

CENTRO UNIVERSITÁRIO ÁLVARES PENTEADO - UNIFECAP

MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS

Adriana Rotger Simões

**GESTÃO ESTRATÉGICA NAS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE
SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO DA CONSOLIDAÇÃO DO SUS
MUNICIPAL**

Dissertação apresentada ao Centro Universitário Álvares Penteado, da Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado - Unifecap, para a obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas (Área de concentração: Administração Estratégica).

Orientador: Prof. Dr. Éolo Marques Pagnani

São Paulo

2003

CENTRO UNIVERSITÁRIO ÁLVARES PENTEADO - UNIFECAP

Reitor: Prof. Manuel José Nunes Pinto

Vice-reitor: Prof. Luiz Fernando Mussolini Júnior

Pró-reitor de Extensão: Prof. Dr. Fábio Appolinário

Pró-reitor de Graduação: Prof. Jaime de Souza Oliveira

Pró-reitor de Pós-Graduação: Profª Drª Maria Sylvania Macchione Saes

Coordenador do Mestrado em Administração de Empresas: Profº Dirceu da Silva

Coordenador do Mestrado em Controladoria e Contabilidade Estratégica: Profº Dr. João B. Segreti

FICHA CATALOGRÁFICA

S589g Simões, Adriana Rotger
Gestão estratégica nas organizações públicas de saúde: um estudo de caso da consolidação do SUS Municipal /
Adriana Rotger Simões. - - São Paulo : UniFecap, 2003
p. 213
Orientador: Prof. Dr. Éolo Marques Pagnani
Dissertação (mestrado) – Centro Universitário Álvares Penteado – UniFecap – Mestrado em
Administração de Empresas
1. Administração de empresas 2. Gestão estratégica 3. Saúde
4. Organizações Públicas de Saúde
CDD 658.4012

FOLHA DE APROVAÇÃO**ADRIANA ROTGER SIMÕES****GESTÃO ESTRATÉGICA NAS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO DA CONSOLIDAÇÃO DO SUS MUNICIPAL**

Dissertação apresentada ao Centro Universitário Álvares Penteado – UNIFECAP, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

COMISSÃO JULGADORA:

Prof. Dr. Cláudio Gastão Junqueira de Castro
Faculdade de Saúde Pública – USP

Prof. Dr. Valter Beraldo
Centro Universitário Álvares Penteado – UNIFECAP

Prof. Dr. Eolo Marques Pagnani
Centro Universitário Álvares Penteado – UNIFECAP
Professor Orientador – Presidente da Banca Examinadora

Homenagem

Ao grande estadista André Franco Montoro, precursor das principais políticas públicas do País, incentivador da estratégia da municipalização.

“Ninguém mora na União, ninguém mora no Estado, todos moram no município.”
(citação em visita ao Cepam, em 21/09/1984)

“Há diversidade de dons, mas um só Espírito. Os mistérios são diversos, mas um só é o Senhor. Há também diversas operações, mas é o mesmo Deus que opera tudo em todos. A cada um é dada a manifestação do Espírito para proveito comum. A um é dada pelo Espírito uma palavra de sabedoria; a outro, uma palavra de ciência, por esse mesmo Espírito; a outro, a fé, pelo mesmo Espírito; a outro, a graça de curar as doenças, no mesmo Espírito; a outro, o Dom de milagres; a outro, a profecia; a outro o discernimento dos espíritos; a outro, a variedade de línguas; a outro, por fim, a interpretação das línguas.”

(I carta de São Paulo aos coríntios, cap. 12, versículos 4-10, Bíblia Sagrada. Edição Claretiana, 1995:1476).

Este trabalho é dedicado de maneira muito especial à minha família, que não poupou esforços para meu êxito, sobretudo na pessoa do tio Chico, grande incentivo e apoio, assumindo muitas vezes o papel do meu pai. Minha mãe, Maria, responsável por minha formação de base e o exemplo de luta e coragem. Todos os demais, tios e primos, de uma forma ou de outra estiveram ao meu lado. Agradeço de coração ao Tio Chico, Tia Jú, Diego, Tiago e Fernando. Eu não teria como pagá-los.

Muito obrigada. Que Deus recompense progressivamente a dedicação de vocês.

Agradecimentos

Este trabalho contou com a valiosa colaboração de muitas pessoas, que abriram mão de seus compromissos para me ajudar, com boa vontade e companheirismo, com as quais divido os frutos.

Em primeiro lugar, meu orientador, Prof. Dr. Éolo Marques Pagnani, pela confiança depositada, além da dedicação, e sobretudo pela paciência com as minhas limitações.

Também foram fundamentais neste trabalho as orientações dos componentes da Banca de Qualificação, que atribuíram uma nova direção ao trabalho, tornando a pesquisa muito mais interessante, o Prof. Dr. Cláudio Gastão Junqueira de Castro, o qual tive a felicidade de encontrar, e o querido Prof. Dr. Valter Beraldo.

Ao Prof. Dr. Dirceu da Silva, merecidamente coordenador do curso de Mestrado em Administração de Empresas da Unifecap, por sua dedicação e competência, suas orientações metodológicas, além do apoio e incentivo pessoal, meu grande respeito e admiração.

Aos “meus” demais professores maravilhosos no Curso de Mestrado em Administração de Empresas da Unifecap: Dr. Rogério Nunes, Dr. Dirceu da Silva, Dr. José Carlos Barbieri, Dr. Mauro Neves, Dra. Cecília Pontes, Dr. Valter Beraldo e Dr. Paulo Tromboni.

Às competentes secretárias do Mestrado, Amanda e Célia.

Aos dedicados bibliotecários da Unifecap.

Aos colegas de Mestrado da Unifecap, pelas discussões, pelos trabalhos em grupo; especialmente ao José Mário, companheiro de pesquisas para o artigo da Atividade Orientada.

Ao Clodoir, grande amizade conquistada no curso. Você terá muito sucesso na sua dissertação.

Ao querido amigo, Prefeito de Itapeçerica da Serra, Lacir Balduino, cujo apoio foi fundamental na execução deste trabalho.

À Secretária de Saúde de Itapeçerica da Serra, mestre e amiga, Dra. Raquel Zaicaner, pelo grande incentivo e apoio às pesquisas.

À Diretora Administrativa da Secretaria de Saúde de Itapeçerica da Serra, minha chefe, Dra. Helena Bueno de André Motta, sobretudo pela paciência e tolerância às minhas ausências, apesar de estar presente em minhas atividades.

À Diretora Técnica da Secretaria de Saúde de Itapeçerica da Serra, mestre, intelectual incansável, Dra. Vera Lúcia Mascarenhas de Carvalho, sua preciosa contribuição às minhas pesquisas, responsável inclusive por estruturar o Acervo da Saúde, espaço muito valioso,

utilizado para coleta dos dados, além das sugestões de leituras e dicas fundamentais ao meu trabalho.

Aos demais diretores dos serviços de Saúde de Itapecerica da Serra, pelo apoio e pela amizade, Amélia, Dra. Ana, Dra. Cláudia, Dra. Dalva, Graça, Flávia, Dra. Jane, Dr. Josimar, Lígia, Dra. Lilian, Dra. Luciane, Dr. Otávio, Dr. Paulo e Dr. Yoshi.

Às Diretoras dos Serviços de Saúde pesquisados, pela permissão na abordagem dos seus usuários para conhecer a opinião em relação à qualidade dos serviços, Dra. Jacqueline, Dra. Marta e Dra. Myres.

Às Secretárias da Direção da Secretaria de Saúde, responsáveis pelos empréstimos do Acervo da Saúde, entre outras atribuições, Ana Cristina, Sueli e Zenilda.

Às colaboradoras no Setor de Finanças na Secretaria de Saúde, Greice e Renata.

Aos demais colegas da Secretaria de Saúde, Sara, Samara, Serginho, Osmar, Izilda, Wagner, Zildo, entre outros, e de outras Secretarias da prefeitura de Itapecerica da Serra, que de alguma forma contribuíram para a realização desse trabalho, em especial ao Geraldo e ao Wagner, da Contabilidade da prefeitura.

Ao Gledson Santana, muita competência nos trabalhos de informática neste trabalho.

Ao meu primo Flávio, pelos trabalhos com o Scanner neste trabalho.

Aos colegas da Conam, sobretudo os amigos David e Beth.

Aos amigos da Igreja, por suas orações, o Catequista Hélio, Juscélio, Sueli e Zezinho.

Às minhas afilhadas, Juliana e Rosana.

Às minhas queridas amigas, profissionais fundamentais no meu processo de amadurecimento, a psicóloga Dra. Vera e os florais miraculosos da terapeuta Dra. Elizabeth.

Todos vocês contem comigo.

Aos competentes gestores da Saúde Pública do município de Itapecerica da Serra meus sinceros agradecimentos pelo valioso tempo dispensado em contribuição ao meu estudo, deixando de atender pacientes e de realizar grandes atividades para se dedicar à participação das entrevistas.

Muito maiores do que as contribuições pessoais fornecidas a mim, suas contribuições à população de Itapecerica da Serra e região são inumeráveis. O Sistema Único de Saúde necessita de pessoas com a competência de vocês, com um imenso senso de liderança para transformação e construção do SUS em nível local.

Aos Prefeitos, que foram capazes de indicar vocês para ocupar a fundamental Pasta da Saúde Pública de Itapecerica da Serra, os quais foram muito inspirados nessa escolha. Infelizmente nem todos eles estão presentes entre nós.

Foi muito interessante conhecer o trabalho de vocês.

Muito obrigada!

***Dr. Alcides Moreno Júnior – 1^o Diretor de Saúde de Itapecerica da Serra
1983-1988***

***Dr. Wagner Ciongoli – Instituiu o Fundo Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra
1989-1992***

***Dra. Maria Rosa Logiodice Cardoso – Reforma Administrativa da Saúde de Itapecerica da
Serra e Consolidação do SUS Municipal
1993-2000***

Resumo

O estudo, em sua parte inicial, busca relacionar aspectos da teoria organizacional e as principais ferramentas de gestão administrativa. Em seguida, demonstra a complexidade do sistema de Saúde Pública brasileiro – SUS – e relaciona os principais fatores que permeiam o gerenciamento do setor de Saúde Pública, enfatizando as questões da integração de três níveis de agentes de governo que o integram. Como elemento básico da pesquisa, foi desenvolvido um estudo de caso de uma Organização Pública de Saúde em nível municipal. Neste caso foram analisadas com ênfase as ações de gerenciamento, com respeito aos recursos administrativos e financeiros, do Fundo Municipal de Saúde, ao que permitiu a efetivação de ações estratégicas para consolidação de um Modelo de Saúde Pública Municipal. Na estruturação do caso, a metodologia aplicada abrangeu amplo levantamento bibliográfico e documental, à qual se acoplou a realização de entrevista estruturada aberta, junto a administradores que atuaram em diferentes períodos da gestão pública, entre 1983 a 2000, na direção do programa de Saúde referido. Essas entrevistas é que forneceram subsídios para a identificação e categorização das ações que consolidaram as políticas e estratégias adotadas, e ainda, formar o referencial para estruturação de dados, necessários para avaliação dos resultados alcançados por este Sistema Municipal de Saúde. Todos estes elementos embasaram o estudo do curso histórico de evolução do Sistema de Saúde Municipal, mediante uma constante ampliação da base física e humana, tanto sob o critério qualitativo como quantitativo, a importância da institucionalização e operacionalização descentralizada do Fundo Municipal de Saúde, e finalmente, as diferentes estratégias implementadas, caracterizadas pelas categorias de ações que permitiram a ampliação da oferta de serviços do SUS Municipal, principal objetivo do Sistema.

Palavras-chave: Organizações de Saúde Pública, Operacionalização, Ações Estratégicas.

Summary

The study, in its initial part, aims to relate aspects of the organizational theory and the main tools for administrative management. In sequence, it shows the complexity of the Brazilian Public Health system – SUS – and relates the main factors that permeate the management of the Public Health sector, emphasizing the issues of the three level government agents, which integrate it. As a basic element of this survey, it was developed a case study of a Health Public Organization at municipal level. In this case it was analyzed, with emphasis, the management actions related to the financial and administrative resources from the Municipal Health Fund, which allowed the effectuation of strategic actions for a Municipal Public Health Model consolidation. In the structuring of the case, the applied methodology embraced large documental and bibliographic survey, which was joined by the execution of open-structured interviews with administrators and managers who acted during different periods of the public management, between 1983 and 2000, towards the referred Health program. Those interviews provided subsidies for the identification and rating of the actions, which consolidated the adopted policies and strategies, and moreover, the formation of the reference basis for the data structuring necessary to the evaluation of the accomplished results by this Municipal Health System. All those elements based the historical evolution course study of the Municipal Health System, through constant growth of the physical and human basis, either under qualitative or quantitative criteria, the importance of the non-centralized establishment and operational management of the Municipal Health Fund and, finally, the different strategies implemented, characterized by the actions that allowed the increase in the offer of the Municipal SUS's services, main objective of the System.

Keywords: Public Health Organizations, Operational Management, Strategic Actions.

Lista de Figuras

| | | |
|-----------|---|-----|
| Figura 1 | Estrutura do Trabalho | 22 |
| Figura 2 | Integração do Sistema | 49 |
| Figura 3 | Recursos Financeiros Federais do SUS até o município | 67 |
| Figura 4 | Relação Sistêmica do SUS | 75 |
| Figura 5 | Organograma Inicial do Departamento de Saúde | 87 |
| Figura 6 | Organograma da SMSIS (1993) | 113 |
| Figura 7 | Organograma do Departamento Técnico da SMSIS – SP | 113 |
| Figura 8 | Organograma do Departamento Administrativo SMSIS-SP | 115 |
| Figura 9 | Organograma do Departamento de PS/Matern. SMSIS–SP | 116 |
| Figura 10 | Organograma da Divisão Técnica de RH da SMSIS – SP | 117 |
| Figura 11 | Organograma da Divisão Técnica PS Jd. Jacira SMSIS-SP | 117 |
| Figura 12 | Organograma do Serviço Técnico de UBS da SMSIS – SP | 117 |

Lista de Tabelas

| | | |
|-----------|---|-----|
| Tabela 01 | Gestão de Organizações Públicas de Saúde em Nível Municipal | 46 |
| Tabela 02 | Atribuições dos Ministérios no Sistema Nacional de Saúde | 50 |
| Tabela 03 | Responsabilidades dos municípios Habilitados pela NOB 01/96 – PAB | 72 |
| Tabela 04 | Características das Ações (Vetores) e Atividades | 86 |
| Tabela 05 | Despesas Empenhadas com Saúde – 1988 | 94 |
| Tabela 06 | Cobertura Vacinal no município | 101 |
| Tabela 07 | Mortalidade Infantil no município de Itapeçerica da Serra | 101 |
| Tabela 08 | Participação das Esferas de governo na Saúde | 108 |
| Tabela 09 | Rede de Saúde Municipal – 1990 | 109 |
| Tabela 10 | Recursos Humanos com Funções no município – 1990 | 110 |
| Tabela 11 | Mortalidade Infantil no município de Itapeçerica da Serra | 110 |
| Tabela 12 | Consultas Médicas Realizadas no município | 111 |
| Tabela 13 | Capacidade Instalada de Produção – 1993 | 124 |
| Tabela 14 | Mortalidade Infantil no município de Itapeçerica da Serra | 124 |
| Tabela 15 | Mortalidade Materna no município de Itapeçerica da Serra | 125 |
| Tabela 16 | Consultas Médicas no município de Itapeçerica da Serra | 125 |
| Tabela 17 | Mortalidade Infantil no município de Itapeçerica da Serra | 133 |
| Tabela 18 | Mortalidade Materna no município de Itapeçerica da Serra | 133 |
| Tabela 19 | Consultas Médicas no município de Itapeçerica da Serra | 134 |
| Tabela 20 | Receitas do FMS de Itapeçerica da Serra | 137 |
| Tabela 21 | Despesas do FMS de Itapeçerica da Serra | 139 |
| Tabela 22 | Aquisições por Modalidades | 142 |
| Tabela 23 | Demonstrativo da Aplicação de Recursos Próprios do município em Ações e Serviços de Saúde | 142 |
| Tabela 24 | Indicadores de Qualidade – 2001 | 143 |
| Tabela 25 | Indicador de Desempenho – Saúde Bucal SMSIS | 148 |

Lista de Esquemas

| | | |
|------------|------------------------------------|-----|
| Esquema 01 | Síntese da Estrutura do Caso | 20 |
| Esquema 02 | Âmbitos da Gestão em Saúde Pública | 47 |
| Esquema 03 | Principais Estratégias SMSIS | 148 |

Lista de Anexos

| | | |
|----------|--|-----|
| Anexo 01 | Diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo – Gestão Montoro | 161 |
| Anexo 02 | Lei Complementar nº 006 de 04/04/1991 – Dispõe sobre a Composição, Organização e Competência do Conselho Municipal de Saúde e dá Providências correlatas | 163 |
| Anexo 03 | Lei nº 662 de 20/09/1991 – Institui o Fundo Municipal de Saúde | 167 |
| Anexo 04 | Organograma da SMSIS – 1993 | 176 |
| Anexo 05 | Princípios, Diretrizes e Estratégias da SMS de Itapeçerica da Serra – Gestão 1993-1996 | 177 |
| Anexo 06 | Mapa da Rede Municipal de Saúde do município – atual | 179 |
| Anexo 07 | Transcrição da Entrevista 1 | 180 |
| Anexo 08 | Transcrição da Entrevista 2 | 193 |
| Anexo 09 | Transcrição da Entrevista 3 | 202 |

Sumário

| | | Página |
|---------------|--|---------------|
| Cap. 1 | Introdução | 17 |
| 1.1 | Objetivo Geral do Estudo | 18 |
| 1.2 | Objetivos Específicos do Estudo | 18 |
| 1.3 | Metodologia | 19 |
| 1.4 | Estrutura do Trabalho | 22 |
| Cap. 2 | Gestão em Organizações Públicas de Saúde | 24 |
| 2.1 | Conceitos de Gestão | 25 |
| 2.1.1 | Conceito de Organização | 30 |
| 2.1.2 | Cultura Organizacional | 33 |
| 2.1.3 | Estrutura Organizacional | 35 |
| 2.1.4 | Organização Empreendedora | 36 |
| 2.2 | Planejamento em Saúde | 37 |
| 2.3 | Descentralização das Ações | 39 |
| 2.4 | Qualidade e Satisfação | 43 |
| 2.5 | Gestão da Saúde Pública | 44 |
| Cap. 3 | O Sistema de Saúde Brasileiro – Aspectos Fundamentais | 48 |
| 3.1 | Breve Histórico das Políticas de Saúde Pública no Brasil | 49 |
| 3.2 | Centralização e Descentralização na Saúde | 61 |
| 3.3 | Recursos Financeiros da Saúde Pública | 63 |
| 3.3.1 | Nível Federal | 67 |
| 3.3.2 | Nível Estadual | 69 |
| 3.3.3 | Nível Municipal | 70 |
| 3.4 | Os Principais Programas de Saúde Pública | 75 |
| 3.5 | Modelos Assistenciais em Saúde Pública | 77 |
| Cap. 4 | O Estudo de Caso do Sistema de Saúde Pública de Itapeccerica da Serra | 79 |
| 4.1 | Caracterização do município | 80 |
| 4.1.1 | Município: Características sociais, econômicas e espaciais | 80 |
| 4.2 | A Estruturação do Sistema Municipal de Saúde: O Caso | 84 |
| 4.2.1 | Antecedentes | 87 |
| 4.3 | Período de 1983 a 1988 | 88 |
| 4.3.1 | Ações Legais e Regulamentares | 88 |
| 4.3.2 | Ações Administrativas e Financeiras | 88 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 4.3.3 | Ações de Ampliação dos Serviços e da Rede Física | 94 |
| 4.3.4 | Ações de Integração ao SUS | 96 |
| 4.3.5 | Indicadores de Resultados do Período | 101 |
| 4.4 | Período de 1989 a 1992 | 101 |
| 4.4.1 | Ações Legais e Regulamentares | 102 |
| 4.4.1.1 | Aspectos da Gestão do FMS | 102 |
| 4.4.2 | Ações Administrativas e Financeiras | 103 |
| 4.4.3 | Ações de Ampliação dos Serviços e da Rede Física | 105 |
| 4.4.4 | Ações de Integração ao SUS | 106 |
| 4.4.5 | Indicadores de Resultados do Período | 107 |
| 4.5 | Período de 1993 a 1996 | 111 |
| 4.5.1 | Ações Legais e Regulamentares | 111 |
| 4.5.2 | Ações Administrativas e Financeiras | 112 |
| 4.5.3 | Ações de Ampliação dos Serviços e da Rede Física | 118 |
| 4.5.4 | Ações de Integração ao SUS | 121 |
| 4.5.5 | Indicadores de Resultados do Período | 123 |
| 4.6 | Período de 1997 a 2000 | 125 |
| 4.6.1 | Ações Legais e Regulamentares | 125 |
| 4.6.2 | Ações Administrativas e Financeiras | 128 |
| 4.6.3 | Ações de Ampliação dos Serviços e da Rede Física | 129 |
| 4.6.4 | Ações de Integração ao SUS | 131 |
| 4.6.5 | Indicadores de Resultados do Período | 132 |
| 5 | Considerações Finais | 135 |
| | Bibliografia | 150 |
| | Glossário | 159 |
| | Anexos | 161 |

Capítulo 1 – Introdução

As organizações públicas brasileiras encontram-se carentes de ações concretas de gestão, capazes de encontrar soluções possíveis aos grandes dilemas políticos, econômicos e sociais ainda vigentes. Ao se tratar de gestão, independentemente de se referir a organizações públicas ou privadas, ao planejar, organizar, dirigir e controlar, existe a necessidade de coordenação dos recursos humanos nos processos de trabalho, fundamentais sobretudo em organizações prestadoras de serviços. O desenvolvimento da capacidade e criatividade dos recursos humanos, quando presente nos diversos níveis da organização, dá um caráter próprio à organização, quanto à sua eficiência e à sua competência: atingir resultados superiores.

A Saúde Pública tem passado por um longo processo de lutas na construção dos seus modelos assistenciais, visando a descentralização dos serviços, a equidade no atendimento, a melhoria do acesso aos tratamentos, a hierarquização com regionalização, assim como tem se preocupado com a qualidade no atendimento dos usuários.

Um modelo de gestão adequado, buscando a eficiência na administração do complexo Sistema Nacional de Saúde – SUS, tem sido perseguido, inclusive baseado na maximização do seu financiamento. O SUS propõe-se à descentralização das ações, especialmente para a esfera municipal, em que encontra barreiras de caráter operacional, principalmente pela escassez de competências, como financeiras, humanas e tecnológicas (que podem ser entendidas como a aplicação de conhecimentos científicos à produção).

As organizações públicas, por se constituírem de estruturas, sistemas e operações complexas, envolvem questões bastante diversas, se comparadas com as organizações privadas, especialmente quanto à sua gestão. Essa gestão está atrelada desde às questões orçamentárias, administrativas, financeiras, de recursos humanos, até à questão ambiental, e bastante presente

na organização de serviços, para que as ações (nível operacional) se dediquem também a avaliar o desempenho e a qualidade.

Outro conceito a ser considerado, também nesse sentido, é de que os serviços de Saúde são produtos de natureza social, cujos benefícios e ganhos são dificilmente mensuráveis, porque extrapolam a satisfação individual. Os serviços de Saúde Pública enquadram-se nessa categoria, ou seja, de bens e serviços indivisíveis, de utilidade coletiva, não podendo ser medidos individualmente o benefício e o consumo. Por essa razão é que seus usuários têm a tendência de subestimar o seu valor. **(Contador, 2000 in Gomes, 2001:6)**

1.1 – Objetivo Geral do Estudo

Estudar a dinâmica da gestão de uma Organização Municipal de Saúde com operacionalização autônoma e descentralizada dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, na condição de interdependência com diferentes órgãos, em nível federal, estadual e municipal, ou seja, dentro do SUS.

1.2 – Objetivos Específicos do Estudo

- Dentro desse processo dinâmico de integração entre os diferentes agentes, o trabalho procurou focar a estruturação propriamente dita de um Sistema Municipal de Saúde Integrado, este entendido como um “Modelo” responsável pelas operações, pelos produtos, pelos serviços sociais e, conseqüentemente, pelos resultados do Sistema Maior (SUS).
- Em decorrência, considerou-se nesse “modelo de gestão” uma forma de organização de serviços, ou seja, de organizações envolvidas em ações (nível operacional) e em processos, ao mesmo tempo em que avalie o seu desempenho quanto à qualidade desses serviços e produtos finais.

- O conceito de Modelo, simplificado por um paradigma de desempenho a ser alcançado, envolve muitos aspectos da evolução organizacional. Por essa razão, o paradigma de desempenho proposto envolve tratar o próprio modelo sob diversos âmbitos do sistema organizacional, a gestão dos recursos financeiros, materiais, humanos e a concepção de gestão da qualidade.
- Por meio de um estudo (histórico-evolutivo) de caso do município de Itapeçerica da Serra, confirmar a validade e consistência do próprio SUS, que efetivamente se dá com base no desempenho da gestão, das operações, dos serviços e dos resultados de um Sistema de Saúde em nível municipal.

1.3 – Metodologia

Utilizou-se neste trabalho a Pesquisa Bibliográfica e Documental como base indispensável para possibilitar a investigação da gestão municipal da Saúde e alcançar os objetivos propostos. A investigação documental permite que o investigador não se perca em falsas pistas, além de permitir a verificação dos dados. A pesquisa documental também conduz à utilização de outras técnicas de investigação complementar, como a observação e a análise de conteúdo. Essa fonte de documentos possibilitou estabelecer o “estado da questão em matéria de representações sociais”. **(Albarello et al, 1995:30)**

Além disso, a pesquisa qualitativa foi escolhida como tipo do estudo por ser identificada como mais adequada ao tema, tendo em vista a intenção de descrever os fatos, de caráter exploratório, sem a intenção de quantificá-los, incluindo as observações como fonte de evidências. **(Godoy, 1995:62 in Giovinazzo, 2001)**

Entrevistas também foram concretizadas, como uma fundamental fonte de coleta de dados, tendo em consideração a demanda para o desenvolvimento do trabalho, vistas como a

exploração de processos de decisões dos gestores, na estruturação da SMS, fundamentado por **Sommer e Sommer (1997:105-126)**.

Na análise dos dados coletados na pesquisa, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo, conforme **Bardin (1996) in Freitas e Janissek (2000)**, mediante o agrupamento sistemático dos assuntos, para possibilitar a análise qualitativa, com o objetivo de gerar conclusões, mesmo que quantitativas, das informações textuais coletadas.

Foi desenvolvido, como ressaltado anteriormente, o estudo de caso, o qual, fundamentando-se em **Yin (2001:105)**, permitiu a coleta de evidências em Fontes Documentais, Registros em Arquivos, Relatórios de Gestão, Atas de Reuniões e Relatórios de Diagnósticos de Situações, todos desenvolvidos no contexto da Secretaria Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra, sobretudo coletados no Acervo da Saúde do município, como estudo de caso único, na intenção de que a descrição dos fatos possibilitasse sua sistematização, conforme resultados demonstrados no *Capítulo 4*.

O *Esquema 01* a seguir, sintetiza os elementos centrais deste Capítulo 4, constituídos pela elaboração de quatro (04) categorizações de ações estratégicas e, indicadores verificados, relacionados com a análise histórico-evolutiva dos períodos de gestão (períodos políticos).

Esquema 01 – Síntese da Estrutura do Caso



Fonte: Autora

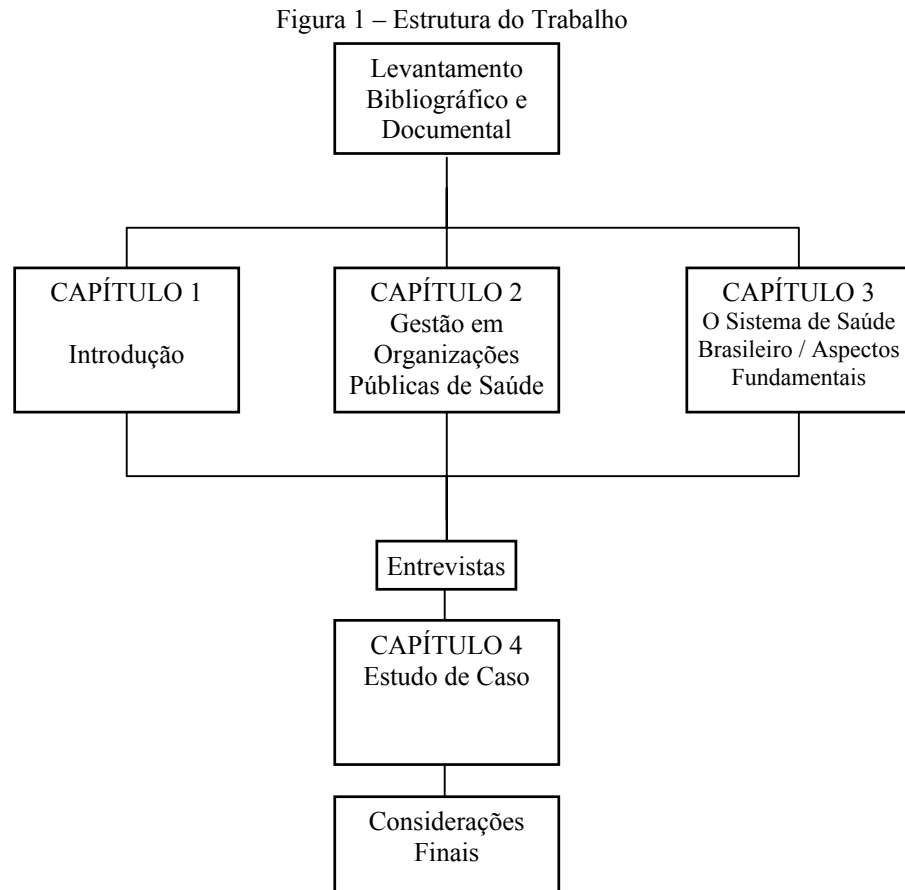
Hartley et al (1995:208-229) enfatizam que o estudo de caso é amplamente utilizado em pesquisas organizacionais, especialmente para analisar o comportamento organizacional, visando a compreensão das mudanças organizacionais, além de sua utilização nos processos sociais. A pesquisa consiste em uma investigação detalhada, com dados coletados em um período predeterminado, dentro da organização, visando a análise do processo de mudanças. O pesquisador pode utilizar-se de outras fontes de dados para reforçar a investigação, como análise de documentos e participação em reuniões e diálogos entre as diversas partes dentro da hierarquia da organização.

Como decorrência, tais métodos possibilitaram, atingir os objetivos específicos do estudo, visando identificar:

- A operacionalização do modelo de um Sistema Municipal de Saúde.
- A integração do sistema orçamentário e a gestão dos recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde.
- A importância e o papel estratégico de consolidação quanto à autonomia operacional da execução orçamentária e financeira do Fundo Municipal de Saúde.

1.4 – Estrutura do Trabalho

Por meio da *Figura 1*, fica sintetizada a organização do trabalho:



Fonte: Elaborada pela autora.

No *Capítulo I*, são tratadas as justificativas do tema de Gestão em Saúde Pública, a demonstração dos objetivos gerais e específicos do trabalho, além da metodologia utilizada.

O *Capítulo II* trata, especificamente, da Gestão em Organizações Públicas de Saúde, sobretudo discutindo os Conceitos de Gestão e de Organização, assim como a Cultura Organizacional, a Estrutura Organizacional e o conceito de Organizações Empreendedoras. Neste capítulo, são tratados também os fundamentais princípios de Planejamento em Saúde e Descentralização das Ações e a importância da Qualidade e Satisfação dos Serviços de Saúde, estruturando, dessa forma, os elementos e as relações complexas que integram a Gestão da Saúde Pública.

O *Capítulo III* dedica-se a uma síntese Histórica das políticas de Saúde Pública no Brasil, incluindo também a análise de pontos centrais do trabalho, as questões da centralização e da descentralização na Saúde. Nesta parte, são tratados os Recursos Financeiros da Saúde Pública e as competências e atribuições em cada nível da esfera de governo (federal, estadual e municipal), completados pela citação dos Principais Programas de Saúde Pública e Modelos Assistenciais em Saúde Pública.

O *Capítulo IV* está constituído pelo estudo de caso, este tratado metodologicamente como um processo de desenvolvimento histórico-estrutural do programa, e de ações estrategicamente estruturadas da Secretaria Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra.

Capítulo 2 – Gestão em Organizações Públicas de Saúde

O abrangente termo de Gestão de Organizações Públicas engloba ações articuladas e sistêmicas que envolvem os recursos humanos, estrutura e os recursos financeiros, com a responsabilidade de atendimento à coletividade.

Para formar o conjunto de elementos necessários a atingir esses objetivos das organizações públicas, podem ser utilizadas gerências descentralizadas por setores, de forma a manter as organizações orientadas no atendimento da coletividade com qualidade.

Segundo **Osborne e Gaebler (1998:121-122)**, as organizações orientadas por missões possuem estas vantagens:

- Maior racionalidade, em vez de normas;
- melhores resultados;
- são mais inovadoras;
- são mais flexíveis;
- possuem moral mais elevada.

A principal característica das organizações públicas é a de prestação de serviços, mediante o atendimento direto ao público. Esse público é integrado por cidadãos cada dia mais sensíveis à percepção de necessidades de atendimento com agilidade, dedicação e resultados de qualidade.

