA e SIH, que são bancos de dados construídos para o pagamento da assistência médica ambulatorial e hospitalar, não classificam a produção em ações preventivas e curativas, impedindo que seja utilizada para identificação do perfil; e nos Planos Municipais de Saúde esta informação também não estava disponível.

Assim, para superar esta dificuldade, analisaremos o perfil da oferta de ações preventivas e curativas pela tipologia que construímos para apresentação da composição da rede de serviços públicos dos sistemas municipais de saúde nos anos 1994 e 1996 (Quadro 14). Por esta tipologia, os serviços definidos como os que realizam ação preventiva são:

- equipes de saúde da família
- unidades básicas de saúde
- clínicas odontológicas
- postos de saúde
- centros de controle de zoonoses

O Quadro 14 evidencia que entre 1994 e 1996, portanto durante o período de implementação da gestão semi-plena, nos municípios pesquisados, a tendência foi de expansão da oferta desses tipos de serviços.

Uma outra abordagem prevista pelo Projeto para o estudo das atividades preventivas e curativas foi através da alocação de recursos para o desenvolvimento destas ações. Nas fontes de informação previstas e pesquisadas (convênios, balanços financeiros, relatórios de gestão, leis orçamentárias e planos municipais de saúde), verificamos que não constava a discriminação para alocação de recursos em ações preventivas e curativas.

Nos Planos de Habilitação de todos os municípios estudados observamos a existência de diagnóstico de saúde com informações epidemiológicas. No entanto, nem sempre verificamos a identificação de problemas e prioridades, a partir dos diagnósticos de saúde. Quando isto ocorria, traduzia-se em projetos de intervenção que articulavam ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação próprios do setor saúde bem como em projetos intersetoriais.

A título de exemplo, em **Votorantim** o Programa da Saúde da Família foi adaptado para o atendimento a idosos e pessoas com dificuldades de locomoção, tendo em vista a mudança no perfil demográfico da população. Em **Petrolina**, definido o problema da mortalidade materno-infantil como prioritário, se organiza o Projeto Salva-Vidas que reestrutura a atenção básica, ambulatorial especializada e hospitalar para o enfrentamento do problema, passando assim a realizar campanhas e várias ações educativas e medidas de proteção individual para esta finalidade. Em **Santos** foi implantado o "Programa do Recém-Nascido de Risco" para o enfrentamento da mortalidade infantil, articulando os serviços de assistência médica com ações de vigilância específicas para este problema. Em **Belo Horizonte** as principais diretrizes do Projeto Vida eram o combate à desnutrição infantil desencadeando inúmeras ações setoriais e intersetoriais de promoção, prevenção, cura e reabilitação visando a redução da mortalidade infantil.

Identificamos pelas entrevistas que em todos os municípios estudados as ações de prevenção e promoção de saúde são também desenvolvidas pelo setor saúde em parceria com outros setores da administração municipal como educação, saneamento, habitação, cultura e esporte. O **projeto Cidades Saudáveis**, desenvolvido em **Fortim, Diadema e Santos**, foi por nós identificado como sendo o projeto de desenvolvimento de ações de promoção e prevenção com articulação intersetorial mais abrangente.

Desta forma, concluímos que a gestão semi-plena, na maioria dos municípios, se mostrou incentivadora da mudança do modelo de atenção.

4.4.5. *A gestão descentralizada resultou no aumento da cobertura da imunização ou de algum outro programa de saúde definido como prioritário pelo governo municipal?*

A cobertura vacinal, nos municípios estudados, é apresentada no quadro a seguir.

Quadro 21 Cobertura Vacinal nos Municípios Pesquisados 1994 - 1996

Municípios	1994				1996			
	Pólio	Tríplice	BCG	Sarampo	Pólio	Tríplice	BCG	Sarampo
Natal	73,3	81,5	110,3	99,2	83,1**	96,5**	105,2**	123,7**
Petrolina	39,5	42,1	30,3	48,4	137,9	113,1	143,3	113,7
B. Horizonte	94,7*	82,8*	111,7*	79,4*	101,8**	97,7**	123,4**	92,1**
Sete Lagoas	97,7	97,7	-	100,2	104,2**	98,5**	-	84,1**
Mauá	139,1	146,6	141,7	145,8	139,7	68,3	109,4	77,3
Santos	80,0	85,0	100	88,0	-	-	-	-
Votorantim	85,1	85,7	95,4	86,1	116,4	115,4	101,0	112,0
Blumenau	99,7	99,9	124,9	93,3	99,5	91,9	119,6	105,9
Panambi**	89,3	89,3	96,1	86,7	106,7**	106,7**	116,3**	98,9**

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde

* - os dados se referem ao ano de 1993

** - os dados se referem ao ano de 1995

- Não há disponibilidade de informações

Pelos dados apresentados, verifica-se a tendência de aumento da cobertura vacinal, na maioria dos municípios, para as vacinas contra a poliomielite, tríplice (contra difteria, tétano e coqueluche), BCG (contra tuberculose) e contra o sarampo. Supomos que as taxas de cobertura com valor maior que 100 devem ter sido calculadas pelas SMSs agregando aos dados referentes à vacinação de rotina, nos centros e postos de saúde, os resultados obtidos em campanhas de vacinação.

Para o município de **Fortim** não obtivemos informação sobre a cobertura vacinal por tipo de vacina, somente a cobertura vacinal das crianças menores de um ano acompanhadas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, 87% em 1994, e 91% em 1996. Cabe salientar que em 1994 o PACS acompanhava 92 % do total de famílias estimadas para o município. Em 1996 passou a acompanhar 100%. Da mesma forma, em **Quixadá**, a cobertura vacinal das crianças acompanhadas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1993 foi de 68%, em 1995 88%, e em 1996 80% confirmando a tendência de aumento da cobertura vacinal. A cobertura do PACS em Quixadá era de 63% em 1993 e em 1996 passou a ser de 94% das famílias do município.

Com relação a outros programas de saúde considerados prioritários pelo governo municipal, verificamos que os programas citados com maior frequência foram aqueles relacionados à assistência materno-infantil. Observamos, ainda, a dificuldade na definição de indicadores de avaliação e a precariedade do acompanhamento das metas propostas. Em **Sete Lagoas, Panambi, Santos e Diadema** os ex-Secretários citaram vários programas implementados, mas não encontramos informações que permitissem a avaliação das atividades desenvolvidas

Fortim

Com a gestão semi-plena foi fortalecido o PSF e PACS. O número de partos domiciliares foi considerado como indicador de avaliação destes programas, tendo passado de 24 em 1994 para 11 em 1996.

