

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA- UFSC
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE -CCS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA- CPGSP**

**EFEITOS DA MUNICIPALIZAÇÃO NO
ACESSO E NA INTEGRALIDADE DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE, BLUMENAU, SC
(1994 - 1998)**

ANGELA MARIA BLATT ORTIGA

**FLORIANÓPOLIS-SC
1999**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA- UFSC
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE -CCS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA- CPGSP**

**AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA MUNICIPALIZAÇÃO NO
ACESSO E NA INTEGRALIDADE, DA ATENÇÃO NO
MUNICÍPIO DE BLUMENAU, SANTA CATARINA, 1993-
1998.**

Dissertação submetida ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública- CPGSP do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

**Mestranda: ANGELA MARIA BLATT ORTIGA
Orientador: Professora Doutora Eleonor Minho Conill**

Florianópolis, Santa Catarina - 1999

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA- UFSC
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE -CCS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA- CPGSP**

**AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA MUNICIPALIZAÇÃO NO
ACESSO E NA INTEGRALIDADE, DA ATENÇÃO NO
MUNICÍPIO DE BLUMENAU, SANTA CATARINA, 1993- 1998.**

Dissertação submetida ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública- CPGSP do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

**Mestranda: ANGELA MARIA BLATT ORTIGA
Orientador: Professora Doutora Eleonor Minho Conill**

**A PRESENTE DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA
PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE
PÚBLICA, NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM
PLANEJAMENTO.**


**PROF^ª DR^ª MARIA HELENA BITTENCOURT WESTRUPP
COORDENADORA DO CURSO**

BANCA EXAMINADORA:

PROF^ª DR^ª ELEONOR MINHO CONILL ORIENTADORA 

PROF^º DR^º JOÃO CARLOS CAETANO TITULAR 

PROF^ª DR^ª MARIA JOSÉ SCOCHI TITULAR 

PROF^ª DR^ª ELIANA MARÍLIA FARIA SUPLENTE 

Florianópolis, Santa Catarina - 1999

RESUMO

ORTIGA, Angela Maria Blatt. **Efeitos da municipalização no acesso e na integralidade dos serviços de saúde, Blumenau, SC (1994-1998)**. Florianópolis, 1999, p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina

As duas últimas décadas foram marcadas por transformações no sistema de saúde brasileiro. O Sistema Único de Saúde – SUS foi implantado com o objetivo de proporcionar o reordenamento dos serviços e ações de saúde. Por diversidade de características e realidades locais, a descentralização vem ocorrendo de forma gradual, heterogênea, conflituosa e inovadora em todo o território nacional, o mesmo se dando em Santa Catarina. O estímulo à autonomia local é uma das propostas para diminuir o centralismo de poder e recursos, permitindo uma nova forma de relacionamento entre poder público e sociedade. A análise das Normas Operacionais Básicas - NOBs mostra uma tendência à ampliação da autonomia. São três as etapas que caracterizaram o processo da municipalização no Estado de Santa Catarina: descentralização de recursos, formas convencionais e negociação pactuada. O estudo avalia os efeitos da municipalização no modelo assistencial enquanto política de descentralização, tomando o caso de Blumenau no período 1994 a 1998. Realizou-se um estudo com níveis de análise imbricados, triangulação de método e dados com fontes primárias (entrevistas) e secundárias (Sistemas de Informações). Diversos tipos de metodologias avaliativas são discutidas, optando-se por um estudo do acesso (utilização) dos serviços e sua relação com a integralidade. Foi realizada uma avaliação da estrutura e processo através da oferta de serviços ambulatoriais (básicos, média e alta complexidade) e, preventivos (imunização, controle do câncer cérvico-uterino, odontologia). A estrutura da rede mostra crescimento das equipes de Programa de Saúde da Família, das unidades de saúde e dos serviços de apoio diagnóstico. Na produção ambulatorial municipal registra-se um aumento de 55%, sendo o município o principal prestador. Dos procedimentos realizados, 75% são básicos, 21% de média e 3% de alta complexidade e 1% de tipo não cadastrado. Passa-se de 1 AVEIANM hab/ano, em 1994, para 4,5, em 1998. As ações em maior número são procedimentos coletivos em odontologia. O número de consultas médicas mantém-se inalterado (1.4 consultas hab/ano), mas sua participação na produção diminui pela metade, em função do aumento do grupo AVEIANM. Aumentaram os serviços de média e alta complexidade. A endoscopia, radioterapia, quimioterapia e têm-se constituído em referência microrregional. Quanto à estrutura e a oferta da rede hospitalar, há discreta diminuição de internações no período, sem alteração da composição por especialidades, com diminuição dos leitos conveniados no SUS. Os dados referentes à estrutura e

oferta de serviços acompanham as tendências estaduais. Houve uma concordância dos dados quantitativos com a percepção dos atores entrevistados. Estes referem ainda a existência de contradições pelo novo papel do gestor municipal na compra de serviços e problemas na formação dos recursos humanos. Há uma autonomia técnica e administrativa relativa. Ocorreram inovações e avanços no acesso e na integralidade, tanto na sua dimensão curativa como na preventiva. Recomenda-se a continuidade de estudos e processos avaliativos, para subsidiar as práticas, utilizando-se os sistemas de informações existentes a fim de verificar efeitos dessas práticas no nível de saúde da população.

ABSTRACT

The two last decades have been marked by intense changes in the Brazilian health system. The Health Unique System – SUS is established with the goal of putting in order again the health services and actions. Due to differences in local realities, the decentralization has happened in a gradual, heterogeneous, conflicting and innovative way all over the country and the same thing is happening in Santa Catarina. The stimulus to local autonomy is one of the proposals to reduce the power and resources centralism, creating a new way of relationship between the public administration and society. The Basic Operational Rules analysis shows a tendency to enlarge autonomy. There are three stages that characterize the municipalization process in the state of Santa Catarina : Resources decentralization covenants and agreements. The study evaluates the municipalization effects in the attendance pattern as decentralization policy, by the analysis of the case in Blumenau from 1994 to 1998. It was done a study with imbricated analysis levels, methods and data with primary (interviews) and secondary (information systems) sources triangulation. Several Kinds of evaluation methods were considered, and the choice was for a service access study with the integral system. An evaluation in the structure and in the process was done through the ambulatorial service offer (basic, medium and high complexity) and prevention (immunization, cervical uterine cancer and dentistry). The net structure shows an increase in the Family Health Program groups, health units and diagnosis support services. There has been an increase in the municipal ambulatorial production – 55% - being the municipality the main responsible for it. Among the procedures that were performed 75% have basic, 21% have medium, 3% have high complexity and 1% are not cadastered types. There has been an increase from 1 AVEIANM inhabitants/year in 1994 to 4,5 in 1998. The actions that happened the most were collective procedures in dentistry. The number of medical consultations remains the same (1,4 consultation/inhabitant/year), but its importance in the production was reduced in half due to the growth of the AVEIANM group. There has been an increase in the medium and high complexity. The endoscopy, radiotherapy and chemotherapy now are regional references. Concerning the hospital net offer and structure, there has been a small reduction of internments during the period, without changes in the specialties composition, but with a reduction of beds/places in covenants with SUS. The data that refer to services structure and offer follow the state tendencies. There was an agreement between the quantitative data with the interviewed actors perception. These refer to the existence os contradictions in the new municipal manager role in what refers to services purchase and problems in

the human resources formation. There is a relative technical and administrative autonomy. There have been innovation and advances in the access and in its whole, both in healing and prevention. We recommend that the studies and evaluation processes continue, so that they can conduct to practices with the goal of verifying the affects concerning the population health.

SUMÁRIO

RESUMO	v
ABSTRACT	vii
LISTA DE FIGURAS	ix
LISTA DE QUADROS	xi
LISTA DE SIGLAS	xiii
AGRADECIMENTOS	xv
APRESENTAÇÃO	xviii
1 A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE: AVALIAÇÃO	1
1.1 Política de municipalização no setor saúde	2
1.2 Municipalização da saúde no Brasil e em Santa Catarina	4
1.3 Normas Operacionais Básicas – NOBs	6
1.4 Etapas da municipalização em Santa Catarina	18
1.5 Avaliação de serviços e sistemas de saúde	24
1.6 Aspectos conceituais e metodológicos da avaliação	26
1.7 Acesso e integralidade da atenção nos serviços de saúde	34
1.8 Objetivos	41
2 MÉTODO	43
2.1 Técnicas e Procedimentos	44
2.2 Limitações do estudo	54
3 A MUNICIPALIZAÇÃO EM BLUMENAU	57
3.1 Características socioeconômicas e políticas	58
3.2 Aspectos demográficos	58
3.3 Aspectos socioeconômicos e de infra-estrutura	61
3.4 Aspectos epidemiológicos	67
3.5 Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS	69
4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS: ACESSO E A INTEGRALIDADE NA REDE MUNICIPAL DE BLUMENAU NO PERÍODO 1994-1998	73
4.1 Características da estrutura da rede ambulatoriais	73
4.2 Produção de serviços ambulatoriais	76
4.2.1 Procedimentos básico	77
Grupo de AVEIANM- Ações de vigilância epidemiológica, Imunização e atos não médicos	77
Consulta médica	80

4.2.2	Procedimentos de média complexidade	81
	Radiodiagnóstico	81
	Patologia clínica	82
	Outros exames especializados (endoscopia citopatológico)	84
	Endoscopia	84
	Citopatológico	85
4.2.3	Procedimentos de alta complexidade	86
	Hemodiálise e diálise peritoneal	86
	Radioterapia e quimioterapia	87
4.3	Características da estrutura da rede hospitalar	88
4.4	Produção de serviços hospitalares	89
4.5	Análise da Integralidade	92
	Programa de imunização	92
	Programa de saúde bucal	96
	Programa de preventivo do câncer	100
	Programa de saúde da família	104
5	A PERSPECTIVA DOS ATORES: DESCRIÇÕES DOS RESULTADOS QUALITATIVOS	106
5.1	O contexto de ingresso nas novas modalidades de gestão	106
5.2	Sobre a questão da autonomia e suas contradições	110
5.3	Efeitos na oferta dos serviços: inovações, integralidade e acesso	114
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130

ANEXOS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Situação da habilitação na gestão plena do sistema municipal segundo a NOB 01/96 no Estado de Santa Catarina, 1998	21
Figura 2	Demonstrativo do crescimento populacional no município de Blumenau, SC 1991-1998	59
Figura 3	Percentual do tipo de abastecimento de água dos domicílios em Blumenau, SC 1991	62
Figura 4	Percentual do tipo de esgoto sanitário nos domicílios em Blumenau, SC 1991	63
Figura 5	Percentual do tipo de destino do lixo dos domicílios em Blumenau, SC 1991	64
Figura 6	Percentual de alfabetização em Blumenau, SC 1991	65
Figura 7	Coefficiente de mortalidade infantil por causa em mil nascidos vivos, Blumenau 1991-1995	68
Figura 8	Evolução do quadro de recursos humanos, da Secretaria Municipal de Saúde, 1992-1998	72
Figura 9	Distribuição da rede ambulatorial Blumenau, 1996-1998	74
Figura 10	Evolução da produção ambulatorial por tipo de prestador em Blumenau 1994-1998	76
Figura 11	Percentual da produção ambulatorial por níveis de complexidade em Blumenau e Santa Catarina 1994-1998	77
Figura 12	Percentual dos procedimentos de AVEIANM em relação à produção ambulatorial Blumenau, 1994-1998	78
Figura 13	Distribuição dos procedimentos de AVEIANM em relação à produção total do grupo, Blumenau, 1994-1998	80
Figura 14	Percentual dos procedimentos de AVEIANM e de consulta médica em relação à população Blumenau 1994-1998	81
Figura 15	Demonstrativo da produção de radiodiagnóstico por prestador no município e no Estado, 1994-1998	82
Figura 16	Demonstrativo da produção de patologia clínica por prestador no município, 1994-1998	83
Figura 17	Demonstrativo da produção de patologia clínica por prestador no Estado, 1994-1998	84
Figura 18	Demonstrativo da evolução da produção das endoscopias realizadas no município, na microrregião e no Estado, 1994-1998	85
Figura 19	Demonstrativo dos exames citopatológicos realizados em Blumenau e microrregião, 1994-1998	86

Figura 20	Demonstrativo da produção de hemodiálise e diálise em Blumenau e no Estado, 1994-1998	87
Figura 21	Demonstrativo da produção de radioterapia e quimioterapia em Blumenau e no Estado, 1994-1998	87
Figura 22	Distribuição da rede hospitalar, conforme natureza, Blumenau, 1992-1998	88
Figura 23	Percentual de leitos por habitantes no município de Blumenau no período de 1991-1998	89
Figura 24	Percentual das internações por especialidades em relação à população de Blumenau, 1993-1998	90
Figura 25	Principais causas de internação conforme lista básica do CID-9 Blumenau, 1993-1998	91
Figura 26	Percentual de parto normais, cesáreas e abortos Blumenau, 1992-1998	92
Figura 27	Cobertura da vacina antipólio e DPT, de Blumenau e no Estado, 1987-1998	94
Figura 28	Cobertura da vacina anti-sarampo e BCG em Blumenau e no Estado, 1987-1998	95
Figura 29	Evolução do índice de CPO-D em Blumenau, 1968-1998	97
Figura 30	Percentual dos procedimentos coletivos em odontologia em relação a população de 0 a 12 anos de Blumenau, 1994-1998	99
Figura 31	Evolução do número de lâminas de preventivo de câncer lidos no Laboratório Público de Blumenau, 1994-1998	100
Figura 32	Evolução do número de exames de preventivo de câncer lidos no Laboratório Público de Blumenau, 1994-1998	101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Principais características das Normas Operacionais Básicas	10
Quadro 2	Síntese dos prerrogativas dos municípios segundo as condições de gestão NOB/SUS 01/96	16
Quadro 3	Síntese das responsabilidades dos municípios segundo as condições de gestão da NOB/SUS 01/96	17
Quadro 4	Municípios catarinenses, por condição de gestão, segundo NOB/SUS 01/93, novembro de 1996	19
Quadro 5	Síntese das principais características dos municípios catarinenses habilitados na gestão semiplena, de 1994-1996	19
Quadro 6	Aspectos comparativos das abordagens metodológicas dos atores que abordam a avaliação dos serviços de saúde	34
Quadro 7	Variáveis de contexto	46
Quadro 8	Operacionalização das variáveis demográficas	46
Quadro 9	Operacionalização das variáveis sociais	47
Quadro 10	Operacionalização das variáveis epidemiológicas	47
Quadro 11	Operacionalização das variáveis acesso e integralidade	48
Quadro 12	Operacionalização das medidas de acesso e integralidade a partir das variáveis de oferta de serviços	48
Quadro 13	População de Blumenau, por ano e sexo, no período de 1960-1998	59
Quadro 14	Evolução da população na área rural e urbana em Blumenau, no período 1960-1991	60
Quadro 15	Distribuição da população estudantil por nível de escolaridade- Blumenau, 1997	65
Quadro 16	Condições de moradia por tipo de construção em Blumenau, 1992.	66
Quadro 17	Número de óbitos e coeficientes de mortalidade infantil em Blumenau e Estado, 1980-1995	67
Quadro 18	Demonstrativo da produção ambulatorial do grupo de procedimento de AVEIANM, Blumenau, 1994-1998	79
Quadro 19	Demonstrativo da produção total da patologia clínica do município da microrregião e do Estado, 1994-1998	83
Quadro 20	Cobertura vacinal em crianças menores de um ano em Blumenau, 1987-1998	93
Quadro 21	Denominadores populacionais utilizados para estimar a cobertura vacinal	96

Quadro 22	Total de procedimentos de odontologia, em relação ao total de procedimentos ambulatorial, Blumenau, 1994-1998	98
Quadro 23	Total de procedimentos coletivos em odontologia em relação a população coberta, em Blumenau, 1994-1998	98
Quadro 24	Número de exames realizados por local de procedência no Laboratório Público de Blumenau, 1994-1998	101
Quadro 25	Produção total de exames da microrregião do Laboratório Público de Blumenau, 1994-1998	102
Quadro 26	População feminina do município de Blumenau coberta pelo Laboratório Público Municipal, 1994-1998	103

LISTA DE SIGLAS

AG	Ambulatório Geral
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	<i>Programa de Ações Integradas de Saúde</i>
AMMVI	Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí
AMB	Associação Médica Brasileira
APA	Autorização Procedimento Alto-custo
ARE	<i>Ambulatório Regional de Especialidades</i>
ASSESC	Associação dos Serviços Municipais de Saúde do Estado de Santa Catarina
AVEIANM	Ações de Vigilância Epidemiológica Imunização e Atos Não Médicos
BCG	Vacina protege contra a Tuberculose
CAICS	Centro de Apoio Integral à Criança
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CISER	Delegacias Federal de Controle do Ministério da Fazenda
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidações das Leis Trabalhistas
CMI	Coefficiente de Mortalidade Infantil
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPD	Centro de Processamento de Dados
CPO-D	Corresponde ao número de dente cariado, perdido ou obturado por criança
DO	Declaração de Óbito
DOU	Diário Oficial da União
DPT	Vacina tríplice bacteriana que protege contra difteria, tétano e coqueluche
EBM	Escola Básica Municipal
FAE	Fração Ambulatorial Especializada
FAISC	<i>Fórum de Atenção Integral da Saúde da Criança</i>
FAM.	Fator de Apoio à Municipalização
FEGE	Fator de Estímulo à Gestão Estadual
FEM	Fator de Estímulo à Municipalização.
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FURB	Fundação Educacional Regional de Blumenau
GAP	Guia de Autorização de Pagamento
GEINFO	Gerência de Estatística e Informática
GEMAD	Gerência de Municipalização e Auditoria de Desempenho

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEC	Informação, Educação e Comunicação em Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
ICMS	Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
IPPUB	Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Blumenau
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PBVS	Piso Básico de Vigilância Sanitária
PDAVS	Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
PES	Plano Estadual de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMB	Prefeitura Municipal de Saúde
PMS	<i>Plano Municipal de Saúde</i>
PNI	Programa Nacional de Imunização
PPI	Programação Pactuada Integrada
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RCA	Resíduo Cobertura Ambulatorial
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SAMAE	Serviço Autônomo Municipal de Água e Esgoto
SAPS	Serviço de Atenção Psicossocial
SEMAC	Secretaria Municipal da Ação Comunitária
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema Informação de Mortalidade
SINAM	Sistema de Informação Doenças Notificação Compulsória
SINASC	Sistema Informação Nascidos Vivos
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TETRA	Associada a vacina tríplice bacteriana, protege contra as doenças causadas pelo <i>Haemophilus</i> do tipo B
TFA	Teto Financeiro da Assistência
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TFECD	Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
UAS	Unidade Avançada de Saúde
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UPE	<i>Unidades Pré-escolares</i>

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo **José Mauro**, que me acompanhou nesta caminhada.

Aos meus pais **Dyva e Lothar** que me ensinaram o valor de estudar, me proporcionaram as condições para a minha formação e, mesmo distante, sempre me auxiliaram.

A minha sogra **Marisa** e a **Célia** pelo apoio.

À minha colega de mestrado **Sonia**, pelo acolhimento em seu lar nos períodos que me desloquei para Blumenau.

Aos meus irmãos, **Terezinha, Carmen, Darci, Lourdes, Ivete, Agostinho, e Solange** pela compreensão do tempo furtado.

Aos **membros do Conselho Municipal de Saúde**, representantes dos prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários que se dispuseram a participar, com as entrevistas, deste estudo.

Ao **presidente do Conselho Municipal** de Saúde de Blumenau, aos dois **Secretários de Saúde** pelo apoio e disponibilidade dispensada e, aos **técnicos** das duas administrações municipais que participaram das entrevistas.

Ao companheiro **Luiz Antônio** que foi me acompanhando nesta trajetória, desde a Secretaria Estadual e, abrindo os caminhos na Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau.

Aos meus colegas do mestrado, em especial, **Suely, Sonia e Telma** por compartilhar as angústias, as tristezas, as alegrias, o saber e a informação.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A **Deus** por estar sempre presente.

A minha **orientadora** Dr^a Eleonor Minho Conill, que soube ensinar, estimular e compreender, e que, além de mestre, foi amiga e conselheira.

A minha irmã **Lourdes** que me auxiliou exaustivamente na revisão bibliográfica e no fazer ciência.

À **Angélica**, minha querida filha, por aceitar a minha ausência.

Aos **Sobrinhos** que cederam o computador para a “tia” concluir esta tarefa.

A **Pós-graduação de Saúde Pública** pela oportunidade e pela formação.

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A avaliação surge dentro da perspectiva política de mudança do setor saúde, passando a constituir-se instrumento fundamental para a gerência. A municipalização traz inovações no campo da organização dos serviços de saúde, sendo em 1994 a gestão semiplena e em 1998 a gestão plena do sistema municipal, considerada a modalidade mais avançada de administração municipal, que possibilita maneiras diferenciadas de intervenção, principalmente por favorecer a autonomia técnica e financeira. Apesar de recente, essa mudança tem estimulado o debate entre pesquisadores sobre a efetividade dessas administrações. Esta pesquisa apresenta um recorte da questão, através do estudo de caso do município de Blumenau, que aderiu a estas formas de gestão.

Existem inúmeras possibilidades para a avaliação de sistemas locais de saúde, porém, como se trata de um trabalho acadêmico, com prazo definido, certamente que a opção feita envolve algumas limitações, principalmente a não-possibilidade de generalização.

Sua relevância justifica-se pela escassez de trabalhos em nível nacional, sobre avaliação de serviços de saúde públicos no contexto da municipalização. Meu interesse pela pesquisa surgiu, enquanto dirigente da Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais da Secretaria Estadual de Saúde, no período 1995 a 1998. Além de vivenciar de perto o processo, identificava, nos planos municipais, as dificuldades dos gestores em definir indicadores para analisar os serviços ofertados e avaliar seus efeitos sobre a saúde da população.

Fez-se a opção por analisar a gestão semiplena, ou gestão plena do sistema municipal por considerar que este tipo de gestão é potencialmente inovadora, oferecendo maior autonomia, que pode traduzir-se mais facilmente em resultados no modelo assistencial.

oferecendo maior autonomia, que pode traduzir-se mais facilmente em resultados no modelo assistencial.

Espera-se através deste estudo levantar alguns indicadores (variáveis) úteis para a construção de instrumentos que permitam a avaliação rotineira de sistemas locais de saúde.

Após a apresentação do tema e dos objetivos da pesquisa o trabalho está estruturado da forma especificada a seguir:

O **Capítulo 1** apresenta considerações gerais sobre a origem e a trajetória da política de municipalização no setor saúde no Brasil e em Santa Catarina, e a importância das Normas Operacionais Básicas – NOBs existentes na década de 1990 que são instrumentos táticos para a regulação do processo de descentralização. Sintetiza a análise das principais características das diversas NOBs, e compara responsabilidades e prerrogativas dos municípios segundo as condições de gestão. Complementa com elementos relacionados à questão da descentralização e municipalização na construção do Sistema Único de Saúde – SUS e com a descrição das etapas da municipalização em Santa Catarina. Enfoca fundamentos teóricos sobre avaliação, levantados através da revisão bibliográfica, o posicionamento de vários autores, com o resgate de aspectos históricos, conceituais e metodológicos. Tendo em vista que esta dissertação foi operacionalizada em dois eixos teóricos: a municipalização no **acesso** e na **integralidade** da atenção nos serviços de saúde, esses conceitos são aprofundados com o objetivo de melhor compreensão do tema da pesquisa.

No **Capítulo 2** são apresentados o método de investigação adotado, os sujeitos/atores envolvidos na pesquisa, a técnica e o procedimentos utilizados para levantamento dos dados, a definição de procedimentos de pesquisa, tipos de delineamentos, definição das variáveis utilizadas. As limitações encontradas no desenvolvimento da pesquisa finalizam este capítulo.

No **Capítulo 3** apresenta-se um breve histórico e a descrição das características socioeconômicas e políticas do município de Blumenau, objeto do estudo. Apresentam-se dados demográficos, de infra-estrutura, como água, esgoto, sistema de limpeza urbana e destino do lixo, educação, dentre outros. Complementa-se o capítulo com o perfil epidemiológico do município e informações sobre a Secretaria Municipal de Saúde.

No **Capítulo 4**, são apresentados os resultados da análise quantitativa dos dados do município da microrregião e do Estado, dados esses obtidos nos sistemas de informações, destacando-se que o conhecimento inicial do município de Blumenau, foi imprescindível para o entendimento dos resultados obtidos. Os resultados são apresentados seguindo os critérios definidos no método e estão representados em quadros e gráficos. Cada grupo de dados foi analisado e cotejado, quando necessário com os dados qualitativos (entrevistas).

No **Capítulo 5**, são descritos os resultados da análise qualitativa obtidos através das entrevistas realizadas. Este capítulo possui três eixos. O primeiro apresenta as impressões obtidas em relação à situação do ingresso do município nas modalidades de gestão, semiplena e plena do sistema municipal de saúde. O segundo apresenta os aspectos relacionados à autonomia técnica e financeira, analisando suas contradições. O último analisa os efeitos na oferta dos serviços, destacando as inovações. Discute a integralidade e o acesso dos serviços de saúde no contexto da municipalização.

No **Capítulo 6**, são apresentadas as considerações finais obtidas pela discussão e análise dos dados, enfatizando as variáveis do estudo. As sugestões foram feitas no intuito de incentivar outros estudiosos que pretendam engajar-se nesta linha de pesquisa, principalmente no sentido de conscientizar da importância da incorporação da avaliação como prática sistemática nos serviços de saúde.

No **Capítulo 7**, relacionam-se as referências bibliográficas, seguindo-se os Anexos.

**A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE:
AVALIAÇÃO**

1 A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE: AVALIAÇÃO

1.1 Política de municipalização no setor saúde

As duas últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas às mudanças ocorridas no âmbito político-institucional, decorrentes do processo de redemocratização mais geral. Paralelamente a esse processo, manifestava-se uma crise mais ampla no campo econômico, social e político e que veio a determinar, inclusive, mudanças no modelo de assistência, mudanças essas decorrentes em parte, do crescente custo da assistência médico-hospitalar.

Na década de 70, o chamado “**Movimento Sanitário**” começou a denunciar os efeitos do modelo econômico sobre o Sistema de Saúde. Caracterizava-se tal movimento, não apenas por fazer denúncias contra a ditadura e os interesses econômicos com ela envolvidos, mas também por apresentar propostas de transformação do Sistema de Saúde. Ampliou-se, com a adesão de parlamentares, lideranças políticas, lideranças sindicais e populares, envolvendo, inclusive, técnicos das instituições oficiais de saúde e promovendo debates para a divulgação de suas idéias. O movimento, com um trabalho intenso e articulado, conquistou alguns importantes postos de condução de política setorial (Rodrigues, 1994).

Foram discutidas e implementadas algumas políticas setoriais, destacando-se: em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS, com o objetivo de implantar uma rede de serviços de atenção primária à saúde, estabelecendo a hierarquização, a descentralização e a universalização; e, em 1980, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE, apenas como proposta teórica.

Uma das origens do referencial teórico do novo modelo sanitário então proposto foi a noção de medicina comunitária (Donnangelo, 1976) ; (Conill, 1982). Ampliaram-se os debates e a produção teórica nos congressos e encontros de saúde pública. Outro marco conceitual importante foi a conferência de Alma Ata, que preconizava em seu slogan “Saúde para todos até

o ano 2000", voltada para a atenção primária e os cuidados básicos em saúde (OMS, 1978).

O I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, organizado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES e pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados discutiu publicamente, em 1979, a proposta de reorganização do sistema. As conclusões desse seminário ressaltaram que as modificações procuradas na política nacional de saúde somente seriam realizáveis na medida em que diferentes setores da sociedade se fizessem representar, através de suas organizações próprias e, especialmente, nos níveis decisórios do sistema de saúde (Rodrigues, 1994) ; (Brasil, 1993a).

Mas as propostas do movimento sanitário não conseguiram alterar significativamente os padrões de produção de serviços de saúde, predominando a produção privada e o enfoque medicalizante. Para romper esta lógica, o movimento apostou na construção de um modelo que buscasse novos conceitos de saúde e doença a partir da realidade social das populações, principalmente, no aumento do controle social das forças organizadas da sociedade em nível setorial.

Em 1982, em decorrência das dificuldades financeiras da previdência e das necessidades crescentes de ampliação de assistência médica, foi apresentado o Plano de Reorganização da Assistência Médica da Previdência Social, elaborado pelo Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP, que visava à contenção dos gastos e à instituição do Programa de Ações Integradas de Saúde - PAIS. A proposta contemplava o estabelecimento de convênios com as Secretarias de Saúde, estaduais e municipais, objetivando a integração e a racionalização da atuação do setor público. O PAIS evoluiu, transformando-se na estratégia das Ações Integradas de Saúde - AIS, considerada, como um passo importante para a integração institucional necessária para a viabilização da reforma.

Essa estratégia caracterizava-se pela tentativa de gestão e programação conjunta das três esferas de governo. No período de 1984 a 1987, as AIS viabilizaram a expansão da capacidade instalada da rede ambulatorial pública, mas acabaram transformando-se também em compra de serviços públicos de

estados e municípios, estimulando no setor público a produção de uma assistência médica individual, em detrimento das ações coletivas que já eram precárias (Luchese, 1996).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, concretizou as propostas oriundas do debate democrático, possibilitando aos representantes da sociedade civil organizada, técnicos, intelectuais, profissionais de saúde, políticos e representantes de todas as classes chegar ao consenso da necessidade urgente de uma ampla e inegável reforma sanitária no país (Luchese, 1996).

1.2 Municipalização da saúde no Brasil e em Santa Catarina

Em Santa Catarina, o primeiro projeto para viabilizar o processo de municipalização foi o PAIS - implantado na região de Lages em 1982. Logo em seguida, em 1983, foi implantado em todo o território brasileiro. Surgiram em algumas cidades brasileiras experiências de formulação de políticas locais de saúde e de organização de redes municipais, baseadas nos princípios da atenção primária, podendo-se destacar os municípios de Londrina, Campinas e Niterói, entre outros.

No estado de Santa Catarina, os municípios de Lages, Criciúma, Joinville, Itajaí e Blumenau foram os primeiros a possuir rede de saúde própria e, na década de 80, sediaram encontros para discutir o processo de municipalização, com a participação de outros municípios catarinenses. Em decorrência, deu-se também a organização dos secretários municipais com a formação, em 1986, da Associação dos Serviços Municipais de Saúde do Estado de Santa Catarina - ASSESC, hoje Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS (Santa Catarina, 1986, 1994a).

Em 1987, implantaram-se as bases do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, disciplinado, em 1988, pela Constituição que definiu a coordenação do setor, para implantar a gestão única e seus desdobramentos em nível municipal (Santa Catarina, 1995a). Ainda em julho

de 1987, iniciou-se sua implantação, com a descentralização de recursos físicos, humanos e financeiros do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social para os estados. Não houve um processo de descentralização para os municípios, pois, segundo Luchese (1996), prevaleceram os interesses político-clientelistas dos gestores estaduais. Nesse momento estruturou-se o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

Durante a vigência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, de 1987 a 1990, 90% dos municípios catarinenses participaram da “municipalização”, o mesmo acontecendo em outros estados brasileiros, como São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná.

A saúde foi inscrita na nova carta magna, no seu artigo 196 como (...) *direito de todos e dever do Estado*, com a criação do Sistema Único da Saúde – SUS (Brasil, 1988a).

Mas foi a Lei Orgânica da Saúde, ao regulamentar os princípios constitucionais do setor, que atribuiu à esfera municipal a responsabilidade de gestão e gerência dos serviços de assistência individual e coletiva. O município passou a ser a base do sistema, cabendo a ele a formulação das políticas aplicáveis em seu âmbito, assim como o planejamento, o controle e a avaliação das ações e serviços públicos e privados estabelecidos em sua esfera de atuação (Brasil, 1990a e 1990b).

Começou-se a visualizar os contornos, ainda que de forma tênue, de um processo de descentralização, como estratégia para a superação do atual modelo assistencial hospitalocêntrico, dicotômico entre a prevenção e a cura, com sensível perda da integralidade da assistência à saúde.

A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, que discutiu o tema “Municipalização é o Caminho”, enfatizou a necessidade de o processo de municipalização não restringir-se ao repasse direto de recursos financeiros, para viabilizar igualmente a efetiva gestão da atenção à saúde pelo município, com direção única e controle social (Brasil, 1992a).

1.3 As Normas Operacionais Básicas – NOBs

O Ministério da Saúde adotou Normas Operacionais Básicas – NOBs, como instrumento tático para a regulação do processo de descentralização e para a definição dos repasses de recursos financeiros entre a União, os Estados e os Municípios e para acompanhamento do processo.

Para Luchese (1996), as normas NOB 01/91 e NOB 01/92, editadas pelo INAMPS em 1991 e em 1992, respectivamente, tiveram como característica 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. Possibilitaram o relacionamento direto do Ministério da Saúde com as Secretarias Municipais de Saúde por meio de convênios de municipalização (Brasil 1991a) ; (Brasil, 1992b).

O marco que se pode considerar um ato efetivo no sentido da descentralização foi a publicação, pelo Ministério da Saúde, do documento intitulado “A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” (Brasil, 1993a).

Formulou-se uma estratégia para fortalecimento dos municípios em seu papel de gestores, estabelecendo-se mecanismos financeiros diferenciados e uma nova relação com os prestadores privados de assistência à saúde. Foi iniciado um processo longo de discussão e negociação entre gestores estaduais e municipais, setor privado, entidades de representação popular e sindical, instituições públicas federais e entidades científicas, daí surgindo uma nova versão do documento. Após negociação e aprovação no Conselho Nacional de Saúde, divulgou-se, para fins de operacionalização, com a Portaria nº. 545, de 20 de maio de 1993, a Norma Operacional Básica 01/93, que estabelecia as normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde (Brasil, 1993b).

Instituiu-se um novo organismo colegiado de gestão do SUS em nível estadual e municipal. Na esfera estadual, as Comissões Intergestores Bipatites – CIB foram compostas, paritariamente, por representantes das Secretarias de Estados e da entidade representativa dos Secretários Municipais de Saúde. Em

nível federal, a Comissão Intergestores Tripartite - CIT formou-se, paritariamente, por representante do Ministério da Saúde, da entidade de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e da entidade de representação dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS. Tais comissões tiveram por finalidade estabelecer a parceria entre os gestores do SUS no processo de operacionalização da política de estratégias e de diretrizes para a reorganização do sistema.

Nessa Norma foram previstas as seguintes formas de gestão municipal: **incipiente, parcial e semiplena**. Na gestão semiplena, o município passa a receber diretamente a totalidade de recursos para o custeio ambulatorial e hospitalar dos serviços públicos e privados, passando a ser o pagador das instituições privadas conveniadas ao SUS, sendo de sua responsabilidade a definição, a execução, o acompanhamento, o controle e a avaliação da política no âmbito de seu território (Brasil, 1993b).

A Norma Operacional Básica 01/96 trouxe novas alterações, importantes, principalmente na forma do financiamento, que passa a ser feito, em parte, pelo Piso de Atenção Básica - PAB e por incentivos por cobertura populacional, estabelecendo-se duas modalidades de habilitação para o município: a **gestão plena da atenção básica** e a **gestão plena do sistema municipal** (Brasil, 1996a).

A partir da sua operacionalização, a condição de gestão semiplena, passou a ser chamada de gestão plena do sistema municipal.

A análise dessas normas permite verificar a evolução da política de descentralização ao longo do tempo. As duas primeiras normas foram feitas dentro do antigo INAMPS e discutidas apenas por técnicos deste órgão e do Ministério da Saúde. A Norma de 1993 teve a participação dos segmentos dos secretários municipais e estaduais, recebeu sugestões para reformulação e foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde. A Norma de 1996 foi ainda mais amplamente discutida, inclusive pela sociedade civil, apresentada durante a X Conferência Nacional de Saúde para apreciação, sendo posteriormente publicada.

Segundo Castro (1991), a forma convencional existente nas duas primeiras normas mantinha o mecanismo de controle (convênio) junto a prefeituras, com a centralização de recursos e de poder decisório na esfera federal e sérias implicações para o modelo de gestão descentralizado. Nas últimas duas normas, houve uma evolução favorável da forma de ingresso dos municípios, com a publicação de instruções normativas (Brasil, 1997, 1998a), passando a habilitação a ser decidida pelas Comissões Intergestores Bipartite. Retirou-se assim, o poder que tinham os estados de decidir, de forma unilateral, quem poderia ser habilitado, e eliminou-se, a forma convencional realizada anteriormente entre estados e municípios.