Sobretudo em organizações públicas de Saúde, os produtos e serviços oferecidos lidam diretamente com a vida das pessoas. Lidar com a vida envolve uma série de fatores relativos a um conteúdo mais amplo, não exclusivamente à ação realizada no momento em que um usuário procura os serviços de Saúde Pública, mas de outros fatores que se relacionam com sua qualidade de vida e com as condições de Saúde.

As organizações públicas, por atuarem caracteristicamente submetidas a regulamentações, também necessitam oferecer ações intersetoriais para que, de forma integrada, consigam ampliar melhores condições de vida para a sociedade. Por essa razão é que os mecanismos como formação de valores organizacionais, estrutura organizacional, ações empreendedoras e inovadoras na organização, descentralização e, sobretudo, planejamento se tornam fatores fundamentais para avaliação do seu desempenho.

2.1 – Conceitos de Gestão

Alguns conceitos de gestão são necessários para a estruturação deste trabalho. Tecnicamente, serão tratadas as diferenças conceituais entre administração e gestão.

Para **Aktouf (1996:26)**,

“não existe verdadeiramente uma razão para as diferentes denominações da palavra administração. Sobrecarregar de nuances e diferenças sutis termos como gestão, administração, ou gerir, administrar, ou ainda gestor, administrador, gerente, cria mais confusão do que qualquer outra coisa. Naturalmente, se quisermos podemos encontrar diferenças mínimas entre tais expressões”.

A intenção deste estudo, evidentemente, não é encontrar as “diferenças mínimas” existentes nas citadas expressões, mas sim melhor caracterizá-las no seu desenvolvimento, de forma a dar coerência e consistência ao seu propósito.

Com respeito à Gestão da Organização, em **Tavares (2000:272)**, é referido que a forma de gestão afeta outras dimensões da organização. Existe a gestão centralizada e a gestão descentralizada, assim como dilemas da eficiência da coordenação, que se relaciona com o

caminho da microcomplexidade das atividades dessa organização, ou seja, a eficiência, de que decorre o melhor desempenho profissional e funcional.

Outro conceito atrelado à gestão diz respeito à atividade de gerenciar. Gerir significa coordenar e atuar com ações articuladas que resultem em melhores resultados organizacionais.

Para **Alecien e Foucher (2001:21-22)**, gerenciamento é a atividade de conduzir, dirigir um serviço, uma instituição, uma empresa ou uma organização. O gerenciamento implica também a condução de pessoas para atingir um objetivo comum, de acordo com as finalidades da organização.

No setor público, o gerenciamento é uma ferramenta importante, pois implica também o aprimoramento das atividades integradas necessárias neste setor. Na prestação de serviços, em particular, o gerenciamento deve levar em conta o conhecimento da realidade e das necessidades locais, fundamental para o aumento da eficácia dos serviços. Essa característica, de certa forma, levanta a questão do dilema entre padronização *versus* diversificação nos serviços que estão submetidas as organizações públicas.

Conforme **Alecian e Foucher (2001:135-168)**, os instrumentos estratégicos fundamentais inerentes ao gerenciamento envolvem:

- projeto de serviço (análise dos processos relativos ao funcionamento do setor para atingir resultados, sobretudo para o futuro);
- definição da missão (busca de desempenho superior);
- plano de ação;
- esquema estratégico da formação (elaborar políticas que contemplem a evolução prevista no funcionamento dos serviços, no contexto das mudanças políticas, econômicas e sociais);
- plano de informatização;

- e a importância do controle de gestão (processo de avaliação permanente para verificar se os objetivos organizacionais estão sendo atingidos).

As organizações públicas, em geral, são carentes de capacitação gerencial, principalmente com competência para a obtenção da melhoria da qualidade dos serviços, fator importante para melhorar a credibilidade do sistema público de serviços (ações articuladas).

Outro aspecto do tema Gestão de Organizações Públicas se encontra em **Osborne e Gaebler (1998:92)**, ao afirmarem que essas organizações necessitam efetuar o gerenciamento dos contratos; aspectos básicos dessas atividades, como:

- licitação competitiva;
- licitação requer informações precisas quanto a custos e qualidade;
- contratos monitorados;
- pessoal técnico, e não “político”, à frente das tarefas.

Estes aspectos são relevantes, porque licitações mal dimensionadas e contratos sem gerência são pagos com recursos públicos, portanto, custeados socialmente, nos quais os atributos de responsabilidade por competência tendem a ser diluídos.

A vantagem da competição, nas organizações públicas, é a busca pela excelência, ao longo de sua cadeia de atividades de valor, tornando-se, com isso, um incentivo à inovação, além da necessidade de administração das licitações para concessão.

“A competição é a força permanente geradora de inovação que geralmente falta ao Governo.”

(Osborne e Gaebler, 1998:98)

Outra referência à competência da gestão, na organização pública, diz respeito aos resultados, que devem ser avaliados pelos usuários dos produtos e serviços públicos, demonstrando seu foco baseado em indicadores de desempenho.

No que diz respeito ao desempenho da gestão em organização, deve-se ressaltar as questões envolvidas no âmbito da cultura e competências da gestão, que se relaciona com as habilidades estratégicas dos decisores que integram a sua estrutura.

Nesse particular, o tratamento dado por **Porter (1989)** revela-se importante, especialmente quando explica a raiz da vantagem competitiva (desempenho superior e auto-sustentado), que é a transformação da cadeia de valor.

Este conceito permeia em grande parte as várias análises desenvolvidas nas partes e capítulos seguintes, fornecendo condições básicas e metodológicas para o estudo do tema proposto, que envolve um sistema complexo de organização, como é o Sistema Municipal de Saúde.

Ulrich (1998:15-19), ao estudar o sub-sistema de recursos humanos, trata dos desafios organizacionais, citando que os gestores devem criar modelos e processos visando a agilidade, a eficiência e a competência, por meio de tecnologias criadas em nível local, relacionadas aos processos de recrutamento, seleção e capacitação de profissionais especializados, assim como o estabelecimento de parcerias entre áreas, na busca por desempenho de novos papéis e demonstração de competências inéditas.

No setor público, vários mecanismos de recrutamento, seleção e avaliação de pessoal limitam a agilidade, a eficiência e a competência no desenvolvimento das suas atividades profissionais, inclusive por falta de avaliação periódica dos resultados.

A abordagem de **Ulrich (1998)** permite a vinculação do conceito de estratégia desenvolvido por **Porter (1989)**, quanto à cadeia de valor voltada para a competitividade. **Ulrich (1998)** enfatiza que as atividades dos recursos humanos são fontes da rapidez de serviços, inovações, decisões eficazes, como consequência, gerando atividades de alto valor agregado, voltadas para os agentes internos e externos, envolvidos com a organização. A área de RH tem

importante papel em garantir que as políticas no interior de complexas redes de valor, no setor público, sejam consistentes e eficazes, principalmente pela geração de serviços.

Para **Cohen (1999:109)**, uma gestão superior de organizações está associada ao trabalho em parcerias, descoberta de novas idéias, além de associar essas idéias às ações para colocá-las em prática, em busca de melhores resultados. Na gestão pública, isso implica novas formas de obter e usar o poder. A estrutura adotada por uma organização pública tem que concorrer para uma forma em que o poder formal (burocrático), inerente à sua complexidade, estimule, da mesma forma, o poder informal por competência de gestão.

Essa estruturação requer o maior envolvimento dos atores, não só no âmbito governamental, como em dimensões externas dessas organizações, levando em conta, sobretudo, seu objetivo social.

Outro aspecto importante diz respeito à utilização de informações relativas ao desempenho da organização, como ferramenta de gestão, elemento básico das decisões para o aperfeiçoamento de suas operações e serviços. **(Osborne e Gaebler, 1998:169)**

Outros autores apresentam referências importantes. tais como:

- No âmbito governamental, é adequada a consideração de que gestão está intrinsecamente ligada à busca da qualidade do produto, ou da prestação de serviços, do ponto de vista do cliente, devendo haver no processo de gestão planejamento, execução, controle e plano de melhorias, baseados em processos e em indicadores de desempenho, possibilitando a comparação e a avaliação dos resultados. **(Motta, 1999)**
- A qualidade é um elemento indispensável no processo de gestão. Estudos e pesquisas poderiam ser realizados visando adotar mecanismos adequados ao sistema para execução de serviços públicos com qualidade, ganhando a credibilidade com ações concretas.

- Novas ferramentas de gestão, com adaptação de visão estratégica, capazes de intervir na cultura organizacional do Estado, necessitam ser implantadas para o atendimento das necessidades da sociedade. Para atender os desafios atuais na gestão pública, é necessário o envolvimento de estratégias, adequando Legitimação da Decisão Político-Administrativa, Planejamento, Descentralização–Integração, Dignificação da Função Pública e Avaliação de Desempenho. **(Teixeira e Santana, 1995:7-10)**

2.1.1 – Conceito de Organização

As organizações são definidas como coletividades criadas para a execução de objetivos. As organizações possuem particularidades, posições de autoridades e responsabilidades, sistemas de comunicações que permitem aos diversos membros trabalharem juntos para atingir um objetivo comum. Há muitas atividades, nas organizações, que não se relacionam com seu objetivo. Algumas atividades são estritamente administrativas, outras atividades são estritamente sociais e outras, reações às pressões externas sobre a organização. **(Hall, 1999)**

Para a sistematização das atividades organizacionais, é necessária a coordenação das decisões e ações dos gestores, agentes principais para atingir os objetivos da organização na formação de equipes de trabalho, destinadas a atingir o objetivo comum, além das políticas organizacionais.

Segundo **Osborne e Gaebler (1998:293)**, em 1972, o psicólogo social Roger Harrison dividiu as organizações em quatro categorias:

- As orientadas pelo poder. São autocráticas e hierarquizadas.
- As orientadas por papéis específicos. São ordenadas por regras e procedimentos, além de seguirem as hierarquias.
- As orientadas por uma tarefa. São flexíveis e orientadas segundo os resultados.

- As orientadas a pessoas. Servem às necessidades de seus membros.

As organizações públicas enquadram-se em praticamente todas as categorias de organizações citadas acima.

São orientadas por uma forte relação de poder, não só entre os pares, mas sofrem fortes interferências externas, sobretudo pelo poder oriundo das políticas partidárias, assim como as ações conflitantes entre os poderes legislativo, executivo e judiciário.

Os papéis específicos das organizações públicas visam atender os interesses coletivos, porém devem seguir uma série de questões burocráticas emanadas das Leis pertinentes ao Setor.

Em relação à categoria orientada por tarefas, seus membros necessitam o tempo todo realizar tarefas para atingir os resultados; no entanto, nas organizações públicas, a remuneração dos seus membros não segue os princípios de organizações orientadas por tarefas (pagamento por tarefas/projetos executados).

Em relação à categoria orientada para pessoas, as necessidades dos seus membros são atendidas na medida em que seus membros e familiares também usufruem dos serviços públicos como cidadãos. Dessa categoria é que decorre a complexa valorização da capacidade organizacional de instituições públicas.

Anteriormente, as organizações valorizavam menos as competências individuais do que a capacidade para trabalhar em equipe. Atualmente, as competências individuais estão transformando a capacidade organizacional. **(Ulrich, 1998)**

As capacidades organizacionais estão ligadas à capacidade de formação das equipes de trabalho, com especialidades individuais, porém necessitando de visão do conjunto dos agentes decisores e gestores da organização em que estão inseridos, para não exercerem ações conflitantes nem paralelas.

Para **Osborne e Gaebler (1998:295)**, os trabalhos em equipe apresentam estas vantagens:

- Trazem diferentes visões do problema.

- Exercitam o pensamento na organização como um todo.
- Quebram as divisões departamentais.
- As informações caminham mais rápido na organização.
- As equipes mantêm funcionários capacitados.

O exercício do trabalho em conjunto, na organização como um todo, além das outras vantagens dos trabalhos em equipe, possibilita o desenvolvimento de ações articuladas, realizando atividades que visam atingir maiores e melhores resultados organizacionais.

Segundo **Morgan (1996)**, as organizações são sistemas abertos que necessitam de administração para o equilíbrio e a satisfação das necessidades internas e externas, adotando estilos flexíveis de trabalho, conciliando estrutura, tecnologia e estratégia para atingir os objetivos organizacionais.

Atingir os objetivos organizacionais envolve ações complexas: coordenação para conciliar estrutura com a tecnologia e a estratégia e, acima de tudo, competências individuais, principal agente das mudanças na sociedade.

As organizações públicas, ao gerar serviços e produtos de natureza social, necessitam criar processos que minimizem ineficiências, falta de agilidade, contribuindo para reparar o desnível social vigente no País, sobretudo nas áreas de serviços de Saúde.

“O objeto da mudança é geralmente identificado em quatro áreas que afetam qualquer organização: tarefas individuais, processos organizacionais, direção estratégica, cultura organizacional.” **(Kisil, 1998: 27)**

As quatro áreas anteriormente citadas vão formar as capacidades organizacionais. As organizações públicas, por se tratarem de estruturas complexas, como já referido, têm maior dificuldade na articulação de ações abrangentes que resultem em maior satisfação das necessidades da população.

A gestão de organizações públicas, contudo, está envolvida, como nas organizações privadas, com questões relacionadas a natureza da competição organizacional, custos, tecnologia e distribuição, que vão identificar o valor dos produtos/serviços que geram. Os desafios pela competência devem estar concentrados em capacidades organizacionais como velocidade, receptividade, relações interdepartamentais e externas, agilidade, aprendizado e competência de gestores e operadores. A gestão de RH, então, constitui-se em fonte de vantagens competitivas, ou seja, por desempenhos superiores que criam “capacidades organizacionais”, sobretudo na criação de valor na obtenção de resultados de seus produtos e serviços. **(Ulrich, 1998)**

Na gestão das organizações públicas, outra questão essencial é relativa à conscientização e à participação popular (controle social), fundamentais para encontrar mecanismos de gestão mais eficientes, para acompanhamento e fiscalização da gestão pública.

A população brasileira não está acostumada a exercitar o controle social, até porque ainda possui seqüelas do período autoritário vivido no País, necessitando que as organizações públicas criem espaços e meios propícios para a efetivação das políticas do setor.

2.1.2 – Cultura Organizacional

Para **Kisil (1998:6)**, cultura organizacional significa um sistema de opiniões e importâncias no interior da organização. Os membros de uma organização, por sua vez, são os responsáveis pela condução dos objetivos organizacionais, sendo agentes de ampliação do seu desempenho.

Segundo **Aktouf (1996:33)**, cultura é o sistema de valores, normas, maneiras de pensar e agir que orienta a conduta dos seus membros, de tal forma que caracteriza a sua identidade.

Smircich (1991) considera que existem duas formas de considerar a cultura dentro de uma organização: que ela tem uma cultura ou que a organização é uma cultura. A cultura de uma

organização pode ser considerada em três níveis: produtos ou artefatos visíveis, valores e pressupostos básicos ou inconscientes. **Fleury (1996)** oferece caminhos para se revelar a cultura de uma organização, como o histórico das organizações, o processo de socialização dos novos membros, as políticas de recursos humanos, os processos de comunicação e de decisão e a organização do processo de trabalho. **Morgan (1996)** parte de um ponto de vista macro, em que cada organização reflete a cultura da sociedade ou do País em que está inserida, até chegar em culturas de grupos ou subculturas dentro da organização, que podem ser fortemente integradas ou extremamente fragmentadas. **Spink (1991)** chega a questionar se realmente existe uma cultura organizacional como um todo ou se são formadas por pequenas partes. **Schein (1992)** estuda a cultura organizacional que se diferencia à medida que cresce e amadurece, por meio dos subgrupos. Para ele, as bases em que ocorrem essas diferenciações são funcionais, geográfica, por produto, mercado ou tecnologia, em termos de níveis hierárquicos, de divisões hierárquicas, de arranjos envolvendo mais de uma organização e outros grupos. Para ele, a cultura é o resultado de um processo de aprendizagem grupal, que é influenciada pelo líder do grupo. Para **Thévenet (1986)**, essas diferenciações como geográficas, histórias em comum ou atitudes ante o trabalho, favorecem a formação de grupos de empregados de uma mesma organização. **(Meyer et al, 1998)**

Na formação dos grupos ou equipes de trabalho, a cultura é um aspecto importante a ser considerado, tendo em vista a necessidade organizacional da execução das ações na mesma direção.

Enfatiza **De Masi (1999)** que os grupos ligados a trabalhos idealizadores possuem princípios reguladores em suas ações, assim como práticas organizacionais. Todavia, suas características individuais estão voltadas à competição, à auto-realização, ao exame interior, bem como ao culto da especialização e da sincronização.

2.1.3 – Estrutura Organizacional

Para **Wright et al (2000:267)**, a estrutura organizacional está relacionada à divisão de tarefas e responsabilidades de cada indivíduo, além da maneira de distribuição desses indivíduos em departamentos, divisões ou seções, refletidos em um organograma organizacional.

Os gestores necessitam estar atentos à distribuição dos indivíduos nos serviços dentro da estrutura organizacional, de acordo com as principais exigências técnicas e práticas de cada setor.

A má distribuição dos recursos humanos dentro da estrutura formal (organograma) pode ser considerada uma barreira ao desenvolvimento de ações, sobrecarregando determinados setores em detrimento de outros.

Por sua vez, no momento em que uma organização cresce, existe a necessidade de mudanças na estrutura funcional, de forma horizontal e de forma vertical. A organização requer mais especialistas em áreas administrativas, técnicas e operacionais. O desenvolvimento vertical significa nova distribuição de funções nos setores. Por essa razão que os processos de planejamento, organização, motivação e controle se tornam fundamentais para o alcance de objetivos da organização, conforme **Wright et al (2000:273-274)**.

Organizações com funções e recursos humanos melhor distribuídos permitem a execução das tarefas com maior eficiência e eficácia, melhorando o desempenho e a imagem da organização, além de maior possibilidade em atingir objetivos.

Becker et al (2001:09) referem-se aos recursos humanos como importantes na criação de valor. Nos serviços de Saúde em particular, para ser mais bem conceituado, segundo **Mello e Camargo (1998:17)**,

“Valor em assistência médica é uma combinação de Qualidade, custo e resultados, porém nem sempre é fácil para os clientes saberem se estão recebendo em serviços o valor que estão

pagando, seja através de impostos, como no caso dos hospitais públicos ou do SUS, seja pelas parcelas mensais em organizações privadas.”

2.1.4 – Organização Empreendedora

Às organizações públicas podem ser agregados os princípios de gestão empreendedora, conforme **Osborne e Gaebler (1998)**, adotando a descentralização das ações como princípio básico, além de incorporar a missão da organização nas tomadas de decisão, utilizando os recursos para elevar ao máximo a produtividade e a eficiência, buscando a identificação dos riscos nos processos, com a intenção de superá-los, além de trabalhar por missões, com objetivos claros e flexibilidade administrativa, abandonando as regras, quando possível. Quando os resultados são bem delineados, a necessidade de regras é inferior. A gestão empreendedora trabalha por resultados, buscando inclusive a melhoria do seu desempenho. Atualmente, os termos responsabilidade, performance e resultados começam a ser utilizados pelas organizações públicas empreendedoras. A avaliação dos resultados é uma questão importante, que possibilita a distinção entre as boas e as más ações, auxiliando na tomada de decisões e nas definições das políticas.

Organizações empreendedoras do governo incorporam estratégias de administração participativa, descentralização das ações, trabalhos em equipe, incentivos pela inovação e investimento em desenvolvimento de RH e consideram a fundamental importância do orçamento dos recursos financeiros.

“Organizações públicas empreendedoras são organizações em constante processo de aprendizagem. Estão a todo tempo experimentando novas abordagens, descobrindo com isso o que funciona e o que não funciona, aprendendo, enfim, com a experiência.” (**Osborne e Gaebler, 1998:163**)

Organizações inovadoras, portanto, necessitam do questionamento de pressupostos, idéias, princípios e atitudes dos gestores, permitindo um sistema associativo entre conhecimento e cultura geral. Ao gestor compete compreender antes de agir, dar sentido ao trabalho ou a uma função, de acordo com as competências dos recursos humanos, adotar maneiras de ampliar o acesso à informação, ao conhecimento e estimular a participação para criar uma dinâmica na organização, conforme **Aktouf (1996:135)**.

2.2 – Planejamento em Saúde

Dentro do sistema de planejamento governamental existe a necessidade do planejamento orçamentário e financeiro, entre os de outras áreas. O planejamento orçamentário e financeiro governamental necessita de uma estimativa equilibrada entre os valores das Receitas e das Despesas.

Para possibilitar as transferências regulamentares entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal), houve a exigência regulamentar de criação dos Fundos Públicos, estabelecidos por meio de lei específica, para viabilizar os repasses automáticos de recursos financeiros. Esses recursos podem não ser exclusivamente de natureza financeira, mas também de recursos humanos, materiais e equipamentos.

Na Saúde, o processo de transferências financeiras foi regulamentado na NOB/93, de forma integrada em três níveis de governo. O repasse dos recursos financeiros de Fundo a Fundo foi uma das formas de planejamento, assim como a definição das políticas operacionais. A forma de criar os Fundos Públicos também é considerada ação de planejamento, definindo o nível de autonomia e de competência para a gestão dos recursos.

Esses elementos se caracterizam como fundamentais no processo de Planejamento da Gestão de organizações públicas, possibilitando ampliar a capacidade da Organização.

A gestão pública com base no planejamento, conforme **Teixeira e Santana (1995:12-14)**, compreende:

- Sistemas integrados de planejamento estratégico, nos níveis tático e operacional, que dêem suporte aos planos estabelecidos.
- Sistemas integrados de curto, médio e longo prazo.
- Sistemas de informação gerencial para análise estratégica.
- Adoção de gestão pública transparente, com maior participação da comunidade no controle, além da elaboração de planos e políticas públicas.

A função de planejamento, portanto, torna-se fundamental para fazer eficiente a gestão, além de orientar as ações executadas por setores de um governo, quando voltados para o estabelecimento de metas e objetivos, compatíveis com a estrutura física e os recursos financeiros e humanos disponíveis.

Segundo **Affonso et al (1996:46)**, poucos foram os Fundos criados com a sua forma de operacionalização autônoma, com maior liberdade de gestão e responsabilidade pelos resultados às esferas locais de governo.

No caso de Estados e municípios, para receberem as transferências de recursos financeiros da União no SUS, existe a necessidade de instituir o Fundo de Saúde, o Conselho de Saúde, a Elaboração de Plano de Saúde, o Relatório de Gestão, a comprovação da existência de recursos de contrapartida no Orçamento, a Comissão para Implantação de Plano de Cargos e Salários para o pessoal da Saúde, devidamente aprovados pelo Conselho de Saúde (instituído por lei específica).

Um dos principais mecanismos de garantia de articulação dos interesses na Federação, considerado por **Affonso et al (1996)**, são os Fundos Públicos, canal de repasse automático de recursos, legalmente estabelecidos, que apresentam certa especialização de suas aplicações.

2.3 – Descentralização das Ações

Atualmente, a agilidade na informação é fundamental para a tomada de decisões. As organizações que têm níveis mais descentralizados de gerência possuem vantagens, consideradas por **Osborne e Gaebler (1998)**, como:

- Serem mais flexíveis e rápidas na tomada de decisões.
- Serem mais eficientes.
- Serem mais inovadoras.
- Possuírem uma moral mais elevada.

A descentralização está relacionada à tomada de decisões, estratégicas e operacionais, em nível de unidades gestoras finais do Sistema.

A centralização significa que o processo decisório da organização é desencadeado e efetivado, em relação às decisões estratégicas e operacionais, pela alta direção.

O modelo centralizado e burocrático implantado nas organizações públicas em décadas anteriores mostrou-se ineficiente.

Adotar um modelo descentralizado de operações das organizações públicas envolve um processo de mudança na cultura organizacional, rompendo processos históricos de trabalhos centralizados de poder.

Segundo **Teixeira e Santana (1995:14-17)**, a concentração de poder decisório nas mãos de chefias acarreta sobrecarga de trabalho individual, desviando a atenção por questões centrais como o Planejamento e a Avaliação das Ações. A centralização de autoridade inviabiliza as relações interdepartamentais, os fluxos de comunicação e o controle horizontal, o que possibilitaria maior agilidade e transparência nas decisões. No entanto, descentralizar não é suficiente. Torna-se necessário estabelecer integração, envolvendo:

- delegação de competência executiva aos diversos níveis da Administração Pública;
- incentivo à descentralização dos mecanismos decisórios, ampliando os canais de decisão e dando respaldo às deliberações obtidas;
- descentralização das estruturas fiscalizadoras, tornando-as mais próximas da população;
- maior apoio às instituições com poderes descentralizados, como as organizações populares de bairro;
- transparência dos planos com vistas à descentralização;
- tornar claro os valores e objetivos nos diversos níveis e áreas da administração.

O modelo centralizado atendeu a necessidades do passado. Novas formas de gestão são necessárias para acompanhar as necessidades atuais, como disponibilizar informações de maior qualidade, maximização de recursos, melhoria do desempenho e qualidade do serviço público.

Segundo **Hall (1999)**, a centralização está ligada à forma de distribuição do poder dentro da organização. Quando as decisões são tomadas principalmente pela alta direção, essas organizações possuem um maior grau de centralização, sinal inclusive de falta de confiança na delegação de poder.

A participação dos membros de uma organização no processo decisório não significa delegação de poder. A centralização nas organizações diz respeito à sociedade em que estão inseridas, ou seja, ao seu contexto político. As organizações, além do seu sistema político interno, fazem parte do sistema político do Estado. Essa condição é importante ao enfrentar o dilema centralização/descentralização, conforme **Cohen (1999)**.

As instituições políticas do Brasil, detentoras sobretudo de poder e diretrizes, tornaram-se geradoras de inúmeros conflitos organizacionais na esfera pública. Geralmente, essas

instituições não consideram o sistema organizacional público e o coletivo, mas em interesses partidários, inviabilizando, muitas vezes, as políticas de diferentes esferas executivas de governo, priorizando os meios, em detrimento dos objetivos.

Toda relação social envolve poder. Poder é a capacidade de produzir mudanças. Geralmente, as pessoas que detêm o poder possuem características capazes de influenciar pessoas com pouco senso crítico, pouca importância e pouca flexibilidade. Um dos resultados do poder é o conflito, ou seja, a divergência de idéias. O conflito pode servir para melhorar a qualidade do processo de tomada de decisão. Já a solução do conflito pode significar demonstração de talento, conforme **Hall (1999)**.

“A crescente complexidade da sociedade brasileira e a diversidade de funções exercidas pelo Estado dentro dela exigem o uso de uma metodologia adequada no tratamento do planejamento e do controle e avaliação de desempenho das atividades realizadas pela Administração Pública. Tal metodologia deve basear-se necessariamente num enfoque sistêmico”. (**Teixeira e Santana, 1995:26**)

Os próprios cidadãos começaram a perceber a necessidade da prestação de serviços públicos com maior eficiência e qualidade, em que as organizações necessitam ser adaptáveis às mudanças, visando acompanhar as reais necessidades dos seus usuários. Essa percepção tem ocorrido principalmente no nível local, pois a esfera municipal é a mais próxima do cidadão. Conhecer a opinião dos usuários é fundamental para estabelecer ferramentas adequadas de gestão. O município necessita, portanto, adotar princípios de gestão como a avaliação do seu desempenho, a participação popular na administração, além do planejamento estratégico, com propostas eficazes a médio e longo prazo.

A avaliação de desempenho na gestão pública deveria seguir os princípios citados por **Teixeira e Santana (1995: 18-19)**, como:

- Adoção de um sistema de avaliação que calcule o desempenho do serviço prestado.
- Elaboração e divulgação de indicadores de desempenho do serviço público.
- Garantia de divulgação e acompanhamento dos indicadores de desempenho.
- Adoção de políticas de recursos humanos orientadas pelos padrões de avaliação do desempenho.

Um sistema de avaliação de desempenho na gestão pública necessita de gestores com capacidade e estabilidade para aprender e crescer com as críticas, além da formação de uma política adequada para sanar os problemas mais emergentes, especialmente em organismos complexos, que envolvem uma série de fatores para a tomada de decisões e para a elaboração de estratégias.

Segundo **Osborne e Gaebler (1998:198-203)**, sistemas voltados para a satisfação dos clientes (usuários) geram estas vantagens:

- Os prestadores são forçados a se responsabilizar por seus usuários.
- Melhor avaliação dos gastos.
- Estimular a inovação.
- Oportunidade de opção dos usuários entre os diversos tipos de serviços.
- Melhor equilíbrio entre a oferta e a procura.
- Maior poder de decisão do usuário.
- Maiores oportunidades de igualdade.

A expressão cliente deve ser substituída nesse estudo por usuário, adequando o termo, de forma apropriada à utilização dos serviços públicos.

2.4 – Qualidade e Satisfação

Tratar da qualidade e da satisfação nos serviços públicos, em especial de Saúde Pública, envolve tratar de fatores sistêmicos que irão influenciar na melhor ou pior avaliação dos serviços pelos usuários.

No que diz respeito aos fatores qualitativos, encontram-se aqueles que vão desde as formas de deterioração até as dificuldades de acesso a esses serviços. A grande insatisfação refere-se às demoras no atendimento, às filas e aos custos dos tratamentos, muitas dessas dificuldades decorrentes da falta de foco de agentes que operam no financiamento do setor. **(Nogueira, 1999)**

Essas deficiências ocorrem não só pelos agentes financiadores do setor, mas também por falta de articulação adequada para obtenção de recursos de outras esferas de governo, na melhoria do acesso aos serviços, na diminuição do tempo de espera pelos atendimentos. Nesse sentido sistêmico, ocorreram iniciativas importantes, como a criação de uma política que favoreceu a produção e comercialização de medicamentos genéricos a preço reduzido, viabilizada pelo setor público federal.

O crescimento da demanda pelo atendimento básico de Saúde ainda afeta principalmente o desempenho qualitativo do setor, manifestado quando se verifica a dificuldade em determinar as responsabilidades do atendimento à população, os serviços de referência para procedimentos complexos, a insuficiência de unidades de Saúde, que fazem o atendimento básico e de urgência.

As organizações públicas de Saúde geralmente trabalham com recursos humanos insuficientes, remuneração inadequada, infra-estrutura insuficiente e sem sistemas de acompanhamento e avaliação de indicadores de Saúde.

Outra questão que deve ser levada em consideração é a segurança, tanto dos prestadores de serviços quanto de quem recebe os serviços, procurando saber se o diagnóstico e a medicação fornecida estão corretos, se a estrutura de atendimento é suficiente e se os meios e os equipamentos utilizados para o diagnóstico são precisos e confiáveis.

2.5 – Gestão da Saúde Pública

O setor de Saúde Pública brasileiro é bastante complexo e carente de especialistas para desenvolver mecanismos de gestão adequados ao atendimento e sobretudo que atendam aos princípios do Sistema Nacional de Políticas de Saúde Pública.

Segundo **Cohn e Cohn (2001:11)**, para a compreensão das políticas de Saúde Pública, não é possível desvincular as políticas de Previdência Social. Países como o Brasil possuem problemas relativos à Saúde envolvendo a insuficiência de recursos financeiros, as injustiças das ações e dos serviços de Saúde, além da falta de controle social, por parte da população.

Políticas e Programas de Saúde Pública têm como objetivo a qualidade de vida da sociedade, tanto assim que a Organização Mundial de Saúde – OMS define Saúde como o bem-estar físico, mental e social do indivíduo. A busca por esses objetivos envolve significativos investimentos sociais para formar uma infra-estrutura voltada à melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, reforçando o conceito de Saúde dela resultante.

Em se tratando particularmente da construção de modelo de gestão de Saúde em nível municipal, apresenta aspectos específicos, a partir da Constituição de 1988, que estabelece uma significativa transferência da capacidade decisória, funções e recursos do governo

federal, para Estados e principalmente para os municípios, criando meios para a descentralização dos recursos e dando coerência efetiva do sistema. (**Affonso et al, 1996**).

Os municípios são a base para efetivação do modelo de gestão, tendo em vista a proximidade da população, a capacidade de dimensionar a real demanda, sendo o elemento-chave de articulação com as outras esferas de governo para aplicação dos recursos dirigidos às áreas prioritárias, sobretudo em melhorar o acesso dos usuários.

Hortale et al (2000) consideram que o acesso e a descentralização podem ser utilizados como categorias para construção de um modelo de gestão em prestação de serviços de Saúde. Na operacionalização do modelo é necessário considerar duas dimensões: a social e a política. São enfatizados a utilização das categorias de níveis de gerência (administração, planejamento, etc.), a produção de recursos (medicamentos, conhecimentos), as organizações de recursos (públicas, privadas, ONGs), os financiamento e a prestação de serviços nos sistemas de Saúde.

O Sistema Único de Saúde, se bem conceituado e entendido, deve ser visto como um Sistema de Ordem Maior, em que o bom desempenho da esfera municipal constitui a parte operacional responsável pela elaboração de projetos, políticas e programas que visem o atendimento preventivo, corretivo e da promoção da Saúde da população.