Quixadá

Dois exemplos de programas prioritários: o PSF e PACS, sendo um dos indicadores de avaliação a taxa de aleitamento materno que, em 1992, era de 32% e, em 1995, passou a 60%. Outro programa citado foi o de combate ao cólera, cujo indicador consistia no número de casos registrados, 923 casos em 1992 e um caso em 1995.

Petrolina

No período em estudo, o gestor municipal definiu como problemas de saúde prioritários que seriam objeto de intervenção da SMS, as mortalidades infantil e materna. Foram identificadas as ações a serem desenvolvidas, metas e indicadores de avaliação, como constam nos Planos Municipais de Saúde de 95 e 96. Apresentamos como exemplo os dados sobre assistência ao parto no Hospital Dom Malan nos anos 1995 e 1996.

**Quadro 22 Número de partos normais e cesarianas realizados no Hospital Dom Malan
1995 - 1996**

	1995	1996*
Normais	2714	2967
Cesarianas	1057	782
Total	3771	3749

* Dados apurados até o mês de setembro
Fonte : SMS - Petrolina

Podemos observar uma tendência de aumento no número total de partos realizados no hospital, considerando apenas nove meses do ano de 1996, paralelamente à redução dos partos cirúrgicos, cuja proporção no total de partos passa de 28% para 21%, como resultado das atividades de treinamento e supervisão voltadas para este objetivo, trabalho este implementado com a gestão semi-plena.

Sete Lagoas

O ex-Secretário afirmou que com a gestão semi-plena foram implantados novos programas de saúde próprios do município, tais como saúde da mulher e da criança, saúde rural, núcleo de acompanhamento de egressos, Projeto Escovinha e Arte Mental. Cita como avaliação do Projeto Escovinha o índice CPOD. Na opinião do ex-Secretário seria preciso mais tempo para avaliar os programas, porque "o tempo histórico de uma gestão é muito curto".

Belo Horizonte

Com a gestão semi-plena foi implantado como prioritário o Projeto Vida, incluindo a vigilância à mortalidade infantil e o atendimento pré-hospitalar. Este projeto consistia na vigilância à mortalidade infantil, isto é, a identificação através do SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) e captação dos recém-nascidos em situação de risco para ocorrência de óbito antes de 1 ano de idade (baixo peso ao nascer, mãe adolescente e/ou analfabeta, mãe residente em vila ou favela), que passavam a ser acompanhados pelos Centros de Saúde municipais.

Com o tempo outras ações foram se agregando, como a assistência à gestante, mães e crianças menores de 5 anos, notadamente aquelas moradoras em áreas de risco (favelas ou vilas). Isto significou captação precoce e acompanhamento das gestantes, encaminhamento das gestantes em maternidade de referência distrital, visitas às maternidades e/ou visitas domiciliares para captação das crianças que apresentassem critérios de risco. Passaram também a desenvolver planejamento familiar, programa de prevenção e combate à desnutrição, ações de saúde mental e saúde bucal.

As estratégias adotadas pelo Projeto Vida foram o enfoque de risco e o Acolhimento. As equipes dos serviços deviam analisar os problemas de sua área de abrangência, definir prioridades e direcionar as ações aos grupos/indivíduos, no caso, crianças e gestantes, que apresentassem maior risco de adoecer.

Os gestores destacaram a diminuição dos óbitos infantis nas áreas de risco como consequência do conjunto de ações do projeto Vida. Citaram como exemplo a área de abrangência do Centro de Saúde Taquaril (DS Leste), que se constituía em uma das principais área de risco de Belo Horizonte, onde a taxa de Mortalidade Infantil caiu de 67,96 em 1993 para 45,13 por mil nascidos vivos em 1995, com uma redução de 33,60%.

Para os demais programas a Secretaria Municipal de Saúde desenvolveu um sistema de avaliação com informações e indicadores específicos para cada um deles (programa de prevenção e combate à desnutrição; saúde da criança e do adolescente; saúde da mulher; prevenção de câncer de colo de útero; planejamento familiar; prevenção de câncer de mama; DST/AIDS; saúde bucal; urgência/emergência; tuberculose; hanseníase e apoio diagnóstico).

Mauá

Com a gestão semi-plena foram implantados controle da drogadição, controle da fluoretação da água, controle da mortalidade neonatal e como programa prioritário, a saúde do trabalhador.

Para avaliar a cobertura de programas de saúde prioritários os parâmetros utilizados pela Secretaria foram produtividade, meta referencial, capacidade potencial de recursos humanos e físicos. Os resultados obtidos, contidos no Plano Municipal de Saúde de 1996, seguem abaixo:

Quadro 23 Índice de cobertura de programas de Saúde prioritários em Mauá em 1995

	Meta referencial	Produção Ano Anterior	Nº Prof. Existente	Capacidade potencial RH Existente	% Cobertura RH/Produção Ano anterior	Demanda reprimida	% Alcance da Meta referencial
Clinica Médica	305.127	88.336	35	123.200	71,7	181.927	28,9
Ginecologia	150.751	56.637	31	75.020	75,4	75.736	37,5
Pré-Natal	66.332	16.778	31	34.100	49,2	32.232	25,2
Pediatria	137.086	103.859	42	147.840	70,2	-----	75,7
Saúde Mental	75.508	75.486	37	76.500	99,5	322	99,5
Saúde Bucal	633.342	440.395	87	305.382	144,2	192.947	48,2

Fonte: SMS Mauá

Verifica-se, inicialmente, uma dificuldade no estabelecimento de metas e das medidas de aferição. Por exemplo, a programação da meta referencial não leva em conta a capacidade potencial dos recursos humanos existentes, sendo em torno de 200% maior do que a disponibilidade de recursos, o que conduz ao baixo alcance das metas propostas; a exceção está no programa de saúde mental, cuja meta está próxima à capacidade potencial de produção. A medida de alcance da meta referencial é calculada tomando por base a produção do ano anterior, o que resulta nos baixos índices detectados. Excetuando saúde mental e saúde oral, verifica-se uma ociosidade dos recursos humanos alocados nas diversas atividades.

Votorantim

Os programas considerados prioritários pelo governo municipal foram aqueles voltados para a mulher e a criança, visando a redução da Mortalidade Infantil. A evolução dos indicadores selecionados é a que segue:

**Quadro 24 Coeficiente de Mortalidade Infantil em Votorantim
1980, 1991, 1994, 1995 e 1996**

ANO	Coeficiente de Mortalidade Infantil	Coeficiente de Mortalidade Perinatal	Coeficiente de Mortalidade Neonatal	Coeficiente de Mortalidade Infantil Tardia
1980	65,5	33,9	38,6	36,6
1991	30,3	25,0	29,2	15,8
1994	16,0	13,7	18,8	9,0
1995	14,7	11,5	13,1	6,8
1996	14,9	11,8	13,4	7,2

Fonte: IBGE e Relatório de Produção de Imunobiológicos -UBSs - V.E Departamento de Saúde Coletiva, Votorantim.