As formas de financiamento vêm também modificando-se, desde a NOB 01/93, sendo criados mecanismos de incentivos financeiros para os municípios que cumprirem os requisitos exigidos. Há um aumento dos mecanismos reguladores da produção ambulatorial e hospitalar, visando a aumentar o controle e evitar fraudes. Os sistemas de informação estão sendo aperfeiçoados, com o objetivo de auxiliar nessas avaliações. Na última NOB, a grande conquista foi a instituição de alguns pagamentos por critérios populacionais.

O que é importante destacar da NOB/SUS de 1996 é a implantação do Piso de Atenção Básica – PAB, pelo qual o município recebe financiamento por critério populacional, possibilitando o investimento em ações básicas de promoção e proteção da saúde. Nas NOBs anteriores, as atividades ambulatoriais eram pagas através da Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA, definida quantitativamente pelo tamanho da população e segundo a capacidade instalada e o desempenho técnico, ou seja, por produção de serviços, através de Guias de Autorização de Pagamento – GAP, aos prestadores privados e públicos. Outro fato importante é que os recursos de investimento já não têm mais o controle total do Estado, em alguns programas, os recursos são repassados diretamente aos municípios, e as diretrizes de investimentos são apreciadas e aprovadas na Comissão Intergestores Bipartite.

Desde a NOB 01/91 são definidos os pré-requisitos a serem cumpridos para que se adquiriu a condição de “municipalizado”, fazendo jus ao

financiamento federal. A cada NOB esses requisitos foram sendo aperfeiçoados criando-se novos critérios, alguns difíceis de serem cumpridos pelos municípios de pequeno porte. Em conseqüência, percebeu-se que os municípios ficavam a mercê de normas definidas de forma centralizada pelas Secretarias Estaduais e pelo Ministério da Saúde. As mudanças de regras muito freqüentes, quando acabavam de cumprir requisitos de uma Norma, ocorriam novas mudanças que os levavam a iniciar novo processo. Este fato demonstra que Estado e União mantém ainda com o nível municipal, uma importante relação de poder, ancoradas em grande parte no controle dos recursos financeiros e em conseqüência, os esforços em direção a uma autonomia municipal se consolidam muito lentamente. Não se opera uma descentralização de fato, pois na realidade se delegam principalmente competências ao município para execução de serviços de saúde, sem que haja um grande deslocamento de poder. O aprofundamento desta questão remete a uma discussão mais geral das características político-administrativa da sociedade brasileira, envolvendo por exemplo a questão da reforma tributária. Tal discussão foge ao objeto deste estudo mas permite apontar ou pelo menos situar os limites e a autonomia relativa de uma reforma setorial.

É verdade no entanto que, com o advento da NOB 01/93, o processo de descentralização assume uma dinâmica renovadora abrindo-se oportunidade para diferentes propostas de reorganização do sistema, nascidos em nível mais local.

O Quadro 1 apresenta as principais características encontradas nas NOBs formuladas na década de 90, em função dos seguintes aspectos: órgão de edição, forma de transferência de recursos entre Estado e municípios, critérios de distribuição de AIH, e uniformização da tabela de pagamento, instrumentos de programação financeira ambulatorial, criação de estímulos financeiros, forma de pagamento ambulatorial, instâncias de negociação, participação de gestores na elaboração e formas de enquadramento dos municípios.

Quadro 1- Principais características das Normas Operacionais Básicas

Características Gerais	NOB 91	NOB 92	NOB 93	NOB 96
Órgão de edição	INAMPS	INAMPS	MS	MS
Utilização do instrumento convenial como forma de transferência de recurso entre estados e municípios	Sim	Sim	Não	Não
Critério populacional de distribuição de AIH	Por produção	População 10%	População 9,0% (1995)	População 9%
Uniformização de tabela de pagamentos	Sim	Sim	Sim	Sim
Instrumentos de programação financeira ambulatorial	UCA	UCA e GABs	UCA e GAB e RCA	Teto financeiro ambulatorial
Criação de estímulos financeiros aos municípios e estados	Não	Sim FEGE FEM	Sim FAM	PAB - fixo e variável
Pagamento ambulatorial	Produção	Produção	Produção SIA/SUS e Alto Custo APA (teto definido)	População PAB FAE - Teto definido por produção
Existência de instâncias colegiadas de negociação	Não	Não	Sim	Sim
Participação de gestores e outros segmentos na sua elaboração	Não	Não	Sim	Sim
Flexibilidade para enquadramento dos municípios	Não	Não	Incipiente, Parcial, Semiplena e Plena	Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal

Fonte: NOB 01/91/92/93/96 (Brasil 1991a, 1992b, 1993b, 1996a)

Descentralizar, implica outorgar legalmente poderes para em nível local, que passa, assim a gozar de poder de decisão sobre as políticas e procedimentos segundo Vieira & Medici, apud Teixeira (1992). Para que essa autonomia realmente exista, torna-se necessário que o processo seja acompanhado por uma correspondente descentralização de recursos. Porém a descentralização financeira isolada também não é eficaz, tornando-se necessária uma definição legal da competência do nível local, uma vez que a autonomia possui três aspectos principais: político, administrativo e financeiro.

Para Teixeira (1992), quando a descentralização é pensada como uma proposta para reduzir gastos públicos, comete-se um erro, uma vez que, concomitantemente a essa política, ocorreu o processo de universalização dos direitos sociais gerado pelo processo democrático da década de 80. A descentralização transformou-se, então, em parte de uma estratégia de democratização, assumindo valores políticos, tais como, universalização, equidade e controle social. Os fatores conjunturais da crise econômica e a democratização das políticas públicas entraram, assim, em conflito, quanto aos limites e objetivos das propostas de descentralização.

Nessa situação, o objetivo principal da descentralização pode ter sido o de repassar tensões sociais, impedindo o acúmulo nos níveis mais elevados do sistema. Essa estratégia oferece um leque de opções para as negociações das organizações, pois existem diversas instâncias de conciliação. Permitiria ao usuário do sistema sentir-se valorizado ao fazer sua reclamação, às vezes, até diretamente ao secretário municipal de saúde.

Para Ugá (1991), o conceito de descentralização expressa por definição um processo democratizante, se supusermos que os novos núcleos de poder serão exercidos pela comunidade participante. Mas o processo de descentralização em si não viabiliza a participação popular. Torna-se necessário que os setores populares ganhem poder garantindo, por exemplo, assento de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde.

Na condição de gestão semiplena da NOB/SUS 01/93, o município recebia, mensalmente, por transferência fundo a fundo, o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes ao teto ambulatorial e hospitalar estabelecido.

Atualmente, na condição plena do sistema municipal da NOB/SUS 01/96, recebe, também mensalmente, por transferência fundo a fundo, o total dos recursos financeiros hoje divididos em PAB – Piso de Atenção Básica e o Teto Financeiro da Assistência – TFA. Este último corresponde aos recursos da assistência ambulatorial e hospitalar que não estão contemplados no PAB. Os recursos da parte variável do PAB, desde que o município opte por implantar as estratégias correspondentes, podem também ser recebidos. Esta parte

variável é composta dos seguintes incentivos: Programa Saúde da Família – PSF; Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS; Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais; Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária; Incentivo às Ações de Epidemiologia e de Controle de Doenças e Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.

Os repasses fundo a fundo, previstos na NOB 01/93, somente puderam ser viabilizados a partir do Decreto presidencial nº. 1232, de 30 de agosto de 1994. A efetivação da habilitação na condição gestão semiplena aconteceu, portanto, a partir de setembro de 1994, atrasando o processo em mais de quinze meses (Brasil, apud Luchese, 1996).

Dentre as dificuldades para efetivar esta sistemática, destacam-se: a resistência do CONASS em aceitar tetos financeiros para as atividades hospitalares, que até o momento só dispunham de tetos físicos (número de autorizações para internações hospitalares que não estavam limitadas ao recurso financeiro). Havia uma preocupação de que essa estratégia trouxesse achatamento de recursos e resistência dos hospitais conveniados e contratados em limitar as internações hospitalares a um teto financeiro fixo. A não implantação integral das condições estabelecidas pela NOB/SUS 01/93, além da não regularidade no repasse dos fatores de estímulos a estados e municípios dificultaram o avanço do processo de municipalização nesse período.

O valor do Fator de Apoio ao Município - FAM correspondia ao total da população do município multiplicado por 5% do valor da UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial, recebendo o município um duodécimo desse valor mensalmente. O Fator de Apoio ao Estado - FAE, correspondia a 5% do recurso de cobertura ambulatorial para custear tratamentos fora do domicílio, medicamentos especiais, órteses e próteses ambulatoriais, sendo repassado um duodécimo desse valor mensalmente. Tais fatores foram criados para estimular a adesão dos municípios à nova estratégia. Para a condição de gestão parcial, os municípios que implementassem ações para evitar internações hospitalares desnecessárias receberiam, de três em três meses o repasse dos saldos financeiros previstos. Saldo financeiro este que nunca foi repassado, tampouco

o foi o teto financeiro global para os estados que assumiram a condição de gestão semiplena.

Mas a implantação da gestão semiplena nos municípios exigia maior definição de tetos financeiros, para sua operacionalização o que pressionou a Comissão Intergestores Tripartite – CIT a chegar a um consenso, aprovando, finalmente, os tetos financeiros globais para os estados e para os municípios incluídos nesse tipo de gestão (Luchese, 1996).

Há evidências de que a NOB 01/93 estimulou o processo de descentralização, pois colocou o município na obrigação de cumprir os requisitos exigidos para poder receber os recursos financeiros. Para alguns, o que estimulou a cumprir esses requisitos foi a perspectiva da nova forma de financiamento. A gestão mais avançada prevista nessa NOB era a única maneira de receber a totalidade dos recursos do seu teto. Caso fossem implantadas medidas para diminuir os gastos com internação hospitalar, os recursos poupados ficariam no próprio município e poderiam ser investidos em outras áreas do setor, não necessariamente na assistência hospitalar. Caberia ao gestor municipal a definição, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde, configurando-se, assim, a entrada de novos atores na formulação de políticas locais. É provável, por esse conjunto de premissas, que o CONASEMS tenha pressionado o Ministério para que a gestão semiplena fosse efetivada.

Em 1994, no Brasil, 24 municípios assumiram essa condição fazendo parte do grupo, no Estado de Santa Catarina, os municípios de Blumenau e Joinville nessa ordem de ingresso (Luchese, 1996).

Independentemente da existência de recursos para a efetivação das condições de gestão descentralizada, estados e municípios aderiram à sistemática e mobilizaram-se para o cumprimento dos requisitos.

Na NOB 01/93, eram considerados requisitos básicos para a municipalização da saúde: a elaboração do Plano Municipal de Saúde; a criação, por Lei do Conselho Municipal do Fundo Municipal de Saúde; o Plano de Cargos, Carreira e Salários; a proposição de contrapartida de recursos municipais para o setor; e a elaboração de relatório de gestão. Tais requisitos eram caracterizados como instrumentos técnicos para o planejamento, a

programação, o controle e a avaliação das ações dos serviços de saúde (Brasil, 1993b).

Como garantia para que o município possa pleitear sua habilitação, na nova Norma Operacional Básica 01/96, foram mantidas algumas dessas exigências previstas na NOB/93:

- Conselho Municipal de Saúde: criado por lei municipal e em funcionamento;
- Fundo Municipal de Saúde: criado por lei, devendo movimentar os recursos destinados à saúde, provenientes das três esferas de governo.¹
- Formalização junto ao gestor estadual, com vistas à Comissão Intergestores Bipartite, do pleito de habilitação, aprovado pelo CMS, atestando o cumprimento dos requisitos referentes à condição pleiteada;
- Plano Municipal de Saúde: elaborado com base em dados populacionais, perfil epidemiológico e oferta de serviços, compreendendo as metas físicas e financeiras. Deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, homologado pelo prefeito municipal e atualizado continuamente conforme novas situações e necessidades se apresentem;
- Relatório de gestão anual, descritivo de todas as ações desenvolvidas, as metas previstas e os resultados alcançados, com relativos custos financeiros;
- Comprovação da dotação orçamentária do ano e dos gastos do ano anterior, relativos à contrapartida de recursos do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor;

Porém foram acrescentados novos requisitos, principalmente no que se refere aos sistemas de informação e à criação do componente municipal nas áreas de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e no sistema municipal de controle e avaliação:

- Equipamento de informática e recursos humanos capazes de operar os sistemas: Sistema de Informação de Mortalidade – SIM; Sistema de

¹ Segundo a Lei 4.320/1964 “constitui-se Fundo Especial o produto de receitas especificadas que, por lei, se vinculam à realização de determinados objetivos e serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação”. Na Lei de criação devem estar claros os seus objetivos, administração (com fiscalização do CMS), autonomia administrativa e financeira, as normas de controle e a prestação e tomada de contas.

Informação Nascidos Vivos - SINASC; Sistema de Informação Doenças Notificação Compulsória - SINAM; Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS; Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS; e outros que venham a ser determinados pela legislação.

- Comprovação de capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, sendo, na gestão básica, desenvolvidas as ações básicas e, na gestão plena do sistema, estruturadas os serviços na Secretaria Municipal de Saúde;
- Comprovação de disponibilidade de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de serviços de saúde: na gestão plena da atenção básica, estrutura mínima para controle e avaliação - um médico autorizador e um auditor administrativo; na gestão plena do sistema municipal, estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria e composição de equipe específica para o serviço de controle, avaliação e auditoria (Brasil, 1996a).

Os municípios que não se habilitam a nenhuma condição de gestão permanecem na condição de prestadores de serviço ao sistema único de saúde. Ao assumir uma condição de gestão, o gestor se compromete publicamente, perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade, a assumir a responsabilidade sobre a política de saúde no município.

A opção de um gestor por entrar na condição de gestão plena da atenção básica, não significa que esta situação seja definitiva. Na medida em que seu sistema de saúde evoluir e adquirir capacidade de cobertura, de operacionalização e de gerenciamento, poderá assumir condição mais avançada, prevista na Norma Operacional Básica 01/96. De acordo com a condição de gestão, são estabelecidas responsabilidades do gestor municipal, requisitos próprios e prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

O Quadro 2 mostra a síntese das **prerrogativas** dos municípios e o Quadro 3, a síntese das **responsabilidades** outorgadas aos municípios pela Norma Operacional Básica/Sistema Único de Saúde - NOB/SUS 01/96.

Quadro 2 - Síntese das prerrogativas dos municípios segundo as condições de gestão NOB/SUS 01/96

GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA	GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL
Transferência regular e automática dos recursos do Piso de Atenção Básica – PAB – Fundo a Fundo	Transferência regular e automática dos recursos do TFA - Teto Financeiro da Assistência – Fundo a Fundo
Transferência regular e automática dos recursos do Piso Básico de Vigilância Sanitária – PBVS – Fundo a Fundo	Transferência regular e automática dos recursos do Piso Básico de Vigilância Sanitária – PBVS - Fundo a Fundo
Transferência regular e automática dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e controle de doenças – Fundo a Fundo - (em estudo para regulação)	Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária, (em estudo para regulação)
	Transferência dos recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT - (em estudo para regulação)
	Subordinação à gestão municipal do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas) estabelecidas no Território municipal
Subordinação à gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas) estabelecidas no território municipal	Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, aprovado pela CIB e CMS (convênios, contratos, licitações)

Fonte: NOB/SUS 01/96. (Brasil, 1996a)

**Quadro 3 - Síntese das responsabilidades dos municípios
segundo as condições de gestão da NOB/SUS 01/96**

GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA	GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL
<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar programação de serviços Básicos e prover referência ambulatorial e hospitalar, incorporada à Programação Pactuada Integrada (PPI) 2. Gerenciar unidades ambulatoriais próprias 3. Gerenciar unidades ambulatoriais do Estado e da União (salvo exceções CIB/CIT) 4. Reorganizar as unidades sob gestão pública, sistematizando a oferta de serviços 5. Prestar os serviços contidos no PAB e acompanhamento aos demais serviços conforme a PPI 6. Contratar, controlar, auditar e efetuar pagamento de prestadores de serviços/PAB 7. Operar SIA/SUS (PAB) e alimentar banco de dados (SES) 8. Autorizar AIHs e procedimentos ambulatoriais especializados (pagos por produção) 9. Manter atualizado o cadastro das unidades assistenciais sob sua gestão 10. Avaliar permanente o impacto das ações sobre a saúde e o meio ambiente 11. Executar ações básicas de vigilância sanitária 12. Executar ações básicas de vigilância epidemiológica, controle de doenças e ocorrências mórbidas (causas externas) 13. Elaborar relatório de gestão anual aprovado pelo CMS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar programação municipal, incluindo referência ambulatorial e hospitalar incorporada à PPI 2. Gerenciar unidades ambulatoriais e hospitalares (inclusive referência) 3. Gerenciar unidades ambulatoriais e hospitalares do Estado e da União (salvo exceções CIB/CIT) 4. Reorganizar as unidades sob gestão pública, sistematizando a oferta de serviços 5. Garantir prestação de serviços, inclusive referência aos não - residentes, conforme PPI 6. Contratar, controlar, auditar e pagar prestadores de serviço ambulatoriais e hospitalares (PPI) 7. Normalizar e operar centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (sistema de referência intermunicipal) 8. Operar SIA/SUS e SIH/SUS e alimentar banco de dados (SES) 9. Administrar oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e hospitalares de alta complexidade conforme PPI 10. Manter cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão 11. Avaliar permanentemente o impacto das ações sobre a saúde e o meio ambiente 12. Executar as ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária (opcionalmente PDAVS) 13. Executar ações de epidemiologia, controle de doenças e ocorrências mórbidas (causas externas) e outras incluídas no TFECED 14. Elaborar relatório de gestão anual, aprovado pelo CMS

Fonte: NOB/SUS 01/96. (Brasil 1996a)

Um dos componentes novos que a NOB 01/96 traz é a necessidade de se fazer a avaliação e a conseqüente criação, de estruturas municipais para desenvolver essas novas atividades, com a incorporação de conceitos dessa área aos serviços.

Mas, conforme se vê mais adiante, esses conceitos não são novos, uma vez que o termo Auditoria foi proposto por Lambeck em 1956 e tem como premissa a *avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta e no registro da história clínica do cliente* (Caleman et al. 1998: 4). As atividades de auditoria concentram-se nos processos e resultados da prestação de serviços e pressupõem o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado às normas de acesso, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Consistem em controlar e avaliar o grau de atenção efetivamente prestada, comparando-a a um modelo ou padrão definido. A novidade é sua incorporação em nível local pelos sistemas de saúde municipal.

1.4 Etapas da municipalização em Santa Catarina

Um marco do processo de descentralização em Santa Catarina foi o início da transferência, em 1988, de recursos humanos vinculados ao quadro de pessoal da União - INAMPS ao quadro do Estado, bem como de unidades prestadoras de serviços de saúde, com total transferência de responsabilidade pela execução dos serviços básicos de saúde, aos municípios. Essa etapa ocorreu quando da implantação do SUDS e convencionou-se chamar o processo de **primeira etapa da municipalização**.

A **segunda etapa da municipalização** refere-se ao cumprimento dos dispositivos legais da Lei Orgânica da Saúde e dos dispositivos da Lei nº 8.142/90, e à implantação das Normas Operacionais Básicas. No ano de 1992, o Estado possuía 217 municípios, sendo que, destes, 51 assinaram convênio referente à segunda etapa da municipalização. No ano de 1993, foram criados 43 novos municípios, totalizando 260, dos quais 84 assinaram o convênio (Santa Catarina, 1994a).

Com a Norma Operacional Básica 01/93 - NOB/SUS 01/93, a habilitação dos municípios passou a ser realizada pela Comissão Intergestores Bipartite, possuindo o Estado em 1996, 214 municípios o que equivale a 82% habilitados, em uma das condições de gestão nela previstas. É a seguinte a divisão dos municípios nesse período: 29 (11,1%) ingressaram na gestão

incipiente, 174 (66,9%) foram habilitados na gestão parcial e 11 (4,2%) na gestão simplena (Quadro 4).

Quadro 4 - Municípios catarinenses, por condição de gestão, segundo NOB/SUS 01/93, novembro de 1996

CONDIÇÃO DE GESTÃO	TOTAL ESTADO	%
INCIPIENTE	29	11,1
PARCIAL	174	66,9
SEMIPLENA	11	4,2
PROC. ANDAMENTO	23	8,3
SEM DOCUMENTAÇÃO	23	8,3
TOTAL	260	100,00

FONTE: SES/GEDUA

Onze municípios catarinenses habilitaram-se a ingressar na gestão simplena, destacando-se, como pioneiros, Blumenau e Joinville, no ano de 1994, e Jaraguá do Sul, no início do ano de 1995. Os demais a habilitaram-se o fizeram no transcorrer de 1996, formando o segundo grupo de habilitação, composto pelos municípios de Concórdia, Criciúma, Rio do Sul, Itajaí, Chapecó, Lages, Laguna e Balneário Camboriú. Uma síntese das principais características demográficas e socioeconômicas dos municípios em gestão simplena no Estado de Santa Catarina no período de 1994 a 1996 é apresentada no Quadro 5.

Quadro 5 - Síntese das principais características dos municípios catarinenses habilitados na gestão simplena de 1994 à 1996.

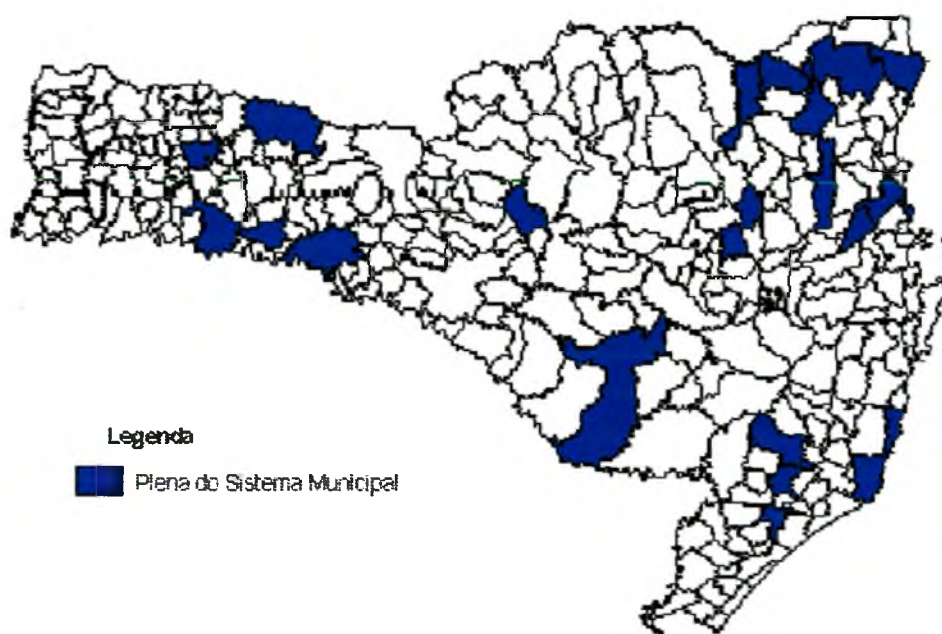
Regional	Município	Publicação DOU	Pólo regional		População 1991	Característica Socioeconômica
			Sim	Não		
07	BALNEÁRIO CAMBORIÚ	01/11/96		X	44.257	Turismo
09	BLUMENAU	11/94	X		231.067	Industria
03	CONCÓRDIA	01/07/96	X		64.585	Industria
10	CHAPECÓ	30/08/96	X		122.599	Industria
12	CRICIÚMA	01/07/96	X		160.728	Industria
07	ITAJAÍ	30/08/96	X		130.777	Portuária
17	JARAGUA DO SUL	26/04/95	X		84.506	Industria
13	JOINVILLE	11/94	X		388.579	Industria
15	LAGES	30/08/96	X		161.711	Agricultura
14	LAGUNA	01/11/96		X	47.839	Portuária
04	RIO DO SUL	30/08/96	X		50.154	Comércio
TOTAL	11		09	02		

Fonte: (Santa Catarina, 1994b, 1995b)

Os três primeiros municípios que assumiram a condição de gestão semiplena destacavam-se como municípios de características industriais, que representavam referência microrregional na área da saúde e tendo como sede os dois primeiros – Blumenau e Joinville – cidades com população superior a 200 mil habitantes e o terceiro - Jaraguá do Sul - com população superior a 80 mil habitantes. São municípios que possuem uma parte da população atendida por plano de saúde ou pelo serviço de saúde das próprias indústrias (Santa Catarina, 1994b).

O segundo grupo que assumiu essa condição no transcorrer no ano de 1996 foi formado por municípios que apresentam características heterogêneas, pois se localizam em pontos distintos do estado. Todos representam referência microrregional na área da saúde, mas possuem características populacionais e socioeconômicas bem distintas. Ao contrário do primeiro grupo, a maioria destes municípios atende quase a sua totalidade da população através do Sistema Único de Saúde.

Na vigência da NOB/SUS 01/96, a habilitação dos municípios iniciou-se no ano de 1998, apresentando o Estado, no final desse ano, 285 municípios habilitados (97,2%) em uma das condições de gestão previstas. Dos onze municípios que estavam na gestão semiplena todos assumiram seu reenquadramento na gestão plena do sistema municipal ingressando no grupo mais onze novos municípios, a saber: Rio Negrinho, São Bento do Sul, São Francisco, Fraiburgo, Seara, Urussanga, Orleans, Imbituba, Brusque, Quilombo e Ibirama, por ordem de ingresso. O que diferencia este terceiro grupo é que são municípios de menor porte, não se destacam como municípios de importância regional, e alguns são referência para os municípios circunvizinhos, em alguma área específica, como está demonstrado na Figura 1, que apresenta a localização atual dos municípios na gestão plena do sistema municipal, segundo a NOB/SUS 01/96. Na gestão Plena da atenção básica estão habilitados 263 (89,7%) dos municípios catarinenses.



Fonte: GEMAD/SES

Figura 1 – Situação da habilitação na gestão plena do sistema municipal segundo a NOB 01/96, no Estado de Santa Catarina, 1998

— A gestão semiplena é apontada como uma modalidade que favorece a descentralização de fato. A municipalização é a ação político-administrativa com a qual a direção nacional e a direção estadual do SUS promovem a descentralização dos serviços e das ações de saúde, até então sob suas gerências, para os municípios. É parte de uma estratégia para a concretização dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, eqüidade e controle social, com a devolução de poderes ao município, e a transformação da relação entre o poder público e a sociedade. É, portanto, uma estratégia para a reorganização da atenção à saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1994).

Devido à diversidade das realidades locais, a descentralização vem ocorrendo de forma gradual, heterogênea, conflituosa e inovadora, em todo o território brasileiro, o mesmo se dando em Santa Catarina. Para Santos (1992:

45), *a descentralização é um processo amplo de redistribuição de poderes, responsabilidades e competências, de cima para baixo.*

Não deveria se resumir em conceder autonomia às estruturas políticas e administrativas locais, mas construir diretrizes que incluam uma maior participação, possibilitando uma mudança no poder de decisão referente às políticas de saúde.

A descentralização do Estado deve ser entendida enquanto processo de distribuição de poder que pressupõe, por um lado, a redistribuição dos espaços de seu exercício - ou dos objetos de decisão - isto é, das atribuições inerentes a cada esfera de governo, por outro, a redistribuição dos meios para exercitá-lo (Ugá, 1991).

Vianna apud Hortale (1988), critica a interpretação contraditória que se dá à descentralização dos serviços de saúde com desconcentração, delegação e privatização. Para este autor, a descentralização deveria se caracterizar não só pelo fato de a tomada de decisão estar situada no nível local, onde o controle social seria maior, mas também pela autonomia das diversas instâncias na operacionalização de competências previamente definidas nos postulados constitucionais e legislativos.

A restauração da autonomia é uma das propostas para combater o centralismo de recursos financeiros, técnicos e humanos, permitindo uma nova forma de relacionamento entre o poder político e a sociedade. O município, sendo o principal gestor da implantação do SUS, teria maiores chances de torná-lo uma conquista real.

A adequada atuação dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências Municipais de Saúde em nível municipal, estadual e nacional, vem contribuindo para uma maior visibilidade dos atos dos gestores, com acesso às informações necessárias à ação de controle. Um dos instrumentos que traz visibilidade é a avaliação dos serviços de saúde. A pesquisa intitulada *a municipalização da saúde e o poder local no Brasil*, Teixeira Fleury & Carvalho (apud Conill et al., 1998) mostram que as inovações mais freqüentes se situam na dimensão político social. Estão relacionadas com um melhor controle social, razão de uma presença forte do Conselho de Saúde, com a

prestação de contas, com a permeabilidade às demandas da sociedade e com o fornecimento de informações. Apontam ainda para um número menor de inovações na área gerencial e assistencial, alertando para as conseqüências negativas desse desequilíbrio, já que as mudanças sociais não são acompanhadas por outras que garantam maior qualidade nos serviços de saúde.

Existem, no entanto, poucos trabalhos abordando a avaliação com o enfoque dos efeitos do modelo assistencial.

Nos últimos anos, a municipalização da saúde tem ocupado espaço privilegiado enquanto objeto de discussão, intervenção e avaliação por parte de diversos atores sociais envolvidos com a questão da saúde no Brasil. Tem apresentado diferentes graus de implantação e tem sido desenvolvida dentro dos limites impostos pela legislação, pelas normas e pelas ações do poder central, mas implementada de maneira diversa nos municípios e estados brasileiros.

A diversidade de situações permite a observação de que os municípios e os estados se apropriam de políticas definidas nacionalmente e as traduzem e/ou as adaptam de maneira própria em cada realidade, levando em conta as especificidades locais, as articulações de interesses corporativos, institucionais, econômicos e políticos.

Não cabe, no momento, avaliar, de forma conclusiva, o sucesso ou o fracasso de um projeto com características tão complexas como a do SUS, que apenas completou dez anos, mas se torna necessário desenvolver análises parciais de sua implementação, principalmente as que contribuam para o aperfeiçoamento e/ou a redefinição das estratégias e diretrizes da política de saúde, conforme sugere Luchese (1996), cujo trabalho, tal como este, situa-se nessa direção.

A pergunta central deste estudo é, em que medida a municipalização dos serviços de saúde tem garantido o acesso e a integralidade das ações aos usuários dos serviços públicos de saúde do município de Blumenau?

1.5 - Avaliação de serviços e sistemas de saúde

Há quatro estágios na história da avaliação. O primeiro é baseado na medida dos resultados escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores; nele o avaliador é essencialmente um técnico que usa os instrumentos para medir resultados. O segundo se fortalece nos anos 20 e 30 e trata de identificar e descrever as formas como os programas possibilitam seus resultados. O terceiro é baseado no julgamento, isto é, a avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção. O quarto está emergindo e nela a avaliação é feita como um processo de negociação entre os atores envolvidos. Guba & Lincoln, (apud Contandriopoulos 1996).

Na área da saúde, um dos primeiros trabalhos em avaliação foi o Relatório Flexner, redigido em 1910, que aborda a qualidade dos serviços de saúde pelo prisma da educação médica, investigando os cursos de medicina e os hospitais da época (Novaes, 1990).

Outro estudo apontado como um marco é o clássico trabalho de Codman (apud Reis et al. 1990), intitulado "A study in hospital efficiency: the first five years", elaborado com o propósito de verificar o sucesso de cirurgias, introduzindo a idéia da avaliação de qualidade, através do resultado da intervenção.

Em 1960, com a implantação, nos Estados Unidos de extensos programas de saúde, como o *MEDICARE* e o *MEDICAID* – Seguro Hospitalar Público para Idosos, que destinavam enormes recursos para os hospitais, houve a necessidade de desenvolvimento e de aperfeiçoamento de instrumentos de avaliação do desempenho. Foi naquela mesma década que Donabedian, (1984), um dos autores mais difundidos na área, propôs a avaliação da qualidade da atenção médica, por meio de um modelo de sistematização dos atributos que podem traduzi-la: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, como também, das etapas da sua construção/produção, que pode ser medida pela estrutura, pelo processo e pelo resultado.

Não apenas nos Estados Unidos, mas em todo o mundo desenvolvido, a importância da avaliação em saúde vem crescendo nas últimas décadas, devido à incorporação contínua de tecnologias, ao custo e à complexidade dos serviços médicos, aliados ao financiamento público dos serviços. O processo de avaliação em saúde tem incorporado o método epidemiológico para avaliar o desempenho dos serviços. A complexidade organizacional dos serviços de saúde exige, no entanto, um processo de avaliação ampliado.

No Brasil, historicamente, a avaliação de serviços era feita pelo INAMPS, por intermédio de protocolos e roteiros de supervisão. O processo foi-se aperfeiçoando com a criação, em 1993, do Sistema Nacional de Auditoria, pela Lei nº 8. 689, de 7 de março de 1993, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 1651, de 28 de setembro de 1995, que define que as auditorias ficam a cargo do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, subordinado à Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde. É, portanto, através desses órgãos que, nas esferas federal, estadual e municipal, realizam-se as atividades de controle, de avaliação e de auditoria (Brasil, 1993c, 1995).

O controle é entendido como “monitoramento de processos, normas e eventos”, com o objetivo de verificar a conformidade dos padrões estabelecidos e de detectar situações da atenção que requeiram uma ação avaliativa detalhada e profunda (Brasil, 1998c).

A avaliação de serviços, antes da reforma sanitária estava baseada na extensão de cobertura, e os instrumentos utilizados possuíam cunho de avaliação essencialmente quantitativa. Agora essas avaliações assumem a perspectiva de mudança e ganham nova dimensão e importância. A avaliação deve constituir-se em um instrumento fundamental para a gerência, ágil e facilitador das mudanças pretendidas. Incorporada sistematicamente aos serviços, deveria a avaliação revelar se as atividades desenvolvidas são adequadas com a realidade sanitária local e qual o seu impacto sobre o nível de saúde da população.

No estado de Santa Catarina, o processo de municipalização ocorreu rapidamente, com o repasse aos municípios dos recursos físicos ambulatoriais e humanos pertencentes ao Estado e a União. Após a reforma administrativa

de 1991, coube à Secretaria de Estado da Saúde através da Diretoria de Inspeção e Assistência à Rede de Saúde – DIAR, coordenar o subsistema de controle e avaliação, com a estruturação de equipes técnicas e administrativas atuando em nível das 18 Regionais de Saúde (Santa Catarina, 1995a).

Surgiram vários relatórios de avaliação dos municípios em semiplena, como o do Programa de Auditoria Operacional realizado pelas Delegacias Federais de Controle do Ministério da Fazenda – Ciset (Brasil 1994b) e modelos de instrumentos de avaliação, como os realizados pelas seguintes instituições: Secretaria Estadual e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS do Estado de São Paulo (São Paulo, 1994); Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA e o CONASEMS (Brasília, 1996); Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 1996b); Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul (Rio Grande do Sul, 1995).

Tais relatórios e instrumentos das Secretarias Estaduais de Saúde, das Comissões Intergestores Bipartites e dos órgãos colegiados dos Secretários Municipais e Estaduais de Saúde foram criados para demonstrar os resultados obtidos com a descentralização na tentativa de fortalecer o Sistema Único de Saúde.

1.6 Aspectos conceituais e metodológicos da avaliação

Existe uma enorme diversidade terminológica sobre o tema avaliação, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto no que concerne aos seus atributos ou componentes. No Brasil, como não é feita rotineiramente, a avaliação enfrenta dificuldades metodológicas e operacionais, uma vez que não existe sequer a preocupação com a definição dos termos empregados. Toda a complexidade da avaliação começa quando tentamos defini-la. Avaliação é um termo constantemente usado em várias áreas e campos da ciência e apresenta uma sinonímia muito ampla.

Etimologicamente a palavra se origina do latim *valere*, que significa ter valor, custar. Eis algumas das principais conceitos defendidos na área:

Segundo a Organização Mundial da Saúde, apud Cesar & Tanaka, 1996:

6)

um meio sistemático de se aprender empiricamente e de se utilizar as lições aprendidas para melhoria das atividades realizadas e para o desenvolvimento de um planejamento mais satisfatório, mediante uma seleção rigorosa entre as distintas possibilidades de ação futura.

Para Carvalho (1996: s.p.),

(...) avaliação é a verificação da realidade em relação a um ótimo desejado. Estabelecer um juízo de valor sobre a realidade tendo como ponto de comparação um ponto estabelecido e aceito como desejável, por unanimidade, por consenso ou por opinião de especialistas. A qualidade é o que se persegue e a avaliação da realidade irá mostrar o quanto se está perto ou distante da qualidade, a avaliação pode mostrar se parte ou o todo estão atingindo seus objetivos, conquistando resultados e impactando a realidade.

Das definições existentes, a de Contandriopoulos et al. (1996: 31) adapta-se mais à proposta do presente trabalho:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com objetivo de ajudar na tomada de decisão.