Ribeiro et al (2001:556) citam que a gestão de organizações públicas hospitalares possui pouca autonomia nas estratégias de seleção, devido às barreiras enfrentadas pela sua gestão em relação às compras de bens e serviços, além da gestão financeira, porque estão atreladas às Legislações, conforme demonstradas a seguir na *Tabela 1*:

Tabela 1 – Gestão de organizações públicas de Saúde em nível municipal

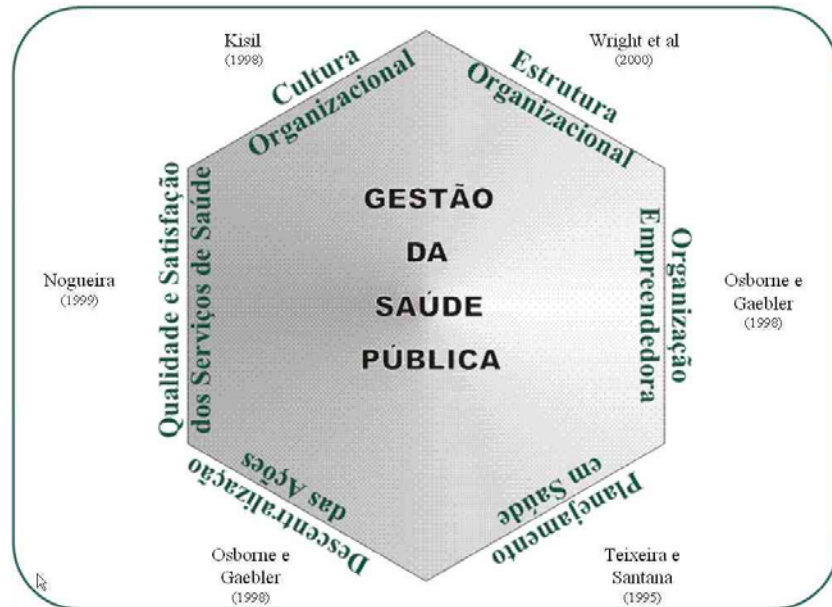
| | |
|---|--|
| OBJETIVO | Atender à demanda dos usuários dos serviços e ações de Saúde Pública de interesse coletivo. |
| Controle | Poderes Executivo e Legislativo Municipal e Comunidade. |
| Financiamento | Recursos disponibilizados pelas três esferas de governo |
| Leis pertinentes | Lei nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde Lei nº 8.142/90 – Lei Orgânica da Saúde Lei nº 8.666/93 – Licitações e Contratos Lei nº 4.320/64 – Orçamento e Finanças Públicas Lei nº 101/2000 – Responsabilidade Fiscal |
| Gestão de pessoal | Contratos regidos pela CLT / Estatuto Ingresso por Concurso Público Nomeação efetuada pelo Poder Executivo |
| Mecanismos de avaliação e de desempenho | Burocrático Processos sem avaliação de resultados |

Fonte: Adaptada pela autora de Ribeiro et al (2001:557).

O ambiente restrito das organizações públicas de Saúde, do ponto de vista da decisão autônoma dificulta a gestão dos serviços, porém são necessários procedimentos administrativos visando a otimização dos recursos existentes. Atualmente, existe a necessidade inclusive das organizações públicas seguirem os princípios estabelecidos na Lei de Responsabilidade Fiscal (maio/2000). Essa lei deve ser entendida como um instrumento de planejamento e, sobretudo, de gestão.

O *Esquema 02*, sintetiza graficamente, os diferentes âmbitos tratados neste Capítulo.

Esquema 02 – Âmbitos da Gestão em Saúde Pública



Fonte: Autora

Capítulo 3 – O Sistema de Saúde Brasileiro – Aspectos Fundamentais

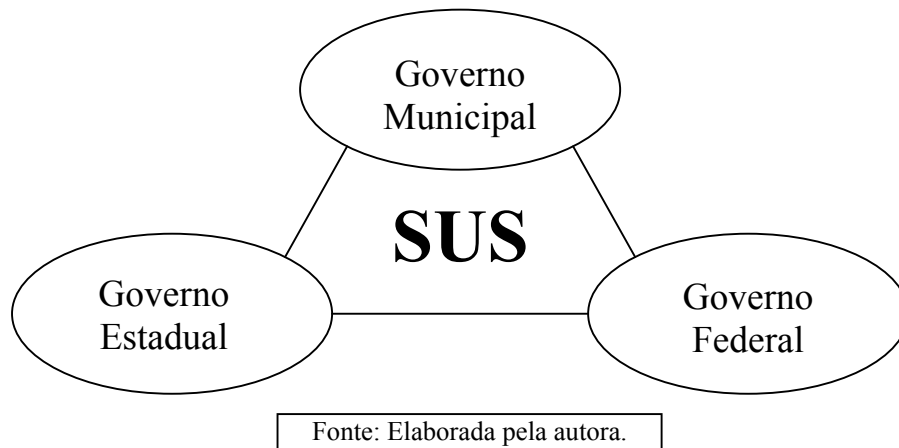
A Saúde é um produto essencial, além de social. A demonstração da complexidade dos elementos que compõem o sistema permite a busca por modelos adequados a cada realidade local. A opção por um modelo de gestão depende, entre outras coisas, da capacidade da gestão municipal em estabelecer as relações consistentes com os demais níveis de operacionalização do SUS.

Na complexidade do SUS, são inerentes: fatores estruturais, fatores sistêmicos e fatores internos em três níveis de governo. Isso leva à necessidade de repensar as funções estratégicas e operacionais do sistema, de forma a afetar positivamente as condições para o processo de mudanças nas organizações de Saúde Pública, condição fundamental para o seu gerenciamento.

Para enfrentar a complexidade do sistema, é necessário haver maior competência de gestão, abrangendo principalmente o planejamento e o processo orçamentário nos três níveis de governo. O SUS depende de quem está na ponta – a gestão municipal.

O financiamento do sistema esteve fundamentado na lógica das políticas de Saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde, e não nas reais necessidades locais, atribuição e competência dos municípios para gerir com maior eficácia os recursos da Saúde disponibilizados pelas três esferas de governo. O SUS estabelece e consolida uma relação sistêmica entre as esferas, conforme demonstrado na *Figura 2*.

Figura 2 – Integração do Sistema



Em explicação dessa figura, o SUS constitui a sinergia das relações entre os principais agentes integrantes, mantendo os níveis de interdependência das diferentes esferas de governo, alimentando, ao mesmo tempo, competências regionais e hierárquicas, para sua implementação e consolidação.

3.1 – Breve Histórico das Políticas de Saúde Pública no Brasil

O estudo faz um breve relato dos principais fatos históricos ocorridos a partir da década de 1960 que marcaram o processo de transformação das políticas de Saúde Pública no País, sem a intenção de descrever com detalhes esses fatos.

Em 1966, cria-se o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Nessa época, a Saúde era uma questão de previdência, só possuindo o direito de usufruir dos serviços de Saúde o trabalhador que tivesse a Carteira de Trabalho assinada. Posteriormente, o antigo INPS foi transformado em Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – Inamps.

Posteriormente a isso, por meio do Decreto Federal nº 74.891, de 13 de novembro de 1974, foi regulamentado que as Coordenadorias Regionais de Saúde, do Ministério da Saúde, deveriam atuar como entidades de apoio ao Sistema Nacional de Saúde.

Então, com a finalidade de organização do Sistema de Saúde Nacional, a Lei Federal nº 6.229, de 17 de julho de 1975, regulamentou que o sistema é um complexo de serviços públicos e privados de Saúde, composto por ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde. As atribuições de cada Ministério estão descritas na *Tabela 2*:

Tabela 2 – Atribuições dos Ministérios no Sistema Nacional de Saúde

| | |
|--|--|
| Ministério da Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração das políticas nacionais de Saúde, voltadas ao interesse coletivo. |
| Ministério da Previdência e Assistência Social | <ul style="list-style-type: none"> • Responsável pelo atendimento médico-assistencial individualizado. |
| Ministério da Educação e Cultura | <ul style="list-style-type: none"> • Responsável pela formação e habilitação dos profissionais de Saúde em nível universitário, técnico, assim como os auxiliares, por meio dos Hospitais Universitários, Universidades, além de integração do pessoal ao Sistema Nacional de Saúde. |
| Ministério do Interior | <ul style="list-style-type: none"> • Responsável pelas áreas de saneamento, desenvolvimento regional integrado e assistência em casos de calamidade pública; |
| Ministério do Trabalho | <ul style="list-style-type: none"> • Responsável pela higiene e Segurança no trabalho, prevenção de acidentes e doenças profissionais e do trabalho, disciplina corporativa e política salarial das profissões de Saúde. |
| Demais Ministérios | <ul style="list-style-type: none"> • Responsáveis pelas ações relacionadas com a Saúde, por meio de programas específicos. |
| Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios | <ul style="list-style-type: none"> • Responsáveis pela organização dos serviços por meio de incentivos técnicos e financeiros recebidos da União, para o desenvolvimento de atividades e programas de Saúde, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde. |
| Especificamente aos Estados, Distrito Federal e Territórios | <ul style="list-style-type: none"> • Instituição de planejamento integrado de Saúde da Unidade Federada para a região em que está situado. • Integração das atividades de proteção e recuperação da Saúde no Sistema Nacional de Saúde. • Criar e operar os serviços básicos do Sistema Nacional de Saúde, previstos para a Unidade Federada. • Criar e operar as unidades de Saúde estaduais, em apoio às atividades municipais. • Assistir os municípios, técnica e financeiramente, para a operacionalização dos serviços básicos de Saúde locais. • Cooperação com os órgãos federais na resolução dos problemas de Saúde de sua área. |
| Especificamente aos Municípios | <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção dos serviços de Saúde relativos à população local, especialmente os pronto socorros. • Manutenção da vigilância epidemiológica. • Articulação dos planos locais de Saúde com os planos estaduais e federais para o setor Saúde. • Integração dos seus serviços de proteção e recuperação da Saúde no Sistema Nacional de Saúde. |
| Especificamente à União | <ul style="list-style-type: none"> • Responsável pelas ações próprias e supletivas referentes a: Saúde coletiva, combate às endemias, controle de epidemias, casos de calamidade pública, além da Saúde individual, unindo esforços e recursos da União, dos Estados, dos municípios e das entidades privadas. |

Fonte: Adaptada pela autora da Lei Federal nº 6.229, de 17/07/1975.

De acordo com a Lei Federal nº 6.229, é responsabilidade do Conselho de Desenvolvimento Social a apreciação da Política Nacional de Saúde, formulada pelo Ministério da Saúde, assim como os dos outros Ministérios, visando a preservação das diretrizes de coordenação geral, compatíveis com os Planos Nacionais de Desenvolvimento.

Nas últimas décadas, ocorreram intensas transformações no Sistema de Saúde Brasileiro, seguido ao processo de redemocratização a partir da década de 1980, ao mesmo tempo da crise econômico-financeira vivida pelo País.

A redemocratização significava na época a luta pelo regime democrático, com necessidade do retorno ao direito de participação popular, ao direito de escolha, ao direito de crítica, além das outras séries de obrigações que envolvem a cidadania.

Foi sendo assumida, paulatinamente, maior responsabilidade pública pela assistência de Saúde. Foi dado início ao processo a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – Piass, em 1976. Posteriormente, em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-Saúde, porém ficou só no papel. Em seguida, foi criado o Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – Conasp, em 1982. A partir daí, em 1983, foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde – AIS, ações essas importantes no processo de descentralização da Saúde.

As AIS visavam alcançar melhores níveis de articulação institucional, com o objetivo de atingir ações mais eficientes e eficazes no setor de saúde, podendo ser considerada como princípio estratégico da reforma sanitária, implantada posteriormente no país.

O setor de prestadores de serviços de Saúde privado ofereceu grande resistência ao movimento das AIS, porque confrontava a posição privatista com as estatizantes e reformistas. A implantação das AIS demarcou a política de Saúde no campo da Previdência Social, caracterizando-se como ação estratégica de integração, além de tornar racional a concepção de saúde no país **(Guimarães e Tavares, 1994:84)**.

Em 1987, foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, adotando como princípios a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade das ações, a regionalização dos serviços de Saúde, a implementação dos distritos sanitários, a descentralização das ações de Saúde, o desenvolvimento de instituições gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos. **(Cohn e Cohn, 2001)**

Após um longo processo, especialmente desenvolvido nas décadas de 1970 e 1980, foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS, promulgado na Constituição em outubro de 1988, no capítulo previsto para a Saúde: “a Saúde é direito de todos e dever do Estado.” **(CF art. 196)**, prevendo, entre outras atribuições, que o SUS, nos três níveis de governo, deve buscar dar coerência à idéia de sistema, inclusive com a transferência das ações de Saúde para o gerenciamento dos municípios, com redes próprias e competências definidas.

Contudo, diversos obstáculos expressivos têm impedido os avanços do SUS. Diante dos princípios do sistema, acredita-se que, com a descentralização, por meio do enfoque no município, o Estado possa fazer o papel regulatório, enquanto os municípios executam as ações no que diz respeito ao gerenciamento do setor. É necessário que as organizações de Saúde se adaptem a um mercado competitivo, em que o País se encontra em fase de transformação, inclusive com o conceito de cidadania ganhando espaço. O processo de reforma do Sistema de Saúde Brasileiro tem como objetivo ampliar o acesso às ações e aos serviços de Saúde, participação da comunidade na gestão, além de tornar um sistema de Saúde universal. A Constituição de 1988 reforça o conceito de descentralização para a esfera municipal, com autonomia e participação da comunidade. Para os municípios, as barreiras para a implantação definitiva da descentralização ocorrem sobretudo por questões financeiras e técnicas dos governos municipais. De acordo com a Constituição de 1988, o município é o responsável pelas ações básicas de Saúde à população. Quanto ao Estado e à União, cabe a

responsabilidade pela cooperação técnica e financeira em complemento às responsabilidades municipais. **(Malik e Schiesari, 1998)**

Dando seqüência ao processo de implantação do Sistema, foi criada a Lei Orgânica da Saúde, a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de outras, estabelecendo a participação da comunidade e as formas de financiamento do setor Saúde. Estabelece ainda o planejamento ascendente, do nível local até o federal, adequando as necessidades das políticas de Saúde com a disponibilidade dos recursos nos três níveis de governo, por meio de políticas econômicas e sociais que visem a redução e o agravamento das doenças, assim como promover o acesso para a promoção, proteção e recuperação da Saúde individual e coletiva da população.

Posteriormente a isso, em 28 de dezembro de 1990, foi criada a Lei Federal nº 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de Saúde, além de outras, em que estabelece que o Conselho de Saúde, responsável pelo controle social, terá caráter deliberativo e permanente, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de Saúde e usuários do sistema, de forma paritária, atuando na formulação de estratégias e políticas de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, em cada esfera de governo. Para o recebimento dos recursos financeiros, a Lei nº 8.142/90 estabelece que os gestores deverão contar com recursos próprios de contrapartida nos respectivos Orçamentos da Saúde, depositados no Fundo de Saúde correspondente, em que seus Balanços possam demonstrar a aplicação em Saúde da respectiva esfera de governo. A promulgação das Leis Orgânica da Saúde serve para definir o andamento do Sistema Único de Saúde – SUS e o papel de cada esfera de governo. **(Pedrosa, 1999)**

Com a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – Inamps, por meio da Lei Federal nº 3.716, de julho de 1993, houve um passo significativo para a implantação do SUS, porque repassou os serviços desse órgão para Estados e municípios com atribuições regulatórias do Ministério da Saúde. **(Cohn e Cohn, 2001)**

Além disso, têm sido tomadas diversas medidas para a implantação do sistema, assim como a edição das Normas Operacionais Básicas - NOBs, a de 1991, a de 1993 e a de 1996, assim como a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/2001, visando a melhoria do desempenho do SUS, e definir melhor as competências de cada esfera de governo. As Normas Operacionais são editadas para aplicação, sofrendo as necessárias modificações, conforme avaliação das identificadas necessidades, por uma comissão tripartite, ou seja, das três esferas de governo.

A NOB/91 estabelecia orientações quanto ao processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços de Saúde. A NOB/91 buscava o ressarcimento da prestação de serviços públicos de Saúde, como no setor privado. A Norma considerava os municípios como meros prestadores de serviços. Outra questão considerada foi o estímulo ao processo de municipalização, cobrando os requisitos estipulados pela Lei nº 8.142/90, relativos à instituição dos Fundos e Conselhos para a efetivação dos repasses financeiros. **(Heimann et al, 2000:33)**

A NOB/91 foi à busca da implantação de um “projeto autoritário de descentralização”, no governo Collor, tentando uma articulação direta entre o governo federal e os municípios. **(Cohn e Cohn, 2001:125)**

A NOB/93 tinha como objetivo a instituição de mecanismos de regulação do processo de descentralização. A norma considerava três formas de gestão possíveis aos municípios: a Incipiente, a Parcial e a Semiplena. A Semiplena consistia na mais avançada no que se refere à descentralização, porque transferia aos municípios o controle total da gestão. Os

mecanismos de descentralização instituídos pela NOB/93 proporcionavam a construção de um modelo de Saúde adequado às necessidades de gestão da Saúde. A Norma definiu ainda que a gerência do processo de descentralização deveria ser realizada por comissões intergestoras, realizando o Planejamento Pactuado Integrado – PPI. A Norma pretendia o estabelecimento de sistemas municipais de Saúde autônomos, além de definir o planejamento integrado em cada esfera de governo. **(Heimann et al, 2000)**

A NOB/96 define as competências das esferas de governo, possibilita maior planejamento dos gastos financeiros, por meio do estabelecimento dos tetos financeiros para os municípios. O teto financeiro é estabelecido com base na PPI. A Norma prevê duas modalidades de gestão: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena da Assistência Municipal. A estrutura de Saúde prevista na NOB/96 é compatível com as defendidas pelo Banco Mundial para países em desenvolvimento, especialmente em relação à universalização da atenção básica. A NOB/96 considera como atenção básica um conjunto de ações no primeiro nível de atenção dos sistemas de Saúde, relativas à promoção da Saúde, além da prevenção, do tratamento e da reabilitação da Saúde. A NOB/96 teve início de operacionalização em janeiro de 1998, com a implantação do Piso Assistencial Básico – PAB para os municípios. A NOB 01/96 trouxe a possibilidade da discussão de diversos segmentos da sociedade, em especial os gestores das três esferas de governo, possibilitando o fortalecimento do SUS, estimulando o processo de descentralização da Saúde Pública no País, além de incluir instruções operacionais no modelo brasileiro. **(Cohn e Cohn, 2001:129)**

A NOB/96 visa a reordenação dos serviços de Saúde, aperfeiçoando a gestão do SUS, redefinindo os papéis de cada esfera de governo, especialmente em relação à direção única, além da necessidade dos três níveis (federal, estadual e municipal) de assumir seus efetivos papéis de gestores do SUS.

A NOB-SUS 01/96 é resultado de um longo processo de discussão pelos gestores das três esferas de governo, além dos usuários e prestadores de serviços públicos de Saúde, buscando o aprimoramento do processo de construção descentralizada do SUS, iniciado por meio da NOB/93, além das regulamentações relativas às Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

A articulação entre os gestores dos três níveis de operacionalização do sistema ocorre por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), além do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), composta por representantes da Secretaria Estadual da Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Além desses espaços constituídos para a articulação da integração do sistema, outras discussões e ações podem ocorrer em nível local, por meio das organizações nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde para a consolidação do sistema.

A NOB-SUS 01/96 tem como princípio básico apoiar a estruturação do setor de Saúde na consolidação do sistema, com suporte administrativo, técnico, financeiro e operacional, das três esferas de governo, visando a ampliação dos atendimentos à coletividade.

O sistema de gestão é implantado no município de acordo com sua competência técnica e estrutural, com co-responsabilidade do Estado e do município, com vistas à implantação de uma gestão integrada em todo o País, de forma que cada nível de interdependência assuma a responsabilidade por seu território de localização geográfica.

Em Setembro de 1996, aconteceu um marco importante para a história do setor Saúde no Brasil. Foi realizada a 10ª Conferência Nacional de Saúde - CNS, com mecanismos de participação consolidados, precedida por conferências estaduais e por conferências municipais de Saúde, tendo sido discutidas em profundidade as ocorrências no setor, oferecendo análises e proposições, garantindo a criação de uma estrutura consistente, para atingir a médio e longo

prazo os objetivos que foram traçados para o setor Saúde, a partir da Constituição de 1988, sobretudo em relação à melhoria do acesso da população aos serviços de Saúde pública, com maior justiça e igualdade, em que o ser humano seja o objetivo maior do setor.

A 10ª CNS traduz os exautivos esforços para cumprimento da implantação do SUS em todo o país, por meio de discussões coletivas entre usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços, cientistas e gestores dos serviços de Saúde do país, demonstrando um efetivo exercício de democracia do setor Saúde.

O tema da 10ª CNS foi “Gestão e Organização dos Serviços de Saúde”, com questões importantes sobre “Saúde, Cidadania e Políticas Públicas”, além do Controle Social e da Qualidade para consolidação do sistema, assim como o financiamento do setor, os “Recursos Humanos para a Saúde” e “Atenção Integral à Saúde”, buscando intensificar os esforços para garantia dos princípios do SUS e implementação do sistema em todo o país.

Em relação à Gestão e Organização dos Serviços de Saúde, a intenção foi o aprofundamento do processo de descentralização e de municipalização, com questões para nortear os gestores na consolidação do SUS.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em conjunto com as Comissões Intergestoras e os Conselhos de Saúde, deveria promover uma estratégia para ampliação e qualificação do processo de municipalização da Saúde em todo o país, envolvendo (**Anais da 10ª CNS**):

- processo de descentralização e municipalização;
- transferência das ações e serviços para as esferas locais;
- habilitação dos municípios na Gestão Plena, em especial quanto aos procedimentos para o repasse financeiro dos Fundos Federal e Estadual ao Fundo Municipal;
- aumentar a autonomia no planejamento das ações;

- normatizar o repasse de equipamentos e unidades federais e estaduais, para unidades municipais;
- organização dos Serviços de Referência Especializada e de maior complexidade, em municípios com redes melhor estruturadas;
- melhor integração entre as esferas do SUS, para evitar a duplicidade de ações e
- reestruturação da gerência dos hospitais públicos, por meio da vinculação ao processo de municipalização e regionalização.

A construção do SUS é feita de forma compartilhada entre as três esferas do governo, federal, estadual e municipal, principalmente por meio da participação da sociedade civil organizada, os conselhos de Saúde, realizando o controle social, garantindo o acesso das pessoas, além da preocupação com a qualidade do sistema. O estabelecimento das políticas, diretrizes e ações de Saúde deve ser por meio dos Relatórios de Gestão, Planos, Orçamento, entre outras ações, amplamente discutidos e aprovados pelo Conselho de Saúde. Para concretização do Sistema Nacional de Saúde, um dos requisitos necessários é a integração dos serviços entre as três esferas de governo.

As Normas Operacionais têm definido estratégias e táticas de orientação e operacionalização do sistema, servindo como norte para os gestores em nível municipal, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação. **(Pedrosa, 1999)**

Tendo em vista os avanços das Normas Operacionais Básicas do SUS, que possibilitaram uma maior responsabilização de gestores municipais como atores políticos, foi criada a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001, por meio da Portaria Federal MS/GM nº 95, de 26/01/2001, com melhor definição do amadurecimento sobre as especificidades do papel do gestor estadual no SUS, assim como com a finalidade de avançar no processo de descentralização da Saúde, por meio da regionalização, visando garantir o acesso de todos os

cidadãos brasileiros às ações de Saúde, com resolutividade e qualidade em todos os níveis de atenção. A norma foi considerada o reconhecimento da regionalização em Saúde, além do fundamento para a efetivação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção, significando um avanço na implantação do SUS.

O objetivo principal da NOAS-SUS 01/01 é promover o acesso da população em todos os níveis de atenção às ações e serviços de Saúde, além de proporcionar maior equidade na alocação dos recursos.

Aos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema foi contemplada a possibilidade de ampliar o acesso aos recursos financeiros de repasse. Foi criada, então, a estrutura administrativa da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, a municípios com capacidade de ofertar serviços para a sua população e para população de outros municípios. Esse novo nível de capacitação da gestão municipal exige definição dos conceitos de organização da assistência na delimitação estadual, mediante um protocolo de garantia de acesso, assinado junto à Secretaria Estadual de Saúde, definindo os conceitos para a organização da assistência, contidos no Plano Diretor de Regionalização, para habilitação segundo as características apresentadas entre essas categorias, conforme a **NOAS-SUS 01/01**:

- Região de Saúde;
- Módulo Assistencial:
- Município-Sede do Módulo Assistencial;
- Município Pólo;
- Unidade Territorial de Qualificação na Assistência à Saúde.

A estratégia proposta pela NOAS é a regionalização para o aprimoramento do SUS, por meio do processo de descentralização. Visando contribuir para o processo, foram estabelecidos três grupos de estratégias para a regionalização em Saúde:

1. Elaboração do Plano Diretor de Regionalização.

2. Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS.
3. Atualização dos critérios e do processo de habilitação de Estados e municípios.

Cada município se encontra em uma fase diferente em relação à descentralização e à regionalização em Saúde. O estabelecimento de diretrizes gerais para o processo de regionalização da assistência busca avançar na consolidação do SUS, por meio de medidas que melhorem o acesso da população, com equidade, às ações de Saúde.

À medida que o processo de descentralização vai se consolidando, uma série de desafios para a efetivação do SUS vai surgindo. A autonomia entre os entes federados, estabelecidos na Constituição Federal de 1988, tornou ainda mais complexa a construção de um Sistema Único de Saúde. Existem uma série de municípios no País com uma estrutura organizacional pequena para a gestão de um sistema de Saúde completo, incapazes de atender às ações de Saúde em todos os níveis de complexidade, assim como existem outros maiores que funcionam como centros de atração regional.

Seguindo os princípios do SUS, as demarcações político-administrativas não podem impor restrições ao acesso, mas sim devem garantir a universalidade e a integralidade do sistema, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores. A consolidação do SUS leva em consideração as variáveis técnico-operacionais, territoriais, populacionais e assistenciais próprias da organização de redes regionalizadas e resolutivas de serviços, conforme estabelecido na Constituição de 1988.

Em relação ao avanço da descentralização, como princípio constitucional do SUS, algumas barreiras começaram a ser identificadas, conforme citado nas **Normas e Manuais Técnicos, Nº 16, MS, 2001**:

- Divisão de responsabilidades entre Estados e municípios.
- Financiamento do sistema.
- Planejamento e organização funcional do sistema.

- Resolutividade e acesso aos serviços.
- Monitoramento e avaliação contínua de desempenho.
- Processo de habilitação das Secretarias Municipais de Saúde.
- A efetivação das transferências Fundo a Fundo.

3.2 - Centralização e Descentralização na Saúde

Segundo **Affonso et al (1996)**, desde 1930 o aumento da ação governamental no âmbito social esteve junto à centralização política e à concentração de poder decisório no Executivo Federal. O federalismo (reunião dos vários Estados em uma mesma união política) centralizado transformava os governos dos Estados e os governos municipais em agentes administrativos do governo federal.

No setor público, a centralização está relacionada com a ineficiência, apesar de os governantes, ao centralizar as ações, entenderem que estão gerando economia, eliminando custos. **(Osborne e Gaebler, 1998:83)**

O poder público, com a necessidade atual de diminuição dos custos para melhor alocação dos recursos disponíveis aos setores, necessita de adequação nos gastos com pessoal, ficando algumas atividades centralizadas em determinadas funções, causando a ineficiência de alguns setores, especialmente os voltados às políticas sociais.

Durante os dois ciclos autoritários, (1930–1945) o de Vargas e (1964–1984) o dos militares, houve uma forma acentuada de federalismo centralizado. O autoritarismo foi marcado por processos fechados de decisão e pela gestão centralizada com grandes burocracias. **(Affonso et al, 1996)**

Diante da crise do modelo concentrador e centralizador econômico, a sociedade erguia a bandeira pela democracia e pela descentralização política. Na década de 1980, os esforços do

processo de democratização apoiaram correntes descentralizadoras, na luta contra um regime autoritário de traços centralizadores.

A busca pela democratização tinha a concepção de aumentar o grau de participação popular e a reconstrução da cidadania. A descentralização foi vista como instrumento de universalização do acesso e do aumento do controle pelos cidadãos. A descentralização deveria transferir competências e recursos de outras esferas para os municípios, aumentando sua capacidade decisória.

A Assembléia Nacional Constituinte (1987–1988) gerou uma série de ações descentralizadoras, resultado das lutas pela democratização. A Constituição de 1988 definiu significativa transferência de poderes da União para os Estados e principalmente para os municípios. Os municípios aumentaram os gastos com Saúde, devido ao maior comprometimento com as políticas de Saúde.

Aconteceram enormes resistências à descentralização, pela perda de funções, recursos e poder atribuídos ao Executivo Federal. As dificuldades da implantação da descentralização estavam em diversos níveis, não apenas no federal. As dificuldades eram em nível burocrático, corporativo, administrativo e financeiro.

Para **Hochman (2001)**, a palavra que sintetiza a dinâmica e as políticas sociais no Brasil, na década de 1990, é a descentralização. O conceito de descentralização está associado com a democratização, passando a ser compartilhado por legisladores, gestores e analistas políticos. Os graus de descentralização foram relativos às transferências de responsabilidades para Estados e principalmente para os municípios. A descentralização foi facilitada pelas transformações políticas e institucionais, ocorridas na Federação, além das mudanças enfrentadas pela sociedade brasileira, na década de 1980, somadas à crise econômica da década de 1990, caracterizando a heterogeneidade no processo de reforma das políticas

sociais. As bases federativas brasileiras foram fortalecidas após a Constituição de 1988, recuperando a autonomia política das esferas inferiores de governo.

3.3 – Recursos Financeiros da Saúde Pública

Nos últimos anos, houve um aumento no volume de despesas do setor governo, resultando em conseqüente aumento dos recursos necessários para o seu financiamento. Alguns elementos são fundamentais nos estudos relativos ao crescimento dos gastos do governo nas diversas áreas, como a renda per capita, a população, a densidade demográfica, o grau de urbanização e outros.

Um aspecto importante a considerar é a forma de financiamento desses gastos em expansão, comparados com o nível de distribuição de renda no País. Por isso, houve um aumento das atribuições econômicas do governo.

Silva (1983:26) cita que, para Musgrave, essas atribuições se dividem em três categorias:

- Promover ajustamentos na alocação de recursos.
- Promover ajustamentos na distribuição da renda.
- Manter a estabilidade econômica.

Ao se tratar de benefícios sociais, apesar da possibilidade de exploração pelo setor privado, poderiam, sobretudo, ser produzidos pelo setor público, caso da Saúde, porque grande parcela da população está privada de recursos para custear os tratamentos oferecidos pelo setor privado. Ao oferecer a prestação de serviços de natureza social, o governo faz de forma “gratuita”, custeados por meio da tributação dos impostos.

Melhorando o nível de distribuição das categorias econômicas atribuídas ao governo, os habitantes do País melhoram suas condições de vida, podendo inclusive optar onde buscar a prestação de serviços de Saúde, se no setor público ou por meio da iniciativa privada.

À medida que cresce o desenvolvimento econômico do País, a promoção do bem-estar social, caso, por exemplo, da Saúde, também deveria crescer. As decisões de regulação da economia estão centralizadas sob responsabilidade do governo federal, enquanto a execução direta é responsabilidade do nível municipal.

O aumento das atividades pelo setor público deve ser analisado a partir das informações sobre o crescimento das despesas nas funções do governo. Por exemplo, com o crescimento populacional, é necessário um oferecimento, em maior volume, dos serviços de segurança, do número de escolas, dos serviços assistenciais e dos serviços de Saúde Pública, entre outros, além de todas as diversas necessidades de ações que envolvem cada faixa etária da população. Entre outras atribuições, o governo deveria ter o objetivo de satisfazer as necessidades coletivas, manter a estabilidade econômica, promover o crescimento econômico, além de melhorar a distribuição da renda no País. Essas ações possuem ligação direta com as condições de Saúde da população, porque, ao atendê-los, o governo estará possibilitando a melhoria da qualidade de vida da população.

Para atender a essas ações, é necessário um planejamento adequado, implantado num processo de médio e longo prazo, visando a sustentabilidade econômica do País. Em relação ao planejamento, um fator a ser considerado é a questão da integração das políticas voltadas à descentralização das ações nos diferentes programas em nível local, possibilitando maior flexibilidade na alocação dos recursos. A proposta da descentralização recomenda que os três níveis de governo operem de forma integrada e articulada, inclusive no Setor da Saúde Pública.

Segundo **Affonso et al (1996)**, existiam dois problemas básicos para a concretização do SUS. Um era a definição das competências para as três esferas de governo, de forma a dar coerência aos princípios de sistema, e o outro era o financiamento do sistema.

Desde 1994, técnicos do Ministério da Saúde e secretários estaduais e municipais de Saúde defendiam a criação de uma fonte vinculada dos recursos para a Saúde. A área econômica justificava a impossibilidade da vinculação devido ao fato da necessidade de reduzir os gastos públicos. Passados alguns anos, voltou a defesa pelos gestores do setor de Saúde Pública, da criação de vinculação de transferência de recursos financeiros para o setor Saúde.