Pelos dados acima observamos uma diminuição importante da mortalidade infantil entre 1980 e 1996, com maior destaque para a primeira década e nos últimos cinco anos, mantendo a tendência de queda principalmente às custas do componente neonatal (28,7% de variação entre 1994 e 1996) e da mortalidade tardia (20% de variação entre 1994 e 1996). Comparando a variação ano a ano entre 1991 e 1994 e entre 1994 e 1996, verifica-se que no período 1994/96 a variação anual da taxa de mortalidade neonatal foi de 14,35%, enquanto no período anterior foi de 11,9%; com relação ao coeficiente de mortalidade tardia, a variação ano a ano no período em estudo foi de 10% e entre 1991/94, 14,3%. A variação do coeficiente de mortalidade perinatal não se mostra tão acentuada (45,2% no período compreendido entre 1991/94 e 13,9% entre 1994/96). A forma de organização dos serviços de saúde obstétricos e de pediatria influi de maneira importante na diminuição da mortalidade neonatal.

Em Votorantim, com a gestão semi-plena, desenvolveu-se também como programa prioritário um sistema informatizado para acompanhamento e avaliação gerencial do sistema de saúde municipal com indicadores próprios para produtividade e rendimento, entre outros.

Blumenau

O Projeto Sorriso já vinha sendo implementado enquanto prioridade de governo desde 1992. As ações se desenvolviam principalmente em Escolas Básicas Municipais (EBM) e Unidades Pré-Escolares (UPE). Nesta época existiam 14 consultórios odontológicos em 13 EBM, dois em duas UPE e mais dois consultórios em duas Unidades de Saúde Bucal, além de consultórios nos ambulatórios de especialidades, no centro de saúde e na Casa do PROMENOR.

A partir de 1994 as atividades de escovação supervisionada e de bochechos fluoretados desenvolviam-se em 46 unidades escolares municipais, 30 estaduais e 3 particulares totalizando 19.980 alunos, da pré-escola à 4ª série. Entre 1994 e 1996, o número de alunos envolvidos no programa aumentou em 16% e o incremento na atividade de escovação foi de cerca de 72%. O índice da cárie dental (CPOD) na população escolar variou de 5,6 em 1992 para 2,87 em 1995, significando uma redução de cerca de 50%.

Quadro 25 Evolução do número de atendimentos do PROJETO SORRISO

Atendimento/ano	1993	1994	1995	1996 (*)
Alunos atendidos	21.274	26.043	28.410	30.236
Escovações	2.873.542	2.373.188	4.039.409	4.078.538

Fonte: Relatório Anual de 1996, SEMUS, Blumenau, SC

(*) Até 11/96

O atendimento curativo é realizado nas unidades de saúde bucal, nos ambulatórios gerais, no PAM, no centro de saúde e consultórios instalados nas EBM e UPE. O serviço é de acesso geral, não se destinando especificamente às crianças. Os dois consultórios instalados no centro de saúde são para atendimento dos portadores do vírus HIV, sendo portanto de referência para o município.

Outra atividade que teve grande incremento foi o Teste do Pézinho (fenilcetonúria). Em 1992, quando foi implantado, existiam 4 postos de coleta, em 1995, 7 postos, e em 1996, 13 postos, totalizando neste último ano 3.294 exames e uma cobertura de 71,6% dos recém-nascidos.

Em Panambi não foi definido nenhum programa de saúde prioritário e em Diadema e Santos um dos programa prioritários de governo era o programa Cidade Saudável, mas não conseguimos informações que permitissem a avaliação dos mesmos.

4.5. Participação comunitária

A pressão social e política gerada pelos movimentos populares e pelas forças gerais de redemocratização do Estado brasileiro, que ganhou novo fôlego e organicidade na década de 70, culminou na incorporação parcial de várias propostas da Reforma Sanitária no capítulo da Constituição de 1988 referente à Saúde e nas leis federais específicas do setor (Leis nº 8.080 de 19/09/1990 e nº 8.142 de 28/12/1990), decorrentes das mudanças constitucionais. Vale assinalar que a Lei 8.142/90 foi consequência de impasse criado pelo Executivo Federal, que vetou na Lei 8.080/90 artigos referentes à participação popular e ao financiamento, sem dúvida os temas mais provocadores de debates e divergências. Esta Lei (8.142), no seu artigo 1º, dispõe sobre a criação, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, das seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A primeira deve reunir-se "a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou extraordinariamente por este ou pelo Conselho de Saúde". O Conselho de Saúde tem caráter permanente, paritário e deliberativo e é um "órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários", atuando "na formulação de estratégias e no controle da execução de políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder executivo constituído em cada esfera de governo".

A necessidade de edição de sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOBs 1991,1993, 1996) pelo Ministério da Saúde, visando concretizar esta legislação mais geral, reflete, inclusive pela demora de sua efetivação e pelas lacunas que cada uma delas contém, o intenso conflito de interesses que ocorre em torno do financiamento e da participação concernentes ao setor Saúde.

Para que os municípios se habilitassem a assumir as formas mais avançadas de gestão descentralizada, que lhe conferem maior autonomia, a NOB 01/93 reforçou a exigência da criação dos Conselhos Municipais de Saúde como parte do processo de descentralização de gerenciamento do Sistema Único de Saúde, como por exemplo os pressupostos contidos na introdução da referida Norma:

"a) A descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder;(...) reorganização institucional; reformulação de práticas; e controle social;"

"(...);"

"c) o estabelecimento dessa nova prática requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social;(...)"

No que concerne ao funcionamento das instâncias participativas no nível municipal a Norma está assim redigida:

"2.3.1 - Conselho Municipal de Saúde - instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei municipal, observado o disposto na Lei 8142, de 1990."

Tendo-se como referência a legislação acima citada, a pesquisa de campo nos permite responder às perguntas formuladas conforme descrito a seguir.

4.5.1. Houve a criação de novos mecanismos de participação da comunidade na gestão do sistema municipal e na administração de unidades de saúde?

Nos 12 municípios estudados, a formação dos Conselhos Municipais de Saúde foi anterior à edição da NOB 01/93, provavelmente como decorrência das exigências contidas na Lei 8.142/90 para repasse de recursos financeiros de origem federal. No entanto, a gestão semi-plena ao trazer maior aporte de recursos financeiros para os municípios e, portanto, mais autonomia, se tornou inegavelmente um motor para a participação em uma instância, que, pelo menos no plano legal, deve discutir e decidir sobre a destinação destes recursos.