A determinação de valor implica num juízo, embora se pretenda com características cada vez mais objetivas e também subjetivo.

Para emitir um juízo de valor, é preciso buscar parâmetros e estes são expressos em paradigmas, que são normas, critérios ou padrões. Tais padrões podem estar explícitos através de conhecimentos já estabelecidos e determinados, como podem estar implícitos no julgamento daqueles que emitem seu juízo (Carvalho, 1995).

Existem, na literatura, vários enfoques sobre avaliação, destacando-se inúmeros artigos versando sobre a qualidade do cuidado médico, ficando mais restrito o número de publicações quanto ao cuidado em nível ambulatorial e à avaliação de sistemas de saúde. Em relação à gestão semiplena, por ser uma sistemática recente, existem somente alguns trabalhos, destacando-se Carvalho (1995) e Luchesi (1996).

A avaliação no campo da saúde exige uma prévia formulação de hipóteses, que deverão estar baseadas no conhecimento existente e disponível sobre o objeto a ser avaliado, direcionando a escolha de instrumentos a serem utilizados.

Torna-se necessário distinguir os termos que acompanham o conceito de qualidade, uma vez que inúmeros conceitos mudam em cada situação, de acordo com a realidade social, cultural e histórica, variando de acordo com o ponto de vista de quem os conceitua, havendo uma grande diferença entre quem recebe e quem presta a atenção à saúde.

Vuori (1988: 19) apresenta os principais componentes do conceito de qualidade:

- **Eficácia:** capacidade de produzir o efeito desejado, quando o serviço é colocado em condições ideais de uso.
- **Efetividade:** capacidade de produzir o efeito desejado, quando em “uso rotineiro”; é a relação entre o impacto real e o impacto potencial.
- **Eficiência:** relação entre o impacto real e o custo das ações.
- **Equidade:** distribuição dos serviços, de acordo com as necessidades da população.
- **Acesso:** remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis.
- **Adequação:** suprimento de número suficiente de serviços, em relação às necessidades e à demanda.
- **Aceitação:** fornecimento de serviços, de acordo com as normas culturais, sociais e de outra natureza, e com as expectativas dos usuários em potencial.
- **Qualidade Técnico-Científica:** a aplicação das ações em acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível.

Do ponto de vista metodológico, o modelo de avaliação inspirado na teoria sistêmica, proposto por Donabedian (1984,1988), é um dos mais conhecidos na área, composto por três aspectos: a estrutura o processo e o resultado. A **estrutura** (recursos) avalia fundamentalmente as características dos recursos empregados. O **processo** (atividades) descreve as atividades do serviço e analisa a competência médica no tratamento dos problemas de saúde. A avaliação de processo refere-se fundamentalmente, ao que fazem os profissionais de saúde, do ponto de vista técnico, na condução da atenção à saúde e, também, na interação com os pacientes. O **resultado** refere-se aos efeitos ou aos produtos das ações-que modificam a situação dos usuários ou da comunidade. Deve-se levar em conta que situações de saúde se modificam

devido a outros fatores sociais. É necessário o conhecimento prévio, para que se possa atribuir a modificação observada ao processo de intervenção objeto da avaliação. A avaliação de resultado deve incluir avaliação das condições de saúde e de satisfação.

Mais recentemente, surge a palavra impacto ou efeito como um desdobramento da avaliação de resultados. Ela é mais complexa e surge exatamente quando se tem um conceito de saúde mais amplo do que simplesmente ausência de doença. A avaliação de impacto abrange, de um lado, aspectos particulares e, de outro aspectos genéricos, como universalização, acessibilidade, eqüidade, integralidade, continuidade e grau de satisfação da clientela e dos prestadores (Carvalho, 1995).

Como possibilidade de avaliação de resultados do cuidado, surgem estudos de eventos sentinelas, que utilizam o conceito de mortalidade ou incapacidades evitáveis. Destacamos Scochi (1996), que estuda a municipalização e a avaliação da qualidade de serviços de saúde na cidade de Maringá - Paraná, através de evento sentinela (perfil de mortalidade por causas evitáveis), e avalia a qualidade do cuidado a hipertensos e gestantes. ??

O estudo demonstra a evolução dos óbitos e a expansão de uma parte dos serviços de saúde, a expansão, porém, não foi o determinante principal para o declínio das mortes consideradas evitáveis, mas teve uma evolução positiva simultânea. Conclui o estudo que, para as doenças infecciosas intestinais, o investimento em ações preventivas e terapêuticas de fácil execução produz resultados profícuos e que as doenças crônicas degenerativas tiveram diminuição dos óbitos no final do período analisado.

Para avaliação de processo, existem trabalhos que usam problemas específicos de saúde como traçadores, para analisar a prestação de serviços (Kessner et al., 1982) e (Penna 1997). Condições marcadoras ou traçadoras, enquanto técnica para a avaliação da atenção à saúde, foram descritas inicialmente por Kessner et al., (1982). Outros autores, como (Feinstein, apud Penna, 1997), consideram essa técnica como avaliação de processo (de qualidade de atenção).

São traçadores as patologias que possuem seu ciclo conhecido e delimitado. É necessário que seja de conhecimento comum o diagnóstico, conduta, evolução, com consensualidade, em todas as fases do processo de prevenção, tratamento e reabilitação. Como exemplo, levantaram-se as gastroenterocolites agudas, as otites-médias e a hipertensão arterial sistêmica.

A questão básica para o bom uso de traçadores é a escolha do conjunto de condições que integram a lista de marcadores. Para Kessner, Kall & Singer apud Penna (1997:123), os requisitos para que uma boa condição possa ser eleita como marcadora são:

- *ter um impacto funcional real;*
- *poder ser bem definida e de fácil diagnóstico;*
- *possuir prevalência alta, para permitir a coleta de dados adequados a partir de uma população limitada;*
- *apresentar a história natural das condições modificada pela utilização de técnicas médicas efetivas;*
- *definir as condutas frente às condições em pelo menos um dos seguintes processos: prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação;*
- *ser bem conhecidos os efeitos dos fatores não ligados aos serviços de saúde sobre o marcador.*

Para cada condição marcadora é preciso estabelecer os critérios de julgamento da atenção prestada a serem trabalhados. Isso limita a escolha de possíveis marcadores. Faerstein apud Penna (1997) sugere, em uma primeira abordagem da técnica, usar como marcadores os “programas” verticalizados do Ministério da Saúde, uma vez, já sofreram bastante discussão no nível central, regional e local e já possuem uma aprovação consensual por parte dos profissionais de saúde.

São inúmeros os modelos de avaliação, dependendo do objeto de estudo, do objetivo, da metodologia e/ou da técnica avaliativa empregada.

As avaliações podem ser categorizadas pelo objeto da avaliação: a) em relação à organização do sistema de saúde, serviços, ações, programas, participação popular; b) em relação aos aspectos clínicos da assistência, tanto individual como coletiva (Carvalho, 1995).

Para Contrandriopoulos et al. (1996), o julgamento no qual se baseia a avaliação pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação

normativa) ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). A avaliação teria, para os autores, numerosos objetivos, que podem ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, conceituais ou conflitantes, aceitos por todos os atores ou somente por alguns.

A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas. Essa avaliação pode ser decomposta em três dimensões: a dimensão técnica dos serviços (aprecia a qualidade dos serviços); a dimensão das relações interpessoais (a interação psicológica e social entre clientes e produtores de cuidado); e a dimensão organizacional (acessibilidade, extensão de cobertura dos serviços oferecidos, integralidade e continuidade dos cuidados e dos serviços).

Um exemplo clássico de avaliação normativa é a utilização de modelos de acreditação. O trabalho de Carvalho (1995) avalia as condições de saúde dos serviços de saúde em São José dos Campos – São Paulo, utilizando a metodologia de acreditação, e conclui dizendo não haver um modelo avaliativo ideal, sendo necessárias adaptações segundo a realidade local.

A pesquisa avaliativa, como um procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção, usa métodos científicos, tentando analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa.

Para Contrandriopoulos et al. (1996), a pesquisa avaliativa pode ser de seis tipos. Precisa-se ter claro que é necessário optar por uma ou várias dessas análises, utilizando, se possível, uma estratégia de pesquisa que considere as perspectivas dos diferentes atores envolvidos na intervenção que são:

1. **Análise estratégica:** analisa a pertinência da intervenção, ou seja, a adequação estratégica entre a intervenção e a situação problema;
2. **Análise da intervenção:** estuda a relação entre os objetivos e os meios, sendo feita através de método que permita apreciar a qualidade do modelo teórico;

3. **Análise da produtividade:** estuda o modo como os recursos são utilizados para produzir serviços, usando medidas, em unidades físicas ou monetárias, através de métodos derivados da economia ou da contabilidade analítica. Na área da saúde, torna-se difícil definir e medir produção, porque, mesmo decompondo o conceito, sua avaliação está relacionada à produção de recursos/serviços ou relacionados à produção de efeitos. Os recursos são resultado da inter-relação dos serviços com os profissionais e o quanto eles podem modificar um problema de saúde;
4. **Análise dos efeitos (efetividade):** avalia a influência dos serviços sobre os estados de saúde, modificando-os. Devem ser considerados os efeitos desejáveis, como também não desejáveis, ou seja, as chamadas externalidades, para a população alvo e também para outras populações;
5. **Análise de rendimento (eficiência):** relaciona a análise de recursos empregados com os efeitos obtidos. É uma combinação da análise da produtividade econômica com a de efeitos. Operacionalizando-se através de análises de custo/benefícios (numéricos), custo/eficácia ou custo/utilidade (os custos são expressos em termos monetários, mas as vantagens são expressas por índices reais de resultados). As dificuldades metodológicas estão na medida das vantagens e na definição de critérios que permitam comparar o rendimento das várias opções;
6. **Análise da implantação:** mede a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos, e a influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção. É indicada quando observamos uma grande variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes.

Para Sala (1990), a avaliação de serviços de saúde pode ser resumida em cinco linhas de aproximação, a saber:

- A **primeira linha** mede a relação entre a **demandas por cuidados de saúde** de uma dada população, cuja necessidade é definida a partir de critérios demográficos, de morbidade, de mortalidade e de organização social,

confrontando-os com os serviços oferecidos (cuidados primários, serviços especializados). Procura-se avaliar cobertura (quantidade de população que efetivamente em acesso ao serviço) e a capacidade resolutiva (população que efetivamente tem acesso ao serviço e que aí teve seu problema resolvido);

- A **segunda linha** refere-se à **organização do trabalho ou do serviço de saúde**, através da avaliação dos recursos humanos (quantidade, tipos de profissionais envolvidos, capacitação etc) recursos materiais (instalações e equipamentos), organização (rotinas, programações etc), ou seja a estrutura que dá suporte às ações de saúde;
- A **terceira linha** é referente ao **processo de atendimento**, tanto em termos de **eficácia** (através de técnicas de observação direta do atendimento e de auditoria de registros de prontuários), como também, de satisfação do usuário, através de critérios definidos do conhecimento médico;
- A **quarta linha** refere-se à avaliação, em termos de **custos**, em relação à eficácia do atendimento (relação custo-benefício);
- A **quinta linha** refere-se aos **resultados finais do atendimento**, ou seja, o efeito que o atendimento produz sobre a população na qual atua.

Silva & Fomigli (1994) classificam os estudos de avaliação, relacionando-os com as características das práticas de saúde e de sua organização social, agrupado-os da seguinte forma:

- relacionados com a **disponibilidade e distribuição social dos recursos** (cobertura, acessibilidade, equidade);
- relacionados com o **efeito das ações** e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade, impacto);
- relacionados com os **custos** das ações (eficiência);
- relacionados com a **adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente** (qualidade técnico - científica);
- relacionados à **percepção dos usuários** sobre as práticas (satisfação aceitabilidade).

O Quadro 6 compara as categorias utilizadas pelos autores analisados para avaliação de serviços de saúde, mostrando que, ainda que usem terminologias diferentes, há coincidências entre elas.

Quadro 6 - Aspectos comparativos das abordagens metodológicas dos autores que abordam a avaliação dos serviços de saúde

CATEGORIAS DE ANÁLISES			
Donabedian (1988)	Sala (1990)	Silva & Fomigli, (1994)	Contrandriopoulos et al (1996)
1-Estrutura: características dos recursos	1-Demanda-cobertura/capacidade de resolutive	1- Disponibilidade e distribuição social dos recursos	1-Estratégica: análise de necessidade/ prioridades
2-Processo: atividades dos serviços	2- Organização do trabalho-estrutura	2- Efeitos das ações eficácia/efetividade /impacto	2-Intervenção: análise da qualidade do modelo teórico/ veracidade generalidade
	3- Processo de atendimento eficácia/satisfação	3- Custos - eficiência	3-Produtividade: modo com que os recursos são usados para produzir serviços
	4- Custos x benefícios	4- Adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente-qualidade técnico-científica	4-efeitos: eficácia-influência dos serviços sobre os estados de saúde
3-Resultados: avaliação das condições de saúde e de satisfação da população	5-Resultados	5- Percepção dos usuários satisfação/aceitabilidade	5-Rendimento: eficiência-análise dos recursos empregados com os efeitos obtidos
			6-Implantação: medir influência do grau de implantação de uma intervenção

Fonte: (Donabedian, 1988) ; (Sala, 1990) ; (Silva & Fomigli, 1994) ; (Contrandriopoulos et al (1996)

1.7 Acesso e integralidade na atenção nos serviços de saúde

Esta dissertação foi operacionalizada para avaliar os resultados da municipalização, na estrutura e no processo dos serviços de saúde, optando-se por verificar mudanças no acesso aos referidos serviços e na integralidade da

atenção oferecida. Torna-se necessário, então aprofundar as duas categorias centrais para o trabalho.

Conforme as diversas opções metodológicas enumeradas, pode também ser considerada um estudo da efetividade da descentralização no modelo assistencial, através da mudança na qualidade da cobertura ou de oferta dos serviços.

ACESSO:

Acesso não é uma categoria fácil de ser operacionalizada. No Brasil, teórica e juridicamente o acesso é universal é igualitário para ações e serviços de promoção de proteção e de recuperação da saúde, sendo uma das exigências instituídas pelo Artigo 196 da Constituição. Para o cumprimento dessa determinação, a distribuição espacial adequada dos equipamento e serviços, é a condição básica para viabilizar a sua utilização (Cohn et al., 1991). Mas há também uma discussão de que a oferta produz demanda. Ao analisar demanda por cuidado de saúde, torna-se necessário definir necessidade, que normalmente é baseada em critérios demográficos, epidemiológicos e de organização social, e comparar tais critérios com os serviços ofertados.??

O termo acesso tem representado mais um conceito político do que operativo: ter acesso ou entrar no sistema constitui, explícita ou implicitamente, um objetivo das políticas de saúde (Hortale et al. 1996). O acesso à saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência á saúde. Atuam fatores socioeconômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política local. As possibilidades de uso dos serviços pela população, dependem muito da importância do papel atribuído ao sistema de saúde. Há uma distinção importante entre acesso e utilização. A utilização é o acesso realizado (Donabedian, 1984).

O acesso depende também da combinação de recursos humanos e físicos disponíveis (médicos, enfermeiros, hospitais, equipamentos diagnósticos, medicamentos etc.) e do sistema político-administrativo e

financeiro que determina quais indivíduos receberão os serviços que os recursos permitem oferecer e em que condições.

Giovanella & Teixeira Fleury (1996) afirmam que os diversos graus de acessibilidade geográfica irão determinar uma maior e melhor utilização dos serviços disponíveis. O aspecto geográfico não é o único aspecto envolvido na categoria acesso. Os atributos ou características que diferenciam os grupos humanos e sociais em sua capacidade ou facilidade de obter os cuidados são os mais diversos: sexo, idade, raça, etnia, religião, renda, ocupação entre outros.

Frenk apud Giovanella & Fleury (1996: 189) define acessibilidade como (...) *o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as da população no processo de busca e obtenção da atenção.*

Para Ungllert (1990) e Fekete (1997), a acessibilidade possui as seguintes dimensões: geográfica, organizacional, sociocultural e econômica. A única diferença entre uma autora e outra é que a primeira coloca como dimensão funcional o que a segunda denomina como organizacional, e, na dimensão cultural Fekete acrescenta o componente social.

Em síntese, são as seguintes condições para viabilização das dimensões relativamente consensuais em torno da categoria acesso:

1. **Geográfica:** adequado planejamento da localização dos serviços de saúde. Não mede somente a distância média entre a população e o recurso, mas também as características físicas que impedem ou dificultam o acesso da população. Existem, portanto, distintos níveis de acessibilidade para diferentes necessidades.
2. **Econômica:** a remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuições pelo usuário.
3. **Sociocultural:** adequação das normas e técnicas ao hábito e aos costumes da população em que se inserem os serviços. Os obstáculos podem ser enfocados sob as perspectivas da população e do sistema de saúde. Quanto à população: percepção sobre o corpo e a doença, crenças relativas à saúde, tolerância à dor e credibilidade nos serviços, dificuldades de comunicação

com a equipe de saúde, vergonha e discriminação social. Quanto ao sistema: formação de profissionais de saúde desvinculada da realidade, falta de preparo das equipes e das instituições frente à diversidade de pacientes e insipiência da participação dos usuários na organização dos serviços de saúde.

4. **Funcionais/Organizacionais:** oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades, representada pela remoção de obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde: turnos de funcionamento, características do agendamento, modalidades de produção, caráter complementar das atividades e ações, adequação do quadro de pessoal, das instalações e dos equipamentos e a integração dos serviços.

Segundo Dever (1988), a utilização dos serviços é uma interação entre os consumidores e os prestadores de serviços. É influenciada por fatores socioculturais (tecnologia e valores sociais) e organizacionais. Inclui aspectos tais como: disponibilidade de recursos, aceitabilidade geográfica, a acessibilidade social, características da estrutura, processo de prestação de cuidado, além de fatores relacionados com o consumidor e o prestador de serviço.

Existem vários estudos que procuram caracterizar a categoria acesso e analisar suas condições na tentativa de buscar maior coerência entre o referencial teórico e a definição conceitual a ser utilizada.

Giovanella & Freury (1996) apresentam quatro modelos para caracterizá-lo:

- O primeiro emerge das conceituações **economicistas**, (referente à relação entre oferta e demanda), procurando-se mapear os diferentes padrões de consumo dos indivíduos. Trata-se de um modelo de estudo da relação entre a oferta e a demanda, medido pela decisão dos consumidores em relação a fatores como seu conhecimento da oferta, sua percepção sobre a demanda e um conjunto de valores práticos oriundos do universo familiar.

- O segundo é o **modelo sanitaria-planetador** (técnicu, é relativo à planificação e a organização da rede de serviços). São apresentados duas concepções para a tradução e a interpretação do conceito de acesso. A primeira do documento modelo assistencial no SUS, publicado pelo Ministério da Saúde, em 1990, que caracterizava acesso como a possibilidade de consumo, garantida através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços. O segundo conceito é dado pela ação planejadora do Estado, a partir da garantia da localização adequada, da disponibilidade e da articulação funcional dos serviços em uma rede hierarquizada.
- O terceiro é o **modelo sanitaria-politicista** (político, relativo ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular). Toma como conceito-chave a noção de consciência sanitária, a partir da qual a própria questão do acesso será entendida. O enfoque teórico é o que caracteriza o modelo sanitaria-politicista, que toma a consciência sanitária como ação individual e coletiva para alcançar este objetivo. É também um processo de politização, em que o acesso é visto como a entrada do usuário no sistema de saúde não como a entrada em um sistema preexistente, mas sim como a construção, por meio de participação de cidadão, nesse sistema, com a conformação de suas práticas. Requer a sua participação também na gestão e no controle social.
- O quarto **modelo das representações sociais** (simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde) apresenta a opinião de vários autores sobre a representação social no campo da saúde e da doença. No estudo das representações no campo da saúde e da doença, torna-se necessário englobar as representações acerca da atenção médica e do sistema de saúde como um todo, a ser apreendido a partir da interação imediata do usuário com os serviços de saúde.

É importante ter-se em mente que as unidades para análise do acesso podem ser o sistema e sua organização e podem servir para determinar mudanças que ocorrem na prestação dos serviços (redistribuição de recursos) ou na população (atitudes mais positivas para as práticas de prevenção ou cobertura) como resultado da política de saúde.

Segundo Hortale et al. (1998), a grande dificuldade é verificar se as pessoas que realmente necessitam de atenção a receberam. É, também, difícil analisar o acesso em termos de custo, de disponibilidade, de economia interna (tempo de espera, de demora e de interrupção na prestação de serviços), pois, normalmente, não existem estatísticas oficiais com tais informações.

Finalmente, para Vuori (1988) acesso é a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros, para a utilização dos serviços disponíveis.

INTEGRALIDADE:

Embora muito discutida, a integralidade, que é uma das diretrizes do SUS, tem sido pouco trabalhada e, também é um dos aspectos pouco abordado nos modelos de avaliação.

Está intimamente ligada à concepção de saúde e doença e da capacidade de oferecer ações que satisfaçam às várias demandas ligadas a promoção e recuperação da saúde.

A integralidade é entendida, na maioria das vezes em dois sentidos: primeiro como a integralidade do sistema, pressupondo ou implicando na existência de uma integração entre os vários níveis da assistência (promoção, prevenção e recuperação) ou dos níveis primário, secundário e terciário. O segundo sentido é a do cuidado ao indivíduo, ou seja, de um modo de atendimento mais abrangente, incorporando a esfera bio-psico-social na prestação da atenção, ou seja, aquela atenção prestada ao indivíduo como um todo e não dicotomizada por faixa etária, ou por aparelhos ou problemas, ou por ações isoladas Vuori (1982) apud Carvalho, (1995).

A integralidade é considerada um dos mais importantes princípios do modelo assistencial, sendo capaz de *assegurar aos indivíduos o direito a*

atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão do indivíduo em sua totalidade e dos indivíduos/coletividade em sua singularidades (Ministério da Saúde apud Carvalho, 1993).

Mendes (1995) aponta para a necessidade da superação de falsas dicotomias (medicina preventiva x curativa ; ações individuais x coletivas), e da incorporação de novas formas de se programar a oferta de serviços de saúde, ...” introduzindo mudanças organizativas que impliquem na construção de novo(s) modelo(s) assistenciais com base nos princípios de territorialização, acessibilidade, integralidade e eqüidade”.

A aplicação do princípio da integralidade implica em reconhecer a unicidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde-doença conforma uma totalidade que engloba sujeitos e suas inter-relações com os ambientes naturais e sociais. A integralidade exige uma intervenção integradora no seu âmbito tecnológico, sobre os indivíduos e família, ambiente, coletivos, os grupos sociais e o meio ambiente. Do ponto de vista das práticas sanitárias, a integralidade se manifesta em duas dimensões:

- numa integração, definida por um problema a enfrentar, através de um conjunto de operações articulados pela prática da vigilância à saúde;
- numa integração, dentro de cada unidade de saúde, entre as práticas sanitárias de atenção à demanda e da vigilância à saúde, Mendes (1995).

Cada abordagem de avaliação apresenta problemas e insuficiências. Ao optar por trabalhar com avaliação, deve-se procurar as melhores estratégias, por intermédio da seleção de um conjunto de indicadores que estejam disponíveis.

Conforme se vê, a opção realizada tem influência do modelo sanitarista-planificador, em decorrência das características imprimidas à organização do sistema de saúde pela atual política de municipalização: melhoria da distribuição planejada e regulada de recursos na rede, com propostas de

mudança quantitativas e qualitativas mais centradas na oferta. Do ponto de vista da síntese realizada das diferentes dimensões da categoria acesso, este trabalho discute seus aspectos funcionais e organizacionais. Para a integralidade, fez-se a opção por analisar os programas preventivos e os níveis de atenção.

A investigadora, pretende contribuir para avaliação dos efeitos sobre os serviços de saúde, mas não existe uma metodologia única para a avaliação dos mesmos. A metodologia da avaliação está sempre diretamente vinculada ao que se pretende avaliar, com limites impostos pela perspectiva do avaliador, tendo como objetivos:

1.8 Objetivos

Objetivo geral

Avaliar os efeitos da municipalização sobre o acesso e a integralidade nos serviços de saúde do município de Blumenau, Santa Catarina, no período de 1994 a 1998.

Objetivos Específicos

- Descrever o contexto da implantação da gestão semiplena e da gestão plena do sistema municipal no município de Blumenau, Santa Catarina;
- Comparar as características do **acesso** aos serviços de saúde no município de Blumenau, nos anos de 1994 a 1998;
- Comparar a **integralidade** da atenção dos serviços de saúde no município de Blumenau, nos anos de 1994 a 1998.

MÉTODO

2 MÉTODO

O método adotado foi a realização de um estudo de caso, situação em que o pesquisador trabalha sobre um pequeno número de unidades. O potencial explicativo desta estratégia provém de variações das relações estudadas no tempo (Conrandiopoulos, 1997).

Segundo Polit & Hunger (1995: 125), *no estudo de caso, o pesquisador é um observador passivo reunindo diversos tipos de informações.*

Realizou-se uma **amostragem não probabilística**, também **denominada por conveniência**, ou **escolhas racionais**. Foram utilizados os seguintes critérios para escolha do município:

- Maior tempo de habilitação na gestão simplificada ou plena do sistema municipal, considerada a forma mais avançada de gestão;
- Características socioeconômicas e industriais;
- Pólo regional com rede de serviços de saúde mais estruturada;
- Presença de projetos inovadores na área da saúde;
- Estrutura gerencial municipal, com bancos de dados capazes de oferecer garantias de continuidade da base de informações.

Dos onze municípios habilitados à gestão simplificada no estado de Santa Catarina, decidiu-se pelo estudo do município de Blumenau, por preencher a maioria dos requisitos elencados.

Para aprofundar as temáticas definidas, foi utilizada a técnica de triangulação. Denzin apud Polit & Hungler (1995) apresenta quatro tipos de triangulação, a saber:

1. **Triangulação de dados:** uso de fontes múltiplas de dados, em um estudo;
2. **Triangulação de investigadores:** uso de múltiplos indivíduos para coletar, analisar e interpretar um único conjunto de dados;
3. **Triangulação de teoria:** uso de múltiplas perspectivas, para interpretar um único conjunto de dados;

4. **Triangulação de método:** uso de múltiplos métodos, para resolver um problema de pesquisa (observação, mais entrevista, por exemplo).

Segundo Lincoln e Guba apud Polit & Hungler (1995), existem outras técnicas utilizadas para o estabelecimento de credibilidade. Utiliza-se o interrogatório com colegas ou com informantes, ou “checagem por membro” e esta técnica pode ser utilizada de maneira informal e contínua.

Nesta pesquisa, foram empregadas a **triangulação de dados** (sistemas de informação, pesquisa documental, entrevistas) e **triangulação de métodos**, (quantitativo e qualitativo).

2.1 Técnicas e procedimentos

Foram escolhidos como atores os conselheiros com maior tempo no Conselho Municipal de Saúde. Os conselheiros entrevistados representavam os seguintes segmentos: governo municipal, profissionais de saúde, prestadores de serviços de saúde e os usuários. Também foram selecionados o presidente do Conselho e as chefias de programas e ou setores das duas administrações que tinham relação com as variáveis escolhidas.

Sendo assim foram realizadas entrevistas com 20 sujeitos/atores envolvidos na municipalização, sendo **oito conselheiros** titulares do Conselho Municipal com maior tempo no Conselho e **doze técnicos** que assumiram chefias de programas ou setores nas duas gestões em estudo. Esses atores receberam um código, na tentativa de manter o anonimato, conforme descrito a seguir:

- **Oito Conselheiros:** um prestador, representando a UNIODONTO, que recebeu o código RPS1; dois profissionais de saúde (núcleo de enfermagem, associação médica), que receberam o código RPR1 e RPR2; três usuários do sistema, sendo um o presidente do Conselho que representa a comissão intersindical da saúde do trabalhador, outro representando o sindicato dos trabalhadores em estabelecimentos de saúde e o terceiro, a rede feminina de combate ao câncer, que receberam os seguintes códigos: RUS1, RUS2 e RUS3; os dois

Secretários Municipais de Saúde das últimas duas gestões (representantes do governo municipal), representados pelos códigos RGM1 e RGM2.

- **Doze técnicos:** (chefia de odontologia, coordenador do PSF, controle e avaliação, vigilância epidemiológica, equipe técnica e superintendências). Destes técnicos, oito também foram ou são representantes do governo no Conselho Municipal de Saúde, dois participam das reuniões como ouvintes, e somente dois nunca participaram das reuniões do Conselho. Para análise qualitativa dos dados, os técnicos receberam os códigos: RTE1, RTE2, RTE3, e assim sucessivamente, até RTE12.

Os dados utilizados na pesquisa são de tipo **primário**, obtidos através de entrevista aplicada pela mestranda e **secundários**, obtidos através dos seguintes Sistemas de Informações: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - DATA/SUS/SIA/SUS; Sistema de Informação Hospitalar do SUS - SIH/SUS; Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC; Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação - SINAN; Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM; Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Todos esses sistemas foram acessados através na Internet, no endereço: <http://www.saude.gov.br/> ; <http://ibge.gov.br> ; <http://www.saudesc.gov.br>.

Realizou-se a coleta de dados nos seguintes documentos existentes no município , a saber: Plano Municipal de Saúde - PMS; Relatório de Gestão anual ou semestral e no Perfil de Blumenau 1996, realizado pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento de Blumenau.

Para operacionalizar a avaliação, cinco grupos de variáveis foram definidas: de contexto, demográficas, sociais, epidemiológicas e de oferta de serviços. Foram escolhidas com objetivo de facilitar a análise do acesso e da integralidade dos serviços, tornando-se, necessário limitar seu número e definir indicadores.

As variáveis estão descritas nos abaixo relacionados:

- Quadro 7 - Operacionalização das variáveis de Contexto
- Quadro 8- Operacionalização das variáveis demográficas

- Quadro 9 - Operacionalização das variáveis sociais
- Quadro 10 - Operacionalização das variáveis epidemiológicas
- Quadro 11 e Quadro 12 - Operacionalização das variáveis de oferta de serviços: Acesso e Integralidade.

Quadro 7 - Variáveis de Contexto

Gestor Municipal	São os secretários municipais de saúde, responsáveis pela Secretaria Municipal de Saúde.
Conselho Municipal de Saúde	É uma instância colegiada do SUS, de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os segmentos. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (Brasil, 1991b).
Municipalização	É uma estratégia de reconhecimento da responsabilidade política do município com a saúde dos seus cidadãos. A gestão municipal passa a assumir a formulação de políticas de âmbito local (Brasil, 1994).
Contexto	São os dados que permeiam o momento da implantação, devendo se considerar a interdependência dessas variáveis Hartz et al. 1996).
Condições de Gestão Semiplena	O município assume a responsabilidade total das ações e serviços de saúde prestados pelo SUS e passa a receber o totalidade de recursos financeiros para custeio, calculado de acordo com a série histórica do gasto. Torna-se responsável pela gestão dos prestadores de serviços públicos e privados, com relação a contratação e pagamento (Brasil, 1994a).

Quadro 8 - Operacionalização das variáveis demográficas

VARIÁVEL/ CATEGORIA	CONCEITO OPERACIONAL	INDICADOR Dados censitários
População	População residente no município, na data de referência, ou ausente temporariamente (período < 12 meses)	Nº de habitantes /residentes
População faixa etária	População residente no município dividido por faixa etária	Nº de habitantes por faixa etária.
População rural /urbana	População residente em áreas urbanas, áreas correspondentes às cidades (sedes municipais), vilas (sedes industriais) ou áreas urbanas isoladas. A área rural abrange população residente fora dos limites da urbana correspondentes	Nº de habitantes por situação de Domicílio

Fonte: IBGE

Quadro 9 - Operacionalização das variáveis sociais

VARIÁVEL/ CATEGORIA	CONCEITO OPERACIONAL	INDICADOR Dados censitários
Escolaridade	Número de anos dentro da escola	Escolaridade
Água encanada	Água com tratamento, potável ao consumo humano	% de domicílios com água tratada
Esgoto sanitário	Esgoto com destino adequado	% de domicílios com esgoto sanitário

Fonte: IBGE

Quadro 10 - Operacionalização das variáveis epidemiológicas

VARIÁVEL/ CATEGORIA	CONCEITO OPERACIONAL	INDICADOR
Mortalidade infantil	Número de óbitos crianças menor de 1 ano	Coefficiente de mortalidade infantil
Número de óbitos por causa específicas	Número de óbitos por causas específicas	Coefficiente mortalidade infantil pelas 5 primeiras causas específicas
Número de casos de doenças de notificação compulsória	Número de notificação de doenças de notificação compulsória.	Número de casos confirmados (dado anual)
Morbidade hospitalar	Causas de internações hospitalares, segundo grupos de classificação CID-09 e 10	Número de internações por faixa etária e causa específica) (dado anual) número de partos normais e cesarianas

Fonte: SIM/SINASC/SINAN/SIH/S.I.A

Quadro 11 - Operacionalização das variáveis acesso e integralidade

VARIÁVEL/ CATEGORIA	CONCEITO OPERACIONAL	INDICADOR	MEDIDA
Acesso	É a utilização dos serviços de saúde que depende de fatores sociais, culturais e econômicos, acessibilidade geográfica, estrutura e organização de recursos .	Variação da oferta de serviços por tipo e prestador	<ul style="list-style-type: none"> - características da rede ambulatorial e hospitalar - cobertura de programas - variação da produção de serviços - novos serviços - oferta por tipo de prestador
Integralidade	Assegurar o direito à atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos da atenção curativa à preventiva (Ministério da Saúde, apud Carvalho, 1993)	Presença de oferta de programas de promoção e prevenção	<ul style="list-style-type: none"> - tipo de programas existentes - novos programas de prevenção e promoção a saúde - programas inovadores

Quadro 12 - Operacionalização das medidas de acesso e integralidade a partir das variáveis de oferta de serviços

VARIÁVEL/ CATEGORIA	INDICADOR	Conceito operacional	MEDIDA
Acesso	Número anual de consultas básicas e não básicas.	Consultas realizadas básicas e consultas realizadas nas demais especialidades composta pela FAE	Número anual de consultas por tipo de procedimento e tipo de prestador
Acesso	Número anual de exames de média complexidade.	Exames realizados em unidades públicas conveniadas contratadas com autorização específica do gestor municipal, em formulário específico	Número de exames de patologia clínica/ radiodiagnóstico e de exames especializados por tipo de prestador
Acesso	Número anual de procedimentos de alta complexidade.	Procedimentos realizados em unidades públicas conveniadas contratadas com autorização específica do gestor municipal, formulário específico de alta complexidade e critérios específicos para a autorização	Número de quimioterapia / radioterapia e hemodiálise por tipo de prestador
Integralidade	Programas das doenças imuno-preveníveis; Programa do câncer/ginecológico Programa saúde bucal Programa saúde da família (PSF)	Programas desenvolvidos para populações específicas dentro das unidades públicas.	Cobertura vacinal por tipo de vacina Número de citopatológicos realizados Cobertura população feminina Índice CPOD Número de procedimentos odontológicos coletivos e individuais Cobertura da população escolar por procedimentos coletivos Número de equipe e cobertura do programa

Fonte: SIA/SUS, SI-PNI

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas de janeiro a maio de 1999, gravadas e transcritas. Para cada grupo de foi adequado um roteiro específico, mantendo-se algumas questões fixas (roteiro em anexo I).

As informações obtidas foram apresentadas de forma descritiva, mapeando-se a opinião dos atores. As falas foram organizadas pelas temáticas de interesse (processo de municipalização, acesso e integralidade) identificando-se as respostas predominantes. E falas individuais foram destacadas de acordo com a sua importância para o conjunto da investigação.

O estudo está baseado no levantamento de indicadores, sempre que possível em série histórica, o que permitiu identificar mudanças ocorridas, no tempo, comparando-se os resultados com dados estaduais ou microrregionais.

Os dados secundários foram validados com informações da Secretaria Estadual de Saúde, nos Planos Municipais de Saúde e nos relatórios de gestão. A análise permitiu fazer um panorama da evolução dos serviços de saúde que serviu de subsídios para a realização das entrevistas. Os resultados referentes às variáveis demográficas e sociais e de mortalidade infantil estão descritos no capítulo 3, da caracterização do município de Blumenau.

Todos os dados referentes a serviços ambulatoriais do ano de 1994 se referem somente ao segundo semestre deste ano, ocasião da implantação do sistema de informação.