Finalmente, houve a aprovação da vinculação de recursos para a Saúde, por meio da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Segundo a Emenda Constitucional nº 29, existe a necessidade de investimento mínimo próprio municipal de 15%, a ser atingido até 2004, para os municípios que ainda não estavam aplicando esse percentual mínimo. A composição das receitas próprias, segundo **Conam (2001:93)**, engloba:

- Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU.
- Imposto Sobre Serviços – ISS.
- Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis – ITBI.
- Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF.
- Imposto Sobre Propriedade Territorial Rural – ITR.
- Imposto sobre Produtos e Veículos Automotores – IPVA.
- Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS.
- Fundo de Participação dos Municípios – FPM.
- Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI sobre Exportações destinadas à Saúde.

Os recursos financeiros do SUS ficam sob a responsabilidade das três esferas de governo, conforme define o art. 198 da Constituição Federal. O governo federal possui os mecanismos de transferências dos recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Os Estados, além da participação com fornecimento de insumos em materiais, como a Cesta Básica de Medicamentos e outras, transferem recursos financeiros mediante a assinatura de Termo Aditivo (contrato) de Repasse.

O financiamento do setor Saúde continua um fator insatisfatório na implantação do SUS. Então o governo federal estuda formas de atender à demanda do sistema. O princípio de sistema pressupõe que as partes estão interligadas e, principalmente, funcionam como estruturas organizadas. **(Cohn e Cohn, 2001:65)**

Como a estrutura do sistema é insuficiente para atender à demanda, conforme art. 199 da Constituição Federal, as instituições privadas podem participar em complemento ao SUS, por meio de assinatura de contrato ou convênio, seguindo suas diretrizes, com preferência às entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos.

Como tratar de gestão da Saúde municipal passa pela forma de financiamento do setor, são demonstradas as formas de transferências financeiras do SUS, da União para os municípios, por meio do princípio da descentralização. Conforme intenção na concepção do SUS, porém com efetivação atual, os recursos financeiros da União estão sendo repassados de forma per capita, ainda que insuficiente para atender às finalidades dos programas de Saúde aos quais se destinam.

“A nova forma de provisão dos recursos financeiros confere poder aos municípios ao ampliar seu grau de autonomia para desenvolverem as ações de Saúde consideradas prioritárias.”

(Heimann et al, 2000:105)

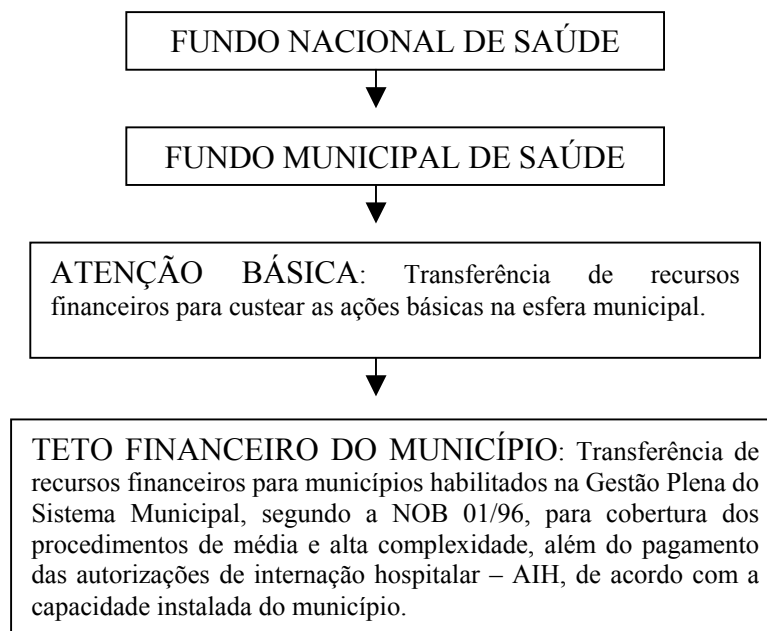
3.3.1 – Nível Federal

Em relação à organização dos serviços, as formas de financiamento e as demais políticas de Saúde são estabelecidas pelo governo federal, com pouca autonomia aos municípios e aos Estados, inclusive na definição das diretrizes e prioridades para o setor. **(Cohn e Cohn, 2001:42)**

Na esfera federal, nível central, cabe o comprometimento principal com as ações de planejamento, regulação, normatização, cooperação técnica, controle, avaliação, assim como o estabelecimento de regras entre o setor público e o privado. **(Affonso et al, 1996:272)**

Ao nível federal, cabe a responsabilidade sobre as ações de vigilância epidemiológica inerentes a todo o sistema, devendo as ações ser executadas em nível local. Para isso, o Ministério da Saúde transfere recursos aos municípios, conforme demonstrado na *Figura 3*:

Figura 3 – Recursos Financeiros Federais do SUS até o Município



Fonte: Adaptada pela autora de TCA – 27248/026/00:26.

PAB – Piso de Atenção Básica: Pode variar de R\$ 18,00 a R\$ 10,00 por habitante do município por ano, destinado ao custeio das ações básicas de Saúde, como atendimento em unidades socorristas, atendimentos em clínicas básicas nos postos de Saúde (consultas de ginecologia, de obstetrícia, de pediatria e as consultas de médico da Saúde da família), atendimento bucal, entre outras.

FAE – Fração de Assistência Especializada, remunera procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, segundo a tabela SIA/SUS, como atendimento médico em especialidades (consultas em especialidades como otorrinolaringologia, psiquiatria, dermatologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, entre outras), de acordo com a capacidade instalada de produção, para os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal.

Em melhor explicação, a transferência dos recursos financeiros é realizada de Fundo a Fundo, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, visando a cobertura das despesas com as ações básicas de Saúde, além das ações de alta e média complexidade, e outras em nível do município. Em relação aos repasses financeiros e às movimentações das contas bancárias, as transferências são realizadas por meio do Banco do Brasil, sendo a única instituição financeira habilitada para a efetivação dos recursos. Os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal recebem os repasses em duas contas correntes bancárias, abertas automaticamente pelo Banco do Brasil, uma para receber os recursos relativos ao PAB e outra para o recebimento dos recursos de média e alta complexidade.

Posteriormente, foi editada a Portaria Federal nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, com a finalidade de aprovar o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, definindo orientações aos gestores municipais do SUS, relativas à atenção básica. Os recursos financeiros serão repassados de Fundo a Fundo, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde. Os recursos financeiros poderão ser aplicados para cobertura de despesas de custeio e de capital, somente de atenção básica, conforme Manual para

Organização da Atenção Básica, além de constantes no Plano Municipal de Saúde e das Programações Anuais, contidas nas Leis de Orçamento Municipal.

As transferências dos recursos PAB significam mais um passo rumo à descentralização, visando garantir a cada município um montante mínimo de recursos, calculado em função de sua população, além de tornar um sistema mais eficiente, com garantia de acesso aos serviços e à integralidade da assistência. As responsabilidades dos municípios aumentam na medida em que adquirem capacidade de gestão, além de condições de ampliar suas ações e atividades. O PAB é entendido como um repasse financeiro, da esfera federal para o município, que, ao somar com as outras modalidades de financiamento, visa garantir um mínimo de ações e procedimentos executados. As responsabilidades dos Municípios em relação aos recursos PAB encontram-se demonstradas no nível municipal.

Atenção Básica significa uma série de ações, individuais ou coletivas, em um primeiro nível de assistência dos sistemas de Saúde, voltadas para a promoção da Saúde, além de prevenção, tratamento e reabilitação. Esse conceito ampliado visa a melhoria da qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente.

3.3.2 – Nível Estadual

Em nível estadual, cabe a responsabilidade de complementaridade na gerência, na prestação e controle dos serviços especializados, ambulatoriais e hospitalares, que garantem o acesso da população aos serviços que estejam fora do alcance municipal. Na esfera estadual, cabe a formulação da política estadual de Saúde e a coordenação e o planejamento do Sistema Estadual de Saúde. **(Cohn e Cohn, 2001:68)**.

O Estado realiza ainda transferência de recursos financeiros e materiais aos municípios, conforme contratos firmados entre as partes, como Termos de Cessão de Uso de Materiais, Termo de Transferência de Imóveis, disponibilização de funcionários do governo do Estado

para prestar serviços em outras esferas de governo e Termos Aditivos de Repasses de recursos financeiros, destinados a algum objetivo específico, geralmente relacionado à construção ou à reforma de imóveis, além da aquisição de equipamentos e veículos. O Estado repassa também a Cesta Básica de Medicamentos, além de arcar com os custos de internações hospitalares em hospitais públicos estaduais.

“As transferências foram a principal forma de financiamento dos gastos em Saúde sob responsabilidade dos estados” (Affonso et al, 1996:59).

Os Estados resistiam em transferir equipamentos e recursos para os municípios com a instituição do SUS. Havia problemas na concretização da descentralização. Havia a descentralização de atribuições; porém, os recursos não acompanhavam na mesma proporção.

“Desse modo, a reestruturação das secretarias estaduais era necessária ao processo de descentralização para capacitá-las a atuarem no apoio à municipalização e à correção de desigualdades no plano regional.” (Affonso et al, 1996:273)

3.3.3 – Nível Municipal

O TCE/SP (2000) orienta no manual (TCA-27248/026/00) que os municípios precisam estar habilitados em uma das gestões abaixo relacionadas, orientados pela NOB 01/96, para a possibilidade da efetivação da política de distribuição de recursos públicos para aplicação na área da Saúde.

1. Gestão Plena da Atenção Básica.
2. Gestão Plena do Sistema Municipal.

Os governos municipais possuem grande autonomia em relação às demais esferas de governo, possibilitando maior poder decisório na implantação das políticas públicas locais. Os municípios passaram a aplicar grande parte dos seus recursos em Saúde. As secretarias

municipais, na implantação do SUS, ofereciam resistência em criar estruturas com autonomia financeira e decisória, inclusive perdendo o poder local.

O município é responsável, em primeira instância, pela situação da Saúde de sua população, organizando os serviços que estão sob sua gestão e/ou participando e encaminhando aos demais serviços (dentro e fora do município), conforme a necessidade.

Ao nível municipal, cabe a responsabilidade sobre a prestação e o controle dos serviços de atenção básica. Ao município, cabe o comprometimento com a elaboração das políticas de Saúde locais, de acordo com as políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, além do gerenciamento da rede de serviços de Saúde. Do ponto de vista do financiamento, o município compromete-se com, no mínimo, 15% da arrecadação própria, em cumprimento à Emenda Constitucional nº 29. Esse investimento pode ser de qualquer ordem, em recursos humanos, equipamentos, imóveis e outros. Geralmente, os municípios arcam com o custo do pessoal da Saúde.

De acordo com a NOB 01/96, as ações e os serviços de atenção à Saúde devem ser desenvolvidos em uma série de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, visando o atendimento integral da população vinculada ao SUS, possibilitando ainda a implantação de um sistema municipal com uma parcela maior de responsabilização dos municípios com sua população. Tendo em vista a variação da realidade de cada município, o poder público possui diferentes características em seus modelos de organização, diversidade de atividades, disponibilidade de recursos diferentes, além de variada capacidade gerencial, configurando diferentes modelos de gestão. O novo modelo proposto pela NOB 01/96 visa a transformação da relação entre o usuário e os prestadores de serviços do sistema, por meio do estabelecimento de um maior vínculo entre eles, visando a interferência nos fatores determinantes de Saúde.

As responsabilidades dos municípios habilitados pela NOB 01/96 na gestão da atenção básica, operacionalizadas segundo as ações, estão demonstradas na *Tabela 3*.

Tabela 3 – Responsabilidades dos Municípios Habilitados pela NOB 01/96 – PAB

| RESPONSABILIDADES | AÇÕES |
|--|---|
| 1. Desenvolvimento de métodos e instrumentos de planejamento e de gestão | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a distribuição da população no Território e as causas de doenças e mortes no município. - Realizar o cadastramento de todas as unidades de Saúde do município. - Cadastrar os estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária. - Elaborar o Plano Municipal de Saúde. - Estipular mecanismos de encaminhamentos de pacientes para serviços de maior complexidade (Referência). - Garantir o acesso da população a outros níveis de atenção. - Elaborar a Programação Pactuada Integrada – PPI do município. - Elaborar o relatório anual de gestão. - Avaliar o impacto das ações do sistema sobre as condições de Saúde dos municípios e do meio ambiente. |
| 2. Coordenação e Operacionalização do Sistema Municipal de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> - Coordenar as Unidades básicas próprias e as cedidas pelo Estado e pela União. - Estabelecer mecanismos de gestão nas unidades de Saúde que se encontram sob responsabilidade municipal. - Vincular a população às unidades básicas, mediante cadastramento da população. - Implantar o cartão SUS em parceria com outras esferas de governo. - Gerenciar as unidades de Saúde, em relação a planejamento, execução, controle e avaliação, por meio de materiais e recursos humanos necessários. - Alimentar os sistemas nacionais de informações. - Operacionalizar o Fundo Municipal de Saúde. |
| 3. Desenvolvimento de mecanismos de controle e avaliação da atenção básica | <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar fluxos de controle e avaliação. - Controlar os prestadores de serviços que realizam procedimentos contidos na tabela SIA/SUS. - Utilizar indicadores para avaliação. |
| 4. Desenvolvimento das ações básicas de vigilância sanitária | <ul style="list-style-type: none"> - Organizar o serviço de vigilância sanitária. - Promover planejamento de ações de inspeção preventiva. |
| 5. Administração e desenvolvimento de recursos humanos para atenção básica | <ul style="list-style-type: none"> - Capacitar as equipes para desenvolver ações básicas. - Manter atividades de educação continuada. - Promover a participação das equipes na gestão das atividades de Saúde do SUS Municipal. - Administrar os recursos humanos sob sua gestão. |
| 6. Fortalecimento do controle social no município | <ul style="list-style-type: none"> - Implantar e garantir condições de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde – CMS. - Promover a participação do CMS na gestão dos serviços de Saúde. |

Fonte: NOAS-SUS 01/01 – Portaria MS/GM nº 95, de 26/01/2001.

Envolvendo:

- Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde–doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida.
- Desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou manutenção de doenças e danos evitáveis.
- Investigação de casos de doenças de notificação compulsória e adoção de procedimentos que venham a interromper a cadeia de transmissão.
- Desenvolvimento de ações de controle da qualidade de produtos e serviços, em especial a de alimentos e serviços de Saúde.
- Desenvolvimento de ações de controle da qualidade da água para consumo.

A Portaria MS/GM nº 95 estabelece ainda que, para a organização e o desenvolvimento da atenção básica, devem ser seguidas as diretrizes do SUS, adequando à realidade local dos municípios, além de a reorganização da atenção básica contribuir para funcionar os demais níveis de complexidade do sistema de Saúde, melhorando o acesso da população em todos os níveis de assistência.

Visando a organização gerencial, um dos instrumentos que contribuem para o gerenciamento e a operacionalização da atenção básica é o cadastramento e a implantação do cartão SUS, permitindo a identificação dos indivíduos ou famílias, o conhecimento das condições de moradia, de saneamento e de condições ambientais das áreas em que as pessoas moram, assim como outras informações necessárias ao município. O cartão SUS está sendo instituído no País. Por meio de visitas domiciliares, pessoal contratado pelos municípios, está realizando cadastro das famílias, visando a confecção de cartão magnético que possibilite o acesso ao prontuário do usuário em qualquer ponto do País, com dados de sua última visita aos serviços públicos de Saúde, assim como o diagnóstico e o tratamento de Saúde. No final do

cadastramento de toda a população, ao utilizar um serviço de Saúde em qualquer lugar do País, será levantada a ficha médica do paciente.

O cadastramento do cartão SUS possibilitará um maior vínculo entre o sistema de Saúde, os profissionais e a comunidade, estabelecendo um compromisso e responsabilização entre os serviços e a população. O Cartão SUS foi instituído pela NOB 01/96 e encontra-se em fase de implementação, objetivando a organização dos serviços de Saúde nas três esferas de governo, no âmbito nacional, em que os cartões serão viabilizados a partir do cadastramento da população. O cadastro nacional possibilitará ainda aos municípios a identificação de pacientes provenientes de outros municípios, além de facilitar no ordenamento do sistema, auxiliando no processo de tomada de decisão.

De forma similar, em Michigan, nos Estados Unidos, foi inventado o cartão de oportunidades, distribuído para todos os moradores economicamente ativos, para utilização em diversos serviços públicos, como uma carteira de identidade. **(Osborne e Gaebler, 1998:208)**

A importância do cartão SUS para os usuários está relacionada à identificação da unidade de Saúde de sua referência, além da melhoria da agilidade no atendimento, possibilitando a existência de um código de identificação único nacional, possibilitando, no futuro, o acesso da ficha de atendimentos e de serviços prestados a cada cidadão, em qualquer lugar do País.

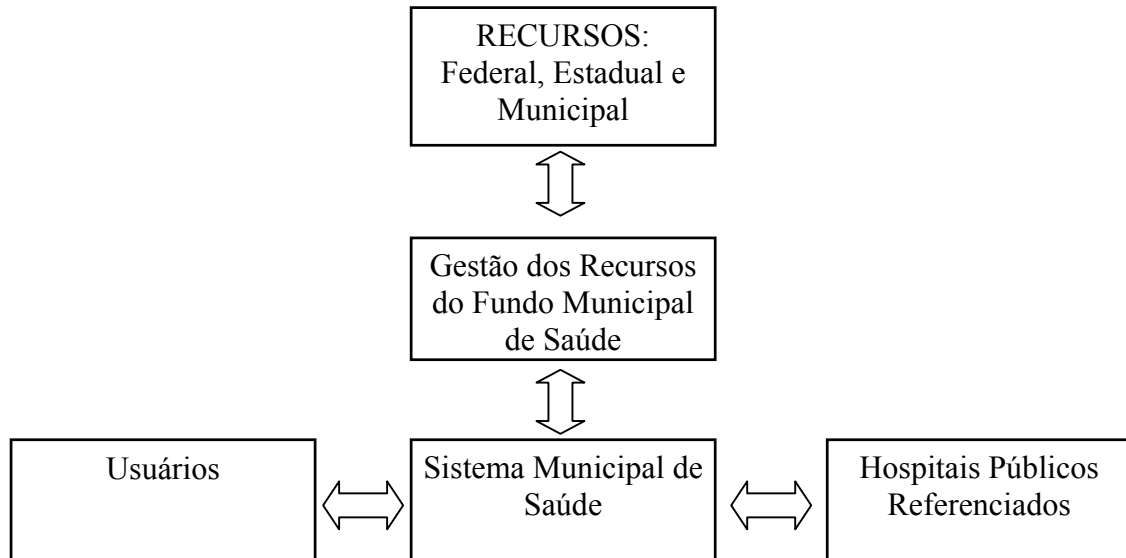
Em relação à prestação de contas, devem ser efetuadas pelo município por meio de relatório de gestão ao Ministério da Saúde, devidamente aprovadas pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde. No caso de não-apresentação por dois meses consecutivos, além da alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, a transferência dos recursos financeiros será suspensa.

Os municípios deverão ainda analisar sua realidade sanitária, mediante indicadores sociais atualizados, além de propor metas para cada indicador a ser utilizado pelo município. O

Ministério da Saúde compromete-se em apoiar na implementação dessa metodologia de avaliação.

O SUS está estruturado para de forma integrada, oferecer um nível adequado de atendimento e acompanhamento dos problemas de Saúde da população, conforme demonstra a *Figura 4*.

Figura 4 – Relação Sistêmica do SUS



Fonte: Elaborada pela autora.

3.4 – Os Principais Programas de Saúde Pública

Em nível federal, o Ministério da Saúde propõe alguns programas, com participação de recursos financeiros para auxiliar o município na implantação e execução, assim como, a criação de mecanismos necessários para a cobertura das ações destinadas ao Programa, conforme exemplos abaixo:

PPI/ECD – Programação Pactuada Integrada/Erradicação e Controle de Doenças. Os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal assinam com a Secretaria Estadual de Saúde, um termo de compromisso de garantia de acesso, de que possuem leitos suficientes para atender à demanda daquela região. A Secretaria Estadual de Saúde avaliará de acordo com a capacidade instalada de produção, sem avaliar a qualidade na prestação dos serviços de Saúde, com necessidade de elaboração de uma Programação Pactuada Integrada –

PPI de forma criteriosa. A PPI calcula a dimensão de alcance da responsabilidade no atendimento da população residente e a de referência dos outros municípios, por meio de ações, parâmetros e metas municipais, envolvendo as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, vigilância sanitária, epidemiologia e controle de doenças, atuando como um instrumento de reorganização do modelo de atenção e de gestão do SUS. O repasse financeiro é per capita, representando em torno de R\$ 1,00 (um real) por habitante/ano.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde, visa levar a Saúde para mais perto da família, buscando a melhoria das condições de vida da população, iniciando pelo cadastramento das famílias, seguida de visita domiciliar. Até maio de 2002, o valor repassado para incentivo foi de R\$ 183,33 (cento e oitenta e três reais e trinta e três centavos) por mês para cada Agente de Saúde Cadastrado. Posteriormente, em junho de 2002, o valor foi reajustado para R\$ 200,00 (duzentos reais).

PSF – Programa de Saúde da Família – Visa a formação de equipe multiprofissional composta por um médico clínico geral, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de Saúde. O valor repassado varia de acordo com a faixa de cobertura. Os municípios recebem valores de incentivos financeiros por equipe da Unidade de Saúde da Família. Até meados de 2002, o valor repassado para incentivo era de R\$ 2.334,00 (dois mil, trezentos e trinta e quatro reais). A partir disso, o valor foi reajustado para R\$ 2.400,00 (dois mil e quatrocentos reais) para cada equipe de Saúde da família, como incentivo à participação no Programa.

Vigilância Sanitária – O programa visa a cobertura de ações de fiscalização de alimentos, águas e bebidas para o consumo das pessoas, assim como, o controle sanitário em ambientes sujeitos à vigilância sanitária. O valor repassado para garantia da prestação de serviços de vigilância sanitária no município, é per capita, significando menos de R\$ 1,00 (um real) habitante/ano.

Assistência Farmacêutica – Visa a aquisição de medicamentos, além da distribuição dos medicamentos recebidos. Os medicamentos recebidos podem ser por meio da Cesta Básica de Medicamentos fornecida em espécie pelo Estado. Ao município cabe o armazenamento, conservação, controle de segurança, assim como o gerenciamento do consumo.

Combate às Carências Nutricionais – Visa a orientação e monitoramento alimentar e nutricional, por meio do fornecimento de cestas básicas e do fornecimento de leite, além de outras ações.

Qualquer modalidade de gestão da NOB 01/96 permite que o município receba esses tipos de repasses financeiros ou em materiais por programas, demonstrados acima. Para isso, o município deve criar o Fundo Municipal de Saúde, por meio de lei específica, além de habilitar-se em um dos tipos de gestão anteriormente citados, para efetivação das transferências. Essas transferências de recursos financeiros por incentivo à adesão aos programas são consideradas como PAB variável, destinados às ações de Vigilância Sanitária, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, ao Programa de Saúde da Família, à Assistência Farmacêutica e ao Combate das Carências Nutricionais.

3.5 – Modelos Assistenciais em Saúde Pública

Esta seção trata de alguns Modelos Assistenciais em Saúde Pública (forma de organização dos serviços), que é diferente de tratar de Modelos de Gestão em Saúde Pública (forma de habilitação no sistema, de acordo com a competência local). Quanto a tratar dos Modelos de Gestão em Saúde Pública, é diferente o tratamento em relação ao tratamento de Gestão em Organizações de Saúde (formas de administração, de acordo com princípios estabelecidos pelos autores da Teoria da Administração).

Ao adotar um modelo assistencial, é necessário o conhecimento da realidade local para possibilidade de implantação e operacionalização de um modelo compatível com a estrutura organizacional local. Existem alguns modelos assistenciais em Saúde Pública implantados e vigentes no País, escolhidos de acordo com a realidade e necessidade local, visando atender os principais interesses dos gestores do sistema de Saúde municipal, conforme abaixo:

Sistema Local de Saúde (Silos) – modelo considerado como estratégico para garantir a organização dos serviços de Saúde, visando a reorganização e reorientação dos Sistemas Nacionais de Saúde baseados nos processos de descentralização e desenvolvimento local, considerado fundamental no processo de mudanças organizacionais do setor da Saúde, além de considerar os princípios do planejamento estratégico, por meio da melhoria da capacidade de gestão local. **(Kisil, 1998:2)**

Cidades Saudáveis – segue a proposta do Silos, além de levar em consideração a dimensão ambiental, visando a promoção à Saúde. Em relação ao acesso é universal. O modelo dá maior atenção ao planejamento urbano em nível local.

Saúde da Família – o modelo visa o atendimento em Saúde de comunidades excluídas, buscando a melhoria da cobertura assistencial para populações carentes com pouco acesso aos serviços de Saúde. O modelo está comprometido com as práticas de promoção da Saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Entre as estratégias existentes, a estratégia de Saúde da família tem contribuído para a construção de um modelo de Saúde mais resolutivo e humanizado, sendo prioridade para o Ministério da Saúde. As Unidades de Saúde, reorganizadas para o atendimento da Saúde da Família, passam a ser responsáveis por um número de famílias/indivíduos que residem numa área de abrangência próxima, possibilitando o vínculo entre as pessoas e o serviço de Saúde.

Capítulo 4 – O Estudo de Caso do Sistema de Saúde Pública de Itapecerica da Serra

A importância da construção do modelo de Saúde a partir do município, possibilita a expansão estruturada do SUS.

Ao optar pela municipalização, se adentra por uma das principais estratégias da consolidação do SUS, a descentralização, contando com a participação do município, nas atribuições de planejar, organizar, controlar, avaliar, gerir e executar ações e serviços de Saúde.

A municipalização foi uma estratégia de preparação da implantação dos princípios do SUS, não só a descentralização, mas, inclusive a questão do Acesso, do Controle Social, além dos demais princípios do Sistema.

O Gestor Municipal é o principal ator na condução das políticas de implantação das ações e na efetivação de resultados, além disso, na construção de um projeto político da esfera municipal, com alto nível de coordenação e controle sobre as variáveis que interferem na sua viabilização.

Os Gestores Municipais, por outro lado, alimentam o sistema com projetos inovadores, com capacidade de mobilidade e liderança para transitar entre níveis de poder e complexidade distintos. **(Pedrosa 1999)**

Na Gestão em Organizações de Saúde Pública, os gestores decidem a opção por Modelo Assistencial, por Modelo de Gestão (Gestão Plena da Atenção Básica, Gestão Plena do Sistema Municipal), implantação dos Programas, além de outras atividades.

Existem barreiras na operacionalização do sistema em nível local, sobretudo relacionadas aos recursos humanos com baixa formação profissional específica em Saúde Pública, além da dificuldade de captação de recursos para investimento em Saúde e outras como a falta de sistemas de informações adequados, que podem ser considerados como um instrumento de

gestão que aproxima os usuários dos serviços, além de integrar os órgãos executores das múltiplas ações junto à sociedade.

4.1 – Caracterização do Município

O município de Itapecerica da Serra está contido 100% de seu território em área de proteção aos mananciais da Bacia do Guarapiranga, com território cortado por inúmeros córregos, riachos, represamentos e rios. Praticamente tudo que se faz no município, envolve questões de preservação ambiental, subordinado a Lei Estadual nº 1.172, de 17/11/1976, de Proteção aos Mananciais, atualmente sofrendo alterações pela Lei Estadual nº 9.866/97, com sérias limitações ao desenvolvimento econômico da Região. A Bacia do Guarapiranga está sob jurisdição do Comitê da Bacia Hidrográfica do Alto Tietê, criado pela Lei nº 7663 de 30/12/1991. Segundo o Estatuto do Comitê, seu objetivo é o de “promover o gerenciamento descentralizado, participativo e integrado dos recursos hídricos...” (art. 3º, Capítulo II, aprovado em 09/11/94), como também garantir a compensação financeira aos municípios situados em áreas de proteção ambiental, entre outros objetivos.

O processo de municipalização da Saúde de Itapecerica da Serra, consolidou-se em 1989, logo após a promulgação da Constituição de 1988, com fortes características de Descentralização do Sistema para a esfera Municipal.

4.1.1 – Município: Características Sociais, Econômicas e Espaciais

Para compreensão do contexto em que se realiza a pesquisa, é feita uma breve caracterização do município de Itapecerica da Serra, localizado a Sudoeste do Estado, na Região Metropolitana de São Paulo, a aproximadamente 33 km. da capital. Seu território possui uma extensão de 151,50 km².

Faz divisa geográfica com os municípios de Embu, Embu-Guaçu, São Lourenço da Serra e Cotia, em área de proteção aos mananciais da Bacia do Guarapiranga. O município de Itapecerica da Serra é considerado uma “Cidade-Dormitório”, com poucos postos de trabalho, principalmente porque é necessário seguir a Legislação Ambiental para a instalação de empresas no local.

O município teve sua origem em um aldeamento indígena. Apesar do povo indígena ter servido de base histórica na construção do município de Itapecerica da Serra, não serve como instrumento para entender a realidade atual. Itapecerica da Serra foi emancipada à condição de município em 1877. **(Corrêa, 1999)**

Itapecerica da Serra passou a integrar a economia regional a partir de 1959, com a abertura da Rodovia Régis Bittencourt, possibilitando a migração da população de baixa renda, em busca de moradias, atraídos pelo baixo custo dos terrenos, visando a casa própria, com o agravante de seus postos de trabalho ficarem em São Paulo.

Principalmente esse tem sido um fator de elevação dos índices de crescimento demográfico, aos municípios pertencentes à região metropolitana de São Paulo. Atualmente, a Rodovia Régis Bittencourt (BR 116), encontra-se em fase de duplicação, interligando os países integrantes do Mercosul, gerando uma grande expectativa ao Desenvolvimento da Região.

A cidade sofre as conseqüências da crise socioeconômica vivida pelo País, especialmente após a década de 1970, visível nas altas taxas de crescimento populacional, conforme fontes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE:

| 1970 | 1980 | 1990 | 2000 |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 24.932 | 60.072 | 88.844 | 131.860 |

A população é distribuída em seu território, de forma bastante heterogênea, possuindo uma densidade populacional de 852,69 habitantes por km². (2000), possuindo áreas de alta e de

baixa concentração populacional. O município é formado por uma longa vegetação e está a aproximadamente 900 metros acima do nível do mar, possuindo um clima de montanha.

A população do município conta com 80% de água tratada, no que se refere ao abastecimento, assim como, o esgoto é lançado “in natura”, para fossas e córregos, com alguns inclusive afluentes da Bacia do Guarapiranga, possuindo aproximadamente 25 km de domicílios ligados à rede coletora. Existe a previsão da implantação de aproximadamente 72 km de rede coletora, o que irá diminuir a poluição das águas, diminuindo as doenças de transmissão hídrica.

Segundo o **Plano Municipal de Saúde (2001)**, os principais problemas de Saúde do município, decorrem da periferização da pobreza conhecida nas grandes metrópoles, resultando em habitações precárias, com falta de esgoto sanitário, baixo nível de emprego, além das questões relacionadas à violência.

Um processo de ações importantes ocorreu no município nos últimos anos, demonstrando preocupação com as Finanças Públicas Municipais. A Administração da prefeitura realizou um trabalho de reestruturação da área física do Departamento de Receitas, com implantação de sistema informatizado, com guichês para atendimento individual ao público, ganhando maior agilidade no fornecimento das informações para os usuários. Foi efetuada uma análise nos valores inscritos na Dívida Ativa (impostos atrasados) e renegociados os pagamentos. Com isso, houve um aumento na arrecadação municipal. A melhoria da arrecadação municipal é fundamental para possibilitar o aumento dos investimentos e manutenção do sistema, inclusive para custear a necessidade de pessoal, pelo fato de a Lei de Responsabilidade Fiscal vincular o valor permitido com as Despesas com Pessoal, em cima de percentuais das Receitas Municipais Arrecadadas. O município ganhou o Prêmio de Boa Gestão Fiscal: resultado de boa contabilidade, demonstrando integração entre as ações realizadas pelas Secretarias da municipalidade e os registros contábeis, conforme Boletim

CRC-SP nº 141 (agosto/2002). O prêmio está relacionado com o Programa de Gestão Fiscal Responsável, lançado pelo Conselho Federal de Contabilidade, em maio de 2001. O município ganhou a posição de 3º colocado em arrecadação, relativos aos municípios que apresentaram arrecadação superior ao efetuado no mesmo período do Exercício anterior.

Do ponto de vista urbano, o município está implantando o Plano Diretor de Bairros, surgido no Plano Diretor Estratégico para o Desenvolvimento do município. O Plano Diretor foi elaborado com assessoria de um grande especialista em Planejamento Urbano, o Dr. Cândido Malta – FAU-USP. Esse Plano Diretor foi indicado pelo Congresso Nacional, para Fundação Konrad Adenauer. A Fundação trabalha em benefício de: Direitos Humanos, Democracia, Economia Social, Justiça Social e do Desenvolvimento Sustentável. Desde 1992, a Fundação acompanha o processo de descentralização político-administrativa do Brasil, iniciado na Constituição de 1988, visando contribuir para o fortalecimento do poder local, se utilizando de seminários e publicações especializadas, visando a melhoria da capacitação de gestores municipais, em parceria com a Faculdade de Sociologia e Política de São Paulo. Com essa finalidade, o Plano Diretor de Bairros foi convidado para apresentação em evento nomeado de Visita e Informação à República da Alemanha, dirigido a autoridades e especialistas em temas municipais, organizado pela Fundação em 2001.