Em **Belo Horizonte, Natal, Mauá e Santos** os Conselhos Locais de Saúde (instâncias vinculadas às unidades de saúde) já existiam anteriormente à edição da NOB 01/93, refletindo uma organização mais forte da população local de modo geral e em particular em torno das questões ligadas à saúde. Em **Diadema, Fortim, Quixadá e Votorantim** os Conselhos Locais de Saúde foram constituídos após a assunção da gestão semi-plena. Em **Blumenau, Panambi, Sete Lagoas e Petrolina** não havia Conselhos Locais de Saúde.

Entre os 8 municípios de maior porte (**Belo Horizonte, Natal, Blumenau, Sete Lagoas, Santos, Petrolina, Diadema e Mauá**) apenas 3 tinham Conselhos Distritais, implantados antes da habilitação à condição de gestão semi-plena: Belo Horizonte, Natal e Sete Lagoas (neste último o Conselho Distrital existia apenas formalmente).

A organização dessas instâncias intermediárias (Distritos de Saúde/Conselhos Distritais) do poder executivo nos municípios de maior porte pode se constituir em mecanismo de descentralização de poder em relação à autoridade central, pois facilitaria o acesso e o exercício de pressões e controle público por camadas da população sobre a administração dos serviços, como por exemplo em Belo Horizonte. Nos municípios de maior porte, a criação de Conselhos Distritais de Saúde pode conferir maior capacidade de planejamento ao governante ao aprofundar o conhecimento dos problemas de saúde. A própria natureza dos serviços de saúde, que necessitam estar ligados em uma rede com vários níveis de complexidade, que otimize a resolutividade e seja acessível aos usuários, é beneficiada com a organização em instâncias distritais.

Como podemos perceber no quadro abaixo, os Conselhos ou Comissões Locais de Saúde foram as instâncias que mais se desenvolveram nos municípios pesquisados, permitindo assim inferir que essa instância tende a se disseminar mais facilmente e que portanto pode ser uma consequência da assunção da gestão semi-plena pelos municípios. Ao contrário, a instância distrital, por sua natureza mais abrangente, tende a ser muito mais determinada pela própria capacidade prévia de organização da sociedade do que pelas normas e diretrizes da gestão, porém a disposição dos executivos municipais em considerar essa instância alavanca sobre maneira sua instalação.

Quadro 26 Municípios da Pesquisa segundo existência de outras instâncias de participação no setor, além do Conselho Municipal de Saúde, antes e depois da gestão semi-plena

Municípios	Comissão/Conselho Local de Saúde		Comissão/Conselho Distrital de Saúde	
	antes	depois	antes	depois
Fortim	não	sim	não	não
Quixadá	não	sim	não	não
Natal	sim	sim	sim	sim
Petrolina	não	não	não	não
Belo Horizonte	sim	sim	sim	sim
Sete Lagoas	não	não	sim	sim
Diadema	não	sim	não	não
Mauá	sim	sim	não	não
Santos	sim	sim	não	não
Votorantim	não	sim	não	não
Blumenau	não	não	não	não
Panambi	não	não	não	não

Em **Belo Horizonte**, o executivo municipal criou um outro canal de participação popular, em um processo denominado Orçamento Participativo, operacionalizado pela convocação de assembléias em cada uma das 9 regiões administrativas da cidade para discussão e deliberação das prioridades gerais a serem incluídas no orçamento do ano seguinte. No mesmo município existia uma instância denominada Fórum da Saúde, que discutia as questões específicas do setor e se articulava ao Orçamento Participativo. No entanto, o Orçamento Participativo é uma proposta de governo não relacionada à assunção da gestão semi-plena pela Secretaria Municipal de Saúde.

Também em **Petrolina** foi relatada a ocorrência de discussão com a população nos bairros para definição de prioridades, provavelmente sem a mesma estruturação do Orçamento Participativo de Belo Horizonte.

Em **Diadema**, o estilo do prefeito se caracterizava pela interlocução direta e constante com a população dos bairros, sem institucionalização desta prática. Neste município havia ainda uma outra instância de participação denominada Conselho Popular de Saúde. Esta instância foi organizada pelos movimentos populares da cidade com total autonomia do executivo antes mesmo da assunção da gestão semi-plena pelo município. Até 1996 o Conselho Popular de Saúde era a instância máxima de deliberação da política municipal de saúde, quando por uma lei municipal essa atribuição passa a ser do Conselho Municipal de Saúde. Atualmente o Conselho Popular de Saúde participa com 25% das vagas de representantes no Conselho Municipal de Saúde

Em **Quixadá**, foi implementado o projeto "A Prefeitura e Você", no qual o governo municipal visitava os bairros para discutir os problemas locais.

Em **Blumenau** foram feitas pesquisas na cidade, em conjunto com as Associações de Bairros, no ano de 1993 para traçar as prioridades de saúde para o ano de 1994.

4.5.2. Houve mudanças na composição do Conselho Municipal de Saúde voltadas para o aumento da representatividade da comunidade? Que mecanismos foram adotados para definir a representação da comunidade e para fazê-los cumprir?

Os Conselhos de Saúde, inicialmente instâncias organizadas pela população, e atualmente incorporados à legislação como Conselhos de Estado, se constituíram como parte importante do movimento popular pela redemocratização no Brasil junto com outras formas de organização, como os Conselhos de defesa dos direitos das mulheres, dos negros, dos índios, das crianças e dos adolescentes, dos portadores de transtornos mentais, dos portadores de deficiências, de doenças crônicas, entre outros.

Nos municípios estudados, observamos que houve mudanças na legislação municipal relativa ao CMS, em muitos casos, no sentido de seu fortalecimento atendendo à legislação federal (Lei 8080 e NOB 01/93).

Com a gestão semi-plena, cinco municípios efetuaram alterações na composição do CMS voltadas para o **aumento da representatividade da comunidade: Belo Horizonte, Blumenau, Petrolina, Quixadá e Santos**, conforme demonstrado no quadro abaixo:

Quadro 27 Mudanças na composição do CMS após a assunção da gestão semi-plena

Município	Não	Sim	Mudança
Fortim	x		
Quixadá		x	instaura o tripartismo e a paridade
Natal	x		
Petrolina		x	inclui participação dos funcionários
Belo Horizonte		x	aumenta representação dos usuários
Sete Lagoas	x		
Diadema	x		
Mauá	x		
Santos		x	institui a paridade
Votorantim	x		
Blumenau		x	aumenta representação da sociedade civil
Panambi	x		

Os municípios que não apresentaram mudanças na composição dos conselhos em verdade já estavam de acordo com a legislação que rege a sua formação. Apenas **Belo Horizonte e Blumenau aumentaram o número de representantes como forma de ampliar a representação dos usuários.**