A coleta e o tratamento dos dados quantitativos e qualitativos estão apresentados nos capítulos 4 e 5, na mesma ordem aqui descrita:

- Características da estrutura da **rede ambulatoriais** - Foram levantados no SIA/SUS o número e o tipo de unidades e sua evolução no período. Em relação à nomenclatura das Unidades de Saúde, definiu-se analisar a evolução de alguns dos serviços (posto de saúde, centro de saúde, clínicas especializadas, unidade sindical e serviços de SADT), porém foram necessárias adaptações, pois o município não utiliza exatamente a mesma nomenclatura. Segundo a Portaria Ministério da Saúde nº 35, de 4 de fevereiro de 1999, (Brasil, 1998b) são definidos como:

Posto de Saúde: unidade de saúde que presta assistência à saúde de uma população determinada, de forma programada ou não, por profissionais de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico.

Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde: é a unidade que presta atenção básica integral à saúde a uma população determinada, de forma programada ou não, nas quatro especialidades básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia), podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nas áreas.

Unidade Ambulatorial de Especialidades/Clinicas Especializadas: unidade de saúde que presta assistência ambulatorial em uma ou mais especialidades médicas, podendo, ainda, ofertar outras especialidades não-médicas.

Unidade de serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT): unidades onde são realizadas atividades que auxiliam na determinação do diagnóstico e/ ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente.

Ambulatório Entidade Sindical: unidade prestadora de serviço que presta atendimento a uma população determinada, com atendimento de consulta médica ou de atendimento odontológico.

Unidade de Saúde da Família (PSF): unidade pública que realiza atenção contínua nas especialidades básicas com equipe multidisciplinar, para desenvolver as atividades que atendam as diretrizes do programa de saúde da família do Ministério da Saúde.

- Com relação a **produção de serviços ambulatoriais** – São apresentadas os resultados pela produção total por tipo de prestador e também classificados por nível de complexidade, a saber: a) básico b) média complexidade e c) alta complexidade. Nos grupos de procedimentos definidos como variáveis de análise, são apontados os resultados individualmente, conforme descrição a seguir.

- a) **Básico** - Os itens de programação que compõem os procedimentos básicos são: 01-AVEIANM (PAB), 02 - atendimento médico (consulta-PAB), 03- atendimento médico (procedimentos - PAB), 04 - assistência farmacêutica, 05 - atendimento odontológico (procedimentos-PAB), 21 - AVEIAM (não PAB), 22 - atendimento médico (consulta não PAB), 23 - atendimento médico (procedimentos não PAB), 25 - atendimento odontológico (procedimentos - não PAB).

O grupo de procedimentos básicos utilizados para análise foram os seguintes:

- Procedimentos **AVEIANM** - Todos os procedimentos realizados por profissionais de nível médio e de nível superior, com exceção dos médicos e odontólogos. Como se trata de um grupo muito grande de itens de procedimentos, foram agrupadas as seguintes variáveis: vacinas, visita inspeção sanitária, visita domiciliar educação em saúde, atendimento nível superior.
- **Consulta médica** - Os dados puderam ser analisados agrupando os atendimentos PAB, que correspondem à clínica básica e os não PAB, que são classificados como FAE - Fração Assistencial Especializados, e correspondem às especialidades médicas. No grupo de PAB, encontram-se as consultas de clínica médica, clínica obstétrica, clínica ginecológica, clínica pediátrica, além das consulta de PSF, pré-natal, consulta domiciliar, consulta em clínica básica de urgência e consulta para hanseníase. No grupo de não PAB, o código 040 abrange todas as consultas para outros profissionais médicos, e discrimina também as consultas com terapia, atendimento clínico com observação, atendimento especializado a portador de doença de notificação compulsória, atendimento especializado para acidente de trabalho e atendimento específico em urgência e emergência.

Os dados levantados estão analisados por volume de produção e por tipo de prestador.

- b) **Procedimentos de média complexidade** - Composto pelos seguintes grupos de procedimentos: 06 - radiodiagnóstico, 07 - medicina nuclear, 08 - ultrasonografia, 09 - outros exames imagiologia, 10 - patologia clínica, 11 - exames hemodinâmicos, 12 - outros exames especializados, 16 - fisioterapia, 17- outras terapias especializadas e 18 - prótese e ortese.

Nos procedimentos de média complexidade a **patologia clínica, o radiagnóstico** foi trabalhado apenas com os dados, por tipo de prestador. Nos **exames especializados**, levantou-se a endoscopia digestiva, os exames de citopatologia.

- c) **Procedimentos de alta complexidade** - É composto pelos seguintes grupos de procedimentos: 13 - terapias renais substitutivas, 14 - radioterapias e 15 - quimioterapias. Também foi analisado o volume de produção, comparando os dados com os dados microrregionais e estaduais.

- Composição da **rede de serviços hospitalares** - Foram levantados no SIH/SUS o número e o tipo de unidades (natureza e regime) e sua evolução no período.
- Com relação a **produção de serviços hospitalares** - São apresentados as internações por especialidades e as principais causas de internação, a relação entre parto normal e cesariana. A morbidade hospitalar é apresentada pelas causas básicas do CID 9 e 10.
- **Integralidade** - Foi avaliada pela análise dos dados dos programas pré-estabelecidos. Os dados foram comparados com informações descritas nos Planos Municipais visando confrontar programas já existentes com aqueles criados após a implantação da gestão. Também foi feita análise da produção nos níveis de complexidade, sendo os resultados cotejados com as respostas dos atores.
- No **programa de imunização** - Através do banco específico SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) analisou-se a cobertura das

vacinas, através do SINAN (Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação). Verificou-se o número de notificações, identificando, nos agravos que são preveníveis por vacina, a faixa etária do caso confirmado.

- No **programa de saúde bucal** - Foram avaliados os procedimentos realizados exclusivamente por dentista, aqui chamados de atendimento odontológico individual, e os procedimentos realizados por outros profissionais, que correspondem ao grupo de procedimentos coletivos em odontologia. Com a odontologia, aconteceu o mesmo que com a consulta médica: dois itens de programação os que são PAB e não PAB ou seja que são FAE, que correspondem aos números 05 e 25 foram agrupados. Nos procedimentos coletivos, além dos códigos existentes, foi acrescentado o 032 que pertence ao grupo 1 de AVEIANM. Concomitante com os dados do SIA/SUS foi analisado evolução do índice de dentes permanentes, perdidos e obturados por criança - CPOD.
- No programa **preventivo de câncer** - Os dados foram coletados da seguinte forma: levantamento manual nos livros do laboratório por citotécnicos, separando os dados por município e posto de coleta. Assim, foi possível levantar a evolução da cobertura de serviço no município, identificando-se também a evolução dos postos de coleta do município.
- No **programa de saúde da família (PSF)** - São analisados o número de equipes existentes no período e a cobertura populacional, descrito na caracterização da rede ambulatorial.

2.2 Limitações do estudo

Em relação a validade das informações, encontrou-se, sub-registro, má qualidade no preenchimento dos dados, não concordância de fontes municipais, estaduais e federais e descontinuidade nas séries.

A análise das condições sanitárias (água, esgoto e lixo) foi realizada através dos dados IBGE, via INTERNET datados de 1991. Os mesmos apresentaram problemas de comparação, uma vez que os existentes no perfil do município, realizado pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Blumenau (IPPUB, 1996) correspondem ao período de 1994 e 1995. Porém não foram utilizadas as mesmas variáveis que as do IBGE, não permitindo assim, a confecção de série histórica.

Com relação aos dados populacionais coletados por série histórica, faixa etária e sexo, foram utilizados somente como denominador nos cálculos de cobertura dos serviços de saúde.

No que tange as consultas médicas, houve dificuldade em obter-se os dados de consulta de clínica básica e consulta especializada, uma vez que, após a implantação do PAB - Piso de Atenção Básica, nova forma de financiamento da NOB/SUS 01/96 estes dados foram agrupados em PAB e não PAB.

As dificuldades para fazer análise dos exames preventivo de câncer foram imensas, principalmente devido a maneira de como os dados são trabalhados pelo serviço. Os relatórios existentes são por microrregião, por tipo de classe e faixa etária da mulher, não registrando as informações por municípios. A inexistência da informatização, também dificultou muito a coleta, tornando-se necessária o levantamento manual.

Nos dados de média e alta complexidade foi realizada a comparação com o Estado e microrregião por tipo de prestador, pois para efetuar-se a análise da cobertura do serviço no município tornar-se-ia necessária a realização de levantamentos manuais.

No Brasil o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC foi iniciado em 1990 mas, somente em 1995 começou a ser implantado em Santa Catarina. Por isso só existem dados a partir desse ano, exigindo a busca desse tipo de informação no próprio município.

O fato de praticamente não existirem estudos de avaliação do modelo assistencial a partir dos sistemas de informações existentes fez com que

trabalhássemos com um número muito grande de variáveis. Isto deve ser entendido dentro dos limites de uma primeira abordagem, situando-se quase como um estudo exploratório da construção de uma metodologia avaliativa a partir dessas bases.

A MUNICIPALIZAÇÃO EM BLUMENAU

3 A MUNICIPALIZAÇÃO EM BLUMENAU

3.1 Características socioeconômicas e políticas do município

Em 1850, o filósofo alemão Dr. Hermann Bruno Otto Blumenau obteve do governo Provincial uma área de terras, para nela estabelecer uma colônia agrícola, com migrantes europeus, onde hoje se ergue a cidade de Blumenau. Obstinado pelo projeto de levar adiante uma colônia européia no Sul do Brasil, o colonizador supervisionou e contribuiu pessoalmente na construção da sede.

A princípio, a colônia manteve-se como propriedade particular do fundador. Em 4 de fevereiro de 1880, foi elevada à categoria de Município, pela Lei nº 860. Inicialmente colonizada por alemães, seguidos por italianos e poloneses, com uma corrente de habitantes do Vale do Rio Tijucas (descendentes de portugueses), as cidades da microrregião incorporaram principalmente as culturas alemã e italiana. O antigo território do Município de Blumenau, que em 1934 compreendia uma área de 10.610km², foi desmembrado em mais 31 novos municípios. Blumenau nasceu com um caráter urbano. Do “Staadtplatz – uma espécie de praça central, saíram quatro caminhos: um ao longo do Ribeirão Garcia; outro seguindo a margem direita do Itajaí, na direção da vizinha Indaial; um terceiro margeando o Ribeirão Itoupava; e o último ao longo do Testo. Atualmente, a cidade tem três barragens, a sul, norte e oeste, pois vem sofrendo com as enchentes (Blumenau, 1997).

3.2 Aspectos demográficos

Blumenau tem a extensão de 531km² e é considerada a terceira cidade do Estado em população, com 240.302 habitantes. A população geral de

Blumenau vem aumentando, uma vez que, de 1991 até 1998, apresentou o crescimento de 11,72% (Quadro 13 e Figura 1).

Quadro 13 - População de Blumenau por ano e sexo no período de 1960 a 1998

Ano	Masculino	%	Feminino	%	Total
1960	33.179	49,7	33.500	50,3	66.778
1970	49.186	49,1	51.089	50,9	100.275
1980	76.995	48,9	80.263	51,1	157.258
1991	103.970	49,1	107.865	50,9	212.025
1993	108.606	49,1	11332.723	50,9	221.329
1994	111.825	49,1	114.416	50,9	224.652
1995	111.825	49,1	116.067	50,9	227.892
1996	113.793	49,2	117.608	50,8	231.401
1997 *					236.230
1998	118.170	49,2	122.132	50,8	240.302

Fonte: IBGE

***no ano de 1997 não se dispõe de dados por sexo**

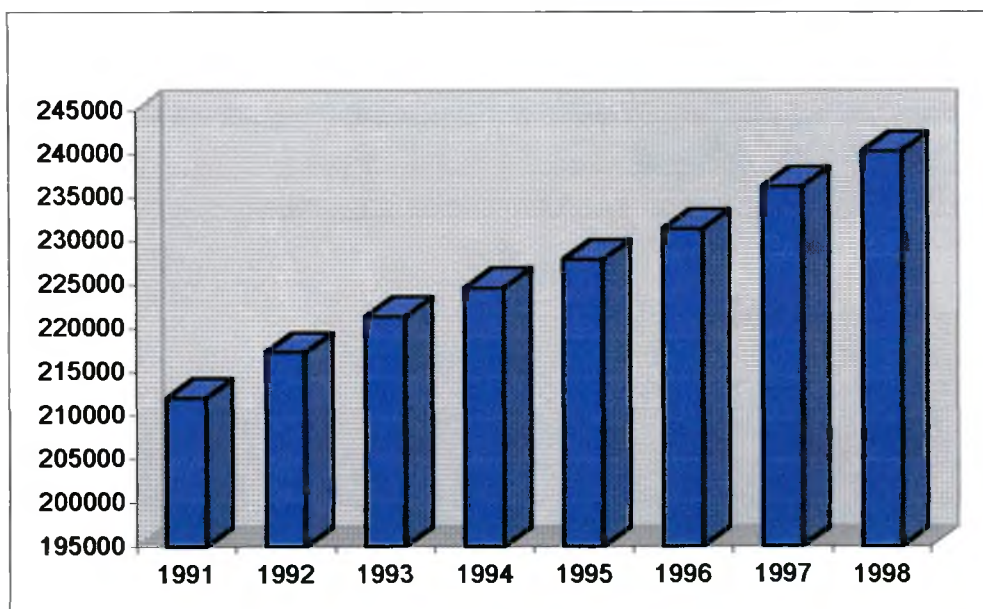


Figura 2 - Demonstrativo do crescimento populacional no município de Blumenau - SC 1991 a 1998

Quando comparado o crescimento da população com as décadas passadas, de 1960 em diante, verifica-se que sua população triplicou. O

crescimento maior se deu nas décadas de 60 e 70, como pode ser observado no Quadro 14.

Quadro 14 – Evolução da população na área rural e urbana em Blumenau, 1960 - 1991

Ano	Urbana	%	Rural	%	Total
1960	47.740	71.5	19.038	28.5	66.778
1970	86.519	86.3	13.756	13.7	100.275
1980	146.001	92.8	11.257	7.2	157.258
1991	186.327	87.9	25.698	12.1	212.025
1996(*)	227.705	94.8	12.490	5.2	240.195

Fonte: IBGE

*** população estimada pelo IPPUB**

A população rural decresceu no período de 60-70 em 32% e no decênio 70-80 em 19,8%. Esse fato decorreu das alterações ocorridas nas atividades econômicas, pois o setor primário (agricultura e pecuária), antes de começarem os desmembramentos do território do município de Blumenau, eram as suas principais atividades. Atualmente, Blumenau conta com uma agricultura de pouca expressão, devido às sucessivas divisões de seu território e o crescimento dos setores secundário e terciário.

Apresentou na década de 60 a 70 o percentual de 4,1% de crescimento populacional, na década 70 a 80, de 4,6%, e na década de 80 a 90, de 2,7%. Por sua característica de município receptor de migrantes são-lhe atribuídos muitos problemas sociais, pois apresenta bairros inteiros formados essencialmente por populações de outras cidades e estados.

Os migrantes estão localizados principalmente nos bairros: Horto Florestal; Nova Esperança; interior da rua Rui Barbosa, no Garcia; Morro D. Edite; Morro do Artur; Vila Iná; Morro São Roque; Rua Coripós, entre outros. São originários do oeste catarinense e do planalto serrano e também do interior do Paraná e de outras regiões do norte do país.

Possui uma população flutuante, devido ao grande número de jovens que freqüentam a Universidade Regional de Blumenau – FURB, destacando-se que

há um aumento significativo de pessoas na época da Oktoberfest, quando chega a receber quase três vezes sua população.

3.3 Aspectos socioeconômicos e de infra-estrutura

Blumenau localiza-se na zona fisiográfica do Estado de Santa Catarina designada como “Bacia do Itajaí-Açu”. É a principal cidade da região, exercendo sua influência pelos vales do Itajaí-Açu e Itajaí-Mirim. O município é membro da Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí – AMMVI². Encontra-se às margens do rio Itajaí-Açu. A cidade é limitada a faixas estreitas entre cursos d’água e morros. Tem como limites os seguintes municípios: ao Norte, Jaraguá do Sul e Massaranduba; ao Sul Guabiruba, Botuverá e Indaial; ao Leste, Luís Alves e Gaspar e; ao Oeste Indaial, Timbó e Pomerode. A BR-101, que corta todo o estado pelo litoral, fica a 50 Km de Blumenau e é a rodovia que praticamente acompanha as fronteiras do lado norte e oeste do município.

No setor primário, na década de 60, a agricultura e a pecuária eram as suas principais atividades. Atualmente, essas atividades absorvem apenas 1,7% da população economicamente ativa, sendo responsável pela menor parcela de renda gerada na economia.

O setor industrial tem contribuído para a autonomia regional e nacional. Isto se deve ao bom nível de suas indústrias, à capacidade de concorrer no mercado nacional e internacional, e à utilização intensiva de mão-de-obra de boa formação profissional. Blumenau sedia as principais indústrias têxteis do Brasil, como a Hering, a Teka, a Sulfabril, a Karsten, a Cremer e a Artex, sendo hoje o Vale do Itajaí o segundo maior pólo têxtil do país.

No setor terciário, o comércio é bastante desenvolvido. O município é o segundo em arrecadação do imposto de circulação de mercadorias e serviços - ICMS do Estado. (Blumenau, 1997)

² Formada por 14 municípios que são: Apiúna, Ascurra, Benedito Novo, Blumenau, Botuverá, Brusque, Dr. Pedrinho, Gaspar, Guabiruba, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio e Timbó

Água - O Sistema de abastecimento de água no município de Blumenau teve sua implantação iniciada em 1939 e é administrado, atualmente, pelo Serviço Autônomo Municipal de Água e Esgotos – SAMAE. O rio Itajaí-Açu é responsável por 92% da água captada pelo sistema.

Segundo os dados de IBGE de 1991, observa-se que 72% dos domicílios possuem rede de abastecimento de água e 27% dos domicílios se servem de poço ou nascentes, enquanto 1% dos domicílios são atendidos por outras formas de abastecimento (Figura 3).

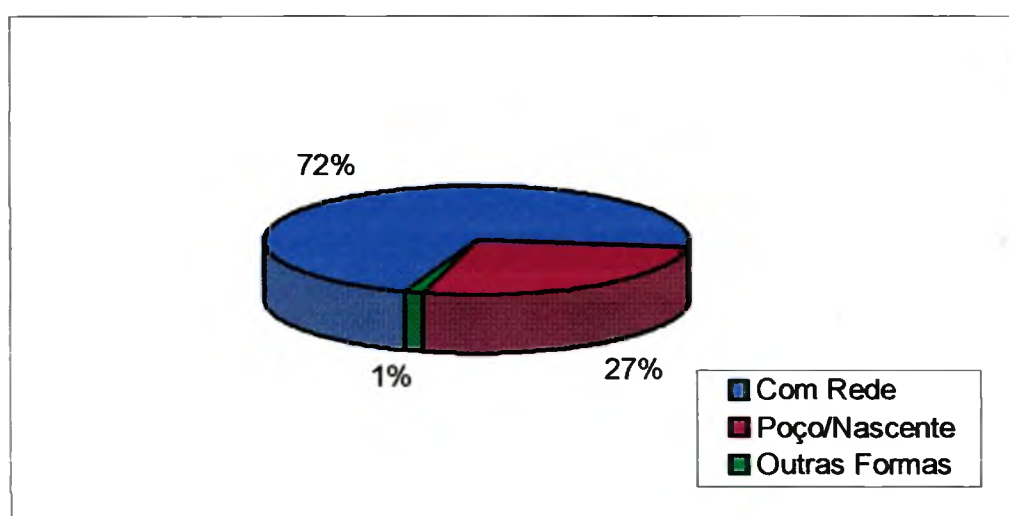


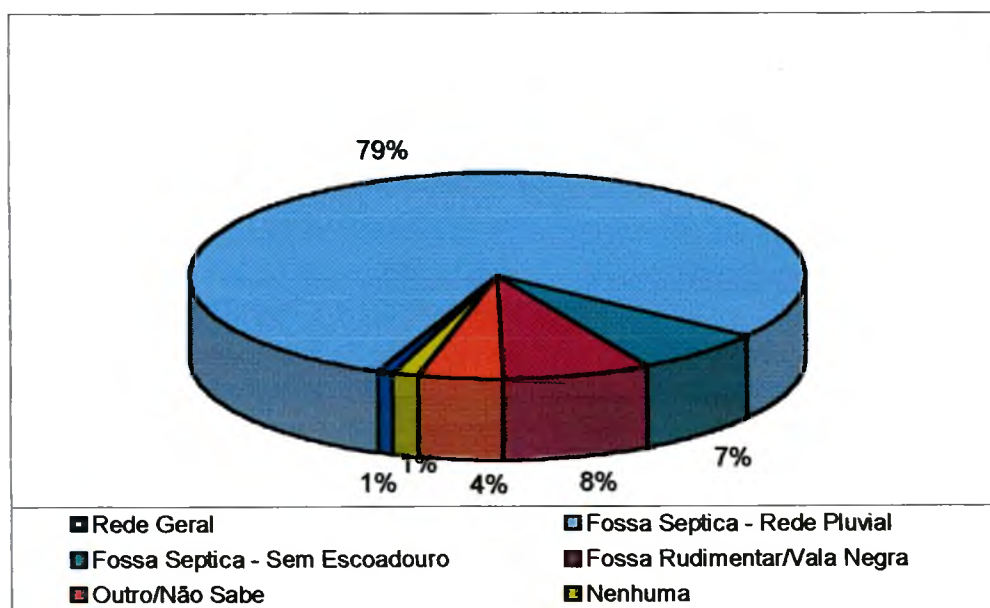
Figura 3 – Percentual do tipo de Abastecimento de Água dos domicílios em Blumenau/SC, 1991

Os dados de abastecimento de água vêm mostrando evolução positiva, pois em 1991 era de 72%. Em 1998, esse percentual sobe para 95% após a implantação de mais duas unidades de tratamento. No Estado, 62,3% dos domicílios possuem rede de abastecimento de água e 35,2% dos domicílios ainda utilizam poço ou nascente e apenas 2,5% outras formas de abastecimento (IBGE, 1991).

Em relação ao abastecimento de água, a população considerou o serviço de abastecimento de água “Bom”, com a média percentual de 72,06%, maior em 8% em relação a levantamento anterior. Entretanto os percentuais com opinião “ruim” não são desprezíveis, pois oscilaram de 20,29% na área “norte” até 34,72% na área “sul” da cidade (Blumenau, 1996).

Esgoto - Em 1991, o município possuía menos de 1% dos domicílios ligados à rede geral, a maioria (79 %) possui fossa séptica ligada à rede pluvial, 7 % possui fossa séptica sem escoadouro, 8% fossa rudimentar ou vala negra, 4,% desconhece a forma de escoamento de esgoto ou utiliza outras formas, e 1% não tem nenhuma forma de destino do esgoto. No mesmo período, o Estado apresentou 4,4% dos domicílios ligados à rede geral, a maioria dos domicílios (34%) possuem fossa séptica ligada a rede pluvial, 25,3% possui fossa séptica sem escoadouro, 28,3% possui fossa rudimentar ou vala negra, 3% desconhece a forma de escoamento de esgoto ou utiliza outras formas, e 5% não tem nenhuma forma de destino do esgoto (IBGE, 1991).

A Figura 4 apresenta os tipos de esgotos sanitários nos domicílios de Blumenau, com os respectivos percentuais.

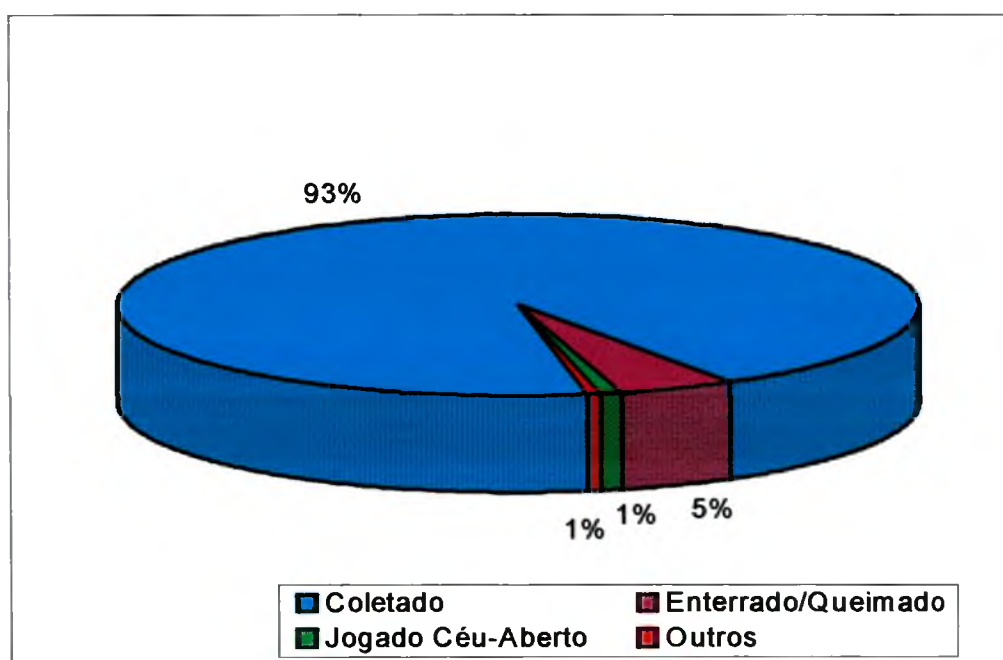


Fonte: IBGE

Figura 4 – Percentual do tipo de Esgoto Sanitário nos Domicílios em Blumenau/SC, 1991

A rede de esgoto é ainda insuficiente, apesar de nesta década haver projetos intersetoriais para resolver o problema, tendo sido implantada a rede coletora do bairro Garcia (bairro de maior densidade populacional). Em 1992, foram destinados 2,96% do orçamento municipal para o saneamento básico, dos quais 1,56% para implantação da rede de esgotos.

Sistemas de Limpeza Urbana e Destino do Lixo - Segundo o IBGE, no ano de 1991, 93% do lixo de Blumenau já era coletado e enterrado ou queimado e em mais 5% dos domicílios, ficando apenas 2% do lixo sem coleta adequada. Ao compararmos estes dados com os apresentados pelo Estado, vê-se que a cobertura por lixo coletado é de 64%, enterrado e queimado é de 25,6%, restando ainda 10,4% dos domicílios do Estado sem coleta adequada ao lixo. O município, nesse aspecto, tem cobertura superior ao do estado, conforme Figura 5.



Fonte: IBGE

Figura 5 – Percentual do tipo de Destino do Lixo dos Domicílios Em Blumenau/SC, 1991

Educação - A rede de ensino de Blumenau conta com Centros Educacionais Infantis (creche e pré-escola), ensino de 1º e 2º grau oferecidos pela rede estadual, municipal e particular. O ensino superior é oferecido pela rede privada FURB - Fundação Educacional Regional de Blumenau, vinculada à Prefeitura Municipal de Blumenau – PMB, que oferece cursos de graduação e pós-graduação. O Quadro 15 apresenta a distribuição da população estudantil, por nível de escolaridade, no ano de 1997.

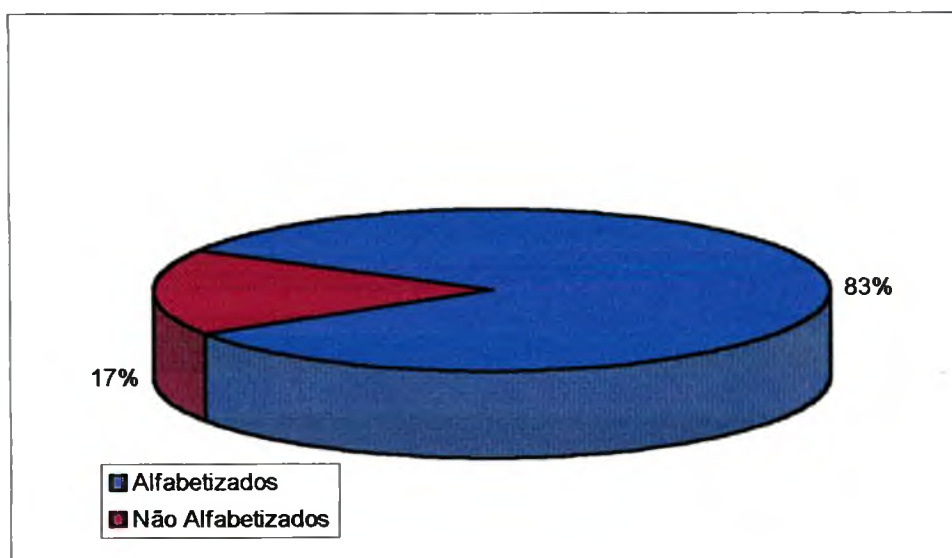
Quadro 15 - Distribuição da População Estudantil por nível de escolaridade - Blumenau 1997

REDE	PRÉ-ESCOLAR	1º GRAU	2º GRAU	3º GRAU	TOTAL
ESTADUAL	1.365	17.242	8.604	-----	27.211
MUNICIPAL	6.750	25.052	-----	9.065	40.867
PARTICULAR	1.182	6.027	2.882		10.091
TOTAL	9.297	48.321	11.486	9.065	78.169

Fontes: SEMED/CRE/SINE/FURB/ESCOLAS PARTICULARES/97

Existem 49 estabelecimentos municipais de ensino e 30 estabelecimentos estaduais, e ainda 80 creches domiciliares. A Prefeitura mantém a Escola Técnica de Saúde, que oferece o Curso Supletivo de Auxiliar de Enfermagem, em nível de primeiro grau; o Curso Técnico em Higiene Dental, em nível de segundo grau; o Curso Extracurricular de Auxiliar de Enfermagem do Trabalho; e a Escolinha de Artes Monteiro Lobato, com várias oficinas.

Figura 6- Percentual de Alfabetização em Blumenau/SC, 1991



Blumenau conta, também, com uma escola de ensino profissionalizante, em nível de segundo grau, uma escola de ensino supletivo e um Centro Municipal de Educação Alternativa. Segundo dados do IBGE (1991), o município possui 83% da sua população alfabetizada e 17% não-alfabetizada, (Figura 6).

Habitação - A ocupação horizontal é predominante, com residências em sua maioria de alvenaria. A pesquisa do Núcleo em Planejamento Urbano da FURB, mostra que 80,2% possuem casa própria; 3,6% casa financiada; e 17,2% residem em casa alugada, como mostra o Quadro 16.

Quadro 16 - Condições de Moradia por Tipo de Construção Blumenau, 1992.

Moradia	Alvenaria	Madeira	Mista	Total
Própria	36.4	19.8	24.0	80.2
Financiada	3.0	0.2	0.2	3.6
Alugada	7.8	5.4	2.9	17.2

Fonte: IPS-1992

Entre as moradias consideradas próprias, estão incluídas as moradias com situações não-legalizadas como invasões e litígios, o que poderia mudar muito o percentual apresentado.

Blumenau tem sofrido um processo acelerado de urbanização e industrialização. Isso gera uma grande concentração de capital, transformando a cidade em um pólo regional de desenvolvimento, que funciona como centro produtivo, comercial, cultural e de prestação de serviços em relação aos municípios vizinhos. Devido à expansão de atividades no setor secundário e terciário, gerou-se uma grande oferta de empregos, determinando assim a convergência de fluxos migratórios de mão-de-obra desqualificada ou semi-especializada para o município.

Tais contingentes populacionais acabam encontrando algum tipo de emprego, mas seu baixo poder aquisitivo, associado ao aumento de preços dos terrenos dotados de infra-estrutura, leva-os a ocuparem clandestinamente as encostas dos morros das áreas de preservação, os fundos de vale sujeitos a enchentes e a invasão de áreas públicas. Surgindo desta forma, no panorama urbano de Blumenau, os chamados "Focos de Sub-Moradia". É esta a face contraditória do desenvolvimento econômico, que, se não for acompanhado por medidas sociais, acaba acarretando a favelização.

3.4 Aspectos epidemiológicos

O Coeficiente de Mortalidade Infantil - C.M.I., mede o risco de um nascido vivo morrer antes de completar um ano. A morte de menores de 1 ano é diretamente influenciada por condições de saneamento, nutrição, imunização, educação, assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

As tendências fortemente descendentes do C. M. I. que vêm sendo observadas no Brasil como um todo poderiam, numa análise simplista, indicar uma melhoria das condições de vida e qualidade dos serviços de saúde. No entanto, outros indicadores sócio-econômicos demonstram exatamente o contrário, a deterioração dessas condições. O que ocorre é que a capacidade de impactar o C.M.I. é muito grande, principalmente quando ele apresenta valores elevados.

Quadro 17 - Número de óbitos e coeficientes de mortalidade infantil em Blumenau e Estado, 1980-1995

ANO	N.º DE ÓBITOS	N.º DE ÓBITOS	Coeficiente	Coeficiente
	SC	Blumenau	SC	Blumenau
1980	3.803	125	35,7	34,5
1981	3.591	132	32,2	34,7
1982	3.102	124	26,7	35,0
1983	3.037	113	28,0	27,1
1984	2.930	107	28,1	28,1
1985	2.580	106	24,0	25,9
1986	2.545	78	23,8	24,6
1987	2.569	101	22,9	24,6
1988	2.654	72	23,6	18,7
1989	2.461	106	22,7	28,3
1990	2.134	95	20,5	25,5
1991	1.938	112	18,7	25,8
1992	1.721	95	17,4	23,4
1993	1.750	77	17,3	18,1
1994	1.842	91	17,7	21,2
1995	1.821	97	18,0	22,6
1996	1.680	80	16,8	20,0
1997	1.653	75	17,1	15,9
1998	1.550	80	16,3	19,5

Fonte: GEINF/SES

De acordo com o Quadro 17, em 1980 Blumenau possuía o coeficiente de mortalidade infantil de 34,5 tendo um decréscimo sensível nos primeiros anos da série histórica chegando a 18,1 por mil nascidos vivos em 1993, elevando-se discretamente, a partir de 1994 para 21,2 por mil nascidos vivos. O Coeficiente está muito abaixo do país no período que ultrapassa 40 por mil, entretanto está ligeiramente acima da média do Estado (16 por mil).

Mortalidade Infantil por Causa

Mais da metade das mortes infantis do município, nos últimos cinco anos, são por afecções originadas no período perinatal e anomalias congênicas. (Figura 7)

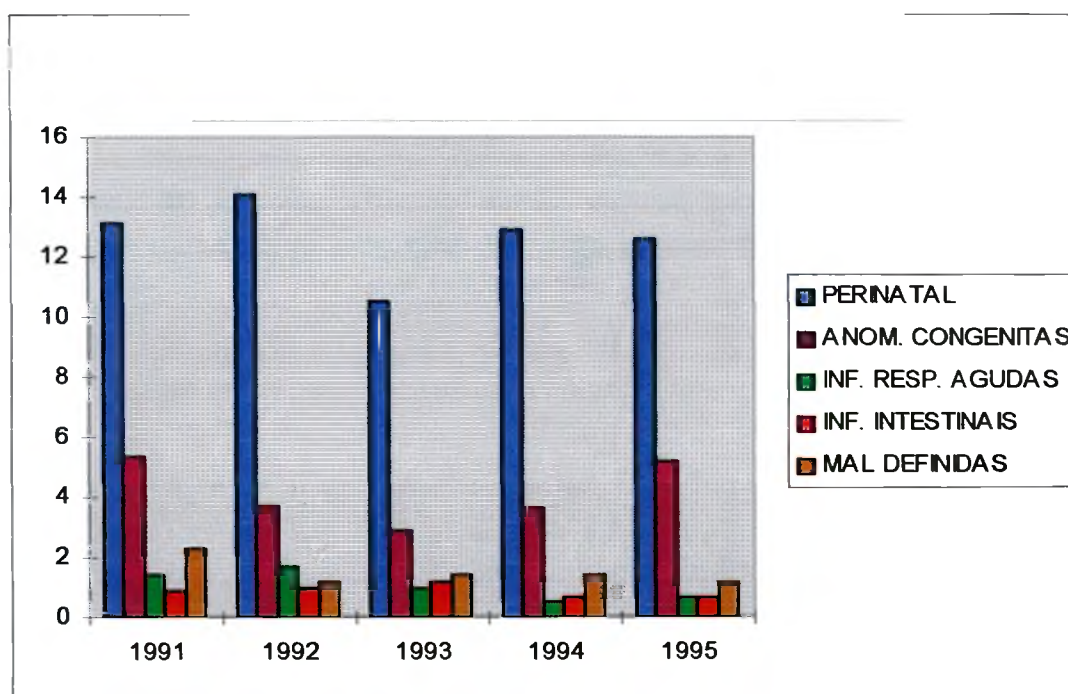


Figura 7- Coeficiente de Mortalidade Infantil por causa em mil nascidos vivos, Blumenau 1991 - 1995.