O Plano Diretor de Desenvolvimento é obrigatório para cidades com mais de vinte mil habitantes, sendo o instrumento básico da política de desenvolvimento e de expansão urbana. (§1º, art. 182, Constituição Federal), atualmente regulamentado pela Lei das Cidades nº 167, de 10/07/2001. Visando a elaboração do plano, a cidade foi dividida em quinze regiões. Os bairros foram analisados sob os aspectos da localização geográfica, assim como, sob as condições de desenvolvimento econômico e social.

Esse projeto, quando totalmente implantado no município, significa uma implementação de ação sustentável de integração social, econômica e geográfica do local. A prefeitura

Municipal pretende continuar investindo na infra-estrutura urbana, possibilitando melhoria na qualidade de vida da população, além de pensar no desenvolvimento econômico e social, por meio da valorização da democracia e o respeito ao cidadão.

Como não é possível tratar das questões sociais de forma isolada, é feita uma breve demonstração da localização do município na região. A região é composta por municípios que possuem uma longa vegetação, com a população formada em sua maioria por sítiantes, com baixas arrecadações municipais, dificultando o desenvolvimento econômico, apesar de existirem municípios na Região, como Taboão da Serra e parte de Embu das Artes, que possuem inclusive Parque Industrial porque não estão 100% de suas áreas inseridas em área de Proteção aos Mananciais.

O município de Itapecerica da Serra, faz limite geográfico com o bairro mais violento de São Paulo, o Jardim Ângela, tornando difícil fazer a separação de envolvimento com a violência. Os demais municípios da região que fazem divisa com Itapecerica da Serra possuem também altos índices de violência. O município sofre questões relativas à invasão de área de abrangência na busca pelos serviços públicos, sobretudo os de Saúde Pública.

4.2 – A Estruturação do Sistema Municipal de Saúde: O Caso

Esta seção sintetiza o resultado da pesquisa histórico-evolutiva do serviço de Saúde Pública do município de Itapecerica da Serra, de 1983 a 2000 e contempla o levantamento de dados históricos efetuados a partir da designação do 1º Diretor do Departamento de Saúde do município.

Para possibilitar o estudo, foram analisados documentos, conforme citado na Metodologia no *Capítulo 1*, arquivados no Acervo da Saúde, estruturado pela Diretoria Técnica em maio/2001. Funciona como uma Biblioteca, disponibilizando os documentos aos interessados, mediante assinatura de Termo de Responsabilidade, com prazo de devolução e renovação do

período quando necessário. Esse espaço possibilitou a democratização da informação, além de espaço fundamental para manter viva a História da Saúde Pública Municipal. O objetivo do Acervo é tornar acessíveis as informações de Saúde existentes na Secretaria Municipal de Saúde, assim como manter registrados o trabalho e os estudos realizados pelos gestores na construção do SUS municipal, respeitando os princípios do sistema, além de manter arquivadas as pesquisas desenvolvidas pelos interessados na área de Saúde, no município.

Outro passo relevante para a elaboração do estudo foram as entrevistas semi-estruturadas aplicadas junto a três gestores de diferentes períodos da Saúde do município, fornecendo dados primordiais à condução do trabalho. Contou-se também, com as valiosas indicações fornecidas pela Diretora Técnica da Secretaria de Saúde, por suas atividades durante três Gestões Municipais e pelo Escritório Regional de Saúde do Estado, considerada como fonte relevante de informações desta pesquisa.

Visando sistematizar as inúmeras informações e dados coletados, foram categorizadas em cinco (05) grupos de atividades que passam a constituir os vetores estratégicos de gestão, denominados de ações:

1. Ações Legais e Regulamentares;
2. Ações Administrativas e Financeiras;
3. Ações de Ampliação dos Serviços e da Rede Física;
4. Ações de Integração ao SUS;
5. Indicadores de Resultados do Período.

Para justificar a divisão desses vetores (ações), são demonstrados os conceitos obedecidos e as características observadas, para alocação das atividades nas determinadas categorias, conforme demonstrado na *Tabela 4*.

Tabela 4 – Categorias das Ações (Vetores) e Atividades

| CATEGORIA | CARACTERÍSTICAS |
|--|--|
| 1. Ações Legais e Regulamentares; | Foram relacionadas as atividades que para implantação do sistema, exigiram a regulamentação por meio de Lei, Decreto ou Portaria; |
| 2. Ações Administrativas e Financeiras; | Foram consideradas as atividades que possibilitaram melhor organização dos serviços, envolvendo recursos humanos, financeiros e suprimentos para o sistema; |
| 3. Ações de Ampliação dos Serviços e da Rede Física; | Nessa categoria, foram alocadas as atividades que ampliaram a capacidade de oferta dos serviços e da rede física do sistema; |
| 4. Ações de Integração ao SUS; | Foram categorizadas as atividades que possibilitaram a implantação do Sistema em Nível Municipal, sobretudo as ações de integração da Gestão, da Comunidade e das demais esferas de governo (federal e estadual) no sistema; |
| 5. Indicadores de Resultados do Período; | Índices de Saúde no município, além de Indicadores de Qualidade de Vida. |

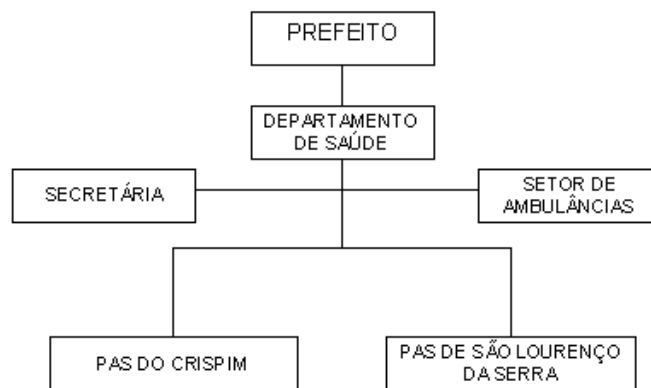
Fonte: Elaborado pela autora.

Os grupos de vetores (ações) de gestão estratégica categorizados acima, para desenvolvimento do caso, foram analisados segundo períodos político-administrativos. Estes períodos analisados incluíram as atividades que possibilitaram a ampliação dos investimentos, de natureza orçamentária e financeira, implantação de novos programas, caracterizando segmentos de estratégias da gestão. Esta metodologia adotada, para construção do estudo de caso, foi fundamentada em **Yin (2001:61-65)**, quando se refere ao caso como projetos de Caso Único incorporados, sem obedecer a mesma cronologia. A Unidade Principal da análise foram as ações estratégicas para a consolidação do Modelo e a Unidade Intermediária de análise foram as divisões das ações pelos segmentos períodos político-administrativos: (1983-1988), obedeceu à Constituição anterior a de 1988, (1989-1992), (1993-1996) e (1997-2000).

4.2.1 – Antecedentes

Antes da primeira gestão em Saúde (1983), Itapecerica da Serra possuía em seu território, apenas uma Diretoria de Saúde e um Departamento de Ambulâncias (quatro ou cinco ambulâncias, em mau estado de conservação), além do Serviço de Saúde do Estado. Quando o usuário necessitava de cuidados de Saúde, se dirigia a essa Diretoria e o seu Encarregado, decidia se encaminhava o usuário para São Paulo, como por exemplo o Hospital das Clínicas ou, outro Hospital, e mesmo se decidia se era necessário o encaminhamento. Estrutura administrativa não existia, os recursos financeiros eram mínimos. Quanto ao alcance do atendimento médico urbano (dois médicos atendentes), portanto, com acesso da população muito pequeno. Esta estrutura inicial se encontra demonstrada na *Figura 5*.

Figura 5 – Organograma Inicial do Departamento de Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Nesse período, essa Diretoria, contava com dois PAS (Pronto Atendimento em Saúde), do Crispim, localizado em bairro periférico, e oposto geograficamente, o de São Lourenço da Serra. O bairro de São Lourenço da Serra foi posteriormente, emancipado em 1992, à condição de município.

Os Postos de Saúde da prefeitura não contavam com nenhum tipo de aparelho, nem exames sofisticados. No início, não existia integração entre os serviços de Saúde da prefeitura e os serviços de Saúde do Estado. A integração estava começando de forma tímida.

4.3 – Período de 1983 a 1988

Esse período foi marcado pelas primeiras articulações no sentido de ampliação dos Serviços de Saúde Municipal, caracterizadas pelos atos descritos a seguir.

4.3.1 – Ações Legais e Regulamentares

Em março de 1985, o Conselho Diretor (com registro da primeira ata de reunião em setembro de 1984), discutia a Constituição da Empresa Pública Pró-Hospital da Região, com o objetivo da construção de um Hospital Regional no município de Itapecerica da Serra, e outro, no Pirajussara, bairro entre Embu das Artes e Taboão da Serra.

Em 5 de setembro de 1985, foi constituída a Empresa Pública Pró-Hospital da Região Sudoeste, com a finalidade única e exclusiva de gerenciamento das atividades relativas a construção e implantação de duas unidades hospitalares na Região, composta pela associação dos municípios da Estância Turística de Embu (Lei Municipal nº 997, de 05/07/1985), de Itapecerica da Serra (Lei Municipal nº 352, de 24/06/1985), de Juquitiba (Lei Municipal nº 163, de 04/07/1985), e de Taboão da Serra (Lei Municipal nº 715, de 13/06/1985), representados pelos respectivos Prefeitos. O município de Embu-Guaçu teve adesão posterior, por meio da Lei Municipal nº 674, de 22/06/1989.

4.3.2 – Ações Administrativas e Financeiras

Nas primeiras semanas de janeiro de 1983, a Diretoria de Saúde implantou uma nova estrutura: suspensão do transporte das ambulâncias sem avaliação médica. Os recursos otimizados com o combustível foram utilizados para a contratação de médicos. Foi primeiramente contratado um médico no período diurno para atender no próprio prédio em que funcionava o posto de ambulâncias. Posteriormente foi contratado mais um para o período noturno e a partir daí, as ambulâncias só encaminhavam pacientes com a ordem de

um médico, que fazia a triagem no atendimento. No início eram 50 (cinquenta) atendimentos diários. Posteriormente foram aumentando para até 100 atendimentos diários em poucos meses.

Uma questão importante foi a instituição do Conselho Diretor de Saúde (como citado anteriormente, com registro da primeira ata de reunião em setembro de 1984), composto pelo Diretor do Distrito de Saúde de Itapeçerica da Serra (Órgão do Estado), pelo Diretor do Centro de Saúde Integrado de Itapeçerica da Serra (Órgão Estadual), e pelo Diretor de Saúde da prefeitura de Itapeçerica da Serra (município), com a finalidade de discutir as Políticas Públicas de Saúde Local. O Conselho possuía caráter deliberativo.

O Conselho Diretor discutiu na primeira reunião, a necessidade de elaboração de um Plano de Trabalho, com definição de prioridades, em especial para implantação de um Pronto Atendimento em Saúde – PAS, no Parque Paraíso. Seria proposto o remanejamento de médico para cobertura dos serviços. Em relação aos demais recursos humanos necessários para o atendimento, foram treinados 03 funcionários, para trabalhar com recepção, registros e aplicação de medicamentos. Do ponto de vista da necessidade de materiais, seriam adquiridos pelo município parte das necessidades, outros materiais, seriam doados pelo Centro de Saúde Integrado, de acordo com a disponibilidade, além de outros doados pelo Distrito de Saúde de Itapeçerica da Serra. Segundo o Plano, esse serviço estaria capacitado para atender uma população de 20.000 pessoas. Para viabilização do serviço, era necessária a contratação de pessoal, além de remanejamento de médicos para atender a demanda local. Quanto aos serviços do PAS do Parque Paraíso, o local funcionaria apenas como Pronto Atendimento, sem agendamento de consultas, com funcionamento de dois turnos, manhã e tarde. Ao mesmo tempo, estava sendo reestruturado o PAS do Crispim, e do Valo Velho, com as mesmas condições de equipamentos, parte adquiridos pelo município, parte remanejados e parte

doados pelo Distrito de Saúde de Itapecerica da Serra (estadual). Outra meta da pauta desse Plano consistia na contratação de mais médicos para atendimentos no PAS de São Lourenço. Desta forma, em setembro de 1984, o quadro existente de médicos no município era o seguinte (**Ata do Distrito Sanitário de Itapecerica da Serra DRS 1/5 de Set./1984 a Jun./1990:1**):

- 01 médico plantonista (24 horas) dia;
- 03 médicos (04 horas) dia;
- 03 médicos (08 horas) dia.

A seleção e contratação de pessoal na época era difícil. Os médicos que iniciaram o quadro da prefeitura, eram os amigos do Diretor do Departamento de Saúde, colegas de trabalho de sua clínica particular.

Em dezembro de 1985, esse mesmo Conselho, identifica deficiências da rede de Saúde do município, principalmente quanto:

- Dificuldades de remanejamentos de pessoal;
- Fluxo de informações precário;
- Relativas ao suprimento dos serviços; e,
- Baixa integração entre o Estado e o município.

Após a identificação, ficou decidida a elaboração de um diagnóstico funcional para subsidiar nas soluções aos problemas. Desde janeiro de 1986, o Inamps estava em falta com os pagamentos das faturas para o município de Itapecerica da Serra, dificultando manter o custeio da rede.

Em janeiro de 1986, o Diretor do Departamento de Saúde de Itapecerica da Serra, informou ao Conselho Diretor de Saúde, a contratação de quatro médicos no município, com salário de \$ 5.900.000,00 ou US\$ 485,40 (US\$-31/01/1986), por uma jornada de 20 horas semanais.

Em maio de 1986, o Departamento de Saúde também providenciou o envio de funcionários administrativos para treinamento na Fundação Prefeito Faria Lima – Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal - Cepam. Foram encaminhados o Contador, o Auxiliar de Contabilidade e o Diretor Administrativo para participar de cursos.

O Pronto Socorro, no início do funcionamento em 1986, atendia em torno de 2.500 pacientes/mês, com média de encaminhamento de 8% para fora do município. **(Ata do Distrito Sanitário de Itapecerica da Serra DRS 1/5 de Set./1984 a Jun./1990)**

Em maio de 1986, a prefeitura contrata quatro médicos para ocupação da função de Direção, na Divisão de Assistência Médica: PAS do Jardim São Pedro, PAS do Jardim Branca Flor e PAS do Paiol do Meio. Seguidos da contratação de 04 Atendentes de Enfermagem, 04 Serventes, 01 Médico, 01 Médica Veterinária, e 04 Motoristas. **(Ata do Distrito Sanitário de Itapecerica da Serra DRS 1/5 de Set./1984 a Jun./1990)**

Em maio de 1986, ocorreram demandas salariais de funcionários da Saúde Pública Municipal, quanto a: manutenção das gratificações do Estado, manutenção do nível de carreira multiprofissional, pagamentos de adicionais de insalubridade. A prefeitura arcava sozinha com os gastos com o pessoal, além dos gastos de custeio da rede. Os recursos transferidos de outras esferas de governo eram mínimos, somente obtidos mediante assinatura de Termos Aditivos.

Em junho de 1986, o Conselho Diretor informou que foi aberto espaço permanente no Jornal Correio de Itapecerica, para publicação de assuntos de Saúde Pública, além de divulgação dos assuntos de Saúde no Rotary Club da cidade.

Em agosto de 1986, foi contratado um profissional psiquiatra para atendimentos no município.

Ao assinar o Convênio de Municipalização de Itapecerica da Serra, a 1ª Parcela de recursos financeiros transferidos ao município aconteceria a partir de então, com a necessidade de

Prestação de Contas da aplicabilidade dos recursos, além da necessidade de comprovação de aplicação de contrapartida municipal. De fato, até implementar o Convênio, os recursos financeiros somente começaram a ser repassados na gestão seguinte. Nessa gestão, os recursos financeiros do Departamento de Saúde, eram controlados pelo Caixa único da prefeitura. A realização das ações específicas, exigidas pelo Programa de Saúde, não era exercida por setores especializados. O mesmo Departamento que adquiria cimento na prefeitura adquiria materiais específicos de Saúde (medicamentos e materiais médico-hospitalares).

Em setembro de 1988, iniciaram-se processos licitatórios, na modalidade Carta Convite para aquisições de medicamentos e outros materiais de consumo médico-hospitalar.

Observe-se nesse sentido que, na Legislação em vigor (Lei nº 8.666/93), as Modalidades de Licitação, são atribuídas de acordo com o valor das compras. Existe um valor máximo para aquisição, atualmente fixado em R\$ 8.000,00 (oito mil reais), sem a necessidade de Licitação. A partir desse valor, é obrigatória a adesão por uma das Modalidades: Carta Convite, Tomada de Preços ou Concorrência Pública.

Nessa época do Programa, observa-se quanto ao Orçamento das Compras. No planejamento das compras, não havia sido calculado o consumo do Centro de Saúde Integrado (estadual), porque, havia sido feito antes da municipalização, portanto o planejamento só contemplava as Unidades próprias do município.

Decorrente desse processo, os funcionários estavam reivindicando por meio de abaixo-assinado, fornecimento de materiais como: de limpeza, de escritório, combustível, açúcar, café, além de solicitar o pagamento da equiparação salarial com os servidores do Inamps, assim como, a reposição de pessoal. O município estava enfrentando dificuldades financeiras, inclusive pela falta de reajuste dos valores da tabela de repasse. Em reunião do Conselho, ficou decidido que o SUDS assumiria os gastos com pessoal e materiais de consumo do

Centro de Saúde Integrado nesse período. **(Ata do Distrito Sanitário de Itapecerica da Serra DRS 1/5 de Set./1984 a Jun./1990)**

Havia sido elaborado Concurso Público para a contratação de médicos. Em setembro de 1988, o município contava com 03 (três) médicos para cobertura de 07 (sete) PAS. Foi necessária a Suplementação do Orçamento para cobertura dos gastos com pessoal. Suplementação do Orçamento no setor público significa a readequação do valor inicial previsto no Orçamento para o Exercício Financeiro, no momento necessário para realização da Despesa, sendo necessário a informação da Fonte de Recursos, que pode ser por: Transposição de Dotação, Anulação de Dotação ou Excesso de Arrecadação de Recursos Financeiros. Essa foi a prioridade eleita pela Administração. Como estavam sobrando Dotações Orçamentárias nas Categorias Econômicas de Material de Consumo e Prestação de Serviços, seria realizada a transposição para possibilitar o empenhamento das despesas com pessoal. A sobra nas Categorias Econômicas estavam ocorrendo porque os recursos financeiros haviam sido repassados no final do mês, impossibilitando a sua aplicação. Ficou demonstrada a flexibilização na questão do Planejamento Municipal, por meio de ações competentes.

Em outubro de 1988, foi contratada uma empresa para assumir a contratação de pessoal. A empresa cobrava 95% sobre os salários como custos de prestação dos serviços, para cobertura inclusive, de todos os encargos sociais das contratações. Foi feita uma avaliação pela população em relação à contratação dos médicos pela empresa terceirizada. Existiam aspectos positivos e aspectos negativos. Alguns profissionais atendiam bem, porém, o tempo de espera para conseguir uma consulta ocorria em torno de 2 a 3 meses. A demanda reprimida estava surgindo e necessitava de ampliação da oferta de serviços para atender a procura.

Nesse período, o Programa detectou que a população do bairro Paiol do Meio e do bairro de São Lourenço estava procurando serviços de Saúde em Juititaba, município vizinho, em virtude da proximidade dos postos de atendimentos.

Como no período não houve a Transferência de outras esferas de governo de Recursos Financeiros destinados a Investimentos, apenas para Custeio, a construção da Unidade de Saúde do Jacira, estava sendo custeada com recursos próprios da prefeitura, inclusive com execução da obra por funcionários.

Em 30 de novembro de 1988, existia um saldo bancário disponível para a Saúde no valor de \$ 15.997.370,21 ou US\$ 27.203,17 (US\$ – 30/11/1988), porém o valor já estava destinado ao pagamento dos salários do pessoal da Saúde de dezembro além do 13º Salário. **(Ata do Distrito Sanitário de Itapecerica da Serra DRS 1/5 de Set./1984 a Jun./1990)**

Para efeitos comparativos, são demonstrados na *Tabela 5* os valores totais das despesas empenhadas com Saúde no Exercício de 1988.

Tabela 5 – Despesas Empenhadas com Saúde – 1988

| TIPO | \$ | US\$¹ |
|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Pessoal | 109.223.396,39 | 142.719,71 |
| Custeio (Mats. Consumo/Serviços) | 45.684.423,29 | 59.694,79 |
| Investimentos (Obras/Equipos.) | 2.140.837,28 | 2.797,38 |
| TOTAL | 157.048.656,96 | 205.211,88 |

Fonte: Balanço Geral, 1988 – PMIS.

1 – Foi utilizada a taxa do US\$ do final do período.

Em 1988, os Programas do Setor de Saúde da prefeitura, contemplavam: Coordenadoria, Divisão de Zoonoses, Divisão de Serviços Médicos e Divisão de Odontologia.

4.3.3 – Ações de Ampliação dos Serviços e da Rede Física

Por meio da Lei Municipal nº 252, de 13 de abril de 1983, o município de Itapecerica da Serra doou um terreno na Região Central do município, pertencente ao Patrimônio Municipal, para o Estado custear a construção de Centro de Saúde. Seria implantado o Centro de Saúde Integrado de Itapecerica da Serra (Órgão Estadual). O Centro de Saúde do Estado foi inaugurado em outubro de 1984.

Em março de 1985, dando continuidade à implantação do Sistema Municipal de Saúde, o Conselho Diretor discutia a abertura e adequação de serviços de Saúde no município de Itapeçerica da Serra. O PAS do Paiol do Meio já tinha um prédio alugado para implantação. O prédio destinado ao PAS do Branca Flor necessitava de pequenas adaptações e o PAS do São Pedro, havia sido doado um terreno para construção do prédio, além de elaborado a planta. Seria aberta a licitação para a obra.

Em maio de 1986, o município realizou ações de controle e identificação de focos do Mosquito Transmissor da Dengue, o *Aedes aegypti*.

No primeiro semestre de 1986, a prefeitura, com recursos próprios, adquiriu uma Clínica particular existente no município, transformando-a em Pronto Socorro Municipal, cujo projeto incluía Serviços de Ortopedia e Aparelho de raios-X, até então, inexistente no município. Outra finalidade dessa Unidade, era a cobertura de Serviços de Urgência e Emergência, sobretudo por acidentes automobilísticos ocorridos na Rodovia Régis Bittencourt. No mesmo projeto, se previa a implantação de uma Unidade inicial da Maternidade Municipal, com capacidade para 10 (dez) leitos. Nessa aquisição, foram gastos \$ 1.300.000.000,00 ou 43.000 ORTNs ou US\$ 106.951,87 (US\$ – 31/01/1986) **(Ata do Distrito Sanitário de Itapeçerica da Serra DRS 1/5 de Set.1984 a Jun./1990:11)**

No projeto, quanto aos recursos humanos, seriam alocados 01 Médico Socorrista (24 horas de jornada) e seriam contratados Estagiários para auxílio nos serviços.

Simultaneamente, foram implantados os Postos de Saúde nos Bairros - PAS, (Parque Paraíso, Valo Velho, Branca Flor), visando o aumento do atendimento da atenção primária, buscando evitar o atendimento secundário e terciário. A carga horária dos médicos foi aumentada para cobrir os atendimentos.

Em maio de 1986, foi reformulada a Estrutura Organizacional do Departamento de Saúde de Itapecerica da Serra, passando a contar com três divisões: a Odontológica, o Controle de Zoonoses e a Assistência Médica.

Em meados de 1986, o Conselho Diretor, programava a implantação de um Módulo Odontológico (03 a 06 equipes) no município. Existiam 14 Escolas de 1º grau com Atendimento Odontológico Permanente e 01 Trailer Equipado, para atendimento às pequenas Escolas. Foi formado o serviço de odontologia escolar, com trabalho de Educação sobre Higiene Bucal. Existia ainda, um Trailer para os atendimentos nas Escolas mais distantes, em que não era possível fixar profissional. Também foi implantado o Serviço de Zoonoses, com Vacinação Anti-Rábica, Controle de Ratos, Pulverização de Bueiros, coisa que anteriormente nunca tinha sido realizado no município.

Em meados de 1986, foram adquiridas duas ambulâncias. O Estado doou 02 pick-ups que seriam reformadas para utilização da Divisão de Controle de Zoonoses. Também foram adquiridos equipamentos e materiais de consumo para o PAS do Paiol do Meio, para o PAS do São Pedro e para a reforma do prédio do Pronto Socorro Municipal.

Em meados de 1986, foi assinado um Convênio com o Instituto Pasteur, para instalação de Posto Permanente de Vacinação Anti-Rábica.

Em outubro de 1988, a prefeitura do município adquiriu uma ambulância, acrescentando-se mais uma unidade, à doação pelo Convênio do Estado.

4.3.4 – Ações de Integração ao SUS

Em março de 1983, foi realizado o I Encontro Distrital de Saúde, para discussão das Condições de Saúde e Assistência Médica da Região Oeste da Grande São Paulo. Nesse evento, foi implantado o Programa Metropolitano de Saúde, envolvendo os municípios de Embu, Taboão da Serra, Embu-Guaçu, Juquitiba, Itapecerica da Serra e o governo do Estado,

com o objetivo de melhorar a qualidade e a quantidade dos serviços de Saúde da Região Metropolitana. Inicia-se uma efetiva forma de integração entre as duas esferas de governo: a estadual e a Municipal. Desse encontro, resultou a Comissão Intermunicipal Pró-Hospital, com atividade de Implantação de Hospital Geral Público na Região.

Em março de 1984, os Movimentos Populares da Região, estavam se articulando para levantamento da possibilidade de financiamento de dois Hospitais na Região. A Gestão Municipal iniciou contatos junto ao Banco Mundial.

Em 17 de junho de 1984, a Comissão Intermunicipal organizou uma Assembléia Pró-Hospital, mediante convocação da Representação da População, Vereadores, Prefeitos e Secretários de Saúde da Região, com a participação do governo do Estado. A Assembléia se realizou no Estádio Municipal de Embu, inclusive com fornecimento de transporte gratuito aos participantes, para discussão do projeto de Hospital na Região. A Assembléia teve a presença de cerca de 3.000 pessoas.

A Assembléia de 17/06/1984 gerou as seguintes proposições:

- Elaboração dos projetos Arquitetônicos dos Hospitais.
- Os Deputados Estaduais seriam engajados e compromissados na luta pelos projetos, por ação dos Prefeitos.
- A continuidade da busca de recursos financeiros de origem federal e estadual, além da tentativa de financiamento.

Por meio da Indicação nº 1.649, de 18 de junho de 1984, da Assembléia Legislativa do Estado, o então deputado estadual, Dr. Geraldo Alckmin, indicou a instalação do Hospital Regional de Itapecerica da Serra, com capacidade de 150 leitos, visando atendimento de aproximadamente 150.000 habitantes, dos municípios de Embu-Guaçu, Juquitiba, parte do Embu, entre outros. A Indicação nº 1.650, de 18 de junho de 1984, pelo mesmo deputado,

indicou também, a instalação do Hospital Regional, com as mesmas condições, no município de Taboão da Serra.

Em meados de 1985, os Prefeitos dos municípios de Embu, Taboão da Serra, Embu-Guaçu, Juquitiba e Itapecerica da Serra, em reunião com o Governador Franco Montoro, consolidaram o pleito dos projetos de construção dos hospitais, cujas condições básicas envolviam: os municípios doariam os terrenos para a construção, o Estado cuidaria das obras.

O Inamps se responsabilizaria pelo custeio dos serviços quando do funcionamento.

O Governador Montoro mostrou-se um entusiasta do projeto, dizendo que os municípios estavam abrindo novo caminho, fortalecendo o poder local, que vinha fortalecer a política de regionalização, princípio de seu governo. O pleito atendia a descentralização dos serviços médicos, participação popular na elaboração das políticas e ações de Saúde. Estas diretrizes (Secretaria Estadual de Saúde) na Gestão Estadual eram de que os Serviços de Saúde deveriam fornecer qualidade adequada, com ações de Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Recuperação, atingindo a todos os níveis da população e estão demonstradas no *Anexo I*.

Comprovando a efetividade do pleito acima, em agosto de 1985, a prefeitura de Itapecerica da Serra, iniciou a negociação para aquisição do terreno para construção do Hospital.

A demanda potencial dimensionada no projeto dos municípios (**Jornal O Cidadão, Ano IV, nº 93 de 20/07/1984**), na realidade visava atender uma população em torno de 500 mil habitantes, tomando por base estudos que indicavam:

- Cerca de 80% das doenças, eram consideradas comuns às difíceis condições de vida da região, como Diarréia, Pressão Arterial e Anemia.
- Na construção dos hospitais, estava orçado um investimento de 24 bilhões de Cruzeiros, ou US\$ 13.029.315,96 (US\$ – 20/07/1984).

Em outubro de 1985, o Conselho Diretor de Saúde, discutia a necessidade de preparação de participação de representantes na VIII Conferência Nacional de Saúde. Como ações iniciais, planejou a organização de Encontros regionais para fundamentar a participação da Região.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1986 e teve como principal resultado, em âmbito nacional, desencadear um processo de efetiva descentralização gerencial do setor Saúde, com base no fortalecimento do Gestor Estadual e enfatizando a adoção de modelos de organização de Sistemas Municipais de Gestão. **(Pedrosa, 1999)**

Esse encontro, constituiu um marco importante, que foi a iniciativa regional e estadual, que dinamizou e realimentou o SUS, promovendo uma rearticulação efetiva do Sistema.

Isso é comprovado pela verificação de que, em meados de 1986, houve a Reforma Administrativa da Secretaria de Estado da Saúde, com a divisão da Grande São Paulo em Áreas e na implantação da Coordenadoria do Programa Metropolitano de Saúde – CPMS, que atribui ao município de São Paulo e demais municípios, segundo duas Diretorias. Cada área de abrangência de Saúde ficou coordenada por meio dos Escritórios Regionais de Saúde – ERSA, possuindo sob sua jurisdição: a Área Hospitalar, a Ambulatorial, a Laboratorial e Outras. **(Ata do Distrito Sanitário de Itapecerica da Serra DRS 1/5 de Set./1984 a Jun./1990)**

Nesse mesmo período, no bairro da Aldeinha, a comunidade oferece terreno, recursos financeiros e colaboração nos serviços para a construção pelos próprios, de um Serviço de Saúde. O Diretor do Centro de Saúde Integrada, propôs fornecer o estudo técnico para elaboração do projeto. A prefeitura do município assumiria a contratação dos recursos humanos e a Secretaria de Saúde, providenciaria os recursos para treinamento do pessoal e aquisição dos equipamentos. Esse projeto levaria a prefeitura, à necessidade de contratação de mais dois dentistas, três médicos e três atendentes de enfermagem.

Outra necessidade identificada no município, nessa época, era a de implantação de um Serviço de Saúde no Jardim Jacira e aquisição de mais duas ambulâncias.

Em junho de 1986, a prefeitura propôs viabilizar recursos para montar treinamentos de Enfermeiras em Saúde Pública, e a montagem de um curso de Saúde Pública, em parceria com as prefeituras da região. A principal finalidade do curso de Saúde Pública, era o estabelecimento de uma política de Saúde Regional, assim como a formação de uma mentalidade em Saúde Pública.

Em agosto de 1986, foi planejado pela Municipalidade, um Encontro Intermunicipal para discutir políticas de Saúde para a Região, mediante representação das prefeituras, e coordenada pelo ERSA da região.

Em 28 de julho de 1988, foi assinado o Termo de Adesão ao Convênio SUDS 1988, que integrou os serviços da Secretaria de Estado da Saúde e os municípios no SUDS-SP, significando a estruturação efetiva do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo (Decreto Estadual nº 28.410, de 20 de maio de 1988).

Ao SUDS-SP, cabia as funções de gerir, coordenar, controlar e avaliar as ações de Saúde de abrangência municipal. Além disso, supervisionado pelos órgãos gestores do SUDS-SP, regulamentar os repasses financeiros, administrando as Prestações de Contas, submetendo-se anualmente, à auditoria do Tribunal de Contas do Estado.

As Prestações de Contas encaminhadas ao Estado deveriam ficar à disposição da população. Nesse regulamento, deve-se enfatizar que os valores não empenhados até o final do exercício, seriam recolhidos ao Fundo Estadual de Saúde – Fundes.

Esse ato de adesão ao SUDS-SP encerrava a vigência dos Convênios existentes entre a Secretaria de Estado, o Inamps e o município, na Gestão Municipal da Saúde.

4.3.5 – Indicadores de Resultados do Período

Nesses seis anos de gestão, o município conseguiu estruturar e oferecer sete Unidades de Atendimento em Saúde, cinco além das duas anteriormente existentes. Além disso, a desapropriação de terreno com recursos próprios, para implantação do Hospital Regional de Itapeçerica da Serra.

Alguns Indicadores de Resultados de Saúde, são demonstrados na *Tabela 6*, referentes a Cobertura Vacinal no município (período de 1985 a 1989).

Tabela 6 – Cobertura Vacinal no município

| VACINA | 1985 Cobertura | 1986 Cobertura | 1987 Cobertura | 1988 Cobertura | 1989 Cobertura |
|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| SABIN – 1 ano | 147,19 | 66,21 | 71,63 | 71,80 | 81,75 |
| BCG – 1 ano | 77,68 | 90,43 | 87,93 | 99,57 | 92,89 |
| SARAMPO – 1 ano | 78,21 | 77,46 | 74,20 | 85,37 | 89,41 |
| TRÍPLICE – 1 ano | 71,20 | 66,89 | 72,58 | 71,06 | 82,76 |

Fonte: Plano Diretor de Saúde de Itapeçerica da Serra – 1991.