Em **Blumenau, Diadema, Panambi e Santos o presidente do Conselho Municipal de Saúde passou a ser eleito**, deixando este cargo de ser prerrogativa do Secretário de Saúde. Em **Belo Horizonte**, a V Conferência Municipal de Saúde, em 1996, resolveu enviar à Câmara Municipal um projeto de lei alterando o preenchimento do cargo de Presidente do Conselho que deveria passar a ser feito por eleição pelos conselheiros. Para melhor ilustração do fato apresentamos o quadro a seguir:

Quadro 28 Presidência do Conselho Municipal de Saúde conforme critério de Prerrogativa do Secretário de Saúde ou eleição direta

Municípios	Antes da gestão semi-plena		Depois da gestão semi-plena	
	Eleição	Prerrogativa	Prerrogativa	Eleição
Fortim	x			x
Quixadá		x		x
Natal		x	x	
Petrolina		x	x	
Belo Horizonte		x		x
Sete Lagoas		x	x	
Diadema		x		x
Mauá		x	x	
Santos		x		x
Votorantim		x	x	
Blumenau		x		x
Panambi		x		x

A análise do quadro nos permite afirmar que a forma de gestão influenciou na quebra da instituição da prerrogativa da Presidência do Conselho ao Secretário Municipal de Saúde. Dos doze municípios estudados, onze instituíam o Secretário de Saúde como o Presidente do Conselho. Após a adesão à condição de gestão semi-plena, seis municípios alteraram o regimento interno do Conselho, permitindo assim a eleição direta do Presidente entre seus pares. O controle sobre o Fundo Municipal de Saúde pode ter importância fundamental nessa mudança.

Com exceção de **Mauá e Panambi**, onde, respectivamente, a Secretaria de Finanças e o Gabinete do Prefeito gerenciavam o **Fundo Municipal de Saúde (FMS)**, contrariando inclusive a própria lei municipal em vigor, nos demais casos o Fundo era gerenciado pela Secretaria de Saúde, com maior possibilidade de acompanhamento pelo Conselho Municipal de Saúde.

Frente a essas novas atribuições os conselheiros vêm respondendo com a criação de **Câmaras Técnicas**, ocorrida em sete dos municípios estudados, que visam aprofundar os temas mais importantes. Em **Belo Horizonte**, em 1994, os conselheiros se organizaram em grupos para discutir os seguintes temas: financiamento, recursos humanos, controle e avaliação, comunicação, municipalização. Em outros municípios, os CMS buscaram assessorias técnicas e realizaram vários cursos de formação. Em **Santos**, era particularmente notável o dinamismo dos conselheiros, que participavam de palestras, debates, cursos e promoviam eventos, utilizando os meios de comunicação para divulgar seu trabalho.

No quadro abaixo descrevemos quais conselhos dos municípios estudados desenvolveram cursos de capacitação para seus conselheiros e quais criaram câmaras ou comissões técnicas de acompanhamento das atividades da secretaria de saúde.

Quadro 29 Realização de Cursos de Capacitação de Conselheiros e instituição de Comissões ou Câmaras Técnicas após a assunção da gestão semi-plena.

Municípios	Curso	Câmara/comissão
Fortim	sim	sim
Quixadá	sim	sim
Natal	sim	sim
Petrolina	sim	sim
Belo Horizonte	sim	sim
Sete Lagoas	não	sim
Diadema	sim	sim
Mauá	sim	sim
Santos	sim	sim
Votorantim	não	não
Blumenau	sim	sim
Panambi	não	não

É evidente o processo de desenvolvimento e qualificação dos Conselhos Municipais de Saúde quando verificamos que a maioria esmagadora dos conselheiros recebeu alguma capacitação na temática saúde e que quase todos os conselhos criaram câmaras técnicas específicas para acompanhamento das ações de saúde do executivo municipal.

Devemos ainda registrar as tentativas mais recentes de articulação nacional dos Conselhos de Saúde, objetivando seu fortalecimento perante os três níveis de poder executivo e reivindicando oportunidades de formação.

Os representantes da comunidade eram eleitos ou indicados pelas suas associações de origem. A eleição direta desses representantes depende do grau de organização e mobilização popular quanto às questões de saúde. Descreveremos a seguir as **formas de escolha dos representantes dos usuários para o Conselho Municipal de Saúde** nos municípios estudados.

Em **Fortim e Quixadá** realizavam-se reuniões em bairros onde eram escolhidos os representantes, em eleição direta.

Em **Natal** os conselheiros eram indicados pela Federação dos Conselhos Comunitários e Entidades Beneficentes (FECEB).

Em **Petrolina**, na lei de criação do Conselho Municipal de Saúde há um dispositivo que define quais os segmentos que estarão representados no mesmo. Estes segmentos de usuários (e.g., trabalhadores rurais, trabalhadores urbanos, entidades religiosas, etc.) indicam seus representantes.

Em **Belo Horizonte** o processo de escolha inicia-se com eleições nos Conselhos Locais. Dentre esses conselheiros locais são eleitos os conselheiros distritais e dentre esses são eleitos os conselheiros municipais na Conferência Municipal de Saúde.

Em **Sete Lagoas** os conselheiros municipais são escolhidos em assembleias realizadas nos bairros, após prévia inscrição dos concorrentes nas unidades de saúde.

Em **Diadema**, são feitas eleições diretas nas regiões de abrangência dos serviços de saúde, excetuando-se os representantes oriundos do Conselho Popular de Saúde.

Em **Mauá** os conselheiros são escolhidos em eleições diretas, em urnas, realizadas nas unidades de saúde.

Em **Santos** os representantes são indicados pelas associações da sociedade civil organizadas.

Em **Votorantim** os representantes são eleitos pelas entidades organizadas. No entanto, as entidades que elegem os membros do conselho são indicadas pessoalmente pelo Secretário de Saúde.

Em **Blumenau** o processo de escolha inicia-se em pré-conferências regionais onde se elegem delegados para a Conferência Municipal. Nesta conferência se elegem os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde.

Em **Panambi** os representantes são escolhidos por indicação de instituições da sociedade que são convidadas pelo Secretário de Saúde a participarem da composição do Conselho.

A tendência geral nos municípios estudados é a de que a representação da comunidade se dê a partir de processo eletivo realizado nos bairros, nas associações, nas unidades de saúde.

Entretanto, cumpre salientar que nessa questão específica da representatividade da comunidade no Conselho Municipal de Saúde a metodologia empregada não permitiu uma adequada análise da real dimensão da representação da sociedade civil naquele fórum deliberativo. Isto ocorreu devido ao recorte feito, uma vez que estudamos a expressão dessa representação apenas no interior do Conselho, sem ter feito um prévio levantamento da existência de todas instituições organizadas no município, sendo que assim poder-se-ia dimensionar que parcelas dessa comunidade, possivelmente, não estariam representadas

4.5.3. As deliberações do Conselho Municipal de Saúde e da Conferência Municipal de Saúde têm sido adotadas e incorporadas ao processo de planejamento e programação do sistema local de saúde?