Em relação às mortes por doenças infecciosas intestinais e respiratórias agudas, houve uma queda de mais de 50%. Isto se deve, provavelmente, ao fato de que, ao mesmo tempo que o processo de urbanização produz bolsões de pobreza nas cidades, facilita o acesso de um grande contingente populacional

aos serviços de saúde, ampliando as coberturas de ações de saúde como terapia de reidratação oral, tratamento das infecções respiratórias agudas e outras. Entretanto, as mortes que ainda ocorrem por estas causas, refletem as condições de saúde inadequadas, uma vez que são passíveis de intervenção.

3.5 Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS

O processo de implantação do SUS de Blumenau deu-se principalmente a partir da regulação da Lei nº 8.080/90. Foram criadas, em 1991, as Leis de Conselho Municipal de Saúde (Lei nº 25 de 19 de dezembro) e do Fundo Municipal de Saúde (Blumenau, 1991a, 1992b).

Em 1992 com a assinatura do convênio 789, que estabeleceu o início do processo de descentralização, através deste convênio passaram-se, então, os funcionários e todas as unidades estaduais para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Em julho de 1994, Blumenau foi um dos primeiros municípios a assumir a gestão Semiplena, porém a Lei só foi promulgada em outubro do mesmo ano.

Em 1996, foi publicada a nova Norma Operacional Básica (NOB/SUS 01/96), levando o município a reenquadrar-se em nova modalidade de gestão. Em março de 1998, o município começou a demonstrar interesse em permanecer na modalidade mais avançada, ou seja, a gestão plena do sistema municipal. Porém, com esta norma, também mudaria a forma de financiamento e, inicialmente, pelas novas bases de cálculos do teto financeiro, o município perderia recursos, pois o seu teto financeiro global seria menor que o seu teto, como gestor semipleno.

Tal fato levou o município a discutir a questão com os conselheiros, prestadores de serviços, câmara de vereadores, técnicos do nível central da Secretaria Municipal, Prefeito Municipal e comunidade em geral o que levando a uma grande mobilização, provocando a vinda destes representantes na Secretaria Estadual e na Comissão Intergestores Bipartite, no intuito de manter os recursos para o município. Também havia uma solicitação de credenciamento da cirurgia cardíaca ao SUS que teria que ser custeada com o

teto existente no município. Deste movimento ocorreu passeatas e até greve de fome do presidente do Conselho Municipal de Saúde.

Paralelamente a isso, a Comissão Bipartite de Santa Catarina vinha discutindo em suas reuniões e através de grupos de trabalho a nova composição dos tetos financeiros. O Ministério da Saúde havia produzido Portaria dando um período de transição aos municípios que já estavam em semiplena se habilitarem à nova norma. Blumenau foi o último município de Santa Catarina a se habilitar, conseguindo manter seu teto financeiro finalmente ingressando na gestão plena do sistema municipal em junho de 1998.

As conferências municipais de saúde são instrumentos de participação diferentes dos Conselhos. Tem uma participação maior dos diversos segmentos da sociedade. O processo de realização dessas s conferências iniciou-se em Blumenau em 1994, quando a Secretaria e o Conselho realizaram a I conferência de 25 à 27 de março do mesmo ano, com o tema “Promover a saúde, promovendo qualidade de vida”. Foram realizadas pré-conferências nos bairros para retirar contribuições para o Plano Municipal de Saúde. A II conferência teve como tema “Saúde é qualidade de vida” e foi realizada nos de 21 à 22 de junho de 1996. Para tanto, foram realizados dez encontros preparatórios, em 10 regiões da cidade, de onde foram tirados os delegados por categoria. Na Conferência houve a aprovação da alteração da lei do CMS, aumentando a composição de 22 membros para 34 membros e a presidência do CMS passou a ser feita por eleição dos seus pares. Deu-se também a criação dos Conselhos Distritais e de Conselho Gestores em todas as unidades de saúde.

A III Conferência Municipal de Saúde foi realizada nos dias 28 e 29 de agosto de 1998 e teve como tema central “SUS: defendendo saúde e discutindo responsabilidades?”. A escolha de delegados que dela participariam ocorreu nos encontros preparatórios realizadas por categorias.

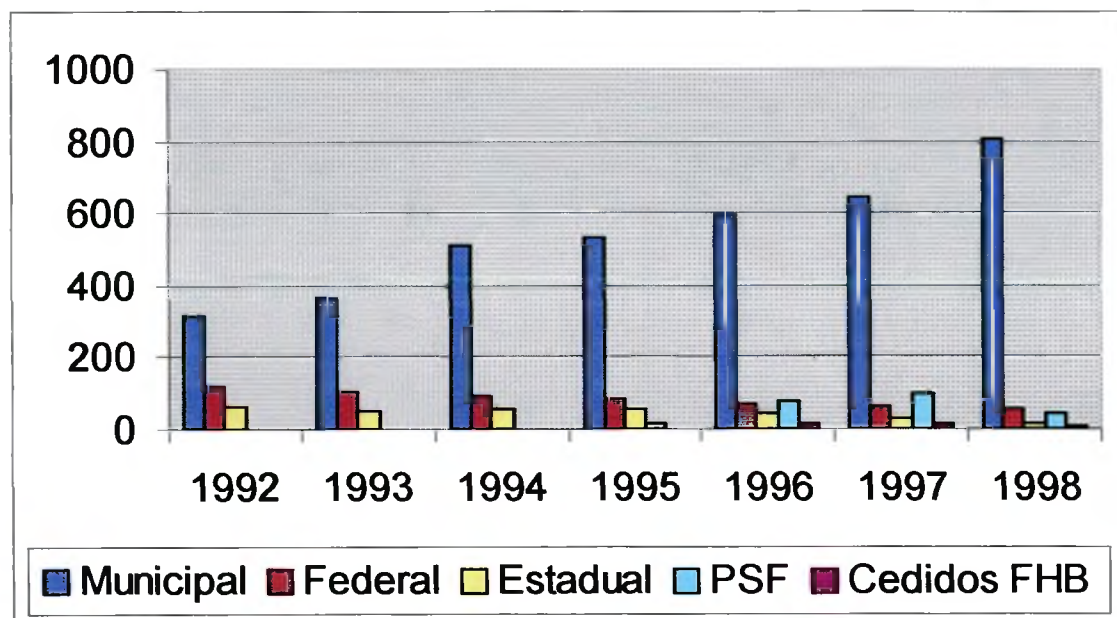
Com o processo de municipalização, houve uma alteração na estrutura organizacional da SEMUS, em 1993. Até essa data, os serviços eram

executados compreendendo duas grandes áreas: a) área de assistência a saúde; b) área administrativa.

Em 1997 foi aprovado o novo organograma e a SEMUS, pela Lei 160/97 e pela Lei Complementar 225/97, passa a ser dirigida por cinco superintendências: a) Superintendência administrativa e financeira, que abrange o setor administrativo e o gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde; b) Superintendência de planejamento, controle, avaliação e auditoria, abrange o serviço de controle avaliação e auditoria, o centro de processamento de dados - CPD e o Tratamento Fora do Domicílio - TFD; c) Superintendência de relações de trabalho em saúde, o IEC- Informação, Educação e Comunicação em Saúde, Setor de Desenvolvimento Técnico em saúde, Setor de Administração de Pessoal em Saúde; d) Superintendência e Atenção Integral em Saúde, abrange toda a rede básica e o ambulatório de referência de especialidades - ARE, DST/AIDS, Centro de atenção psicossocial - CAPS, ambulatório de referência a saúde da criança, ambulatório referência em psicologia e fonoaudiologia infantil, o centro de orientação e apoio sorológico, serviço odontológico; e) Superintendência de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Saúde do Trabalhador, composta pelas duas vigilâncias, o Laboratório Municipal de Análises Clínicas e o Centro de Referência do Trabalhador.

Criaram-se novos serviços, para atender as exigências previstas nas Normas Operacionais Básicas. Com isso houve necessidade de ampliação da equipe de nível central e local, inclusive com mudança de área física.

O Quadro de Recursos Humanos teve uma expansão muito grande, observando-se um investimento na área, pois o quadro de pessoal da Secretaria que, em 1992 era de 318 funcionários, em 1998, é composto por 801 funcionários. Gradativamente, vem diminuindo o número de funcionários estaduais e federais, como pode ser observado na Figura 8.



Fonte: Prefeitura Municipal de Blumenau. Superintendência de Relações de Trabalho em saúde Divisão de Administração de Pessoal em Saúde

Figura 8 - Evolução do Quadro de Recursos Humanos, da Secretaria Municipal de Saúde, 1992-1998.

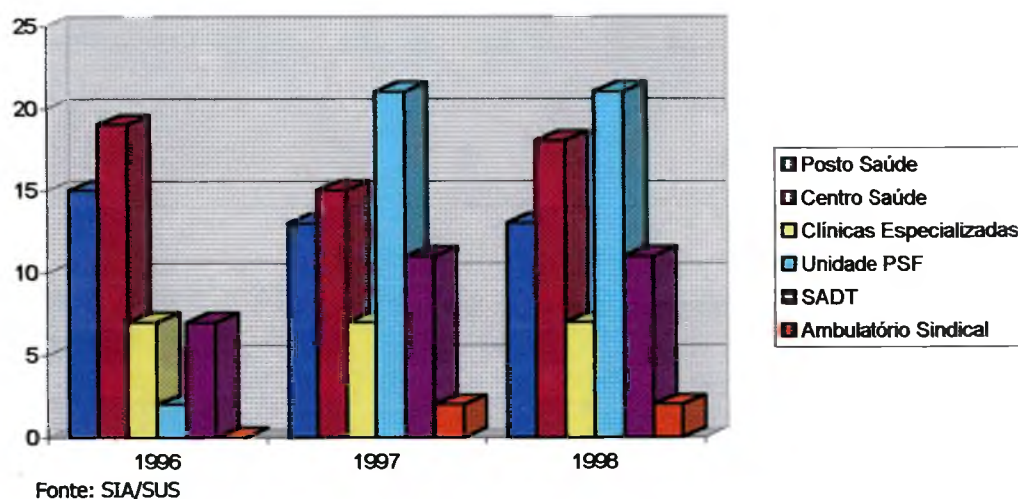
São apresentados nos próximos capítulos a análise quantitativa e qualitativa dos resultados referentes ao acesso e a integralidade da atenção nos serviços de saúde no município de Blumenau, no contexto da municipalização.

**DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS
DADOS QUANTITATIVOS**

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS: o acesso e a integralidade na rede municipal de Blumenau no período 1994-1998

4.1 Características da estrutura da rede ambulatoriais

Um total de 54 unidades compõem a rede pública ambulatorial de Blumenau. A padronização da nomenclatura usada pela DATASUS difere porém, da usada pelo município, trazendo, assim, dificuldade para agrupar os dados. Em 1995 os centros de saúde formavam o maior número de unidades ambulatoriais que no município correspondem às Unidades Avançadas de Saúde - UAS. No período em estudo, foram transformadas em unidades de Programa de Saúde da Família - PSF. A Figura 9 apresenta a distribuição da rede ambulatorial no município de Blumenau e sua evolução no período de 1996 a 1998.



**Figura 9 - Distribuição da Rede Ambulatorial
Blumenau, 1996-1998**

No início da série, o município possuía duas equipes do PSF e, hoje, possui 21. Destaca-se, também, o crescimento do número de unidades com serviços de apoio e diagnóstico conveniadas ao Sistema único de Saúde, que eram em número

de sete e, hoje, são onze. Este crescimento também ocorreu no Estado que possuía em 1995, 238 unidades serviços de apoio e diagnóstico conveniadas ao sistema e, hoje, possui 345. Com relação à propriedade dos imóveis que compõem a rede de saúde levantou-se que a maioria pertencem à SEMUS.

Em 1993, o município já havia construído dez unidades avançadas de saúde e, após a adaptação da gestão semiplena foram implantadas ou construídas mais 17. Existem ainda UAS em prédios alugados ou cedidos assim distribuídas: duas situam-se junto aos dois Centros de Apoio Integral à Criança- CAICs pertencentes ao Governo Federal e são sede de três equipes do Programa de Saúde da Família – PSF; A UAS do bairro Ponta Aguda funciona junto à sede do Sindicato Rural; duas em imóveis pertencentes às Associações de Moradores; três estão instaladas em imóveis alugados, uma funciona em sede cedida por uma igreja; e a UAS Vila Itoupava está instalada na Intendência Administrativa. Das 2 unidades avançadas construídas, 19 foram transformadas em unidades de Programa de Saúde da Família.

Apesar do o município ter investido na construção da sua rede própria, verifica-se que ainda possui consultórios odontológicos em 14 escolas municipais e em um centro de educação infantil.

Sua rede é composta por quatro Ambulatórios Gerais - AG, sendo que dois se situam junto aos Centros Sociais Urbanos do Garcia e Fortaleza e o da Itoupava Central, no Sindicato dos Trabalhadores Rurais.

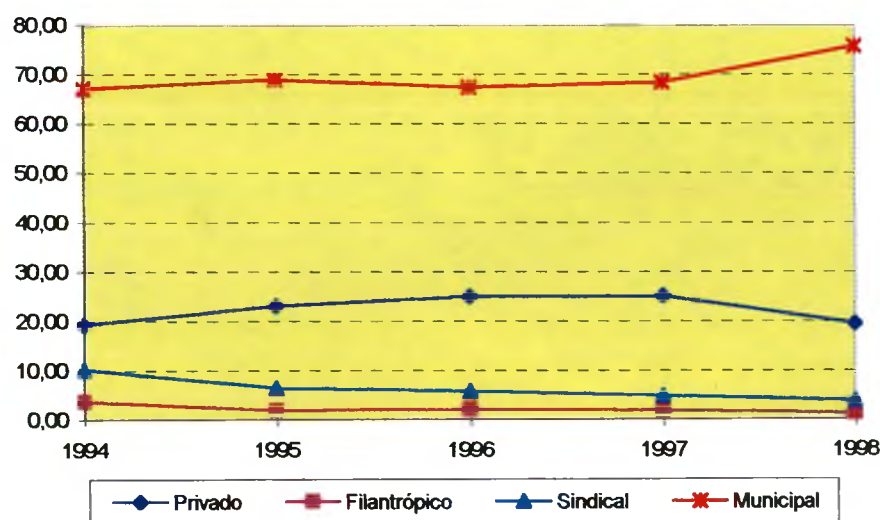
Um dado interessante a analisar é que Blumenau recebeu, no processo de municipalização, uma rede muito pequena do Estado: duas unidades tipo C (que atendiam as clínicas básicas e possuíam consultório odontológico); uma unidade tipo B (que possuía as clínicas básicas; odontologia e laboratório de análises clínicas) e uma do tipo A (que era a unidade mais complexa do sistema e possuía as especialidades médicas). Do antigo INAMPS, recebeu um prédio alocado em péssimas condições de conservação, o que obrigou o município a investir em construção para atender a extensão de cobertura.

Outro destaque é a implantação na assistência a saúde de serviços de Atenção à Saúde Mental, com a instalação do Ambulatório de Referência em Saúde Mental (Serviço de Atenção Psicossocial/SAPS).

4.2 Produção de serviços ambulatoriais

A produção geral ambulatorial é apresentada por grupo de procedimento do S.I.A/SUS, por tipo de prestador.

Houve acréscimo da produção ambulatorial, alterando-se a composição dos prestadores, com diminuição do setor sindical e filantrópico e aumento do privado até 1997. Mas o prestador municipal é o que mais cresce principalmente a partir de 1998 (Figura 10).



FONTE:S.I.A.I/SUS

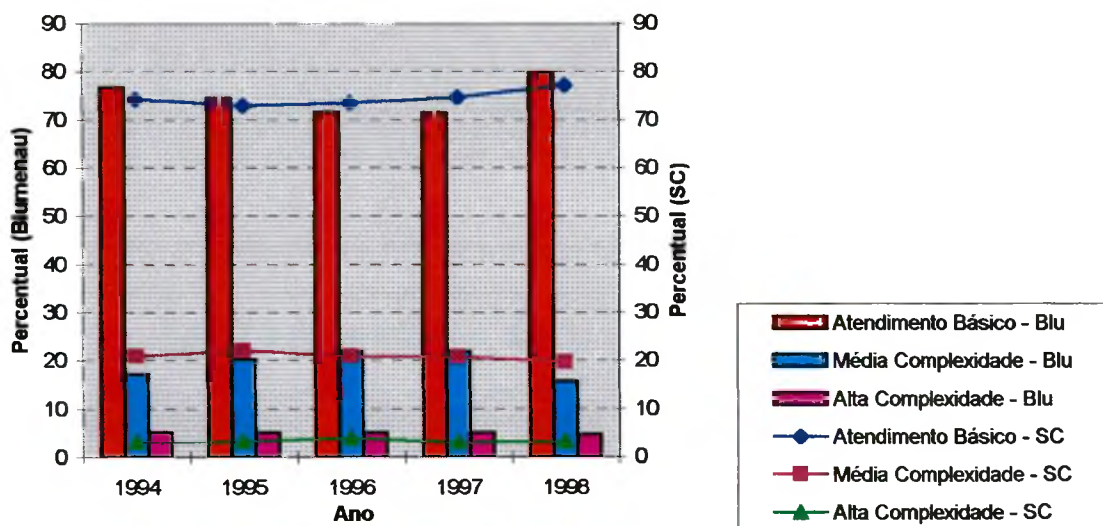
Figura 10 - Evolução da produção ambulatorial por tipo de prestador em Blumenau 1994- 1998

A oferta dos serviços ambulatoriais foi analisada por nível de complexidade, a saber:

- procedimentos básicos (procedimentos do S.I.A/SUS: de números 01/02/03/04/05/21/22/23/25);

- procedimentos de média complexidade (procedimentos S.I.A/SUS de 06/07/08/09/10/11/12/17/18 e
- procedimento de alta complexidade (de procedimentos do S.I.A/SUS: 13/14/15).

A análise dos procedimentos realizados no período em estudo mostra que o município apresentou 75% dos procedimentos básicos, 21% de média, 3% de alta complexidade e 1% de procedimentos não cadastrados. Os dados estaduais são semelhantes aos do município, variando apenas a alta complexidade que apresentou cobertura menor em torno de 1% e 2% de procedimentos não cadastrados como mostra a (Figura 11).



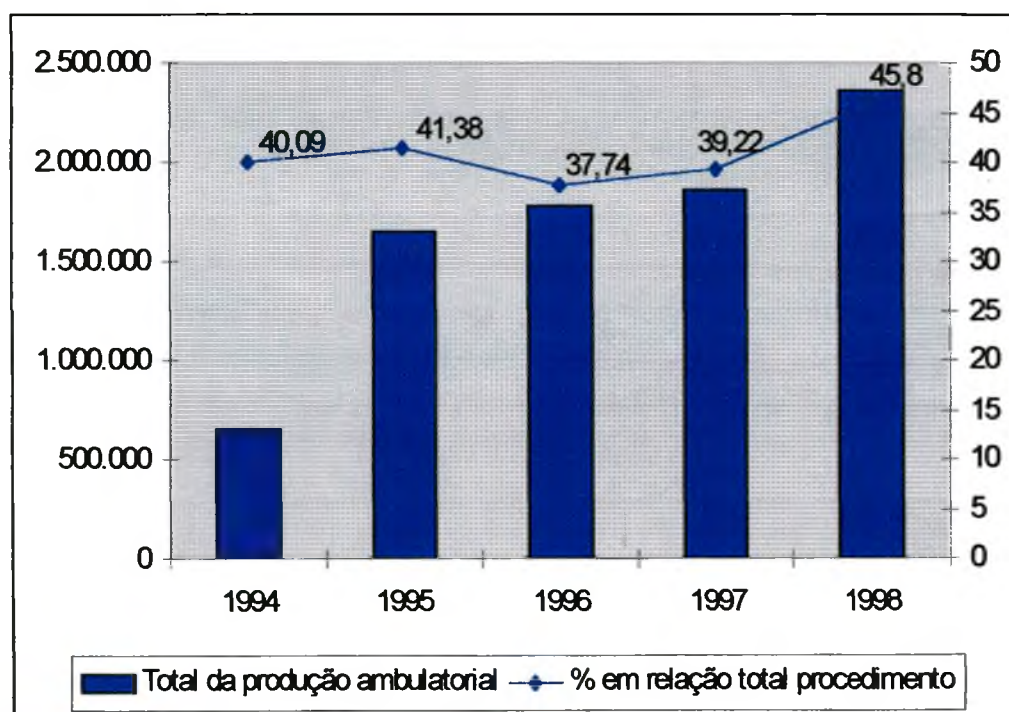
FONTE: S.I.A./SUS

Figura 11 - Percentual da produção ambulatorial por níveis de complexidade em Blumenau e Santa Catarina 1994- 1998

4.2.1 Procedimentos básicos

Dentre os procedimentos básicos analisaremos o Grupo de AVEIANM que corresponde as - Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunização e Atos Não-Médicos. Esses procedimentos são executados basicamente por instituições públicas. Em 1994, de uma produção ambulatorial da ordem de 649.106

ações, 260.254 representaram este tipo, ou seja, 40,09%. Em 1998, a produção total cresceu para 2.980.100 ações. Este crescimento se deu por um problema de registro dos procedimentos coletivos que neste ano foi considerado todos os procedimentos um registro, sendo que na realidade se processa mais de um procedimento por pessoa escolar. Devido a este fato foi feita uma projeção para este ano, no qual trabalhamos com uma produção de 2.357649 ações elevando-se o percentual para 45,8%, como mostra a Figura 12. A variação da produção ambulatorial total no período é da ordem de 55%.



FONTE: S.I.A./SUS

Figura 12 - Percentual dos procedimentos de AVEIANM em relação à produção ambulatorial em Blumenau, 1994-1998

A cobertura dos procedimentos de AVEIANM em relação à população, em 1994, era da ordem de 1 AVEIANM hab/ano, e vem mantendo em torno de três no anos subseqüentes. Com a nova metodologia do Ministério e a criação do PAB, sobe para 4,5, o que pode ser explicado sabendo-se que, de 1994 a 1997,

havia um parâmetro estadual (Santa Catarina, 1993), que era de 3 AVEIANM hab./ano. Caso o município tivesse uma produção superior, o próprio sistema de informação rejeitava esse dado codificando como item de rejeição por falta de capacidade física. No mesmo período, outros estados, como o Paraná e o Rio Grande do Sul, já usavam como parâmetro de cobertura de 6,0 AVEIANM hab./ano.

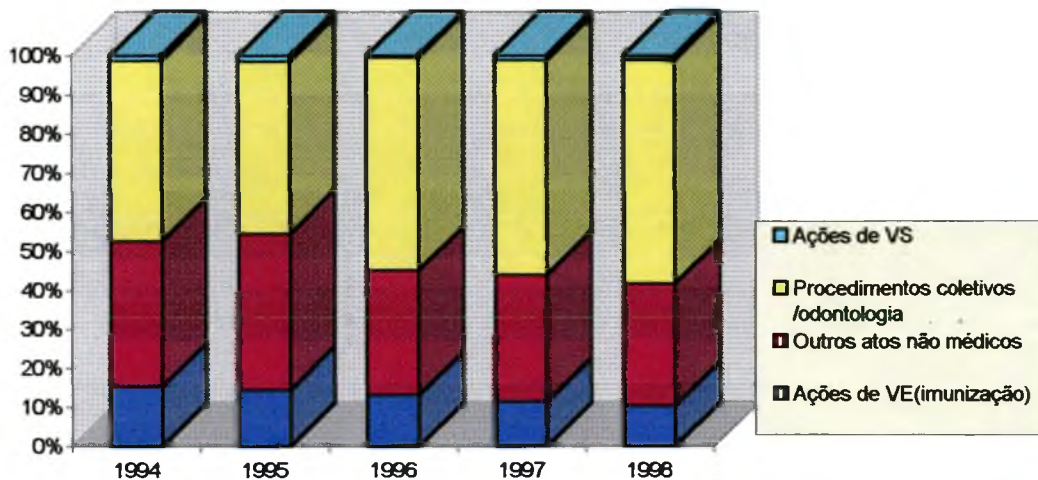
O Quadro 18 apresenta o demonstrativo da produção ambulatorial e seu percentual de cobertura da população pelo AVEIANM.

Quadro 18 - Demonstrativo da produção ambulatorial e do grupo de procedimento do AVEIANM, Blumenau, 1994 -1998

	1994	1995	1996	1997	1998
AVEIANM	260.254	683.046	671.904	729.625	1.080.071
Total da produção ambulatorial	649.106	1.650.475	1.779.917	1.860.122	2.357.649
% em relação total procedimento	40,09	41,38	37,74	39,22	45,8
Aveiam/hab/ano	1,15	3,0	2,90	3,08	4,5

Fonte: SIA/SUS

Quanto aos componentes deste grupo nota-se que as ações desenvolvidas em maior número são os procedimentos coletivos em odontologia, passando de 46,2%, em 1994, para 63,3%, em 1998. Já os procedimentos de vigilância sanitária vêm correspondendo a uma média de 1% da produção neste grupo de procedimentos. À execução da vigilância epidemiológica correspondem as ações de imunização, que se caracterizam por uma participação de 13,5% dos procedimentos do grupo, mantendo-se nesse patamar durante todo o período. Os demais procedimentos representam uma média de 35,5%, e neles estão incluídos todos os demais procedimentos individuais realizados pelo pessoal de enfermagem e outros profissionais de nível superior, que correspondem, em geral, às ações de promoção e prevenção (Figura 13).



FONTE: S.I.A.I./SUS

Figura 13 - Distribuição dos procedimentos de AVEIANM em relação à produção total do grupo, Blumenau, 1994-1998

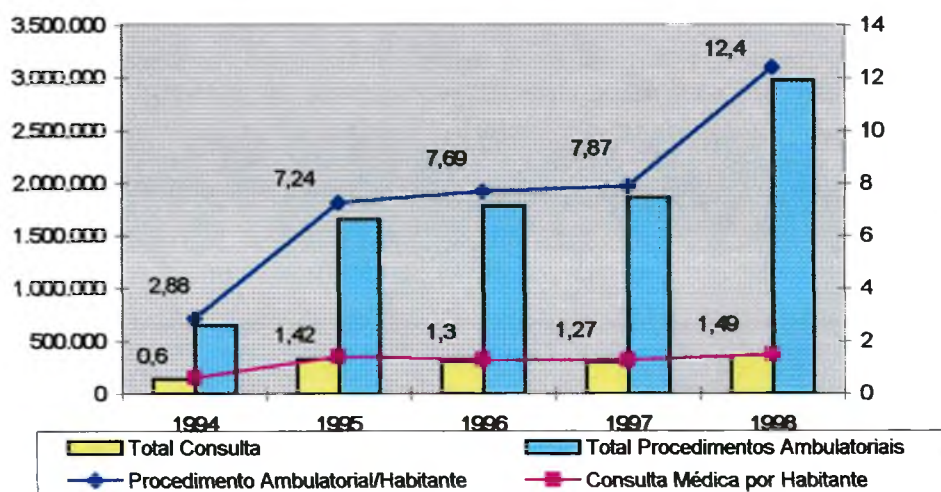
Consulta médica

A produção de consultas médicas pertence ao grupo de programação número 02, que, após 1998, foi dividido em procedimento PAB e não-PAB, que está no item 22. No grupo do PAB, incluem-se: consulta médica do PSF, consulta médica de pré-natal, consulta de atendimento de urgência com remoção, consulta médica domiciliar, consulta/atendimento de urgência em clínica básica, consulta médica para hanseníase, consulta em clínica médica, em gineco-obstetria, em ginecologia e em pediatria. Na consulta não-PAB, incluem-se: consulta para outras atividades profissionais médicas, atendimento clínico com observação, atendimento específico para acidente de trabalho e atendimento específico em urgência/emergência.

No ano de 1994, foi realizada um total de 136.738 consultas o que representa 21% do total de procedimentos ambulatoriais; em 1998, o número de consultas passa a representar 12,06%. O número de procedimentos ambulatoriais é da ordem de 649.106, no segundo semestre de 1994, e, no período de 1995 a 1997, quase triplicam tais procedimentos em números absolutos, passando-se para 1.860.122, enquanto o número de consultas passa para 300.013.

Constata-se um aumento no número de procedimentos ambulatoriais/hab. de 2,88, em 1994, para 7,87, em 1997. O número de consulta/hab vem mantendo sua cobertura em torno de 1,4 consulta habitante/ano.

No ano de 1998 há um novo “salto” no número de procedimentos ambulatoriais, de 1.860.122 para 2.980.100, Passando o número de procedimentos ambulatorias por habitante para 12,4, uma explicação para a ocorrência é que nesse ano é implantado o PAB - Piso Assistencial Básico.



FONTE: S.I.A./SUS

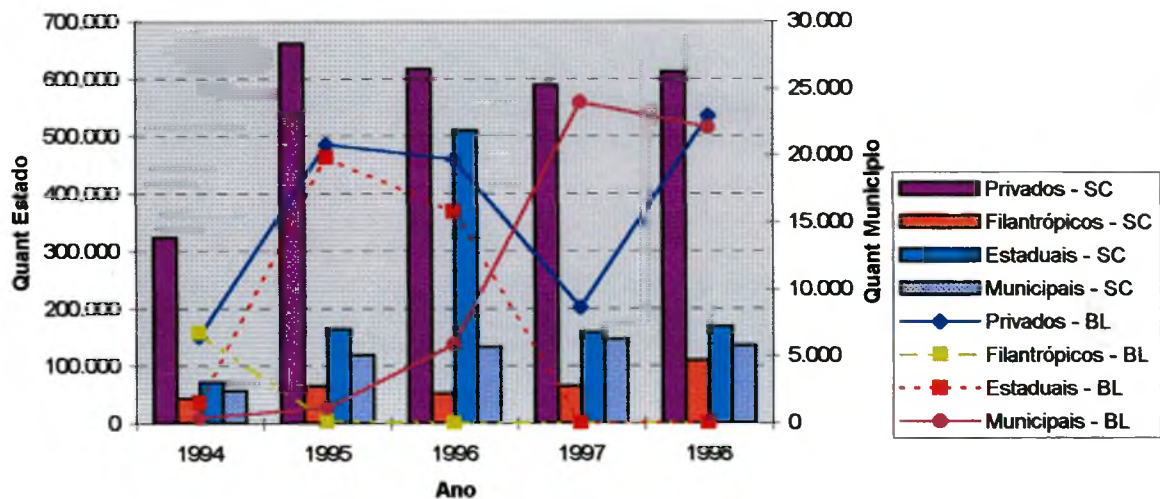
Figura 14 - Percentual dos procedimentos de AVEIANM e de consulta médica em relação à população de Blumenau 1994 - 1998

4.2.2 Procedimentos de média complexidade

Radiodiagnóstico

Os dados de radiodiagnóstico foram analisados por prestador, constatando-se a transferência da responsabilidade estadual para o município pois, este em 1994, não registrou produção, e, em 1998, apresenta uma produção próxima à do prestador privado. A produção estadual é direcionada para o município a partir de 1997, notando-se também que os prestadores

filantrópicos deixam de apresentar produção. No estado ocorre aumento dos serviços municipais e estaduais e diminuição pequena do privado e do filantrópico. Mas, nos anos de 1996 e 1997, em Blumenau os privados diminuem seu atendimento e concomitantemente ao crescimento municipal, voltando a aumentar em 1998 (Figura 15).



FONTE: S.I.A/SUS

Figura 15 – Demonstrativo da produção de radiodiagnóstico por prestador no município e no Estado, 1994-1998

Patologia clínica

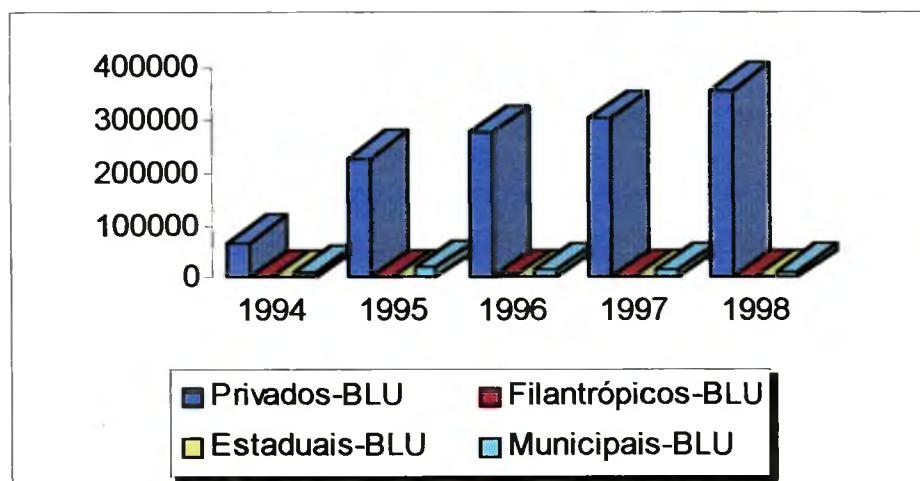
Os procedimentos de patologia clínica tiveram uma grande evolução a partir de 1994, quando o município realizava 78.873 exames, vindo a registrar em 1998, 369.052 exames. Na microrregião a evolução é semelhante, em 1994, com 261.245 exames, alcançando em 1998, 713.25 exames (Quadro 19).

**Quadro 19 – Produção total de patologia clínica
do município, da microrregião e do Estado, 1994- 1998**

Ano	1994	1995	1996	1997	1998
Blumenau	78.873	247.675	289.995	318.364	369.052
Regional	261.245	632.194	592.411	644.065	713.825
Santa Catarina	3.011.064	6.685.963	6.464.549	6.909.334	7.192.097

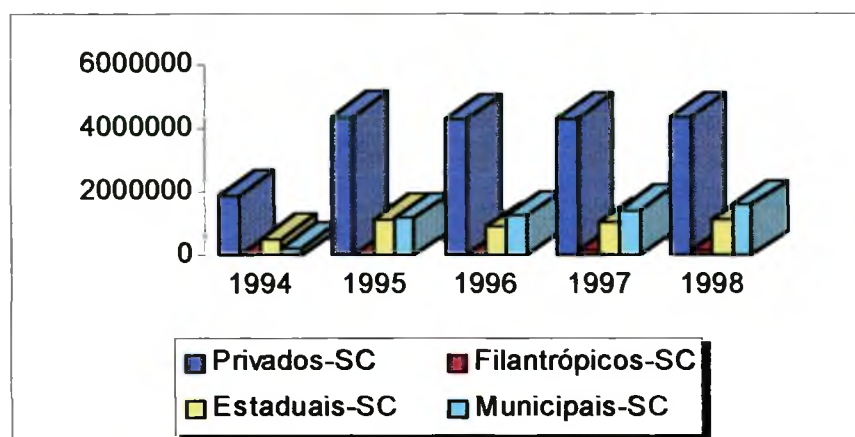
FONTE: S.I.A/SUS

Há um crescimento no município, no período, da ordem de 51,3%, com predominância do prestador privado. No Estado, o crescimento foi da ordem de 16,3%, com o prestador privado sendo o responsável principal por 63,3% da produção. Enquanto que a União, o Estado e o município, juntos, responsáveis por 35,4% da produção, como mostra as figuras 16 e 17.



Fonte: S.LA/SUS

Figura 16 – Demonstrativo da produção de Patologia Clínica por prestador no município, 1994-1998



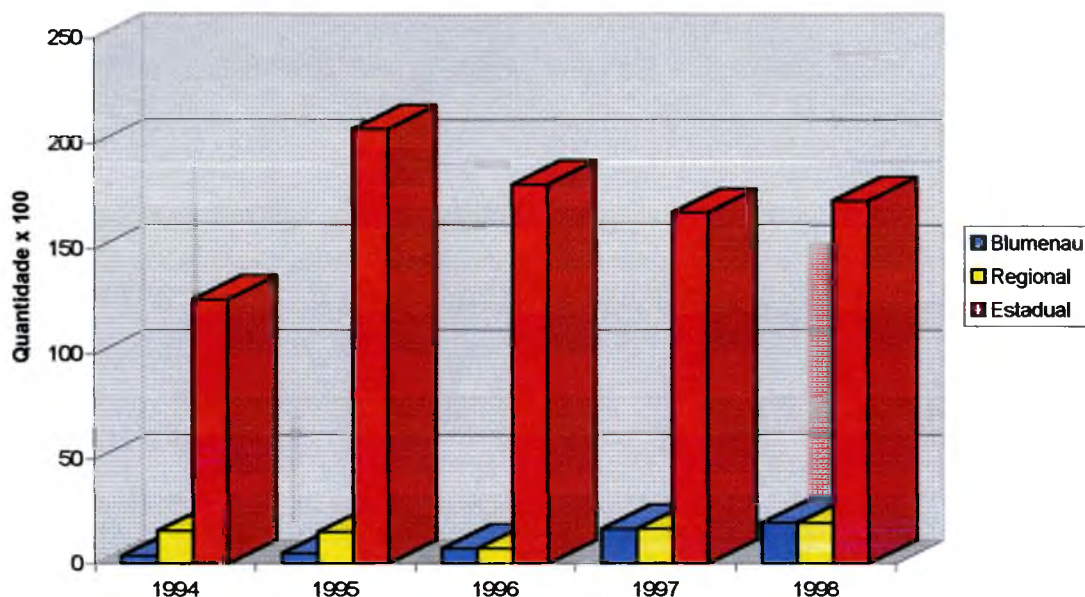
Fonte: S.LA/SUS

Figura 17 – Demonstrativo da produção de Patologia Clínica por prestador no Estado, 1994-1998

Outros exames especializados

Endoscopia

Os procedimentos de endoscopia vêm crescendo anualmente, acompanhando o crescimento estadual. Observa-se que o município é a referência para a microrregião, embora esta apresente produção maior em 1994. Destaca-se que, a partir de 1996, todo o serviço passou a ser realizado por Blumenau. Nesse ano, o município passa a pagar 50% da tabela Associação Médica Brasileira - AMB para realização do exame, apesar de o aparelho ter sido adquirido pela prefeitura.