Quanto ao Indicador de Resultados, Mortalidade Infantil, comparando-se os índices de 1970, 1980, e os índices do período de 1983 a 1988, conforme a *Tabela 7* demonstra:

Tabela 7 – Mortalidade Infantil no município de Itapeçerica da Serra

| ANO | ÍNDICE ¹ |
|------|---------------------|
| 1970 | 149,32 |
| 1980 | 82,71 |
| 1983 | 68,97 |
| 1984 | 80,91 |
| 1985 | 82,33 |
| 1986 | 71,63 |
| 1987 | 57,20 |
| 1988 | 55,98 |

Fonte: NIAC –SMSIS.

1 – O Índice é calculado para cada 1.000 nascidos vivos.

4.4 – Período de 1989 a 1992

Esse período de gestão, demonstrou ampla preocupação na instituição de ferramentas legais para se obter uma maior autonomia e responsabilidade na implementação do Setor de Saúde Pública Municipal.

4.4.1 – Ações Legais e Regulamentares

A Lei Complementar nº 006, de 04 de abril de 1991, criou o Conselho Municipal de Saúde, com a finalidade de atuar nas Estratégias da Execução das políticas Municipais de Saúde.

(Anexo 2)

Um ato relevante constatado no período, foi a Lei Municipal nº 662, de 20 de setembro de 1991, que instituiu o Fundo Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra, com o objetivo de criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de Saúde do município, compreendendo: atendimento universal, integral, regionalizado e hierarquizado; vigilância sanitária; vigilância epidemiológica, além do controle e fiscalização das agressões ao Meio Ambiente, em parceria com as demais instituições do governo. *(Anexo 3)*

O Fundo Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra visa maior autonomia e responsabilidade operacional nas ações, demonstrando uma capacitação efetiva da estrutura municipal quanto às: decisões, implantações das políticas públicas de Saúde do município, fiscalização e Prestação de Contas da aplicação dos recursos além da avaliação das políticas de Saúde pelo Conselho Municipal de Saúde. Com essas diretrizes, essa Lei do Fundo, consolidou a possibilidade de gerenciamento do sistema como um todo.

4.4.1.1 – Aspectos da Gestão do FMS

O Fundo Municipal de Saúde está subordinado à Diretoria do Departamento Municipal de Saúde, órgão ordenador das despesas e pagamentos (inclusive as de pessoal e encargos sociais) e ao Conselho Municipal de Saúde. A lei regulamentou a sua competência de gestão e responsabilidade pelo estabelecimento de políticas, pela aplicação dos recursos, assim como, firmar contratos juntamente com o Prefeito Municipal, relativos aos processos do setor de Saúde Pública municipal.

As Receitas do Fundo compreendem: as transferências das três esferas de governo, os Rendimentos e os Juros oriundos de Aplicações Financeiras, os Convênios firmados com outras Instituições, a Arrecadação de Multas por infrações ao Código Sanitário, Taxas que o município venha criar referentes à Saúde, Arrecadação de Outras Receitas Próprias da Saúde, transferências do próprio município à Saúde, demais transferências específicas à Saúde e doações efetuadas ao Fundo Municipal de Saúde.

Os recursos financeiros do Fundo, devem ser movimentados em conta especial, em Estabelecimento Bancário Oficial.

O Ativo do Fundo Municipal de Saúde é composto pelas disponibilidades financeiras em Caixa ou Bancos, Direitos Constituídos, Bens Móveis e Imóveis relativos ao Sistema Municipal de Saúde. O Passivo do Fundo Municipal de Saúde, se compõe das obrigações assumidas para a manutenção e funcionamento do setor de Saúde Pública do município.

O Fundo Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra, possui Orçamento próprio que integra o Orçamento Geral do município, conforme as legislações específicas. O grande diferencial é que a Lei que criou o Fundo Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra, criou ao mesmo tempo, a estrutura administrativa, para de forma autônoma, gerir os seus recursos, seguindo os princípios da Lei nº 4.320/94, de Orçamento e Finanças Públicas, para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos instrumentos de Gestão, Planejamento, Administração e Controle das Ações de Saúde Pública do município.

4.4.2 – Ações Administrativas e Financeiras

No início da gestão, em janeiro de 1989, foi identificado que o Sistema de Saúde vigente era insuficiente e com pouca resolutividade para atender as necessidades do município. Continuava existindo um alto custo, financeiro e social, com as transferências de pacientes para tratamento de Saúde para fora do município, devido a pouca oferta de atendimentos no

local. Foi efetuado um diagnóstico da situação de Saúde encontrada no município, e foi verificada a existência de um déficit grande em relação aos recursos humanos, profissionais de Saúde do município, o que ocasionava uma demanda reprimida grande.

Em fevereiro de 1989, eram considerados fundamentais os recursos disponibilizados pelo Convênio de Municipalização. Havia uma decisão política de priorização das áreas de Saúde e educação no município. Houve a contratação de mais médicos, foram realizados concursos públicos para preenchimento das vagas. Havia a necessidade de que as transferências dos recursos financeiros, fossem condizentes com as necessidades de administração dos serviços de Saúde no município, de forma a atender as necessidades da população.

Existia a necessidade de revisão do Plano de Saúde nesse período, especialmente em relação aos investimentos, para assinatura de novo Termo Aditivo ao Termo de Adesão do município ao SUDS, com vigência a partir de 01 de julho de 1989.

A prefeitura não tinha condições para a contratação de profissionais de Saúde para atendimento nos serviços de Saúde abertos no município. Além dos problemas inerentes à contratação de pessoal em organizações públicas, o município não tinha condições financeiras para a manutenção do pessoal.

O Plano Diretor de Saúde (1991) reconhecia a impossibilidade do município arcar sozinho com o Orçamento da Saúde para 1991. O Orçamento oneraria 42% do Orçamento Geral do município. Quanto aos recursos humanos, estavam previstas mais contratações para o 1º semestre de 1991, visando a cobertura dos novos serviços, além de completar o quadro das unidades existentes.

O principal objetivo do Plano Diretor da Saúde (1992) era a manutenção dos serviços de Saúde implementados, sobretudo em relação à atenção primária oferecida à população carente, de baixa renda, nos locais de alta concentração demográfica no município. O Plano reafirmava a impossibilidade do município arcar sozinho com os custos do Programa,

necessitando de auxílios financeiros das demais esferas de governo. O município estava cada dia mais defasado em relação às transferências de outras esferas de governo e os custos de manter o sistema de Saúde municipal estavam cada vez mais altos. No primeiro trimestre de 1991, o município participava com 32,92 % no financiamento do setor. No segundo trimestre de 1991, o município participava com 81,92%, causado pelos atrasos nos pagamentos das faturas pela União.

4.4.3 – Ações de Ampliação dos Serviços e da Rede Física

Para o exercício de 1989, a Administração definiu como prioridade, aprimorar o Programa de Odonto. A princípio, os recursos financeiros transferidos por outras esferas de governo para custear o Sistema Municipal eram suficientes, porém, ao ampliar os Programas de Saúde no município, os recursos foram tornando-se insuficientes. A municipalização previa, como repasses financeiros, procedimentos muito elementares e qualquer ação em complemento às previstas, não existia previsão orçamentária pelo SUDS, necessitando de maior cobertura municipal ao implantar novas ações.

Em junho de 1989, foi efetuada a descentralização das ações de Saúde mental para os municípios. Em relação à Saúde Mental, encontrava-se desestruturada na região. Houve perda de profissionais pelos baixos salários e difíceis condições de trabalho, ocorrendo grande rotatividade de pessoal. Houve pouco planejamento e articulação entre os serviços de Saúde mental municipais. O Ambulatório de Saúde Mental existente prestava atenção aos sete municípios da Região, com gerenciamento exclusivo do Estado. O Plano de Saúde de Itapeccerica da Serra (1991) tinha a intenção de planejar e elaborar uma política de Saúde mental adequada à realidade regional, visando reverter a situação. Devido a grande área de abrangência da Região, além das diversidades regionais, foi decidido dividir a região, com estratégia de estruturação de um serviço de Saúde mental apenas entre os municípios de

Taboão da Serra, Estância Turística de Embu e Itapecerica da Serra. Para implantação do Programa de Saúde Mental, seria formalizado um Consórcio entre os três municípios que se responsabilizariam em viabilizar e operacionalizar as ações, por meio de recursos próprios do Consórcio, além de 50% de recursos repassados pela Secretaria Estadual da Saúde, por meio da assinatura de Termo de Adesão. O Consórcio Intermunicipal para Serviços de Saúde Mental – Consame, foi assinado em dezembro de 1992, com o objetivo de prestação de serviços em Saúde Mental. A sede do Consórcio foi estabelecida no município de Taboão da Serra.

Em meados de 1989, foi decidido priorizar a aquisição de materiais de construção para conclusão das obras da Unidade de Saúde do Jardim Jacira. Segundo o Plano Operativo do município de Itapecerica da Serra (1991), a UBS do Jardim Jacira, encontrava-se na fase de instalações elétricas e hidráulicas, contendo 05 (cinco) consultórios médicos e 01 (um) odontológico.

A Maternidade Municipal e a UBS do Jardim Jacira, foram concluídas em 1990. A área física da Maternidade contemplava 02 (duas) Salas Cirúrgicas, Berçário e Enfermaria, com capacidade total de 50 leitos.

Em janeiro de 1991, existiam outras previsões de investimentos para o município como a ampliação da UBS Valo Velho, além da UBS Crispim e UBS do Parque Paraíso, assim como, a aquisição de equipamentos para melhor aparelhar as unidades existentes. Outra intenção era a criação de Unidade de Terapia Intensiva – UTI, dentro do prédio do Pronto Socorro.

4.4.4 – Ações de Integração ao SUS

Em 1989, era o ano de implantação do SUS. Para recebimento das transferências financeiras do SUS, era necessária a criação de um Fundo Municipal de Saúde, que deveria ser subordinado ao Conselho Municipal de Saúde, com representantes da sociedade civil, para

efetivação do controle social, que significava a participação da população na gestão do sistema. Existiam problemas de credibilidade quanto à implantação do SUS.

Em março de 1989, era discutida a necessidade de elaboração do Plano Municipal de Saúde, para assinatura de Termos Aditivos ao Termo de Adesão do município ao SUDS. Também se discutia as competências de cada esfera de governo na área de Saúde Pública.

Em meados de 1989, voltou-se à discussão iniciada em 1984, sobre a retomada das reuniões pelos Prefeitos da Região, na luta Pró-Hospital, para a liberação de recursos para construção de dois hospitais na região, o de Itapecerica da Serra e o do Pirajussara.

Em 30 de janeiro de 1991, foi assinado o Termo Aditivo 01/91, ao Termo de Adesão ao Convênio SUDS/SP, entre o município de Itapecerica da Serra e a Comissão Interinstitucional de Saúde do Estado de São Paulo – CIS/SP, com o objetivo de transferência de recursos financeiros do Convênio SUDS/SP ao município, visando consolidar a sua implantação. Posteriormente, no decorrer do Exercício de 1991, foram assinados os Termos Aditivos 02/91, 03/91, 04/91, 05/91 e 06/91, visando a transferência de recursos financeiros do SUDS/SP para o município, com necessidade de Prestação de Contas trimestral da aplicação dos recursos do trimestre, para a Secretaria de Estado da Saúde e para o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

O Plano Diretor de Saúde de Itapecerica da Serra (1991) insistia nas propostas não aprovadas em 1990. No entanto, o município tinha consciência das dificuldades em nível orçamentário da União, com necessidade de intensas negociações junto aos órgãos federais para obtenção de recursos.

4.4.5 – Indicadores de Resultados do Período

Em 1990, o município sofreu com os atrasos nos repasses do Convênio SUDS-SP, acarretando problemas junto à área de custeio dos serviços municipais de Saúde. Além disso,

o veto do presidente Collor quanto aos repasses diretos da esfera federal para a esfera municipal, no último trimestre de 1990, obrigava o aumento da participação da esfera municipal no Setor de Saúde Pública. Nessa época, os repasses de outras esferas do governo não ocorriam de forma automática aos municípios, mas, por pagamento pelas faturas de Prestação de Serviços de Saúde, com transferências irregulares.

A *Tabela 8* demonstra a evolução da participação das esferas de governo na Saúde Municipal, (agosto de 1988 a dezembro de 1990).

Tabela 8 – Participação das esferas de governo na Saúde

| PERÍODO | VALOR \$ | VALOR US\$¹ | ESFERA | % |
|----------------------|-----------------|-------------------------------|---------------|----------|
| Agosto a Dez./1988 | 67.500,00 | 88,20 | Inamps | 80,15 |
| | 16.712,91 | 21,84 | Prefeitura | 19,85 |
| Janeiro a Junho/1989 | 496.431,62 | 326.599,75 | Inamps | 76,70 |
| | 150.848,17 | 99.242,22 | Prefeitura | 23,30 |
| Julho a Dez./1989 | 1.375.521,06 | 121.084,60 | Inamps | 65,10 |
| | 737.500,00 | 64.920,77 | Prefeitura | 34,90 |
| Janeiro a Junho/1990 | 5.688.000,00 | 93.215,34 | Inamps | 68,34 |
| | 2.635.000,00 | 43.182,56 | Prefeitura | 31,66 |
| Julho a Dez./1990 | 71.150.919,78 | 418.387,16 | Inamps | 64,91 |
| | 38.457.051,00 | 226.138,13 | Prefeitura | 35,09 |

Fonte: Plano Diretor de Saúde de Itapeverica da Serra – 1991.

1 – Foram utilizadas as taxas US\$ do final do período.

A seguir é demonstrado os Serviços de Saúde Municipais, implantados no município até 1990, conforme Plano Diretor de Saúde (1991). Os consultórios de odontologia existentes estavam distribuídos nos PAS e nas Escolas do município. O Pronto Socorro Municipal atendia a maioria dos casos que deveriam ser atendidos em Consultas Ambulatoriais, não reconhecidos como de Urgência e Emergência, que são atendimentos considerados de PS. No período, o município não contava com Vigilância Sanitária. O maior problema detectado nessa área, era relativo à comercialização de carnes em revendedores sem registro, com abates domésticos, vendidas em feiras ou bancas expostas em via pública. Existia apenas, um trabalho realizado pela Divisão de Controle de Zoonoses, de controle sanitário do leite “in natura” e do rebanho produtor.

O município estruturou um Programa com algumas ações de Vigilância Sanitária. As questões de maior complexidade, ficavam por conta de resolução do Órgão Estadual. Os objetivos do Programa, estavam na redução das zoonoses (doenças infecciosas de origem animal), toxiinfecções alimentares, aumento da consciência sanitária por meio de programas educacionais junto à população.

Outro objetivo do Programa foi descentralizar as ações de Vigilância Sanitária sob a coordenação do Departamento Municipal de Saúde, com melhoria da integração entre a Prefeitura, o Estado e outras Instituições. Na implantação do Programa, com descentralização das ações, a Divisão de Controle de Zoonoses funcionaria como Unidade de Referência para a população, com a função de encaminhamento das questões para resolução em outras instituições quando necessário. A Zoonoses atendia em setor do Departamento Municipal de Saúde, cujos horários de atendimentos, encontram-se demonstrados na *Tabela 9*.

Tabela 9 – Rede de Saúde Municipal – 1990

| UNIDADES DE SAÚDE | FUNCIONAMENTO |
|-------------------------------|----------------------|
| UBS Salvador de Leone | Das 7:00 às 21:00 h. |
| PAS do Crispim | Das 7:00 às 17:00 h. |
| PAS de São Lourenço da Serra | Das 7:00 às 17:00 h. |
| PAS do Valo Velho | Das 7:00 às 17:00 h. |
| PAS do Parque Paraíso | Das 7:00 às 17:00 h. |
| PAS do Branca Flor | Das 7:00 às 17:00 h. |
| PAS do Paiol do Meio | Das 7:00 às 17:00 h. |
| Pronto Socorro Municipal | 24 horas |
| Odontologia (20 consultórios) | Das 7:00 às 17:00 h. |
| Zoonoses | Das 7:00 às 17:00 h. |

Fonte: Plano Diretor de Saúde de Itapeçerica da Serra – 1991.

Outro indicador, se refere aos recursos humanos mobilizados, conforme funções e vinculações (Estado, município) demonstradas na *Tabela 10*.

Tabela 10 – Recursos Humanos com Funções no município – 1990

| FUNÇÃO | ESTADO | PREFEITURA |
|---------------------------------|---------------|-------------------|
| Médico 20 horas | 04 | 28 |
| Médico 24 horas | - | 16 |
| Atendente | - | 06 |
| Atendente de Enfermagem | 03 | 55 |
| Diretor de Departamento | - | 01 |
| Dentista | - | 20 |
| Enfermeira | - | 05 |
| Motorista | - | 33 |
| Operador de Combate em Zoonoses | - | 04 |
| Servidor Administrativo | - | 02 |
| Encarregado das Ambulâncias | - | 01 |
| Zeladora | - | 16 |
| Técnico de raios-X | - | 02 |
| Guarda | - | 08 |
| Servidor Braçal | - | 02 |
| Escriturário | 02 | - |
| Visitador Sanitário | 03 | - |
| Psicólogo | 01 | 01 |
| Assistente Social | 01 | - |
| Auxiliar de Serviço | 05 | - |
| Médico Veterinário | - | 02 |
| TOTAL | 19 | 202 |

Fonte: Plano Diretor de Saúde de Itapeçerica da Serra – 1991.

Quanto aos comportamentos dos índices de Mortalidade Infantil do município, demonstra correlação com a implantação de ações no preparo materno-infantil, e a estruturação da Maternidade Municipal, conforme se demonstra na *Tabela 11*.

Tabela 11 – Mortalidade Infantil no município de Itapeçerica da Serra

| ANO | ÍNDICE¹ |
|------------|---------------------------|
| 1989 | 44,11 |
| 1990 | 54,96 |
| 1991 | 40,13 |
| 1992 | 28,36 |

Fonte: NIAC – SMSIS

1 - O índice é calculado para cada 1.000 nascidos vivos.

Um indicador de resultados importante apurado no período, foi o número de Consultas Médicas, comprovando o crescimento no atendimento da prestação de serviços à população, conforme *Tabela 12*.

Tabela 12 – Consultas Médicas Realizadas no município

| ANO | Nº TOTAL DE CONSULTAS/ANO |
|------------|----------------------------------|
| 1989 | 145.103 |
| 1990 | 134.160 |
| 1991 | 165.633 |
| 1992 | 192.326 |

Fonte: NIAC – SMSIS

4.5 – Período de 1993 a 1996

Esse período foi marcado pela preocupação dos gestores com ações de amplitude na Organização dos Serviços, visando a fundamentação do modelo municipal.

4.5.1 – Ações Legais e Regulamentares

O Decreto Municipal nº 1018, de 11 de janeiro de 1993, como marco relevante, regulamentou os mecanismos previstos pelo Ministério da Saúde, para pagamentos de Complementação Salarial aos funcionários públicos da esfera federal e da estadual e incorporados operacionalmente nas Unidades Públicas Municipais.

Com a municipalização, diversos funcionários do Estado permaneceram prestando serviços ao município, sendo posteriormente, incorporados na esfera de responsabilidade orçamentária municipal. Foi um processo complexo, a implantação da garantia de pagamento da Complementação Salarial no município, pois obedecia a equiparação do salário do servidor estadual ao salário do servidor municipal. A demora do processo, ocasionou evasão de profissionais, sobretudo os de formação em nível superior.

Consolidado e normatizado esse processo, em novembro de 1994, a Secretaria Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra, solicitou à Comissão Intergestora Regional – CIR, o seu enquadramento, na condição de Gestão Parcial, por meio de encaminhamento de Plano de Municipalização – Gestão Parcial – novembro/94, o que permitiu sua habilitação à essa categoria de gestão.

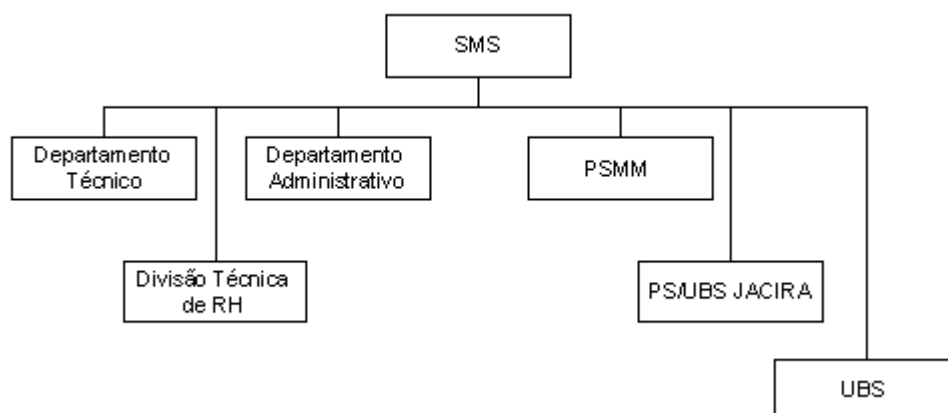
Essa nova condição de “status” de Gestão Parcial veio reforçar ainda mais, a autonomia e descentralização decisória e operacional, sinalizando um marco superior de desempenho da Gestão Municipal no Sistema de Saúde.

4.5.2 – Ações Administrativas e Financeiras

A Folha de Pagamentos e os Encargos Sociais do pessoal da Saúde são considerados elevados em relação à arrecadação municipal. O maior custo com o Setor de Saúde Municipal se refere aos gastos com pessoal e encargos sociais, financiados com recursos próprios do município. A dificuldade em manter os recursos humanos no município se agrava a partir do segundo semestre de cada ano porque a arrecadação do município diminui. As demais Despesas de Custeio do setor são, com recursos do Fundo Municipal de Saúde, provenientes dos faturamentos SIA-SUS.

Pela Lei nº 757, de 30 de julho de 1993, cria-se nova reforma administrativa estabelecida na Estrutura Organizacional da Prefeitura como um todo, inclusive do Departamento Municipal de Saúde, transformando-o em Secretaria Municipal de Saúde (*Anexo 4*). Foram redefinidos os cargos, além de estabelecer um Programa de contratações necessárias para preenchimento dos cargos criados, com fixação das referências salariais para cada categoria profissional, e a nova forma de vínculo empregatício pela CLT. Essa nova estrutura (Secretaria Municipal de Saúde), passou a contar com três Departamentos: o Técnico, o Administrativo e o PSMM (Pronto Socorro e Maternidade Municipal). Quanto ao Pronto Socorro do Jardim Jacira e os Recursos Humanos, foram considerados em nível de Divisão. Já as Unidades Básicas de Saúde, situadas nos bairros, foram classificadas como Serviço Técnico, conforme demonstra a *Figura 6*.

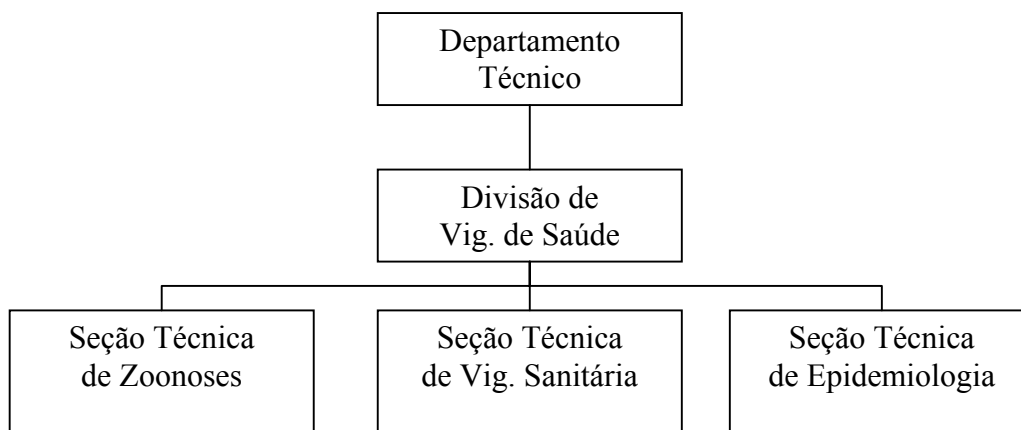
Figura 6 – Organograma da SMSIS (1993)



Fonte: SMSIS.

O Departamento Técnico ficou responsável pela Divisão de Vigilância à Saúde, abrangendo a Seção Técnica de Zoonoses, a Seção Técnica de Vigilância Sanitária e a Seção Técnica de Epidemiologia, conforme se demonstra na *Figura 7*.

Figura 7 – Organograma do Departamento Técnico da SMSIS – SP



Fonte: SMSIS.

À Diretoria do Departamento Técnico foi atribuída a responsabilidade pelo controle e execução de ações de Saúde, reforçando a consolidação da hierarquização e regionalização dos serviços com resolutividade. Esse Modelo Assistencial, nessa época, apresenta uma conformação mais clara, quanto às suas bases de planejamento, estratégias operacionais, capacitação dos órgãos, desde a identificação das áreas problemas em conjunto com a

população, até o engajamento da gestão de cada UBS, com responsabilização das ações em sua área territorial, apoiados pelos setores:

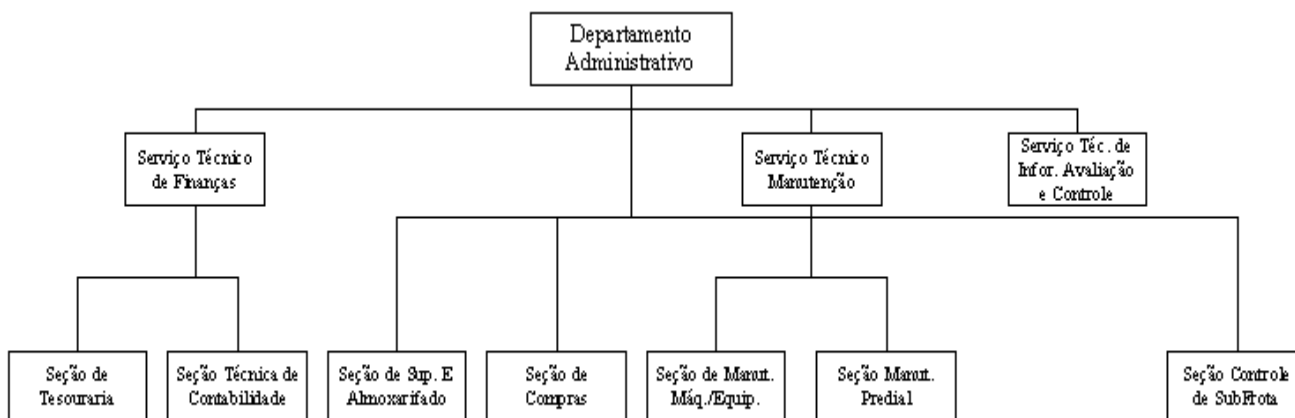
- Zoonoses: responsável por doenças de origem animal e vetores que geram riscos à Saúde humana. Naquele momento, faltava planejamento do setor junto com a Área de Saúde Municipal.
- Vigilância Sanitária: responsável pela vigilância de meio ambiente, produtos de interesse à Saúde, ambientes de trabalho e ações preventivas a situações que causem agravos à Saúde.
- Vigilância Epidemiológica: responsável pela análise e acompanhamento das ações de Saúde e medidas de controle das doenças e agravos à Saúde da população, além do controle de surtos e epidemias, controlando a proliferação de doenças. Até aquele momento, só existiam alguns serviços centralizados e pontuais na UBS Salvador de Leone.

As propostas de encaminhamento da Diretoria Técnica seriam a descentralização das ações de vigilância epidemiológica e vigilância à Saúde para as UBSs, capacitação de toda a rede de Saúde na área de vigilância à Saúde, integração com outros Departamentos da Prefeitura ou outras Instituições do município, para a elaboração de planos conjuntos, treinamento de Agentes Comunitários de Saúde, atividades educativas e preventivas em relação a doenças ou agravos à Saúde, implantação da Vigilância Sanitária Municipal, incremento da participação do município no Projeto Guarapiranga, continuidade ao projeto de controle do leite in-natura.

O Departamento Administrativo, nesse ciclo, já apresenta uma estrutura complexa, em que denota um alto grau de especialização e coordenação, composto por: Serviço Técnico de Finanças, contendo as Seções de Tesouraria e de Contabilidade; a Seção de Suprimentos e Almoxarifado e a Seção de Compras; o Serviço Técnico de Manutenção, composto pelas Seções de Manutenção de Máquinas e Equipamentos e Manutenção Predial; o Serviço

Técnico de Informação, Avaliação e Controle, e a Seção de Controle da Sub-Frota. A Figura 8 sintetiza o organograma desse Departamento.

Figura 8 – Organograma do Departamento Administrativo da SMSIS



Fonte: SMSIS.

As principais funções desses setores podem ser definidas como a seguir:

- Finanças: responsável pelas ações de Contabilidade e Tesouraria, com Execução Orçamentária e Financeira dos Recursos do Fundo Municipal de Saúde.
- Manutenção: responsável pelo desenvolvimento de ações de manutenção predial e de equipamentos, por meio de pessoal próprio ou encaminhamento a terceiros.
- Núcleo de Informações: responsável pela alimentação dos dados do sistema, lançamento/conferência das faturas médicas e outros serviços de informação ao sistema;
- Suprimentos, Almozarifado e Compras: responsável pelos pedidos de compras, assim como, recebimento e armazenagem dos materiais, além da distribuição dos mesmos pela Rede de Saúde do município;
- Sub-Frota: responsável pela coordenação das operações e da manutenção de ambulâncias e veículos de uso administrativo da Secretaria Municipal de Saúde.

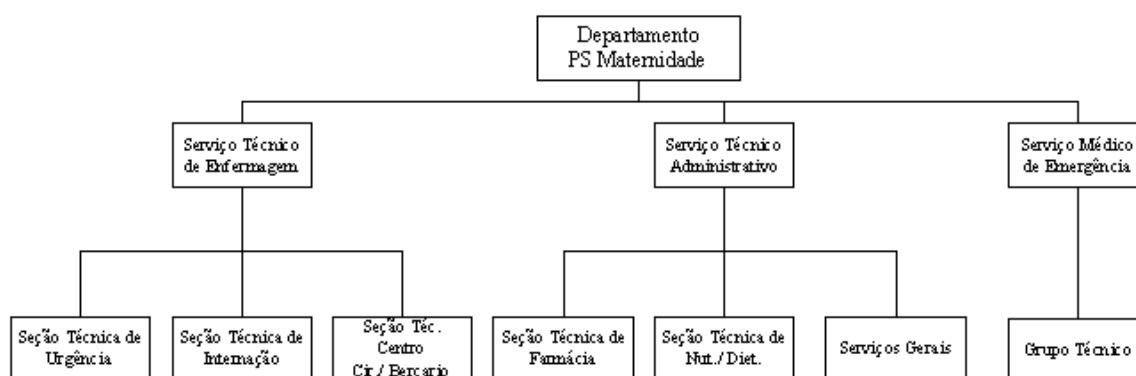
A Secretaria Municipal de Saúde do município possui a gestão descentralizada com autonomia operacional do Fundo Municipal de Saúde, gerenciando inclusive as transferências financeiras de outras esferas do governo para o município, além dos recursos humanos e

equipamentos, em uma estrutura separada da Prefeitura Municipal. A Secretaria Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra é uma Unidade Orçamentária e de Despesas da Prefeitura Municipal, não possuindo constituição jurídica, apresentando sob sua gerência, os serviços necessários para viabilizar a aquisição de insumos para a rede municipal de Saúde, assim como, o armazenamento, a estocagem, os pagamentos e a contabilização dos processos de compras da Saúde Pública Municipal.

O Plano de Reestruturação incluía ainda estruturação do Almoxarifado Central, com maior controle dos materiais existentes, implantação de padronização dos materiais e a Estruturação do Setor de Contabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de dar maior suporte às ações das diferentes Unidades da Rede Municipal de Saúde.

O Departamento de Pronto Socorro e Maternidade, por sua vez, abrange o Serviço Técnico de Enfermagem, contendo a Seção Técnica de Urgência, a Seção Técnica da Internação e a Seção Técnica Centro Cirúrgico e Berçário; o Serviço Administrativo, abrangendo a Seção Técnica de Farmácia, a Seção Técnica de Nutrição e Dietética e Serviços Gerais; o Serviço Médico de Urgência, contemplava o denominado Grupo Técnico, sintetizado na *Figura 9*.

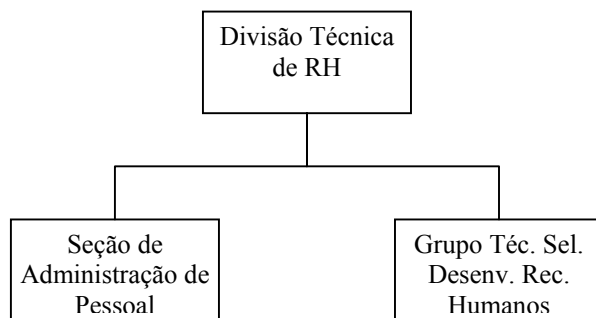
Figura 9 – Organograma do Departamento de PS/Maternidade da SMSIS – SP



Fonte: SMSIS.

A Divisão Técnica de Recursos Humanos abrangia a Seção de Administração do Pessoal e o Grupo Técnico de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos, conforme *Figura 10*.