Quanto à adoção e à incorporação das deliberações do Conselho Municipal de Saúde e da Conferência Municipal de Saúde ao processo de planejamento e programação do sistema local de saúde, os conselheiros entrevistados em todos os municípios consideraram que os gestores municipais cumprem parcialmente (em torno de 70%) as prioridades definidas pelo Conselho Municipal ou pela Conferência Municipal de Saúde. Pelas leituras das atas dos Conselhos Municipais de Saúde e dos Relatórios das Conferências e seu cotejamento com os Planos de Saúde e Relatórios de Gestão pudemos confirmar as opiniões dos conselheiros. No entanto, não foi possível investigar, e portanto detectar, as possíveis causas do cumprimento parcial daquelas prioridades. Na maioria dos casos estudados foram relatadas, e verificadas nas atas dos Conselhos, como atividades decisórias do Conselho Municipal a aprovação dos planos municipais, dos relatórios de gestão e o acompanhamento das atividades do Fundo Municipal de Saúde.

Apenas três municípios, Fortim, Panambi e Votorantim, não realizaram no período estudado nenhuma Conferência Municipal de Saúde. No quadro abaixo pode-se verificar esse fato:

Quadro 30 Realização de Conferências de Saúde, antes e após a assunção da gestão semi-plena, em números de Conferências Municipais

Municípios	Antes	Depois
Fortim	0	0
Quixadá	0	1
Natal	1	1
Petrolina	1	2
Belo Horizonte	3	2
Sete Lagoas	2	1
Diadema	2	1
Mauá	0	1
Santos	2	2
Votorantim	0	0
Blumenau	0	2
Panambi	0	0

Pela leitura do quadro acima fica claro que a assunção da gestão semi-plena não é variável importante na realização ou não de Conferências Municipais de Saúde.

Na maioria dos municípios além das prioridades definidas nas Conferências Municipais de Saúde, aquelas originadas de outras fontes de pressão, como por exemplo, vereadores, sindicatos, organizações populares, meios de comunicação, opinião pública eram também parcialmente assumidas pelo Poder Executivo, sem no entanto conformar um Plano estruturado, com objetivos e metas, que pudesse ser regularmente acompanhado.

A relação dos Secretários Municipais com os Conselhos era marcada por conflitos, especialmente em Mauá, Natal e Petrolina e pela tutela, em Panambi e Votorantim. Neste município, chegou a ser aprovada uma lei conferindo ao CMS caráter consultivo, em flagrante contradição com a disposição da Lei 8.142/90, que afirma o caráter deliberativo do CMS.

5. Conclusões e recomendações

A gestão semi-plena, conferindo poder ao gestor municipal do SUS, faz avançar a descentralização no interior do Sistema de Saúde.

Na gestão descentralizada as Secretarias Municipais de Saúde, as grandes executoras das ações de saúde do sistema, passam a ter maior projeção no interior dos governos municipais, desenvolvem sua capacidade gerencial em função de suas novas responsabilidades e, num processo dinâmico e criativo, vão tentando aproximar as ações e os serviços às necessidades de saúde da população. Isto significou, nos municípios, avaliados pelo Projeto, que se habilitaram à condição de gestão semi-plena, um aumento da oferta de serviços e ações de saúde, um novo relacionamento entre os setores público e privado e um incremento de recursos financeiros originados do tesouro municipal.

O processo de descentralização da gestão no SUS também visava o fortalecimento dos fóruns participativos e o controle público do sistema. A pesquisa evidenciou que a participação é um processo que tem como determinante a dinâmica da organização social, que assume particularidades nos municípios devido às suas características histórico-culturais. No entanto, a gestão descentralizada imprimiu uma maior dinâmica na participação da comunidade pois, com maior autonomia gerencial e recursos para implementar os sistemas de saúde municipais, houve estímulo aos representantes nos Conselhos Municipais de Saúde a exercerem mais efetivamente o controle público do sistema.

Este processo de descentralização, ao atingir as relações de poder já cristalizadas no interior do sistema de saúde, redefine novos papéis para o gestor federal e estadual.

É o gestor estadual aquele que sofre o maior impacto nessas mudanças. Seu papel original de executor de ações voltadas para o atendimento da população e de contratante de serviços privados e filantrópicos é substituído por uma função de coordenação, apoio e regulação do sistema estadual de saúde. Ficou evidente nesta pesquisa a fragilidade das Secretarias Estaduais de Saúde no cumprimento desse novo papel, em particular, do exercício da coordenação, articulação e estruturação do sistema de saúde intermunicipal ou regional, prerrogativa única do gestor estadual. Da mesma forma, a ausência de parceria entre gestores municipais e as Secretarias Estaduais para o desenvolvimento de ações de cooperação técnica levou as Secretarias Municipais a buscar assessorias de universidades e de organizações não governamentais ou para-governamentais, para suprir necessidades de treinamento e de desenvolvimento de novos métodos gerenciais.

Uma outra evidência demonstrada na pesquisa, e que o processo de descentralização no SUS põe em relevo, é a grande capacidade indutora da política de saúde pelo gestor federal, mormente pela disponibilização de recursos financeiros, e sua baixa capacidade de acompanhamento, avaliação e controle da implementação destas políticas.

Tendo em vista estas considerações e o conjunto dos resultados apresentados, elaboramos as seguintes recomendações, de acordo com temas abordados na pesquisa.

5.1. Processo de Planejamento e Programação

Cumprimento das NOBs 01/93 e 01/96 quanto à necessidade de efetivar a Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre os níveis estaduais e municipais de gestão.

Compatibilização entre os Planos Estaduais de Saúde, os Planos Municipais de Saúde e a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Formulação de instrumentos de acompanhamento pelo Ministério da Saúde do desempenho dos sistemas estaduais e municipais de saúde, contendo indicadores não só referentes à produção dos serviços mas ao impacto provocado pelas ações do sistema na situação de saúde da população, como preconiza a NOB 01/96.

Formulação de instrumentos de acompanhamento pelas Secretarias Estaduais de Saúde dos desempenhos dos sistemas municipais de saúde, que contenham indicadores comuns para todas as regiões brasileiras, além daqueles indicadores específicos para cada situação regional.

Padronização e periodicidade mínimas dos Planos Municipais de Saúde, que devem conter uma descrição e análise da situação de saúde do município, discriminando os problemas prioritários, o método utilizado para a priorização, objetivos e metas propostos pelos gestores, especificando ações para enfrentamento das prioridades, instrumentos de avaliação e cronograma destas operações. Valorização do Plano como instrumento de gestão.

Padronização e periodicidade mínimas dos Relatórios de Gestão que devem informar sobre a consecução dos objetivos e metas listados no Plano, arrolando e analisando os obstáculos eventualmente encontrados. Devem ainda esclarecer os percentuais de participação no financiamento da saúde dos três níveis de governo no período coberto pelo Relatório.