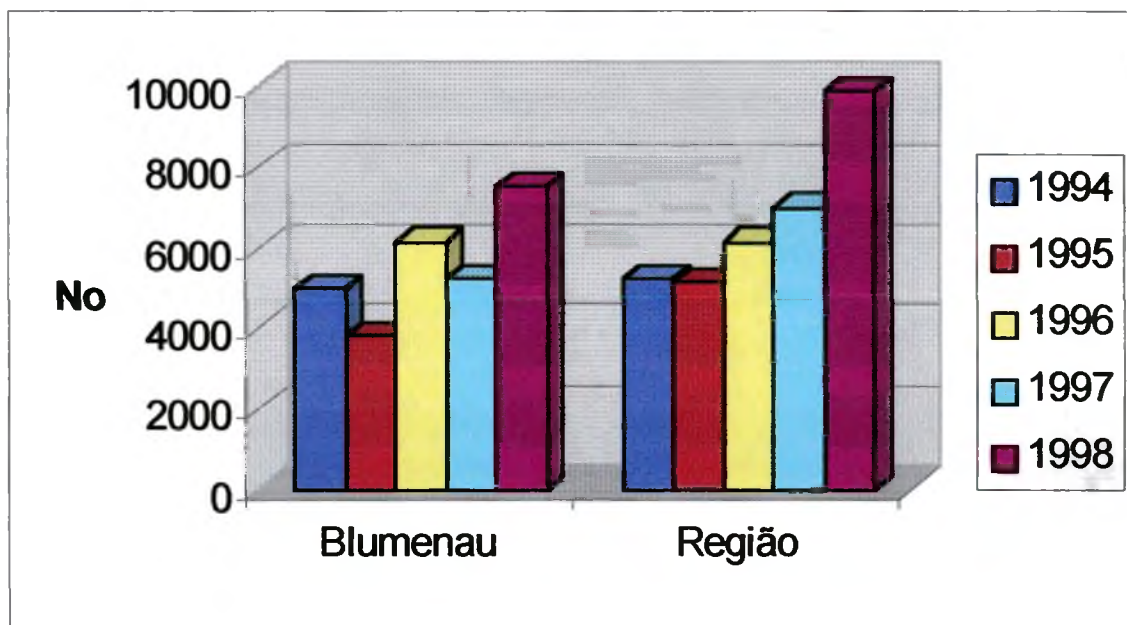


FONTE: S.I.A/SUS

Figura 18 - Demonstrativo da evolução da produção das endoscopias realizadas no município na microrregião e no Estado, 1994-1998

Citopatológico

Com relação aos procedimentos de citopatológicos ocorreu o inverso da endoscopia. Na endoscopia houve, no período estudado, um acréscimo de municípios da microrregião que passaram a realizar o exame em Blumenau. No exame de citopatologia houve um decréscimo, uma vez que os municípios circunvizinhos passam a oferecer este serviço. No Estado, houve um acréscimo da produção nesse tipo de exame em todo período, como pode ser verificado pela Figura 19.



Fonte: SIA/SUS

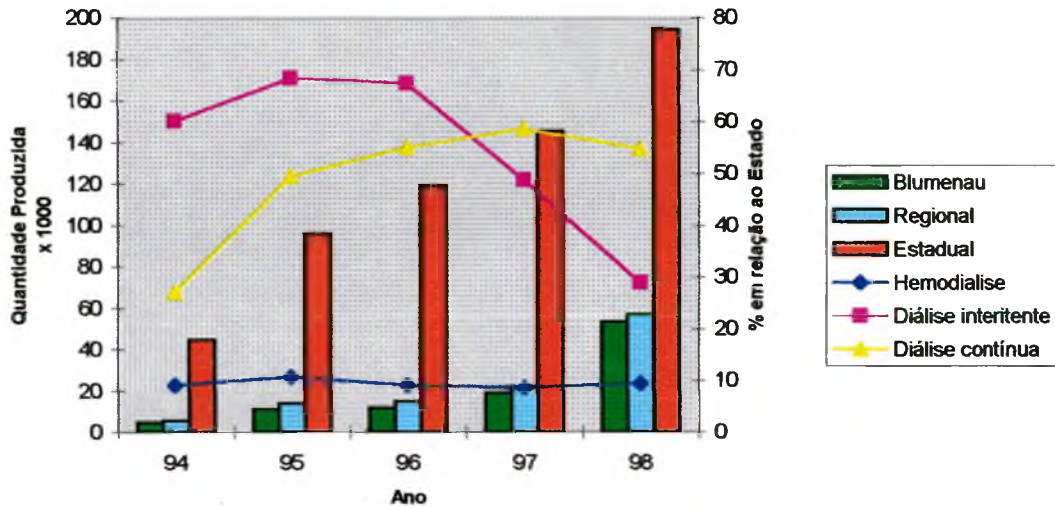
Figura 19 - Demonstrativo dos exames citopatológicos realizados em Blumenau e Microrregião, 1994-1998

4. 2.3 Procedimentos de alta complexidade

Hemodiálise e diálise

Na hemodiálise a produção estadual, cresce no período. Observa-se que a produção municipal e regional apresentava-se igual em 1994. A partir de 1995, a regional passa a crescer mais que a de Blumenau, mostrando que existe outro município que oferece o serviço (Brusque). A produção vêm-se mantendo durante a série estudada, como demonstrado pela Figura 20.

A diálise peritoneal intermitente e contínua, em 1994, possuía uma produção elevada. Em 1998 dá-se um decréscimo da ordem de 30%. Blumenau é um dos poucos municípios de Santa Catarina que realiza a diálise peritoneal contínua e intermitente - correspondendo a 50% da produção do Estado - apresentando aumento de produção e mantendo no período 1997 e 1998, praticamente os mesmos índices. O Estado, ao contrário, vem diminuindo sua produção anualmente.

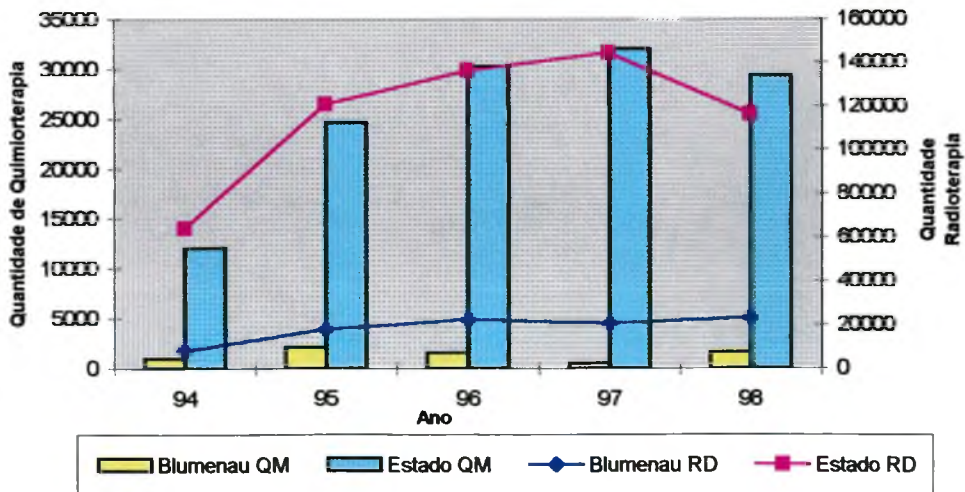


FONTE: S.I.A./SUS

Figura 20 - Demonstrativo da produção de hemodiálise e diálise em Blumenau e no Estado, 1994-1998

Radioterapia e quimioterapia

O serviço de radioterapia e quimioterapia que, na série histórica, vem crescendo anualmente, acompanha também os dados estaduais. Estas duas especialidades servem de referência microrregional pois Blumenau é o único município da região que possui tais serviços (Figura 21).

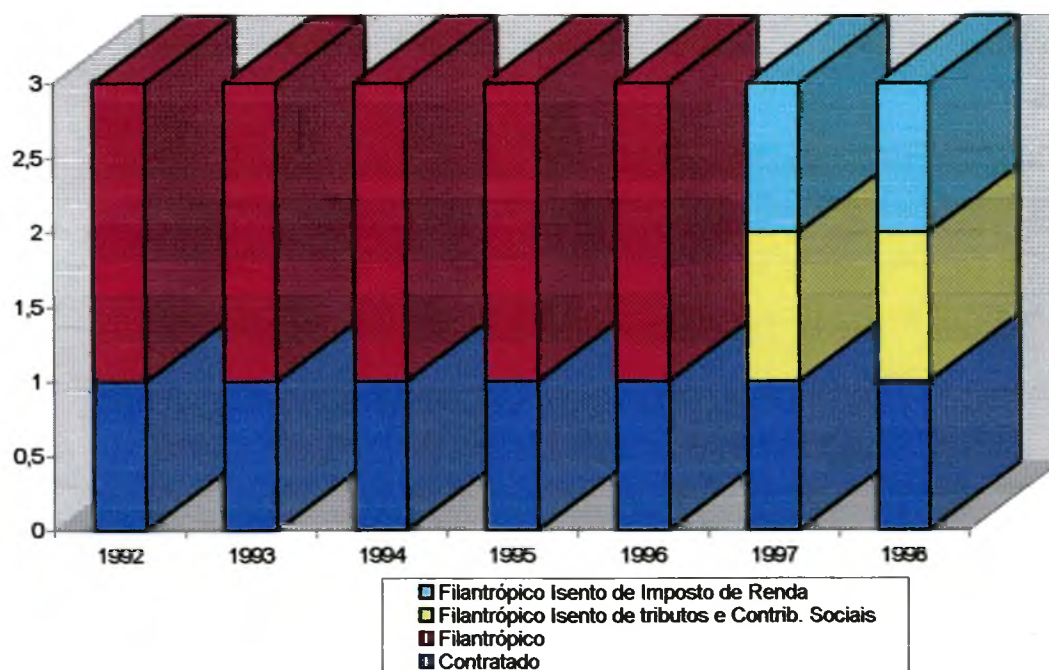


FONTE: S.I.A./SUS

Figura 21 - Demonstrativo da produção de radioterapia e quimioterapia em Blumenau e no Estado, 1994-1998

4.3 Características da estrutura da rede hospitalar

Do ponto de vista da natureza da rede hospitalar, o número de unidades mantém-se inalterado, como pode ser observado pela Figura 22. O que se altera é que, no período de 1991 a 1996, essas unidades eram cadastradas como contratadas e filantrópicas. A partir de 1997, os hospitais filantrópicos são recadastrados como: isentos de tributos e contribuições sociais; e filantrópicos isentos de imposto de renda e sem lucros líquidos. Não existe e nem foi criado hospital público no município, no entanto existe um projeto de criação em parceria com a Fundação Universidade da Região de Blumenau – FURB.



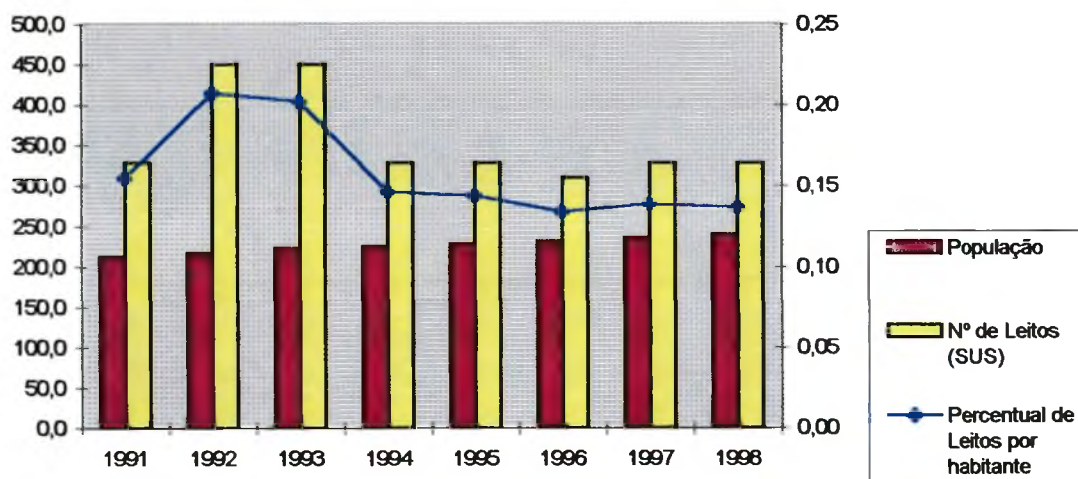
FONTE: S.I.H./SUS

Figura 22 - Distribuição da rede hospitalar, conforme natureza, Blumenau, 1992 - 1998

Quanto à estrutura hospitalar em 1991, haviam três unidades, com 328 leitos conveniados ao SUS garantindo uma relação de 0,16% leito por habitante.

Nos anos de 1994 e 1995 alcançam-se 450 leitos, sendo que, nos anos subsequentes, volta-se ao patamar anterior de 328 leitos, chegando-se, em 1996, a 310 leitos. Logo, porém, os leitos foram reativados, voltando-se ao patamar de 328 leitos. Hoje, esse dado obtido no S.I.H/SUS não é confirmado em nível local, existindo, em 1998, apenas 248 leitos cadastrados no SUS, este fato decorre da pouca atualização dos cadastros das unidades junto aos sistemas de informação.

Do total de leitos oferecido, 75,8% são vinculados ao SUS caracterizando, assim, uma diminuição dos leitos vinculados ao sistema público (Figura 23).



FONTE: S.I.H/SUS

Figura 23 – Percentual de leitos por habitante no município de Blumenau no período de 1991 a 1998

4.4 Produção de serviços hospitalares

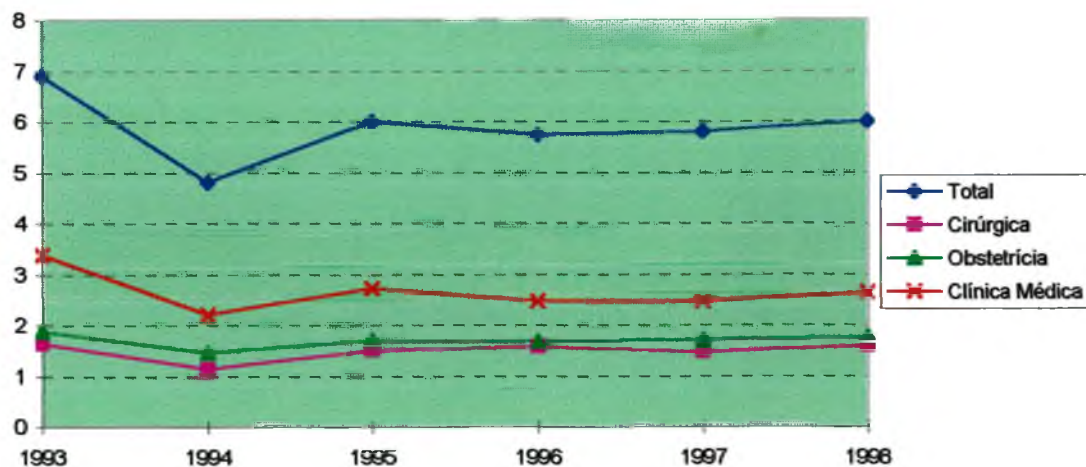
No que se refere às internações por especialidade, observa-se que, de 1993 a 1998, houve um decréscimo do número de internações ocorridas. Em 1993, haviam 15.000 internações/ano, os dados mostram diminuição nos anos subsequentes, chegando a 10.000 internações em 1994, aumentando

posteriormente, para, no ano de 1998, retornar a patamares próximos a 14.500 internações/ano.

A diminuição coincide com a redução de AIH – Autorização de Internação Hospitalar realizada pelo Ministério da Saúde no início de 1995, passando o parâmetro das coberturas por internações hospitalares de 10% da população para 9%. Sofre-se novamente, em 1998, alteração desse parâmetro, passando para 8,5%. Em Santa Catarina, os municípios que estavam na gestão simplificada mantiveram o teto financeiro. Com isso o município perde as AIH físicas (o papel de autorização), mas fica com o recurso financeiro, em decorrência da política de descentralização.

Nos dois anos em que houve diminuição do número de AIH (1995, 1998) percebe-se diminuição das internações no Estado, mas na microrregião de Blumenau e no próprio município não houve esse fenômeno, pelo contrário apesar de o número de AIH ter diminuído, ocorreu aumento do número de internações.

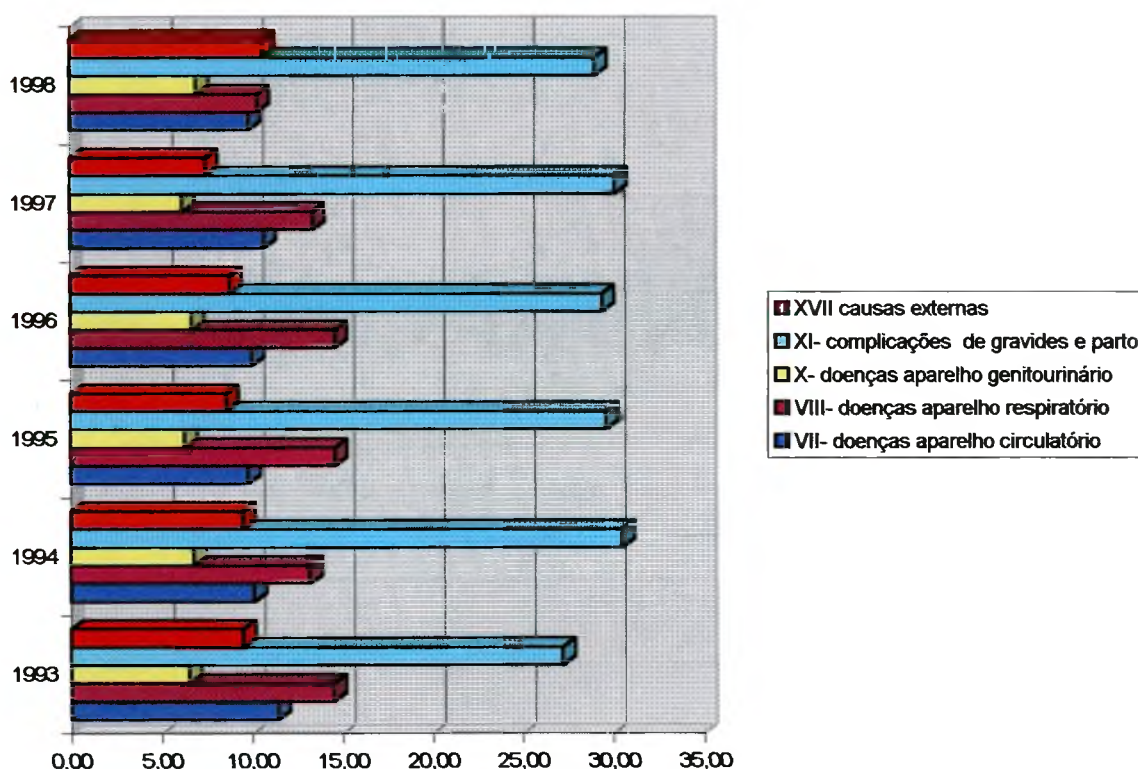
Em 1993, 7% da população era internada, notando-se uma diminuição para 4,8% em 1994, passando para 6% em 1995 e mantendo-se neste patamar até 1998 (Figura 24).



FONTE: S.L.H./SUS

Figura 24 – Percentual das internações por especialidades em relação à população de Blumenau, 1993 - 1998

Das internações realizadas anualmente no município, 20% relacionam-se com gravidez e parto, sendo as demais causas relacionadas a doenças do aparelho respiratório, circulatório, digestivo e causas externas. Se compararmos com o número total de AIH, houve diminuição de 1.782 internações de 1993 a 1997, mas os grupos das maiores internações mantiveram-se neste período, conforme Figura 25.

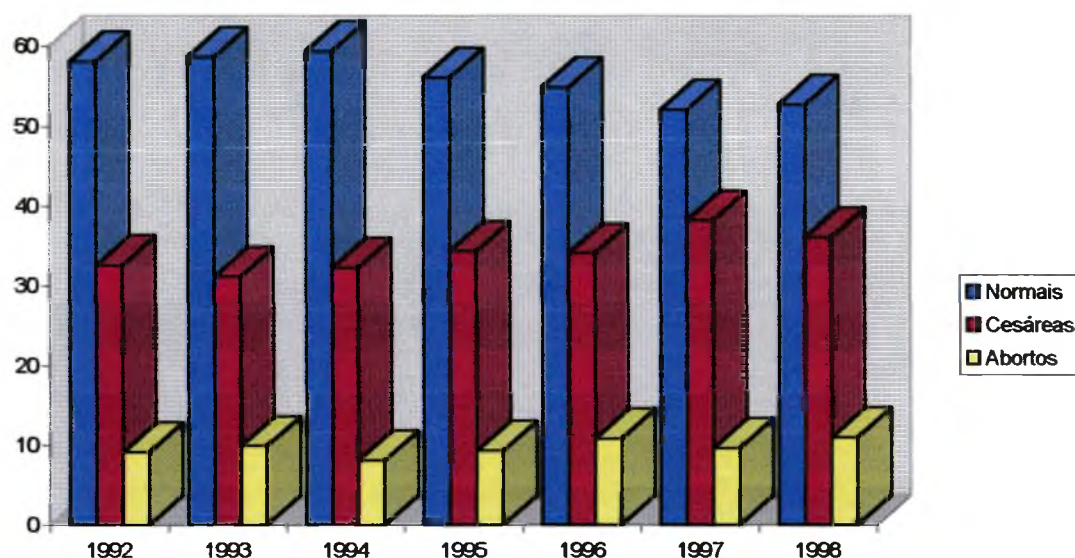


FONTE: S.L.H./SUS

Figura 25- Principais causas de internação conforme lista básica do CID-9 Blumenau, 1993 - 1998

O número de partos normais e cesáreas vem mantendo-se nos mesmos patamares, com um pequeno decréscimo no número de parto normal, que no ano de 1992, representava 58,2 % dos procedimentos e em 1998, corresponde a 52,7%. Isso pode ter ocorrido por maior valorização da Tabela SIH/SUS do procedimento cirúrgico. O percentual de abortos permanece inalterado. O mesmo

fenômeno ocorre com os dados do Estado, que apresentava 55% de partos normais Figura 26.



FONTE: S.LH./SUS

Figura 26– Percentual de partos normais, cesáreas e abortos Blumenau, 1992 – 1998

4.5 Análise da integralidade

Programa de imunização

O Programa Nacional de Imunização - PNI tem como objetivo atingir 100% de extensão de cobertura vacinal. Os parâmetros de cobertura mínimos aceitáveis pelo Ministério da Saúde para que se interrompa a transmissão comunitária das doenças preveníveis por vacinação são os seguintes: Sarampo - 95%, Tríplice/DPT - 85%, Sabin - 90% e BCG - 90% (Brasil, 1989).

Verifica-se aumento da cobertura vacinal, na maioria dos anos estudados, onde observa-se também que as coberturas acompanham as do Estado, ou lhe são superiores (Quadro 20).

Quadro 20 - Cobertura vacinal em crianças menores de um ano em Blumenau, 1987 - 1998

Vacina Ano	Sarampo	BCG	Tríplice - DPT	Sabin
	Única	Única	3. ^a dose	3. ^a dose
	Blu. SC	Blu	Blu	Blu
1987	73,3	94,0	69,8	69,8
1988	77,0	122,0	79,9	78,1
1989	71,1	91,0	58,8	58,9
1990	79,6	89,1	66,3	67,0
1991	93,4	115,0	98,8	101,1
1992	77,5	95,2	81,7	82,6
1993	86,2	97,9	84,1	84,3
1994	93,3	124,9	99,9	99,7
1995	105,3	124,1	110,9	110,7
1996	106,9	119,6	91,91	99,59
1997	110,2	106,3	79,5	89,9
1998	112,3	113,0	81,9	98,3

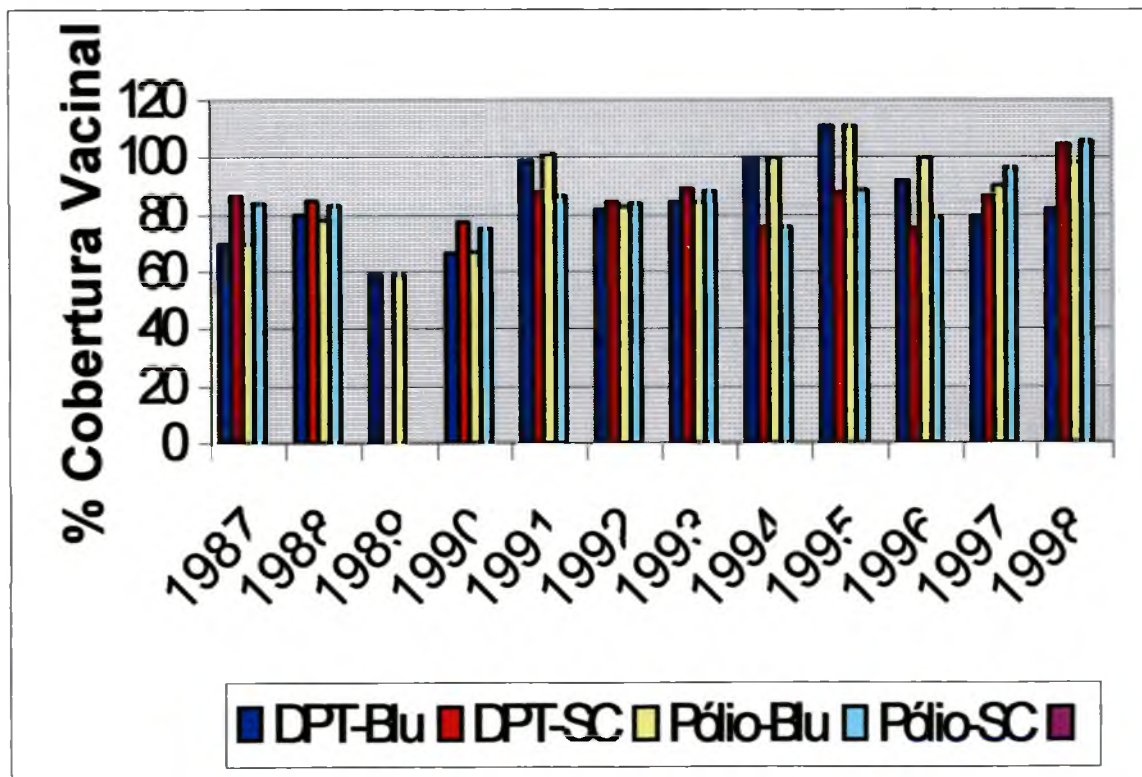
FONTE: PNI

A Figura 27 faz a comparação das vacinas DPT e Sabin, (anti-polio) e na Figura 28 estão descritas as coberturas da vacina anti-sarampo e BCG, ambas relacionadas com as coberturas estaduais. Observa-se que, a partir de 1990, o município passa a atingir coberturas próximas as mínimas preconizadas pelo MS. A vacina DPT só alcança as coberturas preconizadas a partir de 1994 e apresenta oscilações nos anos posteriores, devido a falta de imunobiológico ocorrido nos anos de 1996 e 1997, e sua cobertura em 1998 sofre influência da implantação vacina TETRA (haemophilus do tipo B).

Destaca-se que algumas coberturas atingem patamares maiores que 100%. Por esta razão, levantaram-se possíveis explicações para o fato: a primeira hipótese está relacionada aos problemas existentes com o denominador, pois, na década de 80, era utilizado o número de população estimada definida pela SES e somente a partir de 1997, passou a ser adotada o número da população oficial do IBGE. Devido a isso, a meta e o número de nascidos vivos são discrepantes. a segunda poderia ser o atendimento a crianças de municípios vizinhos, computados como cobertura do município. a terceira possibilidade é de estarem sendo agregados os dados referentes à vacinação de rotina aos dados obtidos em campanha de vacinação. Estas hipóteses quando das entrevistas com técnicos do setor de imunização do

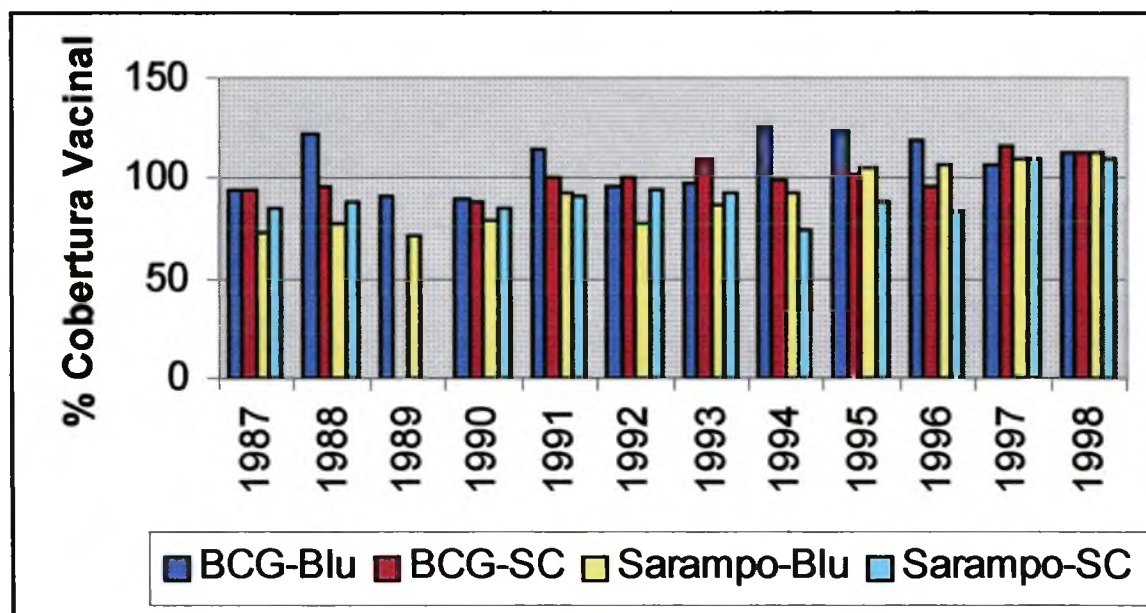
município e do estado, as duas primeiras foram confirmadas e a terceira foi descartada.

Podemos observar pela Figura 27 que em 1998, com a implantação da vacina TETRA (haemophilus, do tipo B,) a cobertura da tríplice diminui (81%), porém quando somada com a cobertura da TETRA (20%). com a da tríplice, atingem-se os patamares dos anos anteriores. A cobertura foi feita separadamente devido a exigência da Secretaria Estadual de Saúde. Mesmo considerando que o município possui autonomia técnica para implantar uma nova vacina, como foi o caso de Blumenau e de Florianópolis, que em 1998 implantaram a vacina contra as doenças causadas pelo haemophilus do tipo B. Os Municípios foram obrigados a seguir as determinações estaduais quanto à alimentação do banco de dados. Devido a esse fato, o serviço de imunização do estado publicou uma portaria normatizando a implantação de novas vacinas.



FONTE: PNI

Figura 27 – Cobertura da vacina antipólio e DPT, em Blumenau e no Estado, 1987 - 1998



FONTE: PNI

Figura 28 – Cobertura da vacina anti-sarampo e BCG em Blumenau e no Estado, 1987- 1998

Com relação à hipótese do denominador utilizado para o cálculo da meta das crianças a serem vacinadas, fez-se uma comparação com o levantamento referente à população menor de um ano, oficial do IBGE do número de nascidos vivos obtidos no SINASC do próprio município e à meta estimada pela Secretaria de Estado da Saúde. Observa-se que quando a Secretaria Estadual de Saúde utilizava, para a definição da meta a população estimada, os dados ficavam maiores que a população oficial e menores que o número de nascidos vivos registrados no município, o que leva a considerar que, realmente, a meta esteja subestimada em consequência, e o município a ter coberturas maiores, atingindo índices superiores a 100% (Quadro 21).

Quadro 21- Denominadores populacionais utilizados para estimar a cobertura vacinal

Ano	População < 1 ano	Nascidos vivos	Meta
1994	4.495	4.715	4.507
1995	4.559	4.812	4.507
1996	3.940	4.606	4.623
1997	4.700	4.702	4.022
1998	4.092	4.610	4.092

Fonte: SINAN/IBGE/PNI

O serviço de imunização da Secretaria de Saúde de Blumenau é composto por 17 Unidades de Saúde, das quais onze estão instaladas em Unidades Avançadas de Saúde, cinco em ambulatórios gerais e uma no centro de saúde, que, historicamente, foi o primeiro posto de vacinação do município.

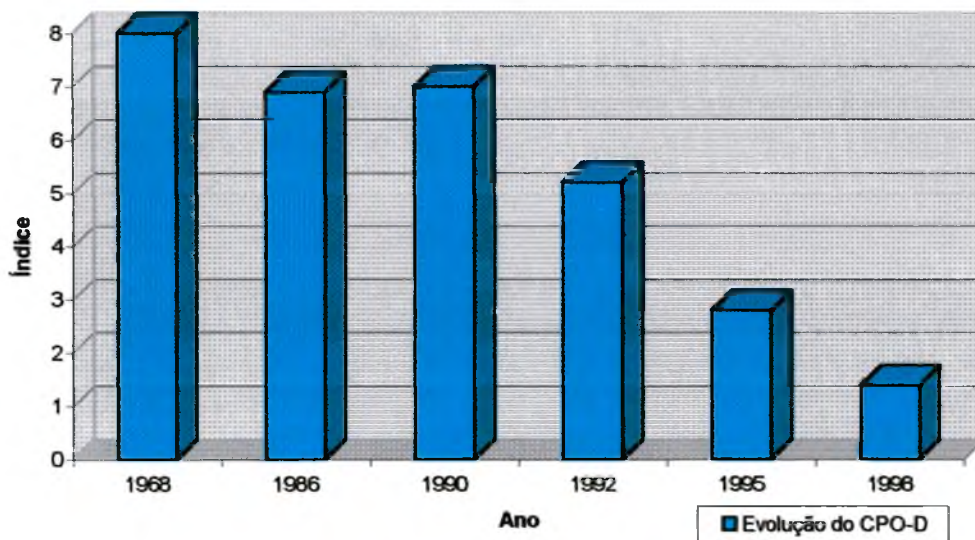
Os dados de cobertura vacinal, foram cotejados os dados das doenças ou agravos de notificação compulsória.

Analisando a incidência de doenças preveníveis por vacinação no Estado, constatou-se, no período analisado, a inexistência de casos confirmados de difteria e coqueluche em Blumenau. Houve apenas um caso de sarampo, na faixa etária de 1-4 anos, em 1997, quanto o Estado teve 36 casos confirmados no mesmo ano.

Programa de saúde bucal

O índice de CPO-D corresponde ao número de dente permanente, cariado, perdido e obturado por criança. Conforme levantamento realizado em 1998, o índice CPO-D, aos 12 anos de idade, é de 1,39, quando o recomendado pela Organização Mundial da Saúde - OMS é de até 3. Esse índice vem decrescendo na década de 90, o que se deve ao surgimento do flúor nos cremes dentais brasileiros, ao acesso a água fluoretada e ao desenvolvimento de atividades no sentido de redução da cárie dentária (Blumenau, 1997).

Neste último levantamento epidemiológico de cárie, doença periodontal e fluorose, foi realizado por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, sendo pesquisadas crianças de 6 a 12 anos das escolas públicas e privadas, segundo a metodologia da OMS, com coordenação de pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina. A evolução deste índice é apresentada na Figura 29.