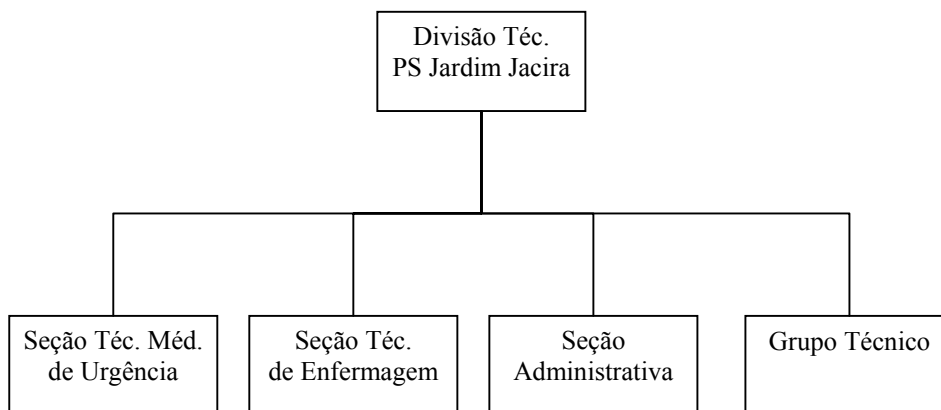
Figura 10 – Organograma da Divisão Técnica de RH da SMSIS – SP



Fonte: SMSIS.

A Divisão Técnica do Pronto Socorro do Jardim Jacira contemplou a Seção Técnica Médica de Urgência, a Seção Técnica de Enfermagem, a Seção Administrativa e o Grupo Técnico, conforme *Figura 11*.

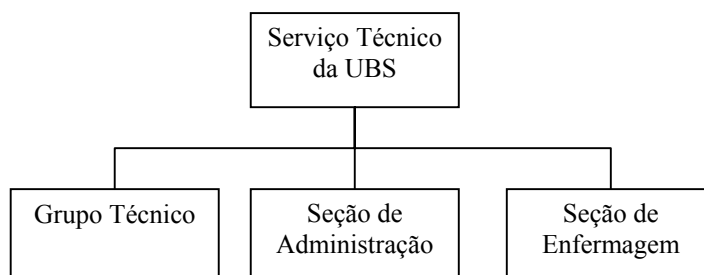
Figura 11 – Organograma da Divisão Técnica PS Jardim Jacira da SMSIS



Fonte: SMSIS.

Cada Unidade Básica de Saúde ficou estruturada por: Grupo Técnico, Seção de Administração e Seção de Enfermagem, conforme *Figura 12*.

Figura 12 – Organograma do Serviço Técnico de UBS da SMSIS



Fonte: SMSIS.

Em agosto de 1993, o Departamento Municipal de Saúde, realizou a primeira Avaliação dos Serviços Municipais de Saúde, como passo inicial do Programa de Avaliação Semestral da Rede Municipal de Saúde.

Resultou nas seguintes ações:

- abertura com exposição da política Municipal de Saúde;
- apresentação individual de cada Serviço Municipal de Saúde;
- apresentação dos Indicadores de Saúde do município;
- discussão da estrutura organizacional dos Serviços de Saúde;
- debates sobre os problemas de Saúde no município, além de painéis de propostas de trabalho para o segundo semestre de 1993.

Levando em consideração toda essa reestruturação detalhada nas páginas anteriores, o Programa de Avaliação dos Serviços Municipais de Saúde, detectou os seguintes problemas:

- O município não possuía leitos hospitalares;
- Os casos de internação eram encaminhados para fora da cidade, sobretudo para São Paulo.
- Os Pronto Socorros cobriam a demanda reprimida da população, carentes de consultas médicas, funcionando como pronto atendimento, porque as Unidades Básicas não tinham condições físicas para os atendimentos, além dos recursos humanos.

Essa constatação reforça o conceito de **Contador (2000) in Gomes (2001)**, a respeito das características do Mercado de Produtos e Serviços Sociais, em que existem pontos críticos na estrutura da oferta, em relação à demanda nos diferentes segmentos sociais.

4.5.3 – Ações de Ampliação dos Serviços e da Rede Física

Em janeiro de 1993, foi identificada a necessidade de adequações para funcionamento das áreas físicas das Unidades de Saúde do município, além da ala da Maternidade Municipal. Após as adequações da Maternidade, havia a necessidade da aquisição de alguns

equipamentos fundamentais, além da contratação de recursos humanos para implantação. A rede física de Saúde, como um todo no município era insuficiente.

Após passados os primeiros meses da gestão, iniciada em janeiro de 1993, o Departamento de Saúde, reconhecia a necessidade urgente de reestruturação da rede física de Saúde existente, iniciando pela construção de mais duas Unidades Básicas de Saúde, uma no Valo Velho e outra no Parque Paraíso, porque as existentes, eram inadequadas. Os projetos dessas obras estavam calculados em edificações de 570 m² cada, a um custo de US\$ 500,00 m². Enquanto o município não conseguia recursos financeiros para investimentos nessas Unidades, a solução encontrada, foi alugar novos prédios para implantar Unidades para minimizar a abrangência da demanda não atendida.

Além disso, também foi identificado que os prédios nas Unidades de Saúde encontravam-se em mal estado de conservação. A UBS Salvador de Leone atendia a população dos diversos bairros do município, ocasionando longas filas de espera nos atendimentos. As ambulâncias existentes, encontravam-se em mal estado de conservação. Algumas Unidades de Saúde do município, não possuíam estrutura administrativa para o funcionamento. As ações estratégicas propostas, focaram: contratação de pessoal, reforma e adequação das Unidades de Saúde do município, aquisição e manutenção de equipamentos, além de aquisição de novas ambulâncias.

Outra demanda ocorria em relação ao Programa de Saúde Bucal. Os profissionais existentes eram insuficientes, os equipamentos estavam obsoletos e em mal estado de conservação, além da insuficiência de instrumentais odontológicos e falta de setor de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos. Tal condição, determinou ações prioritárias para aquisição de materiais para implantação de Ações Coletivas de Saúde Bucal nas Escolas, manutenção corretiva dos equipamentos existentes, aquisição de instrumentais odontológicos e redefinição dos serviços de atendimentos nas UBSs do município com ampliação para todas as faixas

etárias. Para isso, seriam capacitados técnicos de higiene dental e auxiliares de consultório dentário, além de reciclagem dos dentistas para a nova estrutura operacional e perfil de serviços.

Em 1993, a Vigilância Epidemiológica foi descentralizada para as UBSs, com o objetivo de abranger o papel importante na detecção, investigação e notificação de doenças.

No início de fevereiro de 1993, foi identificado um surto de diarreia no Jardim Jacira. Até 27/03/1993, haviam sido notificados 144 casos. Para solução do problema, foi feito um mapeamento dos casos e efetuadas visitas domiciliares com distribuição de cloro para conter o problema. Foram analisados os casos e foram solicitadas as visitas locais de instituições como a ONG Pró-Água, a Sabesp e o ERSA-12. Foram realizadas análises laboratoriais das fezes, além da coleta de água para exames bacteriológicos. A maioria dos casos ocorreu em crianças. A constatada causa das infecções foi a água. Na região não havia esgoto e água encanada na maioria das moradias.

O surgimento da epidemia de Cólera em outras partes do mundo determinou a elaboração de uma estratégia de prevenção e combate ao Cólera no município, envolvendo desde ações relativas aos problemas de fornecimento de água, ao esgoto lançado em céu aberto, até a manipulação adequada do lixo (normalmente jogado nos córregos), às enchentes e ao transporte de alimentos.

Foram estabelecidas parcerias entre as Escolas de 1º e 2º graus e o Departamento Municipal de Saúde, para elaboração de ações de conscientização e multiplicação entre os alunos.

A NOB/93 permitiu a municipalização da Vigilância Sanitária, que iniciou as atividades no município a partir de 1998, sobretudo com a realização de atividades educativas junto aos estabelecimentos e às comunidades.

Em 1993, foram normatizadas, em nível do Programa Municipal de Saúde: Uso de Carro Ambulatório para Transporte de Pacientes em Tratamento de Saúde fora do município e Uso

do Método de Contracepção DIU no Programa de Planejamento Familiar. Foram editados e divulgados também, documentos de Orientações sobre Primeiros Socorros para Professores de Pré-Escolas. Outra medida implementada foi a de realização de trabalhos em grupos na UBS Branca Flor, nos Programas: Saúde da Mulher, Planejamento Familiar, Gestantes, Orientação Sexual, Educação de Filhos, Prevenção de Câncer e Outros. A proposta dos grupos seria a criação de condições para a organização da população, buscando a consciência do coletivo, por meio de reuniões e palestras, além de caminhadas e práticas corporais.

Em outubro de 1993, o município implantou o Programa Pré-Natal, visando a diminuição da mortalidade infantil, por meio de acompanhamento de 100% das gestantes em cada área de abrangência das UBSs, além da realização do exame Papanicolaou, Programa de Atualização das Vacinas Antitetânicas, aumento da cobertura de assistência às puérperas (pós-parto).

Em dezembro de 1993, a Secretaria Municipal de Saúde, encaminhou para o Ministério da Saúde, projeto de Informatização da Rede de Saúde. Outro projeto encaminhado, foi o de Ampliação das Ações Coletivas em Saúde Bucal, visando ampliar a resolutividade da rede existente com Clínicas Modulares. Incluiu também, o Programa Leite é Saúde, visando diminuir os agravos gerados pela desnutrição. Esses projetos tinham o objetivo básico de captação de recursos para incremento e diversificação de ações no município.

4.5.4 – Ações de Integração ao SUS

Nesse período, a estrutura montada permitia aos diferentes níveis de Gestão do Departamento Municipal de Saúde, atuar mediante a metodologia da estimativa rápida, como base de suas estratégias operacionais e integrativas, o que permitiu por sua vez, a agilização na resposta aos principais problemas de Saúde da população, identificados pela rede, tendo como base de atuação eficiente na área de abrangência de cada Unidade de Saúde. Os principais problemas de Saúde apontados, mediante esse passo de gestão, se relacionavam com violência, drogas e

diarréias. Isso se comprova pelas diretrizes e estratégias utilizadas (*Anexo 5*) e a formulação das metas básicas da gestão 1993-1996 que envolviam:

- Retomada das lutas em construção do Hospital Regional de Itapecerica da Serra;
- Viabilização e Implantação da Maternidade Municipal;
- Melhoria do Acesso da População aos Serviços de Saúde.

Além disso, para estudar o modelo assistencial, a Secretaria Municipal de Saúde, obteve a assessoria da OPAS – Organização Pan-americana de Saúde, para identificação de situação, levantamento dos problemas e da formulação do planejamento para enfrentar os problemas críticos dos diagnósticos realizados da realidade encontrada em 1993, o que resultou nas seguintes características de ações:

- Descentralização com ênfase nas características locais da área das UBSs.
- Participação da comunidade em todo o processo.
- Envolvimento das equipes locais de Saúde.
- Envolvimento de outras Secretarias na atuação local.
- Envolvimento de outras Instituições na atuação local.
- Assessoramento em nível central da Gestão Municipal, de forma que as ações fossem mais adequadas à realidade local.

Para auxiliar no levantamento de dados, foram organizados bancos de dados com as informações levantadas, utilizando os softwares MAPINFO e Blade Runner. No planejamento estratégico foram eleitas as prioridades, por meio do levantamento dos dados nas áreas e os problemas, com a rede explicativa dos problemas, definindo mecanismos de ação na busca das soluções. O planejamento foi elaborado em nível local, atribuindo à Unidade Básica de Saúde (pela sua área de abrangência), condições estruturais para ir ao encontro dos problemas e capacitação de solucioná-los (ou amenizá-los).

Outra ação importante da gestão foi a realização da I Conferência Municipal de Saúde (junho de 1994), tendo por objetivo:

- promover a discussão das políticas de Saúde para o município;
- definição das prioridades para o Setor de Saúde;
- eleição do próximo mandato do Conselho Municipal de Saúde.

A proposta central da Conferência foi “Implantação do Sistema Único de Saúde no município de Itapeçerica da Serra”, a partir de que, entre outras propostas, foi estabelecido o veto à terceirização dos Serviços Públicos de Saúde no município, manutenção da aplicação de pelo menos 20% do Orçamento próprio do município em Saúde e a criação do Conselho de Saúde em cada Unidade Básica de Saúde do município.

Em junho de 1996, foi realizada a II Conferência Municipal de Saúde, com o tema central de “Desafios da Saúde no município”. Foram reunidos representantes de diversos segmentos sociais, para avaliação da situação de Saúde da população, além de definição das políticas de Saúde a aplicar no município nos próximos dois anos.

4.5.5 – Indicadores de Resultados do Período

Em fevereiro de 1993, a Rede Municipal de Saúde era composta por 06 (seis) UBSs e 02 (dois) PSs. Para atingir o parâmetro SUS de 2,8 consultas médicas por habitante/ano, a estrutura física da rede municipal de Saúde era insuficiente. Parte dos déficits era suprida pelo PS Central, assumindo o papel de pronto atendimento, com as atividades socorristas, cujo déficit é demonstrado na *Tabela 13*.

Tabela 13 – Capacidade Instalada de Produção – 1993

| UBS | POPULAÇÃO | CAPACIDADE DE PRODUÇÃO | CONSULTAS NECESSÁRIAS | DÉFICIT |
|-------------------|----------------|------------------------|-----------------------|----------------|
| Salvador de Leone | 30.000 | 64.000 | 84.000 | 20.000 |
| Parque Paraíso | 20.000 | 16.000 | 56.000 | 40.000 |
| Branca Flor | 10.000 | 16.000 | 28.000 | 12.000 |
| Valo Velho | 15.000 | 16.000 | 42.000 | 26.000 |
| São Pedro | 5.000 | 8.000 | 14.000 | 6.000 |
| Jardim Jacira | 25.000 | 54.000 | 70.000 | 16.000 |
| Crispim | 15.000 | 24.000 | 42.000 | 18.000 |
| TOTAL | 120.000 | 198.000 | 336.000 | 138.000 |

Fonte: Planos, Relatórios e Normatizações – 1993.

Outro indicador obtido nessa gestão foi o de vacinação, que apresentava dados superiores a 100%, possivelmente decorrente de duas causas:

- Invasão de moradores de municípios vizinhos;
- População subestimada.

Quanto ao Indicador de Mortalidade Infantil, foi identificado que a razão dos altos índices de mortalidade infantil do município eram decorrentes das lesões ao nascer, partos distócicos, má assistência ao parto e ao recém-nascido. Não existia no município, nenhum Programa de Pré-Natal implantado. Faltavam inclusive médicos para os atendimentos nos serviços de Saúde existentes, o que ocasionava consultórios ociosos. Faltavam também, outras categorias de profissionais de Saúde como enfermeiros e auxiliares. Os índices de Mortalidade Infantil no município no período, encontram-se demonstrados na *Tabela 14*.

Tabela 14 – Mortalidade Infantil no município de Itapeçerica da Serra

| ANO | ÍNDICE ¹ |
|------|---------------------|
| 1993 | 33,99 |
| 1994 | 32,61 |
| 1995 | 35,22 |
| 1996 | 25,24 |

Fonte: NIAC – SMSIS.

1 - O Índice é calculado para cada 1.000 nascidos vivos.

Um novo Indicador foi aferido no período, o Índice de Mortalidade Materna, que em 1996, revela um nível elevado, porém, ao analisar em termos de número absoluto, essa dimensão pode ser questionada, conforme demonstra a *Tabela 15*.

Tabela 15 – Mortalidade Materna no município de Itapecerica da Serra

| ANO | ÍNDICE ¹ | N.º ABSOLUTO |
|------|---------------------|--------------|
| 1996 | 155,34 | 04 |

Fonte: NIAC – SMSIS.

1 – O índice é calculado para cada 100.000 nascidos vivos.

O Indicador de Consultas Médicas apresenta-se com valores em elevação, como reflexo do aumento da demanda, conforme demonstra a *Tabela 16*.

Tabela 16 – Consultas Médicas no município de Itapecerica da Serra

| ANO | N.º TOTAL DE CONSULTAS/ANO |
|------|----------------------------|
| 1993 | 218.440 |
| 1994 | 262.928 |
| 1995 | 296.070 |
| 1996 | 279.337 |

Fonte: NIAC – SMSIS.

4.6 – Período de 1997 a 2000

Esse período foi caracterizado por ações que consolidaram o Modelo, inclusive com sua habilitação na maior categoria de Gestão Municipal do Sistema Público de Saúde.

4.6.1 – Ações Legais e Regulamentares

A área da Saúde Pública Municipal encontra-se inserida na Região Administrativa do Estado: DIR-V (Diretório Regional de Saúde), órgão com atribuições de coordenar as políticas de Saúde, definidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde. Para o DIR-V, as políticas e Diretrizes de Saúde, são estabelecidas por meio de espaços coletivos, com participação da população no processo de construção do SUS Municipal, principalmente por meio da Conferência Municipal de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde.

Nesse período, a Direção da SMSIS, estabeleceu que a principal estratégia de viabilização do SUS Municipal, se fundamentaria no desempenho da Rede de Saúde, segundo um modelo em que se privilegiem os usuários. Essa prioridade ao usuário pode ser verificada por meio da instituição do serviço de acolhimento, que visa interpretar as queixas trazidas pelo cidadão e encaminhar à solução do problema, de forma orientada para satisfação desse usuário.

O Plano Municipal de Saúde, formulado para 1997, destacou que os Conselhos de Saúde se tornaram uma ferramenta importante na Gestão da Saúde do município. A atuação desses conselhos envolve: Fiscalização das Ações, Definição das políticas, Acompanhamento e Aprovação da Aplicação dos Recursos Financeiros do FMS. Outro espaço importante para a participação da comunidade no município, se verifica por meio das Conferências Municipais de Saúde (a cada dois anos), com elaboração de fontes básicas de orientação às ações do Executivo e do Legislativo Municipal. *“...a prática democrática é fundamental para a organização e progresso do SUS Municipal”* (Plano Municipal de Saúde, 1997:39)

Nesse ciclo, essa investigação detecta que o foco da gestão se dá na ampliação da resolutividade do Sistema Municipal de Saúde, consolidado e efetivado nessa gestão, pelo encaminhamento às esferas responsáveis, do Plano Municipal de Saúde (1997), com o objetivo de pleitear a habilitação na Gestão Plena do Sistema, o que resultou na Portaria Federal nº 2.553, de 04 de maio de 1998, em que o município de Itapeçerica da Serra, foi habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal.

Para habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal, são necessários alguns requisitos (NOB-SUS 01/96) como:

- Comprovar o funcionamento do CMS.
- Comprovar a operacionalização do FMS.
- Participar na elaboração e implementação da PPI do Estado.

- Comprovação de capacidade técnica e administrativa para a Gestão do Sistema de Saúde Municipal, inclusive para avaliação.
- Comprovação da existência de recursos orçamentários para aplicação financeira dos recursos próprios do Tesouro Municipal com ações e serviços de Saúde.
- Encaminhamento após aprovação pelo CMS, ao gestor estadual, do pleito de gestão.
- Apresentação do Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, assim como os Indicadores de Resultados.
- Apresentação do Relatório de Gestão do exercício anterior ao pleito, devidamente aprovado pelo CMS.
- Possuir técnicos habilitados para o desenvolvimento de ações de Vigilância Sanitária no município.
- Possuir condições para realização de ações de Vigilância Epidemiológica, envolvendo notificação das doenças, busca ativa dos casos, investigação epidemiológica, registro e acompanhamento dos dados e controle de Zoonoses.
- Implantação do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).
- Implementação do Sistema de Informação de Nascimento (Sinasc).
- Implantação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAM).
- Existência de médico formalmente designado no município, para exercer função de Autorização Prévia, Controle e Auditoria dos Procedimentos e Serviços realizados.
- Possuir condições técnicas e materiais de produzir, manter e encaminhar os bancos de dados dos Sistemas SIA-SUS e SIH-SUS.
- Garantia da cobertura dos procedimentos PAB no território municipal.
- Capacidade técnica, Administrativa, Recursos Materiais e Humanos para Executar o Controle e Auditoria dos Serviços de Saúde sob sua Gestão.

Conclusivamente, o “status” de Gestão Plena, significa reconhecer que o Sistema Municipal de Saúde, adquire competências atendendo a NOB-SUS 01/96 para:

- Preparação de toda a Programação Municipal, incorporada à Programação Estadual;
- Gerenciar as Unidades Ambulatoriais e Hospitalares do município;
- Implementar quando necessário, a reorganização das Unidades sob Gestão Pública no município, introduzindo a prática do Cadastramento Nacional dos Usuários do SUS;
- Garantia da prestação de serviços no território do município, conforme a PPI;
- Operação das Centrais de Controle de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares relativos à assistência aos munícipes;
- Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares;
- Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade, conforme a PPI.
- Alimentação dos bancos de dados de interesse nacional, além da operacionalização do SIH e SIA/SUS.
- Manutenção do Cadastro das Unidades Assistenciais, sob Gestão do município.
- Avaliação do impacto das ações do Sistema Municipal sobre a população.
- Execução das ações básicas, de média e de alta complexidade em Vigilância Sanitária.
- Execução das ações de epidemiologia e controle de doenças no âmbito municipal.

4.6.2 – Ações Administrativas e Financeiras

Uma das grandes barreiras da Secretaria Municipal de Saúde, na Gestão do Sistema, foi sempre manter o quadro mínimo de pessoal, pelo fato de haver a necessidade de cobrir a demanda e plantões nas Unidades Socorristas, com funcionamento 24 horas diários. Além disso, se encontra subordinada à Lei de Responsabilidade Fiscal (maio/2000), a que se

limitam os gastos com pessoal em 54% do montante das Receitas Correntes do município, necessitando constantemente adequar os valores das Dotações Orçamentárias de Despesas com Pessoal, já que se relaciona com sua baixa arrecadação. A Secretaria Municipal de Saúde, constantemente trabalha com um número de funcionários reduzidos, especialmente nas áreas administrativas, além da necessidade de ter que abrir contratos de emergência para a categoria Médico, visando a reposição do pessoal. O pessoal da Saúde é um dos gastos mais relevantes da Folha de Pagamentos da Prefeitura Municipal. Além dos concursos públicos, existe uma outra forma de contratação de profissionais para o município, que são os Contratos de Emergência, para algumas categorias, por tempo determinado (por seis meses em geral, com possibilidade de uma única renovação por igual período), garantindo uma certa agilidade na reposição de pessoal, sobretudo nos setores de maior rotatividade. Uma dificuldade estrutural para o desenvolvimento do modelo é a alta rotatividade verificada do pessoal médico, na qual alguns fatores interferem como a distância dos postos de trabalho e o baixo salário das categorias funcionais no município.

4.6.3 – Ações de Ampliação dos Serviços e da Rede Física

As obras do Hospital Regional foram retomadas em 1997, projeto em implantação de aproximadamente quinze anos, sendo que em 22 de outubro de 1998, foi inaugurado (Hospital Regional de Itapeverica da Serra – HGIS). O início efetivo de seu funcionamento, se dá em março de 1999, gerido por uma Organização Social, o Seconci/SP – Serviço Social de Indústria da Construção e Mobiliário do Estado de São Paulo.

Essa forma de gestão foi estabelecida por meio de Contrato, firmado entre o governo do Estado e o Seconci, estando previsto entre outras coisas, a avaliação do desempenho dos serviços oferecidos à população.

Para auxiliar a avaliação e acompanhamento da gestão dessa Unidade, a Secretaria de Estado da Saúde firmou Convênio com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. O Hospital Regional do Taboão da Serra, foi inaugurado nesse mesmo ano, e sua gestão se dá pela Escola Paulista de Medicina, também instituída como Organização Social, Instituições essas, formadas por organizações (privadas) sem fins lucrativos, e criadas pela Lei Estadual nº 846/98.

A dinâmica dos atendimentos no HGIS segue uma hierarquia de referência e contra-referência. É seguida a lógica normativa para efetuar os atendimentos encaminhados pela Rede de Serviços Municipais, não servindo pois, como porta de entrada ao Sistema.

Com relação aos Serviços de Maternidade (partos), esse Hospital deve atender de forma complementar aos partos de risco, tendo em vista a existência de leitos obstétricos nos municípios da Região e por ser de âmbito de atuação regional.

Na área da Saúde, a maior conquista da Administração Municipal, em conjunto com a população, foi a conclusão dessas obras do Hospital Regional, que hoje atende às populações e Sistemas de Saúde de diferentes municípios dentro da Região.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, efetivamente implantado no município em 1998, foi estruturado por meio das Unidades Básicas de Saúde, visando a ampliação da cobertura assistencial, principalmente de promoção à Saúde. O PACS não está necessariamente vinculado ao Programa de Saúde da Família, porque o PSF não faz parte do eixo estrutural do processo de construção do SUS no município. Os ACS do município estão vinculados às UBSs, de acordo com a área de abrangência de sua atuação.

4.6.4 – Ações de Integração ao SUS

A consolidação da integração do Sistema Municipal, como já referido, ocorre na implantação do Modelo Assistencial em 1997, e que se fundamentou, segundo o **Plano Municipal de Saúde (1997:42)** nos seguintes princípios:

1. A UBS como porta de entrada do sistema.
2. Ações intersetoriais.
3. Aprimorar a participação dos conselhos de Saúde no controle social.
4. Aprimorar o sistema de informações.
5. Garantia de equipe multidisciplinar.
6. Garantia de acesso com resolutividade.
7. Diminuição da mortalidade infantil e materna.
8. Serviços de Saúde humanizados.

Dando continuidade às ações de integração do sistema, em setembro de 1998, foi realizada a III Conferência Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra. O evento teve como tema principal, “A Satisfação da Clientela nos Serviços de Saúde”. Entre outras propostas, foi aprovada a criação do Serviço de Atendimento ao Cidadão – SAC. A implantação do SAC, consolida as seguintes metas: a valorização da cidadania, a qualidade nos atendimentos, a democratização e a universalidade do acesso.

O serviço funciona por meio de uma linha telefônica, de ligação gratuita – 0800. Ao receber as ligações, o serviço se compromete com o registro, encaminhamento e devolutiva ao cidadão do caso. Para andamento, o SAC comunica a Unidade de Saúde da ocorrência, a Unidade responde para o SAC e o SAC responde ao cidadão. Entre outras coisas, o SAC tem por objetivo, a melhoria das relações entre os profissionais de Saúde e os usuários dos serviços de Saúde, com atendimentos humanizados, com resolutividade e sobretudo o atendimento com qualidade, encontrando-se estruturado desde 1999.

Em agosto de 2000, foi realizada a IV Conferência Municipal de Saúde, tendo como tema central, “As Dificuldades do Mundo Atual, A Qualidade de Vida e a Participação da População”. Os trabalhos foram divididos em três grupos de discussão e elaboração das políticas de Saúde e organização dos serviços para o enfrentamento desses problemas no município.

4.6.5 – Indicadores de Resultados do Período

O sistema de avaliação implantado nessa gestão, identificou ainda, os seguintes problemas, conforme Plano Municipal de Saúde (1997):

- Índices de Mortalidade estacionados.
- Modelo centrado na Consulta Médica.
- As UBS não conseguem ser a porta de entrada do sistema, suprido pelos Pronto Socorros.
- Os Pronto Socorros não conseguem redirecionar para as UBSs.
- Os usuários não entendem o sistema, causando insatisfação.
- A equipe de Saúde não consegue atuar sobre o problema do paciente de forma humanizada e acolhedora.
- Os recursos financeiros aplicados não conseguem o resultado epidemiológico desejado.

Para os atendimentos, a Rede de Saúde Pública Municipal, estava estabelecida em 08 (oito) UBS, 01 (uma) Unidade de Saúde da Família, 02 (dois) PSs, além de 01(uma) Maternidade Municipal. A UBS Mombaça e o Centro de Especialidades Médicas – CEM, foram inaugurados em maio de 2002. O município possui alguns Serviços de Saúde Estadual como um Hospital Geral, que serve como referência dos Serviços de Saúde da Região, além de um Laboratório Regional, conforme mais bem demonstrado no *Anexo 6*.

Os dados de mortalidade tem sido a principal fonte de apoio no processo de análise populacional. A partir da década de 1970, houve redução da taxa de mortalidade infantil,

devido à implantação do sistema de tratamento de água, de rede de esgotamento sanitário e implementação de atenção à Saúde materno-infantil. No final da década de 1990, foi atingido o índice de 19 óbitos em menores de 01 (um) ano, por 1000 (mil) nascidos vivos. A partir de 1997, com a inauguração da Maternidade Municipal e investimento no preparo técnico do pessoal médico e paramédico, envolvidos na atenção materno infantil, houve uma redução importante da mortalidade infantil, que está relacionada ao pré-natal e ao parto, lembrando que o índice de mortalidade infantil é um indicador de qualidade de vida, com índices demonstrados na *Tabela 17*.

Tabela 17 – Mortalidade Infantil no município de Itapeçerica da Serra

| ANO | ÍNDICE ¹ |
|------|---------------------|
| 1997 | 27,99 |
| 1998 | 18,32 |
| 1999 | 25,23 |
| 2000 | 15,20 |

Fonte: NIAC – SMSIS.

1 – O índice é calculado para cada 1.000 nascidos vivos.

Já a Mortalidade Materna, apresenta índices e números absolutos no período, conforme demonstra a *Tabela 18*.

Tabela 18 – Mortalidade Materna no Município de Itapeçerica da Serra

| ANO | ÍNDICE ¹ | N.º ABSOLUTO |
|------|---------------------|--------------|
| 1997 | 79,97 | 02 |
| 1998 | 122,14 | 04 |
| 1999 | 109,70 | 04 |
| 2000 | 50,65 | 02 |

Fonte: NIAC – SMSIS.

1 – O índice é calculado para cada 100.000 nascidos vivos.

Do ponto de vista técnico-operacional, em relação à atenção básica, foi observado que 57% das consultas totais do município, são decorrentes de atendimentos de urgência e emergência, devido ao número de clientes que procuram as unidades socorristas, mesmo com a existência de unidades ambulatoriais, devido à cultura de consumo de serviços de Saúde por parte da população, destacado no (**Plano Municipal de Saúde, 2001**), como demonstra a *Tabela 19*.

Tabela 19 – Consultas Médicas no Município de Itapecerica da Serra

| ANO | N.º TOTAL DE CONSULTAS/ANO |
|------------|-----------------------------------|
| 1997 | 285.009 |
| 1998 | 344.627 |
| 1999 | 358.523 |
| 2000 | 403.549 |

Fonte: NIAC – SMSIS.

5. Considerações Finais

A competência em Gestão de Saúde envolve, além do atendimento das necessidades da população, seu objetivo principal, a motivação dos gestores em todos os níveis e a obtenção de maiores recursos para financiamentos das atividades desenvolvidas, assim como melhorar a estrutura para atendimento das demandas reprimidas.

Para atender a todas essas necessidades, esta investigação procurou esclarecer o maior número possível de fatores inerentes à complexidade de operacionalização do Sistema Maior – SUS, especialmente relacionando à origem e à aplicação dos recursos financeiros disponibilizados pelas diferentes esferas de governo (federal, estadual e municipal), além de auxiliar o processo de planejamento adequado para atender às responsabilidades e às demandas nas esferas do Sistema Municipal de Saúde e revelar a complexidade de consolidação, manutenção e expansão de um Sistema Nacional de Saúde Integrado.

Em particular, ressalte-se o ponto articulado na maturidade do Sistema que se dá na gerência orçamentária e financeira dos recursos do Fundo Municipal de Saúde. Tendo em vista que os resultados do Poder Executivo Municipal incorporam e sinergizam os valores oriundos da execução das ações de cada setor da Municipalidade, inclusive as do Setor de Saúde. Cabe ao gestor estabelecer a forma como o controle e a avaliação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde será realizada. O foco principal do gestor de Saúde são os Indicadores de Saúde, porém, atualmente o acompanhamento financeiro tem sido fundamental em tempos de cumprimento à Lei de Responsabilidade Fiscal e à Emenda Constitucional nº 29. É ideal o gestor utilizar indicadores financeiros para a avaliação da gestão; como exemplo, o Siops, reforçado pela citação: “Os indicadores se destinam à avaliação do processo de implementação, à reprogramação das metas e ofertas de serviços e subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de Saúde.” (CONAM, 2001:17)

O estudo desenvolvido por meio do caso deixa evidente que o SUS, como Sistema de maior abrangência, se devidamente implantado pelos gestores municipais, inclui conceitos que permitem a opção pela conformação de um modelo adequado a realidade e especificidades locais, possibilitando a maximização dos recursos disponibilizados no SUS, desde o repasse, e, ao estabelecer o perfil do município, estimula a capacidade e a necessidade de planejamento, em níveis de políticas e Estratégias, em que as Ferramentas de Gestão como os Planos, Programas e Orçamentos, Leis de Diretrizes Orçamentárias, Prestações de Contas, os Relatórios de Gestão e outros como processos de auditoria de desempenho fecham o ciclo de competência organizacional.

A participação da comunidade por meio da realização de Audiências Públicas, em diversas etapas e níveis, além da contribuição quanto à avaliação do desempenho, dá-se também no sentido de delimitação mais precisa de objetivos e diretrizes programáticas para o Poder Executivo e seus Gestores de Saúde e, mais ainda, consolida o exercício do Controle Social, possibilitando inclusive maior transparência da Gestão Pública.