Utilização do planejamento estratégico nos sistemas municipais de saúde.

5.2. Financiamento

Padronização das informações sobre o financiamento na saúde (das esferas municipal, estadual e federal), objetivando transparência quanto à origem das fontes e à alocação dos recursos nas diversas atividades.

Vinculação de fontes de financiamento, por meio de lei, com fixação de percentual, nos três níveis de governo.

5.3. Gerência de Recursos Humanos

Viabilização de maior autonomia da Secretaria Municipal de Saúde em relação à administração municipal, para o maior controle do seu quadro de pessoal, visando adequação dos recursos humanos às necessidades do setor.

Implantação dos Plano de Cargos, Carreiras e Salários para promoção de melhores condições de trabalho; garantia de ingresso por concurso público objetivando quadros funcionais estáveis.

5.4. Organização e Oferta dos Serviços

Implementação, pelo gestor estadual, do sistema de referência e contra-referência, possibilitando operacionalizar a regionalização intermunicipal com equidade.

Avançar na adoção da concepção do modelo de atenção integral à saúde segundo condições de vida, e não pela dicotomização entre ações preventivas e curativas.

Ampliação da oferta de serviços nos níveis de complexidade do sistema detectados como necessários pela Programação Pactuada e Integrada (PPI) e baseada em modelos de regionalização e hierarquização, promovendo a universalização e equidade.

Implantação e fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria no plano dos estados e dos municípios com desenvolvimento de indicadores que permitam avaliar o impacto dos sistemas estaduais e municipais de saúde sobre a situação de saúde da população. Fiscalização, controle e avaliação do setor privado pelo gestor municipal, com negociação que leve em conta as necessidades e direitos da população.

Avaliação dos programas em todos os níveis hierárquicos de serviço, como parte da avaliação do impacto das ações do sistema de saúde nas condições de vida e situação de saúde da população, partindo de um enfoque no qual prevenção e cura estejam integrados.

Reavaliação dos Sistemas de Informação Hospitalar e Ambulatorial (SIH/SUS e SIA/SUS), visando garantir que sejam fontes confiáveis de informações para o planejamento e programação de ações.

5.5. Participação Comunitária

Estímulo à criação de Conselhos Locais em todos os serviços, independente de sua natureza. Criação de Conselhos Distritais nas grandes cidades. Criação de Conselhos Regionais intraestadual visando a representatividade da comunidade nos Conselhos Estaduais.

Avançar no cumprimento da lei em relação ao caráter deliberativo e à composição paritária dos Conselhos. Não ingerência do poder executivo, sob a forma de qualquer ato legal ou administrativo, nas indicações dos representantes ou entidades. Respeito integral às decisões da Conferência Municipal quanto à composição dos Conselhos. Retirada de membros do poder legislativo da composição do Conselho, tendo em vista que são formas distintas de representação. Verificação, por parte do Conselho Nacional de Saúde, do caráter deliberativo e da composição paritária dos CMS.

Ampliação da permeabilidade do governo municipal e do setor às demandas populares, principalmente através da incorporação das mesmas ao programa de governo e implementação das resoluções das Conferências Municipais de Saúde e da participação dos Conselhos no processo de planejamento.

Desenvolvimento da comunicação social com transparência e adequação da linguagem nas informações a respeito da situação de saúde da população e do sistema de saúde (incluindo o SIA/SUS e o SIH/SUS), para que o controle público ocorra de forma efetiva.

6. Anexo 1

Planejamento e programação

QUESTÕES	CONCEITOS	VARIÁVEIS	Período	Localização	Fonte
1. Processo de Planejamento e Programação	Integração Estado/Município através de métodos de planejamento e programação ascendente e participativo.	<p>Inserção das prioridades do Plano Municipal no Plano Estadual de Saúde;</p> <p>Incorporação da programação municipal no processo de programação integrada conduzido pelo estado;</p> <p>Participação dos Conselhos (Municipal e Estadual) e Comissões Intergestoras Bipartite na negociação e deliberação dos Planos e programações.</p>	1993 a1996	<p>Secretaria Municipal de Saúde;</p> <p>Secretaria Estadual de Saúde;</p> <p>Comissão Intergestores Bipartite;</p> <p>Conselho Estadual de Saúde.</p>	<p>Planos de saúde;</p> <p>Relatórios de Gestão;</p> <p>Documentos da Programação Ambulatorial e Hospitalar;</p> <p>Relatórios do MS sobre a Programação Integrada (1995);</p> <p>Deliberação dos Conselhos e Resoluções da CIB;</p> <p>SIA e SIH/SUS</p>

Financiamento

QUESTÕES	CONCEITOS	VARIÁVEIS	Fontes de informação		
			Período	Localização	Fonte
1. Composição de recursos das três esferas de governo no financiamento municipal.	Participação de cada esfera de governo na composição das receitas municipais para a área de saúde. Mudanças nos padrões e tendências nas proporções.	Volume de recursos transferidos pela União e pelo estado e de recursos próprios destinados à saúde pelo município (em termos absolutos e relativos)	1992 a 1996	Secretaria Municipal de Saúde; CGAS/DAPS/SA S/MS	Lei Orçamentária Balanços Contabilidade do Fundo Municipal; Anexos A e B do Processo de Habilitação à Gestão Semi-plena; Relatório do SIA e SIH/SUS.
2. Mecanismos municipais adicionais para aumentar a receita municipal para a saúde.	Tendências da composição das receitas municipais.	Criação de novas fontes de captação de recursos de base municipal (previstas ou não na lei nº 9.080/90)	1992 a 1996	Secretaria Municipal de Saúde; Câmara Municipal	Legislação Municipal; Contratos e Convênios; Atos do Executivo.

Recursos Humanos

QUESTÕES	CONCEITOS	VARIÁVEIS	FONTES DE INFORMAÇÃO		
			Período	Localização	Fonte
1. Composição dos RH no nível municipal quanto ao vínculo institucional, desagregado por lotação (atividades meio e atividades fim).	Participação de RH federais, estaduais e municipais no quadro de funcionários da SMS e sua distribuição nas atividades meio e fim. Mudanças nos padrões e tendências na composição da força de trabalho.	Qualitativo de funcionários federais, municipais e estaduais lotados na Secretaris Municipal de Saúde, nas atividades meio e fim (em termos absolutos e relativos)	1992 a1996	Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria Estadual de Saúde; Ministério da Saúde (Escritórios Regionais)	Cadastro de Pessoal; Convênios e Contratos; Termos de Cessão; Quadros de Lotação para órgão; Relatório do MS
2. Mecanismos alternativos para a gestão de política de RH no nível municipal.	Inovações na Gestão de RH : carreiras, cargos e salários, remuneração e contratação de pessoal e capacitação	Estrutura de Carreiras Cargos e Salários; Políticas de remuneração salarial (isonomia); Programação de capacitação de RH.	1994 a 1996	Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria Municipal de Administração	Legislação; Atos Normativos; Convênios/contratos; Planos, Programas e convênios específicos para capacitação.