FONTE: SEMUS

Figura 29 - Evolução do índice CPO-D em Blumenau, 1968 - 1998

Os quadros abaixo apresentam os procedimentos de odontologia e os procedimentos coletivos em odontologia, em relação ao total de procedimentos ambulatoriais, e sua cobertura na população escolar (6 a 12 anos).

Os dados encontrados no sistema de informação ambulatorial referentes ao ano de 1998, apresentaram um crescimento muito elevado, comparado aos anos anteriores da série, após averiguações com o serviço a nível municipal, detectou-se um erro na forma de registro referente aos procedimentos coletivos, tornou-se necessário fazer uma projeção para este ano. Como a média de procedimentos coletivos por criança em idade escolar é de 2 a 4 procedimentos por criança, dividiu-se o número de procedimentos coletivos (1.244.902) por dois e acrescentou-se um crescimento de 10% (684.696). Diminui-se nesta mesma

proporção os procedimentos de AVEIANM, pois os procedimentos coletivos estão classificados neste grupo de procedimentos.

Em 1994, foram realizados 94.639 procedimentos odontológicos individuais, o que correspondia a 14,5% do total da produção ambulatorial. Esse número de procedimentos triplicou em 1998, passando para 274.328 procedimentos individuais, que representam 11,6 % (Quadro 22).

Quadro 22 - Total de procedimentos de odontologia, em relação ao total de procedimentos ambulatorial de Blumenau 1994-1998

Procedimentos	1994	1995	1996	1997	1998
Individuais	94.639	190.408	287.323	282.073	274.328
Total produção ambulatorial	649.106	1.650.475	1.779.910	1.860.122	2.357.649
% em relação total procedimentos	14,5	11,5	16,1	15,2	11,6

Fonte: S.I.A/SUS

Os procedimentos coletivos crescem ainda mais, nesse período, havendo um maior aumento em 1998, com 684.696 procedimentos. Relacionando-se os estes procedimentos com a população escolar de 6 a 12 anos, constatou-se que a cobertura passa de 3%, em 1994, para 16,2%, em 1998 como mostra a figura (Figura 30). Para realizar esse cálculo, foi adotado como parâmetro o percentual de 17,5% da população geral usado no serviço de odontologia da Secretaria de Estado da Saúde descrito no Quadro número 23 (Santa Catarina, 1993).

Quadro 23 - Total de procedimentos coletivos em odontologia, em relação à população coberta, em Blumenau, 1994 - 1998

Ano	População Geral	17,5 % da população geral	% população escolar coberta	Procedimentos individuais	Procedimentos coletivos
1994	224.652	39.314	3,05	94.639	120.077
1995	227.892	39.881	7,5	190.408	299.323
1996	231.401	40.495	8,9	287.323	363.934
1997	236.230	41.340	9,6	282.073	399.668
1998	240.302	42.052	16,2	274.328	684.696

Fonte: S.I.A/SUS

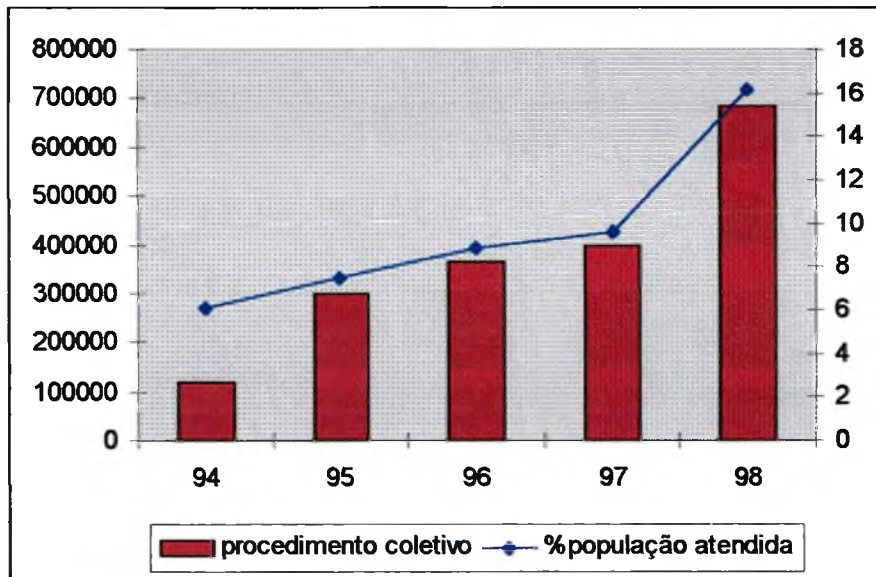


Figura 30 - Percentual dos procedimentos coletivos em odontologia em relação a população de 0 a 12 anos de Blumenau, 1994 – 1998

O Serviço de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde caracteriza-se por ações de natureza formadora educacional e preventiva e de atendimento à população em geral. O Projeto Sorriso, implantado em 1992, amparado pela Lei municipal nº. 3979, de 19 de dezembro de 1991, tornou obrigatória, em Blumenau, a escovação dental supervisionada nos escolares de Blumenau de 1ª a 4ª séries. As ações se desenvolviam principalmente em Escolas Básicas Municipais - EBM e Unidades Pré-Escolares - UPE. Na 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.

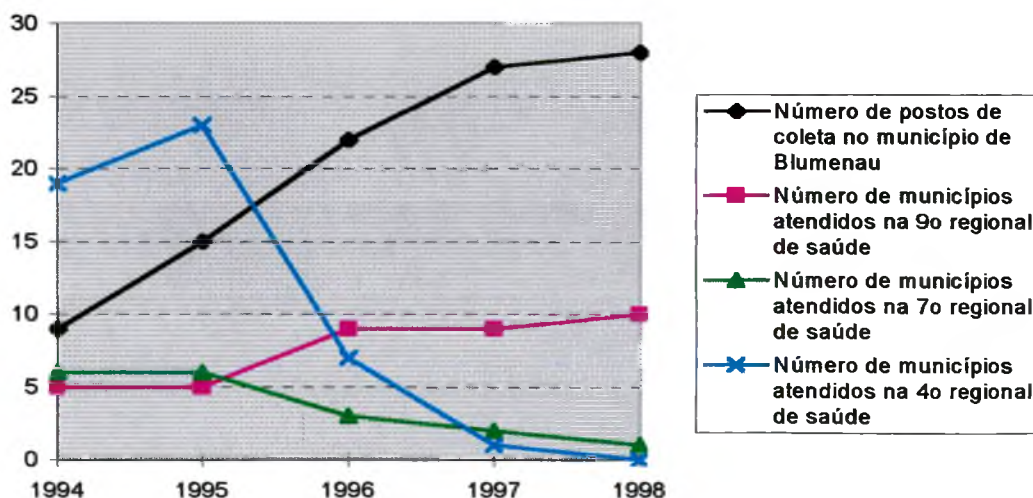
A partir de 1994, as atividades de escovação supervisionada e de bochechos fluoretados desenvolviam-se em 46 unidades escolares, sendo 30 estaduais e três particulares.

O município possui um Laboratório de Flúor, com a capacidade atual de 110 litros/dia de solução para bochecho a 0,05%. A distribuição é realizada no próprio laboratório e na Farmácia Básica localizada no Ambulatório Regional de Especialidades - ARE.

Programa do preventivo de câncer

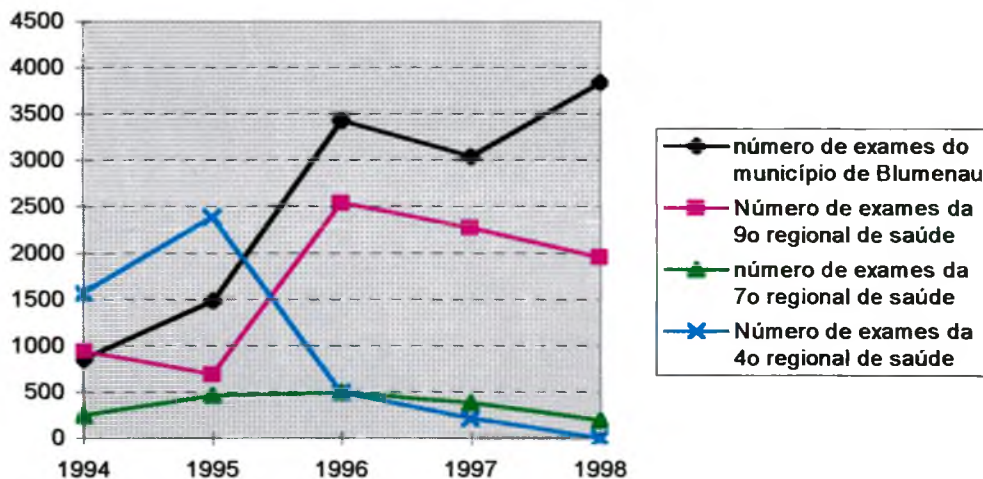
O Preventivo de Câncer pertence ao grupo 12 de programação do S.I.A/SUS denominado outros exames especializados. Foi feito o levantamento dos exames, considerando-se ano e tipo de prestador, através do S.I.A/SUS e do livro de registro do serviço, por leitura de lâmina e por citotécnico responsável.

A procedência e a quantidade dos exames teve grande alteração no período. O laboratório público municipal analisou em 1994 lâminas para 19 municípios e, em 1995, para 23 municípios da Regional de Saúde de Rio do Sul (4º Regional), e para seis municípios da Regional de Saúde de Itajaí (7º Regional) como mostram as Figuras 31 e 32. Destaca-se que o laboratório atendia, em 1994 e 1995, apenas cinco municípios da sua microrregião, passando a atender, em 1998, dez municípios além de Blumenau.



FONTE: SEMUS

Figura 31 – Evolução dos postos de coleta de Blumenau e municípios atendidos no Laboratório Público de Blumenau, 1994-1998



FONTE: SEMUS

Figura 32 – Evolução do número de exames de preventivo de câncer lidos no Laboratório Público de Blumenau, 1994-1998

Observa-se que houve, em Blumenau, melhoria no acesso das mulheres ao preventivo de câncer, pois, no ano de 1994, havia apenas nove postos de coleta, que realizavam 852 exames, atingindo-se, em 1998, 28 postos, com 3.842 exames (Quadro 24).

Quadro 24 - Número de exames realizados por local de procedência no Laboratório Público de Blumenau, 1994 a 1998

Ano	Número de exames do município de Blumenau	Número de exames do município da 9ª regional de saúde	Número de exames do município da 7ª regional de saúde	Número de exames do município da 4ª regional de saúde	Total de exames
1994	852	942	243	1.571	3.608
1995	1.483	685	457	2.391	5.016
1996	3.432	2.541	490	490	6.953
1997	3.035	2.270	377	211	5.893
1998	3.842	1.956	185	0	5.983
Total geral	12.644	8.394	1.752	4.663	27.453

FONTE: LABORATORIO CITOPATOLOGICO/S.I.A./SUS

A situação da população feminina em idade fértil coberta pelo sistema altera-se favoravelmente no período, com a realização e leitura de exames feitos nos próprios municípios. No ano de 1998, apenas Luiz Alves, pertencente à Regional de Saúde de Itajaí (7ª Regional), continuou fazendo leituras de exames em Blumenau.

Quando se compararam os números contidos nos livros com o relatório de serviço, que faz um condensado mensal por classe e idade da paciente, e as informações contidas no S.I.A/SUS, observa-se uma discrepância entre as três fontes, como pode ser verificado pelo Quadro 25.

Quadro 25 - Produção total de exames da microrregião do Laboratório Público de Blumenau, 1994- 1998

Ano	Levantamento livro de registro	Levantamento resumo mensal	Dados S.I.A/SUS
1994	3.608	8.726	4.979
1995	5.016	7.581	3.833
1996	6.953	6.759	5.468
1997	5.893	7.612	4.530
1998	6.005	6.951	5.892
TOTAL	27.480	37.629	16.719

Fonte: Laboratório Citopatológico/ S.I.A/SUS

A diferença, no período analisado, foi em torno de 10.000 exames, e isso representa um erro de registro na ordem de 30%. Em termos de recursos financeiros, representa uma perda de R\$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais), pois cada leitura recebe R\$ 3,50 (três reais e cinquenta centavos) de remuneração. Por outro lado, os dados dos exames realizados por outros prestadores, com contrato de pagamento diferenciado da tabela do SUS, não eram registrados no sistema como produção, o que leva a inferir que, desde 1996, estes prestadores vêm realizando uma média de 600 exames/mês, ou seja, deixaram de ser registrados mais de 21.000 exames nestes últimos três anos.

Pelos prestadores credenciados, foram realizados 3.005 exames registrados no sistema S.I.A/SUS, porém, segundo registros próprios dos prestadores, no período, foram da ordem de 25.701, ou seja, apenas 11,6% dos

exames realizados foram registrados e pagos pelo SUS, sendo os demais arcados pela própria instituição.

Com relação ao total de exames realizados pelo laboratório público, houve um pequeno acréscimo, que pode ser justificado pelo fato de que o quadro de pessoal permanece inalterado, e existe uma limitação técnica, pois cada profissional pode ler um limite de lâminas.

Para conhecimento do total da população feminina coberta pelo serviço do laboratório público municipal, levantou-se sua produção oficial, sendo a análise efetuada através da cobertura de três parâmetros existentes: população feminina de 10-49 anos, população feminina de 20-49 anos e um parâmetro utilizado pelo serviço em nível de Secretaria de Estado da Saúde, que é de 16,73% sobre a população total do município. (Santa Catarina, 1993). Nos três parâmetros, a cobertura atingida é baixa, mas, mesmo assim, há aumento do percentual no período estudado. Com relação à cobertura da população total, observa-se que, em 1994, 2,27% da população tinha acesso aos serviços, e, em 1998, esse percentual passa para 9,56%. Provavelmente, a taxa maior se deve ao aumento do número e à descentralização para os bairros dos postos de coleta do município, o que proporcionou uma maior cobertura. Também pela mudança de propósito adotado pelo laboratório hoje atendendo quase que exclusivamente o município de Blumenau e os municípios de sua microrregião.

Quadro 26 - População feminina do município de Blumenau coberta pelo Laboratório Público Municipal, 1994 - 1998

Ano	População feminina 10-49anos	% de cobertura	População feminina 20-49anos	% de cobertura	População Total (16,73%)	% de cobertura
1994	65.388	1,3	54.819	1,55	37.584	2,27
1995	77.582	1,9	55.606	2,67	38.126	3,89
1996	69.271	4,95	58.039	5,91	38.713	8,86
1997	*	*	*	*	39.521	7,68
1998	71.936	5,34	60.207	6,38	40.202	9,56

Fonte: IBGE/S.I.A./SUS

* IBGE não dispõe de dados desse ano por faixa etária

Programa de saúde da família

Com relação à implantação das equipes de Programa de Saúde da Família, registra-se sua implantação em 1994, através de duas equipes, com uma cobertura populacional de 4%. Foram elas implantadas após a instalação da gestão semiplena. Já em 1995 o município implantou mais 19 equipes, apesar de não receber recursos de investimentos previstos. A cobertura populacional do programa fica em torno de 30%. Em 1998, o número de equipes permanece inalterado, apesar de existir projeto de ampliação. Foram atribuídos pelos atores como principais condicionantes para a não-expansão da rede, a falta de recursos financeiros e a insuficiência de recursos humanos com perfil para o programa.

Na fala dos atores, este programa aparece como uma proposta de inovação, sendo apontado como uma estratégia que possibilita a implantação do princípio da integralidade, e de melhorar o acesso aos serviços básicos de saúde. A análise mais profunda do programa de saúde da família foi detalhada no capítulo 5.

**DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS
DADOS QUALITATIVOS**

5 A PERSPECTIVA DOS ATORES: DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS QUALITATIVOS

5.1 O contexto de ingresso nas novas modalidades de gestão

O processo de ingresso de Blumenau na gestão semiplena parece ter sido resultado da intenção positiva de um gestor atuante, com trânsito em instâncias setoriais, para a formulação da política de saúde (Ministério da Saúde, Comissão Tripartite, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS), de uma conjuntura nacional favorável, da ausência de barreiras em nível local, e do interesse por recursos financeiros para assumir esta modalidade de gestão, conforme as falas abaixo:

Foi uma atitude do Secretário Municipal de Saúde, procurar uma melhor forma: que o município viesse a ter um recurso mais imediato, já que recebia anteriormente por intermediários e demorava mais para chegar. Além de, nessa época, a inflação ser alta, o que fazia com que todos acabassem perdendo, a Secretaria Municipal e os prestadores de serviços (RPS1).

Com a implantação da NOB/SUS 01/93, decidimos entrar para a gestão semiplena. Fizemos alguns cálculos de previsão de gastos. Na época se recebia em média, 50 dólares federais e se investia 16% do orçamento municipal. Ficariam mais ou menos 75 dólares, habitante/ano, sem contar com o governo do Estado. Existia um ditado no meio político afirmando que se nós retermos os recursos financeiros no município, 1 real investido no município equivale a 5 reais do Estado e a 10 reais do Federal (RGM1).

Fica clara a importância que teve o Secretário da época em insistir com o ingresso nessa modalidade. Esse ator considera que pode ter personalizado o fato, mas todo o processo passou pelo colegiado e pelo Conselho, (...) *cada vez que vinha de Brasília, chegava eufórico, cheio de novidades; eu tive o privilégio da fonte, mas o conselho foi importante na decisão (RGM1).*

O gestor atual relata que o Secretário da época sabia que o CONASEMS *tinha interesse que a experiência da semiplena desse certo, e que teriam todo o*

apoio caso assumissem a gestão, mas considera ter sido um ato de coragem do secretário (RGM2).

Coincidiu que o SMS era o representante no CONASEMS através da articulação do Sul. Rapidamente ele sentiu esse movimento e a vantagem de nesse momento entrar na semiplena (RTE10, RTE3, RUS1).

O CMS teve participação na aprovação da documentação, dando apoio ao secretário municipal para que essa modalidade fosse aceita pelo Prefeito, outras secretarias e Câmara de Vereadores (RUS1, RTE5).

A possibilidade de um maior aporte de recursos aparece como um fator determinante.

Embora, para todos os atores, não tenha havido bloqueio à proposta no município, notam-se mudanças nas relações de poder que começam a se delinear, com certo conflito com outras esferas, tais como, Câmara de Vereadores, Secretaria Estadual de Saúde e prestadores de serviço:

(...) considero um erro não ter apresentado também para a Câmara de Vereadores, o que depois gerou alguns conflitos, pois eles achavam que a saúde era uma Prefeitura dentro da Prefeitura, devido ao volume de recursos a serem gerenciados (RGM1).

Foi encaminhada toda a documentação direto ao Ministério da Saúde, na época a Secretaria de Estado da Saúde não gostou muito da atitude (RTE3).

Como a Secretaria da Saúde é o maior orçamento da Prefeitura, via de regra - a educação tem garantidos 25% do orçamento municipal, mas a saúde tem um volume de recursos razoáveis, pois sua equipe é qualificada(50% de nível superior, padrão de renda e exigência mais elevados) - é um setor mais avançado em termos tecnológicos (medicina nuclear) e compra desde itens simples até os mais sofisticados, movimentando o maior número de itens de almoxarifado. Porém a semiplena trouxe um novo tipo de corrupção de fornecedores, distribuidoras e dentais. Tivemos problemas relacionados com as compras e com o prestador de serviço de quimioterapia, que cobrava duplamente do sistema. (RTE7, RGM1).

O processo não foi, como seria previsível, algo vindo da ponta dos serviços. A descentralização surge como um fato institucional, da esfera política administrativa. Foi uma intervenção política, forçando até a criação e

legitimação do Conselho Municipal de Saúde e das Conferências Municipais de Saúde, que passaram a ter realizações sistemáticas, institucionalizando a participação social.

A decisão de ingresso na gestão semiplena passou pelo Conselho Municipal de Saúde, (...) chegou como um "prato feito". O Conselho deu todo o apoio e também as entidades populares do município (RUS1, RUS3, RGM1).

(...) foi discutido com a rede, em cima da gestão semiplena, na conferência de saúde da época (RTE5).

Os funcionários e a população em geral, quando souberam já estávamos na semiplena, teve propaganda e tal. Foi criado o Conselho Municipal de Saúde, para dar a condição legal. Foi feita a primeira conferência, tudo com o objetivo de se legalizar para entrar na gestão (RTE10).

O secretário era muito centralizador, tanto é que ele era o presidente do Conselho e atuou de forma extremamente autocrática. Trazia as notícias do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, e "é assim que tem que ser e pronto". Não havia muita discussão, e não havia um embate político maior. (...) teve aprovação no conselho os requisitos, a elaboração do PMS, ele mobilizou os funcionários e a assessoria externa, para fazer cumprir as questões legais, mas, realmente, foi bem sentido o impacto que teve Blumenau ter entrado na gestão semiplena (RTE10, RPS1, RUS1).

Os profissionais de saúde relatam que os serviços não participaram da escolha de entrar na gestão semiplena,

(...) mas que sentiram as mudanças, com a elaboração dos Planos de Saúde, (93/94) grande reforma administrativa e aprovação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários para a saúde, a contratação por concurso público, o crescimento grande da Secretaria Municipal de Saúde e do setor de contas, do Fundo Municipal de Saúde, do Setor de Contabilidade (RTE3).

Questiona-se o sentido democrático do processo de implantação, mas há unanimidade quanto aos seus benefícios.

Notável diferença na mudança de autonomia e de recursos, pois se conseguiu, naquela época, uma série de construções de unidades avançadas de saúde. Maior capacidade da rede no período 94 e 95. (RTE 3, RTE 7, RTE 5, RTE 10, RTE 6).

Quanto ao reenquadramento do município gestão plena do sistema municipal há divisão de opiniões quanto ao fato de ter sido mais “democrática”, foi mais discutido, tanto no conselho, como nas unidades prestadoras de serviços, na Câmara e, até, junto à comunidade

(..) mas a mudança de semiplena para plena do sistema passou pelas chefias, mas ainda restrito, não como deveria. Deu-se através de um conhecimento mais claro do Secretário e do presidente do Conselho e as pessoas mais próximas do secretário, isto é, mais as pessoas do nível central (RTE2).

(...) o boletim com as vantagens e desvantagens da gestão, chega nas unidades, mas não consegue ser um veículo suficiente para que a informação chegue ao nível local. A discussão ficou ligada ao teto financeiro - quanto viria de dinheiro - e ficou na mudança de modelo. Continua-se discutindo o teto, inclusive dentro do Conselho Municipal de Saúde (RTE10, RTE2).

Novamente a questão dos recursos domina a cena:

Foi discutido na imprensa, onde o Conselho participou das discussões, principalmente em cima do teto financeiro, até fizeram manifestação, greve de fome, para não perder o teto e conseguir cadastrar a cirurgia cardíaca (RTE2, RUS2).

Internamente, na Secretaria Municipal de Saúde, discutiram-se bastante as vantagens e desvantagens no Conselho, nós consideramos que iríamos ter maior autonomia, pois era o caminho natural, é que a gente poderia perder, se não fôssemos. Nós tínhamos noções de que, com a mudança, não ganharíamos muito, mas que perderíamos mais, se não fôssemos. A questão do teto veio depois, quando a gente tinha definido. Sabíamos que iríamos perder. Então começamos a ameaçar não entrar, na tentativa de garantir o teto existente, e foi essa mobilização que gerou a discussão (RTEC10).

O ingresso na plena também teve espaço de discussão na III Conferência de Saúde, onde a discussão foi em torno dos recursos financeiros e dos compromissos assumidos. Houve também mobilização para acompanhar a discussão na Comissão Intergestores Bipartite e na Secretaria Estadual de Saúde. Para manter o teto, ainda temos problemas, pois o Conselho é um mero homologador (RUS3, RUS1).

5.2 Sobre a questão da autonomia e suas contradições

Todos os atores apontaram a autonomia técnica e financeira como motivo para a permanência na gestão plena, e a não-permanência como um retrocesso de repercussões indescritíveis, em termos políticos principalmente por se tratar de um governo de esquerda:

O primeiro motivo foi financeiro, a questão de gerenciar um teto maior (RGM1, RGM2).

Busca de autonomia para deliberar a política de saúde do município, ou seja, maior autonomia técnica e financeira (RTE1, RTE2).

Optei em manter a gestão e, depois, entrei para a plena do sistema por considerar um avanço ao sistema de saúde e, caso optássemos por mudar, representaria um retrocesso, um contrapasso na história. Foi uma decisão do colegiado da casa e fazia parte do plano de governo. O Conselho realizou várias reuniões e solicitou esclarecimentos, antes de aprovar o ingresso para esta nova gestão (RGM2).

Para estes atores a autonomia técnica é entendida como:

- *poder negociar (RTE1).*
- *motivação do profissional em saber que era responsável pela administração, e que as prioridades passariam a ser definidas no município, com maior controle e fiscalização, tendo poder de definir sobre a política de saúde (RGM2, RTE2, RTE6).*
- *Planejamento local forte (RTE 10, RTE2, RTE2).*
- *Democracia de gestão e cidadania (RUS1).*

Para a Autonomia técnica, não precisava a semiplena, para isso, já havia a Lei. A semiplena trouxe a autonomia financeira.

A gestão semiplena apareceu como olho de tolo que colocou um monte de dinheiro na conta do município, só que, a médio e a curto prazo, apareceriam complicadores importantes. O maior deles advém da municipalização, já que fica difícil provar que a União estaria colocando mais dinheiro do que antes. Em decorrência do referido processo, a responsabilidade da assistência individual, que era do INAMPS e do Estado, passou para o município, obrigando-o a repor o quadro de pessoal. A secretaria assumiu a parte mais pesada, muito do dinheiro na saúde está na folha de pessoal. RUS2).

Consideram, no entanto, que ganharam autonomia técnica e financeira, mas o município não estava preparado para assumi-la, já que havia uma relação de dependência com a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde. A relação com os prestadores de serviços foi que mais se modificou. Houve maior liberdade de investimento do teto, podendo o mesmo ser usado na área ambulatorial (rede básica) caso houvesse sobra do teto hospitalar.

O gestor atual destaca que, quando começaram a exercer essa autonomia tiveram alguns problemas (RGM1) (RTE1):

- *Introdução de uma medicação homeopática contra a meningite e gerando problemas inclusive com o Conselho Regional de Medicina, com processo;*
- *Quando da introdução da vacina tetra, a equipe da Secretaria Estadual de Saúde esteve no município, necessitando de negociação.*
- *O serviço de controle e avaliação ainda possui dependência do Estado e, às vezes, até do Ministério da Saúde.*

Os profissionais de serviço consideram que poderiam terem sido mais ouvidos dentro da administração, para poder exercer essa autonomia técnica.

(...) sobre a vacina do TETRA (Triplíce mais hemophilus tipo B), a decisão de implantação não teve a participação do setor técnico responsável, ou seja, da vigilância epidemiológica. Foi a assessoria do secretário que definiu a estratégia de atuação e apenas repassou ao serviço como fazer. Quais os dados utilizados para tomar a decisão, o serviço desconhece, talvez a morbidade por hemophilus (RTE9).

Só existiu a autonomia política, porque a compra da vacina da tetra não teve a participação do setor de imunização, nem relacionada com a previsão, tanto que já começou a faltar o imunobiológico, além de não ter sido comprada a dose mono, o que também trouxe problemas para completar o esquema básico de imunização.

Para o serviço, foi uma medida inovadora, mas, se não bem executada, traz conseqüências, pois já começou a faltar imunobiológico. Agora precisamos segurar as conseqüências. No entanto consideram que o Estado também vai implantar esta vacina, já estão chamando os municípios para treinamento, o que vai amenizar o problema (RTE11, RTE12).

Já a autonomia financeira é considerada como:

- *poder de negociar com os hospitais e com fornecedores (RTE8, RTE3).*
- *ter mais recurso financeiro (RGM1, RGM2, PRU1, RTE7, RUS3).*

- *perspectiva de poder gerir melhor a verba (RTE2, RTE1, RPS1, RTE2).*
- *O Conselho Municipal de Saúde administrar melhor o recurso (RUS3).*

Alguns atores levantaram posições contraditórias em relação a essa autonomia. Para eles, a gestão mais avançada traz uma autonomia relativa, pois leva o município a assumir responsabilidades muito grandes, muitas vezes tendo que atender, inclusive, a microrregião, o que coloca o gestor em conflito, pois fica na linha de frente com os prestadores e usuários, tendo um limite financeiro.

Considero que a autonomia técnica é restrita, e a de recursos financeiros é relativa, pois o recurso financeiro é insuficiente para cobrir as necessidades com investimento inferior a 100 dólares hab/ano (RGM2, RGM2, RTE1).

Tem um teto, para o prestador e o usuário. Nós temos que cumprir a lei. Uma faca de dois gumes, essa responsabilidade, pois você acaba cedendo, pois as pressões são grandes. O que cresce é a demanda (TEC4).

Nota-se, também, que a autonomia financeira traz ambiguidades, cria-se uma nova dinâmica de interesses, com os prestadores em decorrência da compra de serviços, em função do papel preponderante que o município assume na compra dos mesmos.

Quando participava do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, começou-se a falar em semiplena e a discussão era a seguinte: imaginar qual é o secretário municipal que vai assumir, que racionalize em exames complementares, utilizados como um chamariz no consultório e racionalizar internação. Com esta medida vai indispor-se com a categoria médica, sendo que a maioria dos secretários são médicos. Quanto mais eu economizo, o Ministério da Saúde deixa de pagar e o dinheiro some, ou seja, tira dinheiro de circulação do próprio município (sendo a maioria municípios de pequeno porte) só trazia desvantagem, só tinha um jeito, manter o recurso financeiro no município, então o município investe e pode crescer, e estimula a racionalização (RTE7).

Acho que a finalidade da semiplena era essa, primeiro como um estímulo à racionalização do serviço, porque você ficava com o dinheiro, mas assinava um contrato sem perspectivas de reajuste, apesar dos primeiros terem tido incentivo para o ingresso (RTE7).

Quando Blumenau começou a compra de serviços, o secretário foi alertado pois comprar serviços mais caro do que vende leva à falência. Isso é uma lógica simples, pois em última instância você vende serviços para o MS e você compra acima do preço de tabela. Antes o MS pagava tudo o que você vendia, agora o MS só paga até o teto (RTE7, RUS3).

Mas todos os atores são categóricos em afirmar que houve uma alteração favorável entre a municipalização anterior e as formas mais avançadas de gestão. Para enunciar essas diferenças, citam aspectos relacionados com a administração e a assistência antes da municipalização e de como está sendo realizada agora.

Destacam que quando se iniciou a municipalização era assim:

- *Receberam funcionários viciados, o que gerava conflitos (RGM1).*
- *Recursos eram específicos para cada área (RGM1).*
- *Não era possível o município definir a sua prioridade (RGM1).*
- *Favorecia o clientelismo pelo governo estadual (RGM1).*
- *Município ficava com o ônus e o estado com o bônus (RGM1).*
- *Decisões eram centralizadas (RTE8).*
- *Pagamento efetuado baseado na produção realizada (RT10).*
- *Poder de decisão continuava com as outras esferas (RGM2).*
- *O jogo não era transparente (RGM2).*
- *Não havia autonomia técnica, nem financeira (RTE3).*
- *Coisas inovadoras, só com recursos próprios (RGM1).*
- *Estado tem controle na mão, com os programas verticalizados, programas vinham com as normas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde para o município cumprir (RGM1).*

Na implantação das novas modalidades municipais, tem-se maior autonomia com:

- *Possibilidade de definir prioridades (RTE10).*
- *Flexibilidade de gerir recursos (RPS1).*
- *Necessidade de negociar com outros setores, para aprovar lei, orçamento (RTE2).*
- *Necessidade de saber negociar os projetos locais com interesses técnicos, políticos e sociais (RTE2).*

- *Agora é o município que tem que pressionar para que o Estado e o Federal cumpram a sua parte (RTE1).*
- *Fortalecimento do Conselho, que passou a ser mais atuante (RTE4).*
- *O nível central da secretaria passou a ter uma maior organização (RTE4).*
- *Diminui o número de encaminhamentos para fora do município (RTE4).*
- *Mudança no processo de compra de serviços RTE7).*

5.3 Efeitos na oferta dos serviços: inovações, integralidade e acesso

Quanto à oferta de serviços, os entrevistados consideram que diminui a internação hospitalar, pois ocorre melhora da resolutividade na rede básica e descredenciamento de leitos do sistema. O Programa de Saúde da Família aparece como um programa inovador, relacionado com o aumento dessa resolutividade, associado também ao aumento da rede básica.

Para os serviços de média e alta complexidade, consideram que houve aumento dos serviços ofertados, diminuindo, com isso, os encaminhamentos para outros municípios, mas a oferta da maioria desses serviços só foi possível com pagamento diferenciado do SUS.

Outro fator levantado foi a migração para o serviço público, das pessoas que possuíam plano de saúde.

Aumentaram os serviços básicos grandemente, com a criação de vários ambulatórios e aumento do número de postos com vacinação, odontologia. A maioria dos postos tem chefia de enfermagem ou pelo menos um profissional enfermeiro (RPS2).

Apesar de o município gastar muito, ainda, com internação hospitalar, média e alta complexidade, por ser referência para outros municípios, passou a investir mais na básica. A implantação do PSF foi o reflexo do maior investimento (RGM1).

Maior oferta de tecnologia na cidade, pressão de oferta de alguns serviços pelos prestadores. Por exemplo: cirurgia cardíaca, por pressão política, estamos em via de credenciamento. A quimioterapia, existe muita briga, pois a tabela é melhor e todos querem ser credenciados (RUS3).

O aumento dos serviços próprios, mas também dos contratados, aumento dos exames de laboratório (patologia clínica) e outros exames, consequência do maior número de consultas ofertadas na rede. Essa busca para novos prestadores entrarem no sistema passa a se refletir também nas reuniões do Conselho, onde é comum eles irem às reuniões, para solicitarem aumento de teto ou buscar apoio para credenciamento de novos serviços (RU3).

Com relação à rede hospitalar, a maioria dos atores considera que esse foi o nível da assistência menos favorecido com investimentos. A maioria ficou em dúvida em expressar uma opinião. Os que fizeram análise são os dois dirigentes que consideravam que havia déficit de leitos cadastrados ao SUS o que melhorou foi a resolutividade dos hospitais, diminuindo os encaminhamentos e aumentando a demanda da microrregião.

(...) passamos a encaminhar menos à resolutividade maior; trouxe mais demanda da microrregião e a implantação da média e alta complexidade no município; aumento da demanda hospitalar. Considera-se que houve melhora, pois, antes, esperavam-se seis meses por uma cirurgia eletiva e um ano para a tomografia (RTE2, RTE7).

Um dos profissionais faz uma análise interessante sobre o aumento dos níveis de assistência (ambulatorial/hospitalar), considerando que a área hospitalar estagnou porque não poderiam ter crescido as duas ao mesmo tempo, já que não havia dinheiro para isso.

Os dirigentes atribuem ao Programa de Saúde da Família a diminuição da internação de pacientes crônicos, pois houve melhora da resolutividade ambulatorial.

Em 1994, foram aprovadas pelo Ministério de Saúde 3 equipes e receberam recursos para investimentos de 30 mil por equipe e mais 2000 por equipe na produção de serviços. O projeto era para mais 17, mas nunca receberam o investimento, mesmo assim, o município implantou o projeto, e só pôde fazê-lo porque estava na semiplena, senão não teria nenhuma condição. Quando eram 3 equipes o percentual da população era em cima de 211.000, 1000 famílias por equipe, cobria 4,5% da população. Atualmente, com 21 equipes, com uma população de 240.000, atende em torno de 39% da população (RTE5, RPS2, RTE2, RTE3).

Alguns técnicos achavam, na época, uma loucura a ampliação da rede tão rapidamente, pois quase todos os ambulatórios gerais foram criados nesse período (RTE3, RPS1, RTE10, RPS2).

Mas isso não é uma posição unânime.

Quando se questiona a implantação do princípio da integralidade no sistema de saúde, um dos entrevistados faz uma análise crítica da reforma sanitária, a partir dos problemas, de como não se conseguiu mudar o modelo médico: dá-se apenas a compra de serviços, pois o modelo não mudou, a lógica é curativa e medicalizante.

(...) eu tenho uma preocupação, eu acho que o Sistema Único de Saúde medicalizou a população. Então, nós não mudamos o modelo, mesmo nas equipes de PSF, porque o modelo profissional é o mesmo, não tem profissional novo (RTE7).

Os atores consideram inovadores aqueles projetos que trouxeram coisas novas para a formulação do modelo assistencial, mas também deixaram claro que nenhum projeto está acabado e que os projetos na área da saúde, precisam ter continuidade, destacando como importante não ter havido mudanças radicais de uma gestão de governo para a outra. Os projetos mudaram de nome, mas a essência permaneceu. Outro destaque é que algumas ações ou projetos têm sua origem anterior à semiplena, como é o caso da odontologia. Também os projetos verticais do Ministério da Saúde tomam nova forma, mas não são abandonados, como os programas da hipertensão arterial sistêmica, diabetes e mulher, adolescente e criança. No panorama da gestão semiplena, foi dado destaque a projetos novos, como o Programa de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde.

A implantação do Programa de Saúde da Família, que, no projeto inicial, era para 40 equipes (foram implantadas 21 equipes) aparecem, então como a grande inovação do período (RGM2, RTE2, RGM1).

Outros destacam a implantação dos Agentes de Saúde Comunitários Mirim (RGM2, RTE2).

A municipalização da vigilância sanitária, com a implantação do selo de qualidade para o fabricante, inspeção sanitária e a inspeção de produtos agrícolas, com treinamentos da equipe (RTE9, RTE6).

O incremento do Projeto Sorriso, criado em 1992, trouxe grandes avanços à saúde bucal, com implementação para o atendimento em todas as escolas municipais, estaduais e algumas particulares. É também citado este projeto, que já vem de 3 administrações, mas cresce na semiplena e na plena do sistema, tendo sido destacado como uma característica boa de Blumenau que os "secretários" estão mantendo os programas dos seus antecessores e implementando, melhorando ou intensificando suas ações (RPS1, RTE3, RTE5, RGM1, RGM2).

Foram apontadas, como inovadoras, um conjunto de ações organizacionais, relacionadas à média e alta complexidade, assim sintetizadas:

- *Implantação de serviço de controle e avaliação e dos sistemas de informação (RTE5, RTE4, RGM1).*
- *Aluguel do atual prédio da SMS, pois não tinha mais como crescer e a área física melhorou bastante (RTE2, RTE3).*
- *Elaboração do Plano Municipal de Saúde, baseado no planejamento estratégico, com assessoria externa, levantando os pontos intra e extra (RTE10, RTE2).*
- *Criação das regionais e realização das oficinas de territorialização (RTE3, RTE10).*
- *Realização de compras através da própria Secretaria de Saúde, baseada na Lei de licitações 8666 (RGM1).*
- *Necessidade de aprovação do orçamento e prestação de contas, casando os critérios técnicos com os financeiros (RTE2).*
- *Implementação de uma vigilância à saúde dos recém-nascidos de risco.*
- *Liberação do aparelho de Ultrassonografia do porto de ITAJAI, e seu cadastro no sistema (RGM1 e RUS1).*
- *Implantação do serviço de oncologia próprio (RGM1 e RUS3).*
- *Credenciamento da hemodiálise, ampliação da patologia clínica, tomografia e atendimento hospitalar psiquiátrico (RPS1, RTE3).*

Com relação à assistência a grupos foram destacados os seguintes serviços:

- *Referência para a saúde do trabalhador (RGM2).*
- *Implementação do serviço de saúde mental CAPS e atendimento noturno em odontologia (RPS2, RTE10)*
- *Centro de lactação e incremento do programa de gestantes (RGM2, RTE6)*
- *COAS e o hospital-dia (RPS2, RGM1)*
- *Criação do serviço de fonaudiologia e de psicologia (RTE3)*
- *Epidemiologia odontológica, que teve impacto muito bom, obtendo índices favoráveis (fruto da promoção feita há vários anos), fazendo com que ocorra atualmente mudança do foco de atenção.*

Na área de capacitação de recursos humanos várias ações foram consideradas inovadoras. Com relação à forma de contratação das Equipes do Programa de Saúde da Família, há uma divergência entre as duas administrações, a primeira considera necessário manter o vínculo empregatício, por contrato de trabalho, dentro das Leis Trabalhistas e a segunda defende a incorporação das equipes no seu quadro através de concurso público e a complementação salarial através de gratificação, para a dedicação plena ao programa.

- *Criação do IEC - Instituto de Educação e Comunicação em Saúde que é responsável pela produção de todo o material educativo, e do jornalzinho informativo e a realização dos treinamentos, visando à educação em serviço (RTE2).*
- *Desenvolvimento dos recursos humanos próprios através de vários cursos de capacitação, estágios, convênios com várias instituições da Secretaria de Estado da Saúde, Universidade do Sul do Estado de Santa Catarina, Universidade do Vale do Itajaí e FIOCRUZ (RGM2, RTE2, RGM1, RTE10).*
- *Autonomia na administração de pessoal, realizada na própria Secretaria de Saúde (RTC2).*
- *Implantação de mudança na forma de contratação de pessoal do Programa de saúde da Família, que deixam de ter vínculo pelo CLT - Consolidação das Leis do Trabalho*
- *Aprovação pelo conselho da gratificação, Plena pelo Fundo Municipal de Saúde com verba do PAB, restrita ao funcionários para o PSF (RTE1, RTE3, RGM2).*

Outro campo que teve destaque pelos atores foi o controle social, que se deve fazer, porém, através da realização das pré-conferências e conferências municipais. Consideram que o mesmo sempre foi a parte mais atrasada do sistema. Primeiro vieram as decisões políticas, de cima para baixo e, só depois, o estímulo ao controle social, que vem crescendo e se aperfeiçoando, mais ainda, esta longe do ideal. Aquele idealizado pela reforma sanitária, ainda não chegou, onde a formação de uma sociedade apta a opinar a propor políticas. O controle social começou com a formação do CMS e da realização das conferências municipais de saúde.

- *São grupos pequenos mais organizados dentro da sociedade, tanto é que estamos no terceiro CMS e as mudanças foram pequenas. Não houve grande renovação dos conselheiros. A gente vê que o controle social é dos representantes dos segmentos da sociedade. Aquela descentralização de conhecimento, de um maior número de pessoas opinando, ainda está por vir (RTE10, RTE8, RUS1, RUS3).*
- *Conselho Municipal de Saúde, com mais força (RTE3, RTE5, RTE8, RUS1, RUS2, RUS3).*
- *Realização de capacitação para os conselheiros (RTE8, RUS1)*
- *Conferências municipais de saúde e as pré-conferências foram a grande inovação, tanto que não conseguiram acabar (RTE8, RTE2, RTE3).*
- *A participação popular não está ainda como se imaginava na reforma sanitária, mas agora está se implantando os conselhos locais, que ainda estão incipientes (RTE10).*

O projeto do Fórum de Atenção Integral da Saúde da Criança e Adolescente - FAISCA, integrado com a Secretaria de Ação Comunitária, na época, foi previsto haver um rodízio da coordenação, mas acabou ficando somente com a saúde. Nesse projeto, o médico visita as escolas. O projeto tinha o objetivo de integrar a criança nessas áreas. Dentro do projeto, estava o Agente Comunitário de Saúde Mirim. Observa-se que não há concordância entre os atores em relação ao projeto, alguns o apontam como o grande feito da gestão, e outros o consideram como um projeto velho com uma vestimenta nova.

(...) foi o carro-chefe da secretaria. Então, tudo o que ficava vinculado a ele dava notícia, mas era uma coisa artificial, pois era um simples programa de puericultura. Era a junção de vários grupos de trabalhos já existentes, para formar um grande projeto (RTE7).

Com relação ao programa de agentes comunitários mirim, também não havia consenso. Alguns consideram que foi regular e abriu espaço de educação para crianças marginalizadas, dando oportunidade de trabalho, juntando necessidades da saúde com problemas da cidade, mas, do ponto de vista técnico, muito questionável.

Há concordância de técnicos e gestores das duas administrações da necessidade de :

- *Ampliar o setor de planejamento e programação para um trabalho baseado na realidade epidemiológica (RTE2, RPS2).*
- *Implantação consórcio intermunicipal de saúde, em andamento (RGM1, RGM2, RTE8).*
- *Melhorar a referência e a contra-referência e aperfeiçoar o sistema através da central de marcação informatizada de consultas e exames e uma central de leitos microrregional (RTE4, RTE10, RPS2, RTE3, RTE5, RTE1, RPS1).*
- *Ampliar as equipes de PSF (RTE1, RTE10).*
- *Corrigir alguns pagamentos aos prestadores, corrigindo a tabela (50% da tabela da AMB (RUS1, RUS2, RUS3)*
- *Criar o laboratório industrial farmacêutico e tornar o laboratório clínico próprio mais resolutivo. Implantar um centro de diagnóstico, e um laboratório de bio-imagem público, para diminuir o custo da média e alta complexidade.*
- *Necessidade da implantação do hospital-dia atrelado à equipe homecare com o objetivo de diminuir os dias de internação cirúrgica, pois a equipe acompanha o paciente em casa (RGM1).*
- *Implantação de cartão eletrônico, com dados do paciente magnético para o SUS, nos moldes do cartão do SUS (RGM1).*
- *Melhorar a estrutura da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária (RPE5, RPS2).*

As dificuldades ou impecilios levantados são relacionados aos projetos que deixaram de ser executados:

- *Recursos financeiros insuficientes (RGM1 eRGM2).*
- *Falta de recursos humanos capacitados (RGM1 e2).*
- *Vontade política para negociar microrregionalmente(RGM1, RGM2)*
- *Falta de apoio da Secretaria Estadual com Regional de Saúde mal aparelhada (RGM2, RGM1, RPS2).*

Após os atores responderem livremente sobre as inovações foram questionados diretamente sobre acesso e integralidade, havendo concordância das temáticas já descritas.

O acesso, em todos os níveis, melhorou, principalmente no nível básico, através do Programa de Saúde da Família. Embora o PSF tenha melhorado o acesso e a integralidade, ressalta-se que na rede como um todo, está havendo problemas e que a melhora se deu em relação aos níveis de complexidade. Há,

no entanto, problemas de integração e de sistema de referência e contra-referência.

Com relação a este princípio do SUS, os atores apontaram como fator preponderante o aumento da rede e do número de profissionais para que esse se efetivasse na prática. Outro fator é a composição da rede, que antes era toda centralizada e hoje está descentralizada, inclusive para a média complexidade, com postos de coletas de exames de laboratório próximos dos postos.

O dirigente atual destaca que teve aumento do acesso, mas passou a ter e maior demanda, pois algumas pessoas que tinham plano de saúde passaram a usar o sistema. Esta clientela é mais exigente que reivindica mais seus direitos. Aumentou também o acesso à disponibilidade de medicamentos (RGM2, RUS3, RGM2, TEC8).

Contribuiu para a melhoria do acesso as consultas serem marcadas pelo telefone, o que facilita para o usuário, que não precisa se deslocar para marcar nova consulta.

Torna-se necessária a criação de normatização, rotinas e medidas para conter a demanda. Precisamos investir em recursos humanos mais qualificados, visando a melhorar o controle e a avaliação. Melhorou o acesso, mas aumentou a demanda. A média e a alta complexidade têm mais acesso, mas tem lista de espera, mesmo assim considera-se que melhorou sensivelmente (RTE3, RTE4, RPS1).

Quanto maior o nível do sistema, o acesso passa a ser mais difícil. (RTE4)

Aumento da demanda de serviços, com o mesmo recurso financeiro, nos leva à diminuição dos serviços e escolha de quais serviços essenciais deverão ser mantidos. Esta decisão está sendo discutida no Conselho (RTE10, RUS1).

Hoje o cidadão tem mais consciência das obrigações e deveres. O usuário tem exigido, obrigando a aumentar os serviços. Ex: falta de vacina, eles exigem, pois é um direito (RTE8).

Com relação ao princípio da integralidade, os atores entrevistados apontam o Programa de Saúde da Família como a ação capaz de colocar este princípio na prática. Também concordam que não são todas as equipes que estão desenvolvendo suas atividades baseadas neste princípio e apontam como causa a sua formação. Acreditam que, se for investido em educação, possam

ser criadas condições para que os profissionais que estão no mercado estejam aptos para trabalhar dessa forma.

Para os gestores o PSF foi a maneira de conseguir o conceito e a prática da integralidade, com a consolidação do programa e implantação dos Agentes Comunitários de Saúde, levará a rede adaptar-se a esse processo.

Os atores apontam como necessário:

Trabalhar na capacitação com equipe interdisciplinar, para buscar a integralidade, com a introdução de novas categorias na equipe (serviço social e odontologia, psicologia etc). Pois a interdisciplinaridade quebra barreiras e limites, mas levanta muitos conflitos ideológicos e técnicos. (RTE2, RTE4, RTE10)

O caminho é a sensibilização para atuar no SUS, atuando na formação do novo profissional, através da educação continuada. Com investimento em recursos humanos preparados, em condições de trabalho, em salários, a resolutividade poderia ser ainda maior (RTE1, RTE2, RTE3).

Formas de integração em nível central e local e comunidade sobre o fluxo de informação, usando rádio e outros veículos, para fluir a informação (RUS2).

O acesso e a integralidade são resumidas com as mudanças na cobertura dos serviços, tendo a integralidade melhorado o acesso nos níveis de complexidade. Na municipalização aumentou a medicalização da população, usando-se, também, mais exames complementares. Não existem, porém, mecanismos de integração, a indicação depende dos profissionais, levando o mesmo cliente a percorrer vários serviços que solicitam as mesmas coisas, pois não há população adscrita, fazendo com que o paciente tenha múltiplos prontuários.

A integralidade foi uma decorrência da cobertura. A integralidade nas unidades públicas apresenta uma diferença entre o atendimento aos pacientes portadores de doenças agudas e crônicas. O médico público atende muito mal as crônicas, porque não tem compromisso com o paciente, pois, necessariamente, o mesmo não volta para ele (adscrição de clientela) na doença crônica os idosos são jogados na rede. Ele consulta com cinco médicos e toma os remédios dos cinco, até ficar intoxicado pela medicação (RTE7).

A integralidade ainda é uma dificuldade muito grande. Teoricamente, conseguimos avançar, definindo os níveis secundários, mas a

integridade (boa conformidade e a boa relação dentro da rede), esse é um processo gradativo, implantação de sistema de referência e contra-referência funciona muito bem na teoria e muito mal na prática. Vê-se uma grande dificuldade, principalmente na área hospitalar -os PSF estavam encaminhando para hospitais fora do município - por não conseguir uma relação com os hospitais do município. O retorno de contra-referência dos hospitais sempre foi dificultoso. Hoje, acho com a implantação das gerências regionais, esta começando a melhorar (RTE10).

A integralidade individual, talvez o PSF tenha conseguido, principalmente as equipes mais preparadas, que receberam médicos de fora, com formação em medicina comunitária. Esses conseguiram fazer um processo maior de comunicação e integração com a comunidade (RTE5, RTE1).

Além do PSF foram apontados programas que trabalham com este princípios tais como: diabetes, hipertensão arterial, saúde mental, adolescente, Grupo de hipertenso, saúde mulher; Odontologia, COAS (apesar de ser específico para a AIDS) e o projeto FAISCA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de municipalização do setor saúde foi marcado por intensas transformações. Analisando as Normas Operacionais Básicas, nota-se que o processo vem evoluindo, tendo seu início em 1987, na vigência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, com a transferência de recursos físicos e recursos financeiros aos municípios. Nos anos de 1991 e 1992, implantou-se a municipalização através da forma convenial, com alguns estímulos financeiros. Somente com as NOBs de 1993 e 1996 é que se consegue, ainda que de forma relativa, a tão esperada autonomia técnica e financeira com a gestão semiplena e a gestão plena do sistema municipal. O processo de descentralização vem sendo mais participativo desde a elaboração das NOBs até a sua implantação, com a criação de Comissões Bipartites, retraindo, assim, o poder do Estado.

Efetuada a revisão bibliográfica das metodologias avaliativas, constata-se que o processo de avaliação não possui um modelo perfeito, suficientemente testado e aplicável de maneira universal. É preciso avançar nesse sentido, com os limites existentes, iniciando os processos avaliativos com os dados e bancos rotineiros, para que sirvam de base para a construção e/ou o aperfeiçoamento de um modelo de avaliação, que oriente e facilite a tomada de decisões. Esta pesquisa teve como proposta contribuir para a construção.

No final da década de 80, em decorrência do processo de municipalização, observa-se alteração nas características dos serviços de saúde do município de Blumenau, com a ampliação da sua rede ambulatorial. Embora se identifique mudança favorável no acesso, o modelo assistencial, continua assistencialista, com o aumento do papel do prestador público.

No período analisado ocorreu um aumento do número de unidades, descentralização do atendimento em todas as regiões do município e aumento do número de recursos humanos. A estrutura da rede mostra um crescimento das

equipes do Programa de Saúde da Família - PSF que passam de 2 para 21 equipes, com o percentual de população coberta de 4% em 1994, para 34%, em 1998. Ocorreram mudanças na composição da rede com o aumento do número de unidades de apoio diagnóstico.

Nota-se o investimento em projetos, no intuito de efetuar mudanças no modelo assistencial, tais como, o Programa de Saúde da Família, e a implantação de serviços diferenciados na área de saúde mental, a capacitação de recursos humanos na área de gerência e a implantação de conjunto de ações organizacionais relacionadas a média e a alta complexidade, como a instituição de mecanismo de controle e avaliação do sistema, e novos credenciamentos de serviços e com estímulo ao fortalecimento do controle social.

Constata-se um acréscimo da produção ambulatorial municipal e privada até 1997, sendo o município o principal prestador. A partir dessa data, a tendência acentua-se, com a diminuição da produção privada. Os prestadores filantrópicos e sindicais tornam-se inexpressivos. O crescimento da produção ambulatorial total é da ordem de 55%. Dos procedimentos realizados, 75% são básicas, 21% de média e 3% de alta complexidade e 1% não cadastrados. Passando o gestor municipal assumindo este novo papel de produtor de serviço e diminuindo a sua parcela de comprador de serviço.

Com relação à cobertura populacional por procedimento básico, passa-se de 1 AVEIANM hab/ano, em 1994, para 4,5, em 1998. Nesse grupo, ações em maior número são os procedimento coletivos em odontologia (63,3% em 1998). O número de consultas médicas mantém-se inalterado, sendo 1.4 consulta hab/ano, mas sua participação na produção ambulatorial diminui pela metade, em função do aumento do grupo AVEIANM. Observa-se que, com a implantação do PAB, esse parâmetro sobe devido ao estímulo de suas ações.

Com relação a média complexidade, ocorreu aumento dos serviços, de radiodiagnóstico, endoscopia e citopatologia, destacando-se o crescimento de 50% da patologia clínica.

Para os procedimentos de média complexidade, (radiodiagnóstico, endoscopia e citopatologia) e para alta complexidade (radioterapia e quimioterapia) o município tem-se constituído em referência microrregional.

Os dados referentes à estrutura e à oferta de serviços acompanham as tendências estaduais. O crescimento de tais serviços foi apontado nas entrevistas com os atores, sendo unânime o destaque para o investimento que o município vem fazendo nesta área, criando serviços públicos (próprios de quimioterapia) e a dificuldade em definirem-se sem critérios regionais já que o teto financeiro, que não acompanha a necessidade microrregionalizada desses serviços.

A estrutura e a oferta da rede hospitalar demonstra que não existe nem foi criado hospital público no município, havendo discreta diminuição do número de internações no período, sem alteração da composição por especialidades. Há diminuição de leitos conveniados no SUS, que em 1998 representam em torno de 75%. Embora tenha havido uma tendência à diminuição no Estado, por redução de AIHs pelo Ministério da Saúde, não há coincidência nos anos em que os cortes foram realizados. O percentual de Blumenau é 7,5% inferior ao Estado que é de 8,5%.

A integralidade foi analisada através de programas preventivos (imunização, preventivo do câncer, saúde bucal e o programa de saúde da família) e da relação entre os níveis de complexidade do sistema.

Do ponto de vista da integralidade, as coberturas vacinais acompanham ou são superiores às do Estado. Registra-se a ampliação do esquema vacinal, com a inclusão da vacina do haemophilus do tipo B (vacina TETRA).

O programa de saúde Bucal, os procedimentos vem aumentando sua produção, em 1998 representou 63,3% da produção deste grupo de procedimento. O índice CPO-D, vem apresentando uma excelente evolução, sendo que no último

levantamento epidemiológico atingiu 1,39, índice este menor que o previsto pela OMS para o ano 2000, índice obtido através das ações desenvolvidas pela secretaria e pela institucionalização por lei municipal do projeto sorriso, tornando a escovação diária obrigatória, além dos progressos coletivos da implantação de flúor na água e nos cremes dentais.

Com relação ao programa de prevenção de câncer, a procedência e a quantidade de lâminas lidas no laboratório público de Blumenau mudou bastante no período, melhorando o acesso das mulheres ao preventivo através da ampliação dos postos de coleta de 8 para 28, porém não há concordância dos dados de produção em o realizado e o processado no sistema de informação ambulatorial(S.I.A/SUS).

Já o programa de saúde da família, foi apontado como um projeto inovador que possui uma estratégia de atuação capaz de viabilizar o princípio da integralidade, através da filosofia do programa que preconiza a visão integral do indivíduo, melhorando o acesso da população aos serviços básicos e buscando a sua integralidade ao sistema implantando mecanismos de referência e contra-referência.

Com relação ao nosso estudo avaliativo, pode-se concluir-se com a recomendação de que se utilizem melhor os dados existentes nos sistemas de informação. O Estudo se fez a partir dos dados disponíveis, com o objetivo de mostrar que, mesmo apresentando dados discrepantes ou incompletos, poderão apontar caminhos, para que sejam aperfeiçoados e incorporados em avaliações rotineiras pelos serviços. É recente, na realidade brasileira a estruturação dos sistemas de informação no setor saúde, e, em sua maior parte carecem de confiabilidade.

Não é preciso, no entanto, esperar para possuímos sistemas de indicadores perfeitos, para avaliar as políticas implementadas. Nota-se por outro lado, a importância de pesquisas avaliativas de complementação a esses estes dados quantitativos e qualitativos.

O enfrentamento desses desafios implica a decisão política de aceitar e incorporar, como problema a ser solucionado, os possíveis resultados negativos de um processo avaliativo. Torna-se necessário um esforço dos gestores e pesquisadores da área, para o equacionamento dos obstáculos existentes nos processos de avaliação, visando à operacionalização de modelos capazes de monitorizar os processos concretos de reorganização das práticas de saúde. A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar-lhes as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenções.

Assim sendo, dentro dos limites deste estudo e, esperando contribuir para o processo, pode-se concluir que, em Blumenau:

- A política de descentralização decorrente da municipalização tem evoluído de forma favorável, mas contraditória;
- As contradições referem-se ao novo papel do gestor municipal enquanto comprador de serviço e de problemas na, formação de recursos humanos;
- Há autonomia técnica e financeira relativa;
- Houve aumento de oferta de serviços básicos de saúde, principalmente através do Programa de Saúde da Família e das Ações de Vigilância Epidemiológica Imunização e Atos Não Médicos, com ênfase nos procedimentos coletivos em Odontologia;
- Ocorrem inovações e avanços parciais no acesso e na integralidade, portanto, na dimensão curativa (diferentes níveis de serviços) e preventiva (saúde bucal, imunizações, controle do câncer e outras ações)

Esta pesquisa mostrou os efeitos da descentralização na oferta de serviços. Seria importante verificar agora, os efeitos dessa expansão da oferta no nível de saúde da população estabelecendo-se assim um modelo avaliativo mais completo da política de municipalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLUMENAU. Conselho Municipal de Saúde. *Lei nº 25, de 19 de dezembro de 1991*. Blumenau, 1991a
- BLUMENAU. *Fundo Municipal de Saúde: Lei n. 4003, 1991b*.
- BLUMENAU. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Blumenau Departamento de Pesquisa e Informação. *Perfil de Blumenau*, Blumenau, 1996.
- BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde: gestão 1997 a 2000*. Blumenau : SMS, 1997.
- BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição Federal*. Brasília : Gráfica do Congresso Nacional, 1988a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília : Gráfica do Congresso Nacional, 1988b.
- BRASIL. Ministério da Saúde, manual de capacitação em sala de vacina. Manual de treinamento, Divisão Nacional de Epidemiologia, Brasília, 1989.
- BRASIL. Congresso Nacional. *Lei 8.080*. Brasília : Gráfica do Congresso Nacional. 1990a.
- BRASIL. Congresso Nacional. *Lei 8.142*. Brasília : Gráfica do Congresso Nacional. 1990b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS 01/1991* Brasília : MS, 1991a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Conselho de Saúde: guia de referência para a sua criação e organização*. Brasília : MS, 1991b. 11p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília : Gráfica do Congresso Nacional, 1992a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS 01/1992*. Brasília : MS, 1992b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. *Descentralização da ação de saúde : a ousadia de fazer cumprir a lei*. Brasília : MS, 1993a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/545 de 20 de maio de 1993 - Norma Operacional Básica SUS 01/1993. *Diário Oficial da União*, 24/05/1993b.

- BRASIL. Sistema Nacional de Auditoria. *Lei 8.689*, de 07 de março de 1993c
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual avançando para a municipalização plena da saúde : o que cabe ao município*. Brasília : MS, 1994a. p.5-6.
- BRASIL. Ministério da Fazenda. *Relatório consolidado de auditoria operacional : Sistema Único de Saúde - Gestão Semi - Plena, 1994/1995*. Brasília, 1994b.
- BRASIL. Sistema Nacional de Auditoria. *Decreto-Lei 1651*, de 28 de agosto de 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/1742 de 30 de agosto de 1996- Norma Operacional Básica do SUS 01/1996. *Diário Oficial da União*, 30/08/1996a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. *Impacto da descentralização do Sistema Único de Saúde nos municípios em gestão semiplena*. Brasília : MS, setembro 1996b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Instrução Normativa 01/97*. Brasília, 1997
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Instrução Normativa 01/98*. Brasília, 1998a
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 35 de 4 de dezembro de 1998. Brasília, *Diário Oficial da União*, 1998b
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Assistência a Saúde. Manual de Norma de Auditoria, Sub-secretaria de Assuntos Administrativos, Departamento de Controle e Avaliação, Brasília, 1998c.
- BRASÍLIA. Instituto Brasileiro de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Acompanhamento do processo de descentralização do Sistema de Saúde : avaliação da gestão semiplena*. Brasília, IPEA, julho, 1996.
- CALEMAN Gilson et al. *Auditoria Controle e Programação de Serviços de Saúde : saúde & cidadania para gestores municipais de serviços de saúde São Paulo : IDS : FSP :USP :Banco Itaú*, 1998.
- CARVALHO, G. de C. M. *Avaliação das condições de saúde e dos serviços de saúde em São José dos Campos*. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública.
- CARVALHO, M. R. *Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade*. In: BODSTEINS, Regine C. de A (org.) *Serviços locais de saúde construção de atores e política*. Rio de Janeiro : Relume - Dumará, 1993. p.119-136

- CARVALHO Gilson de C. M. *As funções nos serviços de saúde*. Brasília (Mimeo), 1996.
- CASTRO, Maria Helena Guimarães. Descentralização e políticas de saúde: tendências recentes. *Planejamento e Políticas Públicas* : Revista semestral do IPEA - Instituto de Planejamento Econômico e Social. n. 5 junho, 1991
- CESAR, C. L. G. , TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde : um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.12, p. 59-70, 1996. Suplemento 2.
- COHN, A et al. *A saúde como direito e como serviço - o acesso em discussão : o viés da racionalidade e o viés da carência*, São Paulo : Cortez, 1991. (Pensamento Social, 7).
- CONILL, Eleonor M. et. at. O homem público em julgamento: avaliação da aplicação da técnica "tribunal de juri" para dirigentes municipais em Santa Catarina, *Cadernos de Saúde Pública* v. 14, n. 4 out./dez. 1998.
- CONILL, Eleonor M. Les implications de la Sante Communautaire em tant que nouvelle politique de Sante: analyse do cas du Quebec. Paris,1982, defesa de tese de doutorado na Universite de Paris-Pantheon-Sorbonne, 1982.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. *Avaliação na área de saúde : conceitos e métodos*. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araujo, (org.) *Avaliação em saúde, dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1996. p. 29-48.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. *Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento*. 2 ed. São Paulo : Hucitec , Rio de Janeiro : Abrasco, 1997.
- DEVER, G. E. Alan. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. Trad. Luiz Galvão Cesar et al. São Paulo : Pioneira, 1988.
- DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed. *Jama*, v. 260, n. 12, p.1743-1748, sept. 1988.
- DONABEDIAN. A. *La calidad de la atención médica : definición y método de evaluación - enfoque básicos para la evaluación*. Mexico : La Prensa Médica Mexicana, 1984. p. 95-157.
- DONANGELO, E. M. C.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo : Duas Cidades, 1976. Cap. 3

- FEKETE, Maria Christina. *Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde : desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília : OPAS, 1997.
- GIOVANELLA L. & TEIXEIRA FLEURY S. *Universalidade da atenção à saúde : acesso como categoria de análise*. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.) *Política de saúde : o público e o privado*. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1996. p. 177-199.
- HARTZ . Z. et al. *Avaliação do programa materno infantil : análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil*. In: _____ *Avaliação em saúde, dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1996. p. 89-131.
- HORTALE.V. , CONILL, E. M. , PEDROZA, M. *Desafios na construção de um método para análise comparada da organização de serviços de saúde*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro : Fiocruz , 1998 (no prelo).
- KESSNER, David M. , KALK, Carolyn E , SINGER, James. *Evaluacion de la calidad de la salud por el metodo de los procesos trazadores*, Washington: OPAS, 1982. (Publicación científica, 534)
- LUCHESE, P.T.R. *Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil : a implementação do sistema único de saúde-retrospectiva 1990/1995*. *Planejamento e Políticas Públicas*, v. 4, dez. 1996. p.76-156.
- MENDES, Eugênio Vilaça (organizador). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3. ed. São Paulo : HUCITEC , Rio de Janeiro : ABRASCO, 1995.
- NOVAES H. M. *Bases conceituais : os relatórios Flexner e Dawson. Ações integradas nos sistemas locais de saúde*. SILOS, análise conceituais e apreciações de programas selecionados na América Latina. São Paulo : Pioneira, 1990. p. 15-26.
- ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde UNICEF. *Cuidados primários de saúde*. Brasil: Alma Ata, UNICEF, 1978.
- PENNA, Maria Lúcia Fernandes. *Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde*. *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema único de saúde (SUS)* OPAS, Brasília, 1997.
- POLIT, D. F. , HUNGLER, B. P. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*, 3 ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- REIS, Eduardo J. B. et al. *Avaliação da qualidade e dos serviços de saúde: notas bibliográficas*. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar, 1990.

- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. *Levantamento de dados para configuração dos Sistemas Locais de Saúde*. Rio Grande do Sul, 1995.
- RODRIGUES, N. E. *A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde : suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas*. In: Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS. Brasília. Ministério da Saúde, 1994. p. 29-37.
- SALA, A. *A avaliação de programas de saúde*. In: SCHRAIBER, Lilian B. (org.) *Saúde em debate : programação em saúde hoje*. São Paulo : Hucitec, 1990. p. 117-138. (Série Didática)
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Estatuto da ASSESC- Associação de Serviços Municipais de Saúde do Estado de Santa Catarina*. Florianópolis : ASSESC, 1986.
- SANTA CATARINA. *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde*, 1987 (Convênio SUDS-SC, n. 789), 1987.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Municipalização da Saúde - Cadernos I*, Florianópolis, mar. 1993
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Estatuto do COSEMS: Conselho de Secretários Municipais de Saúde*. Florianópolis : COSEMS, 1994a.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde - SUS*. Florianópolis : SES, março, 1994b.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Controle, avaliação e auditoria em Saúde*. Florianópolis, 1995a.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Relatório gerencia de descentralização das unidades ambulatoriais das portarias de habilitação dos municípios catarinenses na Norma Operacional Básica 01/93*. Florianópolis, 1995b.
- SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Governabilidade na Saúde. *Saúde e Debate*. n. 34, abril, 1992.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho de Secretários Municipais de Saúde. *Projeto de avaliação dos municípios em gestão semiplena*. São Paulo : COSEMS, 1994.

- SCOCHI M. J. *Municipalização e avaliação de qualidade de serviços de saúde : uma análise localizada*. Rio de Janeiro, 1996.- Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz.
- SILVA, L. M. V. , FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde : limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, n. 1, p. 80-89, jan./mar., 1994.
- TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. In: Conferência Nacional de Saúde, IX. *Cadernos... Brasília : Cultura*, 1992. v.1, p. 27-29.
- SILVER Lynn. *Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro : Dumará, 1992. p. 195-209.
- UGA, Maria Alicia D. Descentralização e democracia : o outro lado da moeda. *Planejamento e Políticas Públicas*, IPEA, v.1. 1991.
- UNGLERT, Carmen Vieira de Souza. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, n. 6 p. 445-452, 1990.
- VUORI, Hannu. *A Qualidade da saúde*. (Trabalho apresentado no Seminário de Avaliação dos serviços de saúde - aspectos metodológicos, Rio de Janeiro, 21 a 25 de novembro de 1988), 1988 p. 17-25.

CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE:

Nome do entrevistado:

Formação profissional:

Entidade que representa no conselho

Organização que representa no conselho

Período que exerceu o cargo de conselheiro

É o primeiro mandato como conselheiro

Endereço completo trabalho residencial

- 01- Gostaria que você contasse como se deu a implantação da gestão semiplena e plena do sistema municipal?
- 02- Na sua opinião, quais os motivos que levaram a decisão pelo ingresso na gestão semiplena ou plena do sistema municipal?
- 03- você utiliza os serviços de saúde?
() sim () não
- 04- há quanto tempo você é usuário dos serviços?
() ____ em anos () ____ em meses
- 05- com que frequência você usa os serviços?
() semanal () mensal
() trimestral () semestral () anual
- 06- O que você conhece dos serviços de saúde municipal?
- 07- De um modo geral, qual a sua opinião sobre o atendimento oferecido pelos serviços de saúde do município?
- 08- () ótimo () bom () regular () ruim justifique
- 09- Existiram projetos inovadores após o ingresso na gestão semiplena ou plena do sistema municipal? quais? Cite os motivos levaram a fazer tais projetos?
- 10- Quais os projetos que você considera inovadores ou necessários existirem em um município em gestão semi-plena ou plena do sistema municipal, mas que não foram implantados? quais foram as dificuldades ou impedimentos encontrados para implantá-los?
- 11- você considera que houve alguma mudança nos serviços de saúde do município após o ingresso na gestão semiplena ou plena do sistema municipal? () sim () não Qual?

acesso

integralidade:

modelo de atenção (mais prevenção) (

() aumento do número de profissionais

() aumento dos exames básico (laboratório e RX)

() aumento dos exames média e alta complexidade (USG/quimioterapia/Hemodiálise etc..)

ANEXO I - Roteiro de Entrevistas

Profissionais de Saúde e Secretário Municipal de Saúde

Nome do entrevistado:

Formação profissional:

Tempo que trabalha na cidade:

É conselheiro do CMS atualmente :

Ocupou cargo público anteriormente (Qual):

Período que exerceu o cargo de conselheiro:

Entidade que representa no conselho :

Organização que representa no conselho:

Endereço completo trabalho e residencial:

01-Gostaria que você contasse como se deu a implantação da gestão semiplena e plena do sistema municipal?

02-Na sua opinião, quais os motivos que levaram a decisão pelo ingresso na gestão semiplena e plena do sistema municipal?

03-Houve diferença em estar municipalizado e estar na gestão semiplena ou plena do sistema municipal? Qual a diferença?

04- Houve diferença na oferta de serviços de atenção básica e de alta e média complexidade após o ingresso na gestão semiplena ou plena do sistema municipal? () sim () não Quais?

Número de leitos cadastrados ao SUS?

Serviços ambulatoriais próprios e contratados?

Serviços de média alta complexidade ?

05- Existiram projetos inovadores após o ingresso na gestão semiplena ou plena do sistema municipal? quais? Cite os motivos levaram a fazer tais projetos?

06- Quais os projetos que você considera inovadores ou necessários existirem em um município em gestão semi-plena ou plena do sistema municipal, mas que não foram implantados ? quais foram as dificuldades ou impecílio encontrados para implantá-los?

07- Após o ingresso na gestão semi-plena ou plena do sistema municipal houve modificação no acesso aos serviços de saúde ? justifique?

() aumento do número de profissionais

() aumento dos exames básico (laboratório e RX)

() aumento dos exames média e alta complexidade (USG/quimioterapia/Hemodiálise etc..)

Porque e como foi garantido essa cobertura?

houve alguma medida para diminuir a demanda e necessidade alta complexidade? (transplante)

08- Após o ingresso na gestão semiplena ou plena do sistema municipal houve modificação na integralidade da atenção? Quais os programas que priorizam a promoção e a prevenção? justifique?