Organização do sistema de atenção

QUESTOES	CONCEITOS	VARIAVEIS	Período	Localização	Fonte
1. Organização da Referência intra e Intermunicipal	Novas práticas gerenciais para organização do fluxo de pacientes entre municípios e entre níveis de atenção no município.	<p>Volume de pacientes encaminhados a outros municípios e recebidos de outros municípios</p> <p>Mecanismos de organização da demanda (Serviço de Triagem, Central de Marcação de Consultas, Central de Leitos, Programa Saúde da Família, etc</p> <p>Comportamento da demanda (urg./eletivas, espontânea/programada,etc).</p>	1994 a 1996	<p>Secretaria Municipal de Saúde;</p> <p>Comissão Intergestora Bipartite;</p> <p>Ministério da Saúde</p>	<p>Atos normativos;</p> <p>Documentos da Programação Integrada no estado;</p> <p>Relatório do SIA e SIH/SUS;</p> <p>Relatórios do Ministério da Saúde.</p>
2. Mudanças na relação entre atividades preventivas e curativas na organização da assistência.	Reorientação do modelo de assistência com privilegiamento das ações preventivas.	<p>Perfil da oferta de Ações e Serviços;</p> <p>Recursos alocados para o desenvolvimento de ações preventivas e curativas- custeio e investimento;</p> <p>Incorporação de novos Programas para promoção e prevenção;</p> <p>Implantação de Projetos Intersetoriais.</p>	1994 a1996	<p>Secretaria Municipal de Saúde;</p> <p>Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde.</p>	<p>Cadastro de Unidades ;</p> <p>Relatório do SIA e SIH/SUS;</p> <p>Plano Municipal de Saúde;</p> <p>Leis Orçamentárias;</p> <p>Relatórios de Gestão;</p> <p>Balancos Financeiros;</p> <p>Convênios.</p>

Organização do sistema de atenção

QUESTÕES	CONCEITOS	VARIÁVEIS	FONTES DE INFORMAÇÃO		
			Período	Localização	Fonte
3. Modificação e tendências na composição da oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares	Racionalização da oferta de serviços com reorientação dos gastos da assistência básica e especializada	Perfil da produção dos serviços ambulatoriais e hospitalares; entre cuidado básico e especializado; alocação orçamentária para ambos os tipos de serviços	1994 a 1996	Secretaria Municipal de Saúde; Ministério da Saúde	Relatórios do SIA e SIH/SUS; Relatórios de Gestão Municipal; Balanço Financeiro; Relatórios do Fundo Municipal de Saúde.
4. Modificação na participação de serviços públicos e privados contratados na oferta de serviços.	Racionalização da oferta de serviços, com redefinição da oferta de serviços na rede pública e na rede privada contratada.	Perfil da produção da rede pública e da rede privada contratada; alocação orçamentária para ambos os tipos de serviços	1994 a 1996	Secretaria Municipal de Saúde; Ministério da Saúde	Relatórios do SIA e SIH/SUS; Relatórios de Gestão Municipal; Balanço Financeiro; Relatórios do Fundo Municipal de Saúde.
5. Cobertura de Programas	Novos tipos de gestão resultam em melhor cobertura dos programas de saúde	Programa de Imunização e um outro programa prioritário determinado pela autoridade municipal	1994 a 1996	Secretaria Municipal de Saúde; Sistema de Informação do SUS	Plano Municipal de Saúde; Relatório do SIA e SIH/SUS; Sistema Local de Informação.

Participação da comunidade

QUESTÕES	CONCEITOS	VARIÁVEIS	Fontes de informação		
			Período	Localização	Fonte
1. Novos mecanismos de participação comunitária	Descentralização	administração do sistema local de saúde	1993 - 1996	nível municipal	legislação municipal e normas;
	Participação	mecanismos de representação			entrevista com membros do Conselho de Saúde
2. Mudanças na composição do CMS e mecanismos adotados p/ definir a representação da comunidade	Representatividade	composição do Conselho de Saúde	1993 - 1996	nível municipal	legislação municipal e normas;
		processo de decisão			entrevista com membros do Conselho de Saúde
3. Resoluções do CMS e das Conferências Municipais de Saúde incorporadas ao planejamento municipal	Planejamento participativo	processo de planejamento	1993 - 1996	nível municipal	legislação municipal e normas;
	Processo de definição política	participação da comunidade			entrevista com membros do Conselho de Saúde

7. Glossário

- ACS - Agente Comunitário de Saúde
- AIH - Autorização de Internação Hospitalar
- AIS - Ações Integradas de Saúde
- AMB - Associação Médica Brasileira
- AVEIANM - Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunização e Atos Não Médicos
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- Ciset/MS - Secretaria de Controle Interno do Ministério da Saúde
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
- CMS - Conselho Municipal de Saúde
- CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- COSEMS - Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
- CPOD - Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos, Obturados
- CPS - Conselho Popular de Saúde de Diadema
- DATASUS - Departamento de Informática do SUS
- DIVEM/MF - Divisão de Análise do Setor Público Estadual, do Distrito Federal e Municipal, do Ministério da Fazenda
- DPT - Difteria, Tétano, Coqueluche
- FAS - Fundo de Assistência e Desenvolvimento Social
- FMS - Fundo Municipal de Saúde
- FPAS - Fundo de Previdência e Assistência Social
- FSEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados e Estatísticas
- FUNDAP - Fundação de Desenvolvimento Profissional
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICS - Índice de Condições de Sobrevivência
- INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

- IPLANCE - Fundação Instituto de Planejamento do Ceará
- NOB - Norma Operacional Básica
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PAS - Organização Pan-americana de Saúde
- OSS - Orçamento da Seguridade Social
- PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAISC - Programa de Ações Integradas na Saúde da Criança
- PAISM - Programa de Ações Integradas na Saúde da Mulher
- PCCS - Plano de Cargos, Carreiras e Salários
- PPI - Planejamento e Programação Integrada
- PROSUS - é de Belo Horizonte, completar
- PSF - Programa de Saúde da Família
- RH - Recursos Humanos
- SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
- SAMHPS - Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
- SAS/MS - Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
- SES - Secretaria de Estado da Saúde
- SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
- SIH/SUS - Sistema de Informação Hospitalar do SUS
- SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
- SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde
- SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
- UNIMED - Cooperativa dos Médicos do Brasil

- VE - Vigilância Epidemiológica
- VS - Vigilância Sanitária