Outros aspectos podem ser considerados e, nesse sentido, ressaltando o importante Instrumento de Gestão, o dilema da autonomia administrativa e operacional do setor de saúde municipal (estabelecida pela Lei de Criação do Fundo Municipal de Saúde), especialmente a Gestão dos Recursos Financeiros.

Essa autonomia implica maior responsabilidade no gerenciamento dos recursos do sistema, exigindo, como demonstrado, aplicação dos recursos, ao mesmo tempo, com maior autonomia e flexibilidade, dando condições para uma maior eficiência e eficácia da gestão. Como se observou no *Capítulo 3* (Recursos Financeiros da Saúde Pública), com base na consolidação da Gestão Financeira por meio dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, amplia-se a possibilidade de alternativas de captação dos recursos de fontes federais, estaduais e regionais, desde que competentemente geridos.

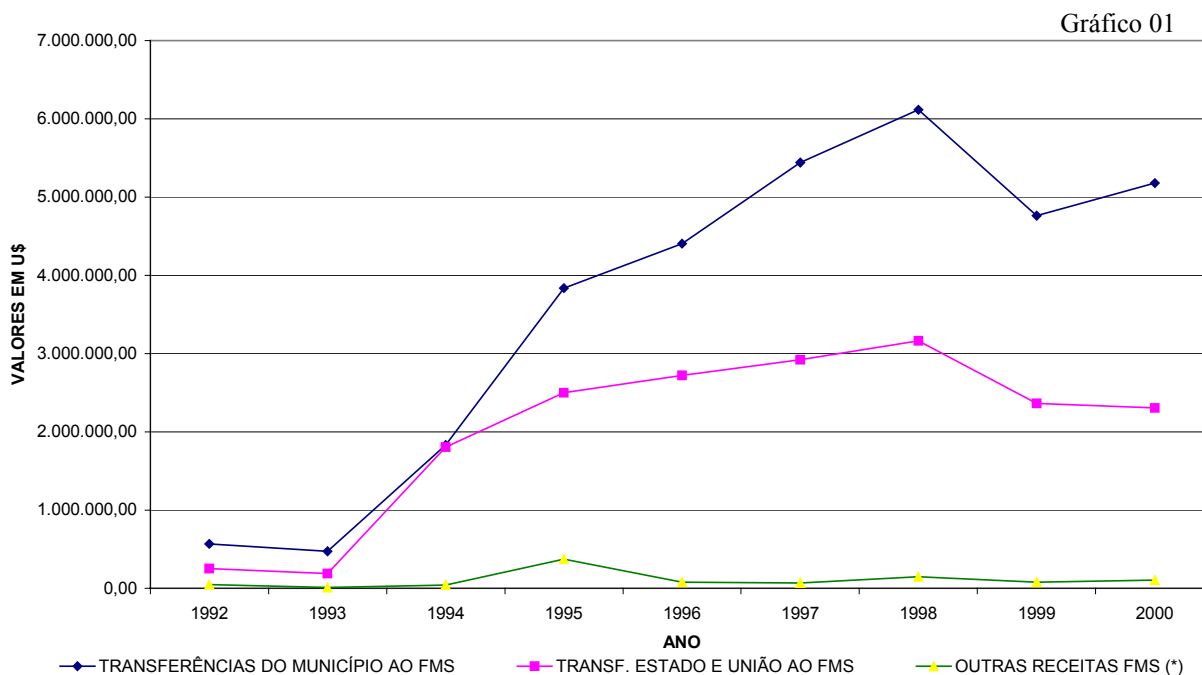
No aspecto específico dos recursos financeiros destinados ao setor de Saúde Pública do município de Itapecerica da Serra, estas considerações apresentam como elemento relevante, a evolução dos Recursos Financeiros do FMS, conforme a *Tabela 20*.

Tabela 20 – Receitas do Fundo Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra

| ANO | Moeda | TRANSFERÊNCIAS DO MUNICÍPIO AO FMS | | TRANSF. ESTADO E UNIÃO AO FMS | | OUTRAS RECEITAS FMS (*) | | TOTAL | |
|------|-------------------|---------------------------------------|--------------|----------------------------------|--------------|----------------------------|------------|-------------------|--------------|
| | | | | | | | | | |
| 1992 | \$ | 6.947.020.890,36 | | 3.093.571.515,96 | | 559.711.097,01 | | 10.600.303.503,33 | |
| | US\$ ¹ | 66% | 567.427,99 | 29% | 252.680,84 | 5% | 45.716,83 | 100% | 865.825,66 |
| 1993 | \$ | 154.635.981,86 | | 60.957.548,10 | | 3.313.487,01 | | 218.907.016,97 | |
| | US\$ ¹ | 71% | 474.183,50 | 28% | 186.923,37 | 1% | 10.160,64 | 100% | 671.267,51 |
| 1994 | \$ | 1.610.256,28 | | 1.588.496,70 | | 36.942,79 | | 3.235.695,77 | |
| | US\$ ¹ | 50% | 1.829.836,68 | 49% | 1.805.109,89 | 1% | 41.980,41 | 100% | 3.676.926,98 |
| 1995 | \$ | 3.719.606,48 | | 2.424.763,61 | | 361.482,90 | | 6.505.852,99 | |
| | US\$ ¹ | 57% | 3.834.645,86 | 37% | 2.499.756,30 | 6% | 372.662,78 | 100% | 6.707.064,94 |
| 1996 | \$ | 4.583.658,94 | | 2.831.255,60 | | 79.702,70 | | 7.494.617,24 | |
| | US\$ ¹ | 61% | 4.407.364,37 | 38% | 2.722.361,15 | 1% | 76.637,21 | 100% | 7.206.362,73 |
| 1997 | \$ | 6.042.980,09 | | 3.242.271,32 | | 75.913,50 | | 9.361.164,91 | |
| | US\$ ¹ | 65% | 5.444.126,21 | 34% | 2.920.965,15 | 1% | 68.390,54 | 100% | 8.433.481,90 |
| 1998 | \$ | 7.340.289,11 | | 3.792.692,99 | | 177.457,69 | | 11.310.439,79 | |
| | US\$ ¹ | 65% | 6.116.907,59 | 34% | 3.160.577,49 | 1% | 147.881,41 | 100% | 9.425.366,49 |
| 1999 | \$ | 8.523.699,87 | | 4.225.235,07 | | 144.067,54 | | 12.893.002,48 | |
| | US\$ ¹ | 66% | 4.764.505,24 | 33% | 2.361.785,95 | 1% | 80.529,65 | 100% | 7.206.820,84 |
| 2000 | \$ | 10.100.495,49 | | 4.499.097,69 | | 207.397,90 | | 14.806.991,08 | |
| | US\$ ¹ | 68% | 5.177.086,36 | 30% | 2.306.047,00 | 2% | 106.303,38 | 100% | 7.589.436,74 |

Fonte: Prestações de Contas FMS 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999 e 2000.

1 – Foram utilizadas as taxas US\$ do final do período.



Em relação às receitas, no período de 1992 a 2000, houve um crescimento significativo, sobretudo a partir de 1994, quando o município se habilita na condição de Gestão Semiplena do SUS. Já em 1999 e 2000, houve uma redução na captação dos recursos financeiros. Para um melhor entendimento é explicada a composição das receitas demonstradas pelos valores financeiros efetivamente arrecadados. As transferências do município ao FMS significam as transferências mensais do Tesouro Municipal para a conta corrente do Fundo Municipal de Saúde, dos recursos financeiros para pagamento do pessoal da Saúde municipal. Os valores da Folha de Pagamentos do Pessoal, apesar de custeados com recursos da Prefeitura, tramitam pela conta corrente do FMS. As Transferências do Estado e da União ao FMS significam as transferências financeiras de Fundo a Fundo (Nacional e estadual), como as transferências automáticas do Ministério da Saúde, assim como as transferências realizadas pelo Estado por meio de Termos Aditivos de repasse. Foram celebrados poucos e não significativos, em termos de valores, Convênios com o Estado no período. Os valores mais representativos referem-se às transferências federais. Em relação às Outras Receitas do Fundo Municipal de Saúde, são compostas pelos rendimentos financeiros dos recursos disponíveis ao Fundo, taxas

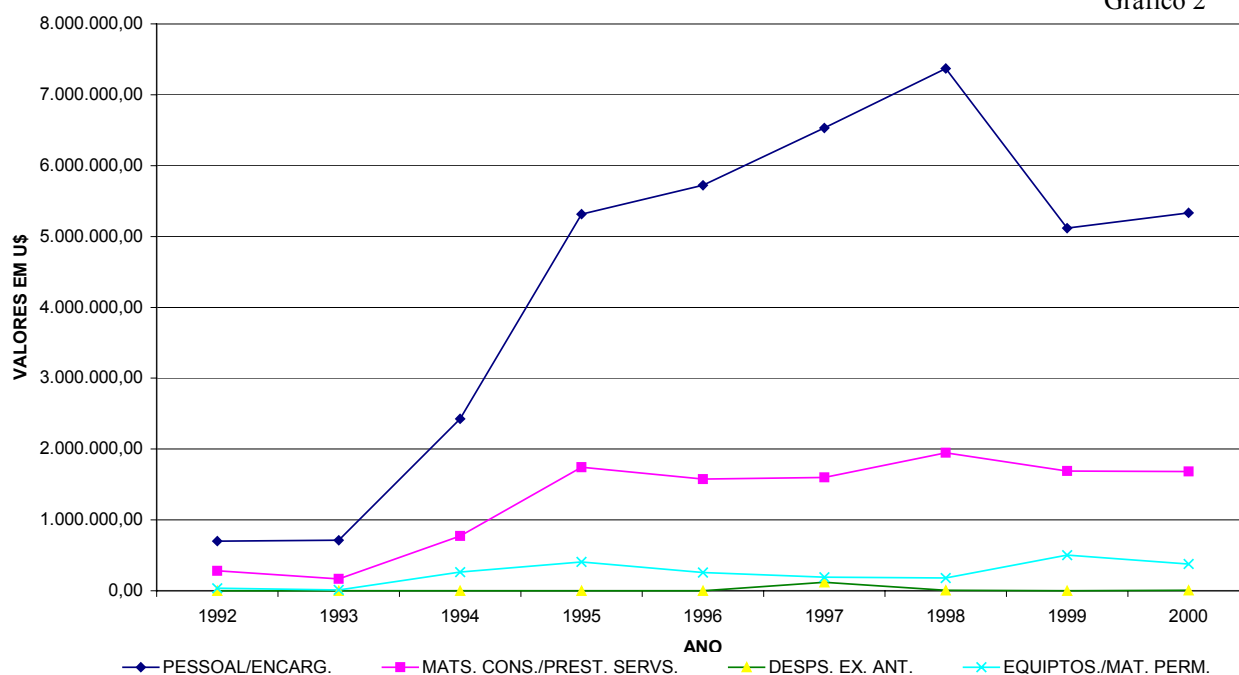
de retiradas de editais para participação de licitações públicas, taxas de inscrição para participação em concursos públicos, além da restituição da taxa descontada dos funcionários dos vales-transporte. Essas considerações também contemplam os custos do sistema e podem dar uma idéia da evolução, conforme demonstrados na *Tabela 21*.

Tabela 21 – Despesas do Fundo Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra

| ANO | Moeda | PESSOAL/ ENCARG. | | MATS. CONS./ PREST. SERVS. | | DESPS. EX. ANT. | EQUIPTOS./ OBRAS | | TOTAL | |
|------|-------------------|---------------------|--------------|-------------------------------|--------------|--------------------|---------------------|------------|-------------------|--------------|
| 1992 | \$ | 8.573.365.993,70 | | 3.463.133.309,88 | | - | 474.592.019,65 | | 12.511.091.323,23 | |
| | US\$ ¹ | 69% | 700.266,76 | 28% | 282.866,40 | - | 3% | 38.764,36 | 100% | 1.021.897,52 |
| 1993 | \$ | 231.965.097,74 | | 55.492.423,03 | | 20.003,73 | 4.297.893,97 | | 291.775.418,47 | |
| | US\$ ¹ | 80% | 711.309,37 | 19% | 170.164,74 | 61,34 | 1% | 13.179,28 | 100% | 894.714,73 |
| 1994 | \$ | 2.133.855,02 | | 682.733,89 | | 294,00 | 230.718,43 | | 3.047.601,34 | |
| | US\$ ¹ | 70% | 2.424.835,25 | 22% | 775.883,97 | 334,09 | 8% | 262.180,03 | 100% | 3.463.233,34 |
| 1995 | \$ | 5.156.230,50 | | 1.689.849,79 | | 2,02 | 397.928,76 | | 7.244.011,07 | |
| | US\$ ¹ | 71% | 5.315.701,55 | 23% | 1.742.113,19 | 2,08 | 6% | 410.235,84 | 100% | 7.468.052,66 |
| 1996 | \$ | 5.951.395,04 | | 1.638.502,58 | | 106,00 | 269.032,60 | | 7.859.036,22 | |
| | US\$ ¹ | 76% | 5.722.495,23 | 21% | 1.575.483,25 | 101,92 | 3% | 258.685,19 | 100% | 7.556.765,59 |
| 1997 | \$ | 7.250.024,20 | | 1.773.670,74 | | 133.257,29 | 214.676,55 | | 9.371.628,78 | |
| | US\$ ¹ | 77% | 6.531.553,33 | 20% | 1.597.901,57 | 120.051,61 | 3% | 193.402,30 | 100% | 8.442.908,81 |
| 1998 | \$ | 8.843.920,15 | | 2.336.284,85 | | 10.271,74 | 218.708,10 | | 11.409.184,84 | |
| | US\$ ¹ | 78% | 7.369.933,46 | 20% | 1.946.904,04 | 8.559,78 | 2% | 182.256,75 | 100% | 9.507.654,03 |
| 1999 | \$ | 9.155.434,99 | | 3.027.351,40 | | 4.374,07 | 903.680,74 | | 13.090.841,20 | |
| | US\$ ¹ | 70% | 5.117.627,16 | 23% | 1.692.203,13 | 2.444,98 | 7% | 505.131,77 | 100% | 7.317.407,04 |
| 2000 | \$ | 10.399.865,57 | | 3.281.574,55 | | 10.029,23 | 730.773,92 | | 14.422.243,27 | |
| | US\$ ¹ | 72% | 5.330.530,79 | 23% | 1.681.996,18 | 5.140,56 | 5% | 374.563,77 | 100% | 7.392.231,30 |

Fonte: Prestação de Contas FMS 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999 e 2000.

1 – Foram utilizadas as taxas US\$ do final do período.



Para melhor entendimento da composição das despesas efetivamente realizadas e sua classificação nas Categorias Econômicas do Orçamento Municipal, passa-se à comentá-las.

Nas despesas com Pessoal e Encargos, são constituídas das despesas com: Folha de Pagamentos, 13º Salário, além dos Encargos Sociais, valores empenhados com as Rescisões Contratuais e as Complementações Salariais pagas aos funcionários do Estado prestadores de serviços no município, todas relativas ao pessoal da Saúde municipal, classificadas na Categoria Econômica 3.1.1.1 – Pessoal e Encargos.

As despesas com Materiais de Consumo são consideradas todas as despesas com aquisição de medicamentos, materiais médico-hospitalares, materiais de escritório, materiais de limpeza, combustíveis para os veículos da frota e outras consideradas para consumo nos serviços de Saúde. Todas essas despesas se encontram classificadas na Categoria Econômica 3.1.2.0. – Material de Consumo.

As Despesas com Prestação de Serviços são constituídas daquelas oriundas de contratos de prestação de serviços de assistência técnica de equipamentos médicos, odontológicos; aluguéis de prédios; locação de equipamentos; despesas com serviços de manutenção de

veículos e outras, todas classificadas nas Categorias Econômicas 3.1.3.1 – Serviços de Terceiros Pessoa Física e 3.1.3.2. – Serviços de Terceiros e Encargos.

As Despesas de Exercícios Anteriores correspondem aos valores do determinado exercício não empenhados no respectivo período; portanto, empenhadas e pagas (contabilmente) no exercício seguinte, classificadas na Categoria Econômica 3.1.9.2 – Despesas de Exercícios Anteriores.

As despesas com Equipamentos e Obras, abrangem aquelas por aquisição de equipamentos e veículos para a Saúde e construção de prédios para o setor de Saúde municipal, classificadas nas Categorias Econômicas 4.1.1.0 – Obras e Instalações e 4.1.2.0 – Equipamentos e Materiais Permanentes.

O evidente crescimento das despesas do Fundo Municipal de Saúde é correspondente ao crescimento da estrutura dos serviços, com a série de ações de ampliação dos serviços e da rede física, além do crescimento do pessoal, após a Reforma Administrativa do município.

Outro fator responsável pelo crescimento das despesas, se refere ao aumento da capacitação de diferentes equipes da SMS, tendo em vista que após a criação do Fundo Municipal de Saúde e com a autonomia operacional de execução administrativa e financeira, das aquisições, passaram a ser realizadas por responsabilidade de pessoal qualificado, especialista em segmentos de Saúde Pública.

Foram realizados processos licitatórios e aquisições diversas, na modalidade Carta Convite, Tomada de Preços, Compras Diretas e Inexigibilidade de Licitações, para aquisição de itens como: medicamentos, materiais de limpeza, impressos diversos, pneus para os veículos da frota, materiais de escritório, materiais de enfermagem, materiais para raios-X, rouparia para enfermagem, materiais odontológicos, equipamentos hospitalares, materiais de construção, além de outras aquisições, tudo para ser utilizado pelo setor de Saúde, conforme evolução demonstrada na *Tabela 22*.

Tabela 22 – Aquisições por Modalidades

| ANO | Compras Diretas | Inexigibilidade | Concorrência Pública | Carta Convite | Tomada de Preços |
|------------|------------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------|
| 1992 | s/registro | s/registro | S/registro | 042 | s/registro |
| 1993 | s/registro | s/registro | S/registro | 067 | s/registro |
| 1994 | s/registro | s/registro | S/registro | 071 | 02 |
| 1995 | s/registro | s/registro | S/registro | 0102 | 08 |
| 1996 | s/registro | s/registro | S/registro | 045 | s/registro |
| 1997 | 0657 | 019 | S/registro | 045 | 05 |
| 1998 | 0672 | 013 | S/registro | 041 | 06 |
| 1999 | 0787 | 020 | 01 | 033 | 05 |
| 2000 | 0621 | 022 | S/registro | 027 | 02 |

Fonte: Prestação de Contas FMS 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000.

Outro demonstrativo da evolução dos recursos financeiros do Setor de Saúde Municipal, encontra-se no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops, instituído pelo Ministério da Saúde, desde 1999, como instrumento de controle e aplicação dos recursos financeiros/orçamentários em Saúde, visando conhecer a real condição financeira do SUS. O Siops possibilita ainda, orientar a vinculação de recursos à Saúde, conforme Emenda Constitucional nº 29, de 14/09/2000. Posteriormente, o sistema foi adotado pela Secretaria do Tesouro Nacional, para controle da aplicação dos recursos em Saúde. A principal fonte para o preenchimento dos dados do Siops é o Balancete ou o Balanço da Prefeitura, conforme valores demonstrados na *Tabela 23*.

Tabela 23 – Demonstrativo da Aplicação de Recursos Próprios do município em Ações e Serviços de Saúde

| TIPO | 2000 R\$ | 2001 R\$ | 2002 R\$ |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|
| Receita de Impostos – Vinculados conforme a EC 29/2000 | 40.702.466,00 | 48.702.466,00 | 54.575.624,86 |
| Despesas com Recursos Próprios em Ações e Serviços de Saúde | 9.923.145,58 | 10.400.666,41 | 13.796.091,00 |
| % Recursos Próprios Aplicados em Saúde | 24,38 | 21,44 | 25,28 |
| Despesa Total com Ações e Serviços de Saúde/Habitante | | 115,49 | 135,00 |
| Despesa com Recursos Próprios em Ações e Serviços de Saúde/Habitante | | 77,33 | 99,29 |

Fonte: Siops 2000, 2001, 2002.

E como dados conclusivos considerados no tratamento da competência de Gestão do Sistema de Saúde do município avaliado, estão sintetizados os indicadores de periodicidade deste sistema na *Tabela 24* e gráficos 3, 4 e 5 como referencial importante para os estudos da área.

Tabela 24 – Indicadores de Qualidade – 2001

| INDICADOR | ÍNDICE |
|--|--------|
| Mortalidade Infantil | 15,16 |
| Consultas nas Especialidades Básicas/Habitante/ano | 0,81 |
| Percentual da População coberta pelo PSF | 0,58 |
| Percentual da População coberta pelo PACS | 5,16 |
| Proporção de Conselhos Gestores por Unidade de Saúde | 1,0 |
| Número de Reuniões por Conselho de Saúde por ano | 13 |

Acesso www.saude.sp.gov.br em 20/10/2002.

Gráfico 3 – Mortalidade Infantil (Número por 1.000 nascidos vivos)

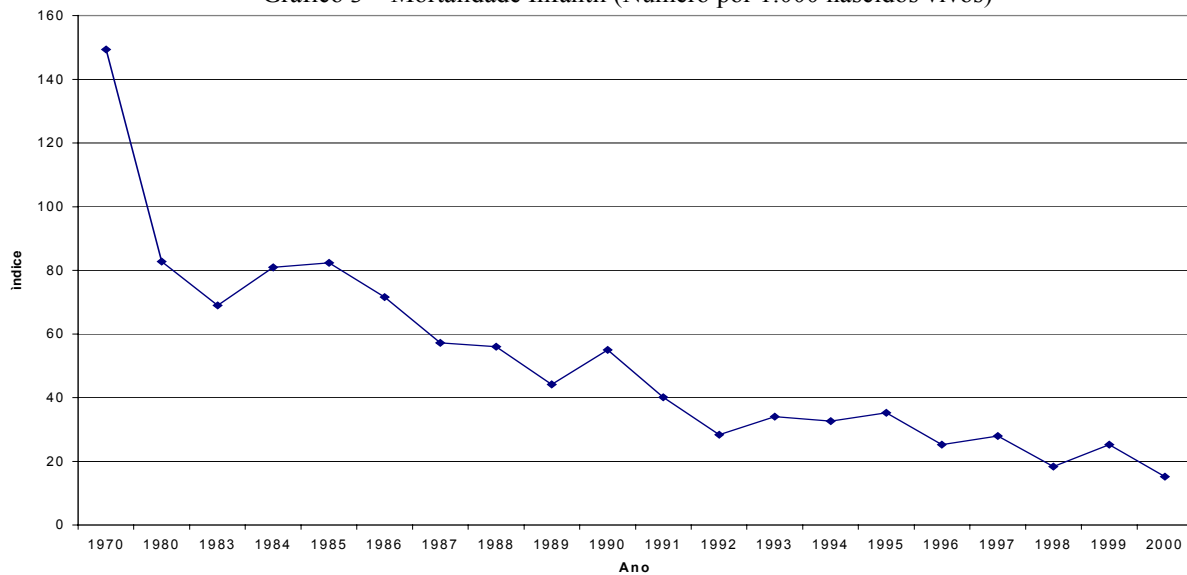


Gráfico 4 - Mortalidade Materna (Número por 100.000 nascidos vivos)

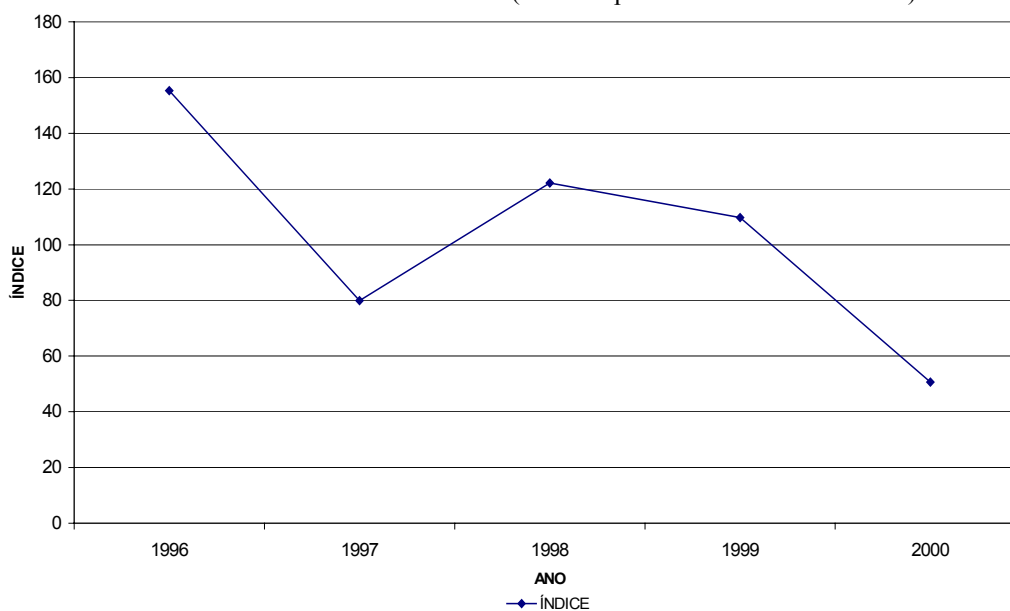
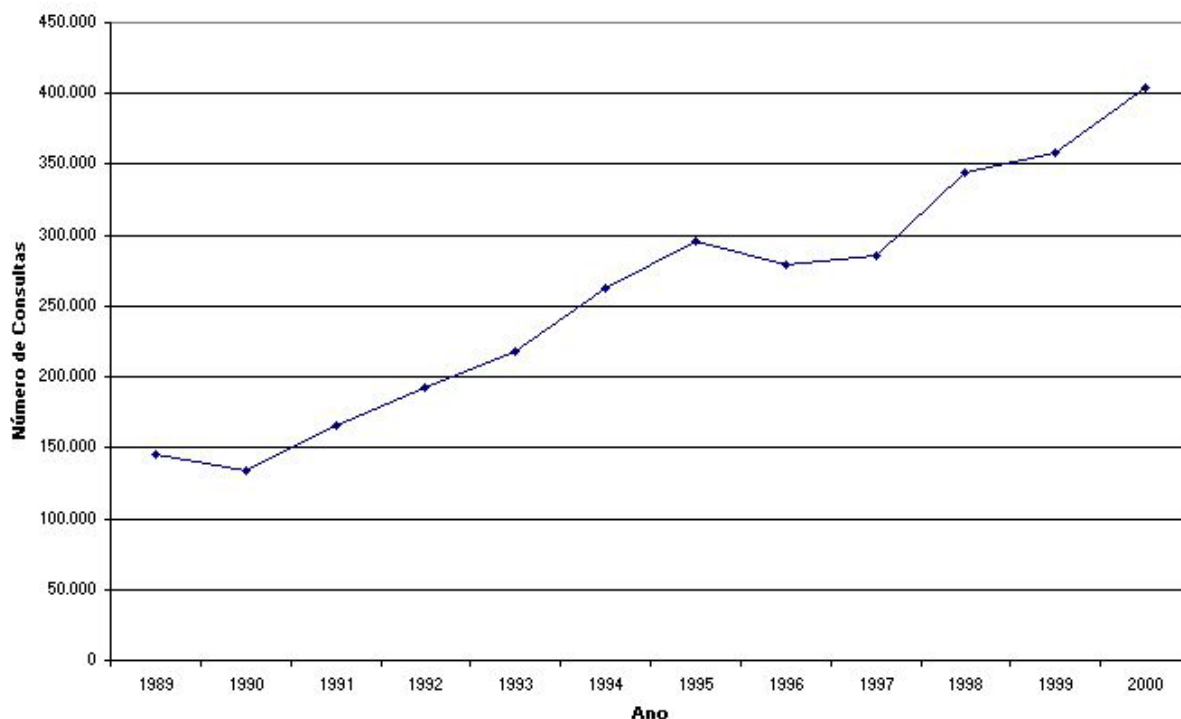


Gráfico 5 – Consultas Médicas/Ano



Após as demonstrações anteriores, necessários na consolidação metodológica e dos objetivos propostos de estudar um Sistema de Saúde Pública Municipal, pode-se com alguma segurança, concluir os aspectos mais específicos relevantes da Gestão da Organização Pública Municipal, entre 1983 e 2000, atualmente habilitado como Gestão Plena do Sistema Municipal, o que torna possível estabelecer alguns argumentos conclusivos de um Modelo de Gestão:

- Um dos obstáculos para a universalização do acesso do sistema, no princípio, era relativo à elevada centralização dos serviços de Saúde no Brasil, por meio do Inamps, que determinava as políticas de Saúde, não priorizando os serviços desenvolvidos por uma rede de Saúde. A administração dos serviços de Saúde pelo Inamps, não permitia nenhuma forma de participação nas decisões do trabalhador, ator que contribuía com os recursos financeiros do sistema. Essa política de centralização dos serviços de Saúde no

Brasil, no princípio, atrasou um pouco a concepção do SUS. (**Movimento de Luta Pró-Hospitais da Região Sudoeste, 1983 a 1984**)

- As ações foram sistematizadas e categorizadas, até o momento de consolidação do SUS Municipal, com a intenção de contribuir para o conhecimento, na área de Gestão Estratégica das Organizações Públicas.
- A estruturação desse “Modelo” de Gestão Descentralizada, com autonomia operacional de gestão administrativa e financeira dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, pode subsidiar no desenvolvimento de outras linhas de estudo e pesquisas a respeito do Sistema Único de Saúde.
- A forma de criação do Fundo Municipal de Saúde de Itapeverica da Serra, com autonomia operacional dos recursos financeiros regulamentada por Lei no município, integra uma das formas de planejamento, citada por **Heitmann et al (2000)**. Apesar dessa forma de operacionalização do FMS poder ser considerada como fundamental ao desenvolvimento das ações, no período em que não havia essa constituição de operacionalização, não significou um baixo nível de competência e desenvolvimento de ações da Gestão da Saúde Pública no município. Alguns outros elementos podem ser considerados fundamentais como: a administração financeira eficiente do FMS, Estrutura Organizacional bem definida e um Controle e Avaliação do Orçamento Municipal (especialmente em Saúde), demonstrando que o planejamento está relacionado com o estudo e previsão em termos das necessidades bem identificadas pelos gestores, e planos de atividades, constituem-se de ferramentas principais dos instrumentos da eficiência do próprio sistema de planejamento.
- A criação do FMS, que ocorreu mediante de lei municipal, e que, ao mesmo tempo, criou o Departamento de Saúde, causou certa confusão de entendimento, inclusive aos órgãos técnicos do Tribunal de Contas do Estado, quanto à constituição jurídica do FMS.

- A operacionalização autônoma dos recursos do FMS por vezes é confundida com a Gestão de uma autarquia, quando se verifica que as operações e atividades estão sob responsabilidade e execução por gestores da Secretaria Municipal de Saúde.
- Com a reestruturação do setor de Saúde Pública municipal, por meio da Reforma Administrativa, a Secretaria Municipal de Saúde, ampliou a estrutura organizacional, conforme constatado por **Wright et al (2000)**: por meio da viabilização do funcionamento de Departamentos fundamentais à execução do Modelo de Saúde Pública Municipal. No caso estudado: Departamento Administrativo e o Departamento Técnico.
- Sob outro foco de análise, demonstra um salto quantitativo no volume de despesas com pessoal, custeadas com recursos próprios municipais, em um município com sérias dificuldades na ampliação de arrecadação, sobretudo pelas limitações impostas pela Lei de Proteção aos Mananciais.
- A gestão de um Sistema Municipal de Saúde, estruturalmente demonstra dificuldades em manter e fixar os profissionais, pelas dificuldades em aumentar e manter níveis salariais do pessoal, no decorrer do exercício, sobretudo os de nível universitário, acarretando um grande gasto com os valores de rescisões contratuais pela alta rotatividade dos profissionais, adicionando-se os custos de reposição das funções. O estudo demonstrou o grande crescimento no volume de profissionais de Saúde, sobretudo os Médicos, com a existência de 02 (dois) médicos atuando no município em 1983 e no decorrer do período estudado, atingiu além das outras categorias de profissionais de Saúde, um total de 612 (seiscentos e doze) funcionários em 2001, conforme pesquisa no Setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde, sendo 121 (Cento e vinte e um) médicos.
- Ressalta-se a importância do estabelecimento de mecanismos legais para pagamento da Complementação Salarial aos funcionários do Estado, prestadores de serviços no Município, em equiparação ao nível salarial municipal.

- Existência de grande interesse em abrir e manter espaços coletivos para participação popular na gestão dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, por meio dos Conselhos de Saúde, sobretudo em cumprimento aos preceitos constitucionais do sistema.
- Houve ampliação do controle social na implantação dos Conselhos de Saúde, dentre os gestores das Unidades Básicas de Saúde do município.
- Há interesse em manter a descentralização efetiva das ações da Secretaria Municipal de Saúde, com manutenção da estrutura administrativa e financeira para o suprimento da rede com maior agilidade e especificidade nos processos.
- O município de Itapeçerica da Serra investe valores superiores em Saúde, conforme demonstrado na *Tabela 23* com os recursos próprios do Tesouro Municipal, e são superiores aos preconizados pela Constituição Federal.
- Demonstração de que a ampliação dos Serviços de Saúde, se faz também, com implantação de Unidades de Saúde em bairros mais afastados do município.
- Esteja sempre presente o interesse na implantação da modernização da rede, por meio das instalações e equipamentos, buscando a melhoria da qualidade do sistema.
- A competência, como enfatizada no estudo, aos gestores e equipes, são fatores primordiais nas quedas nos índices de Mortalidade Infantil e Materna do município, significando melhoria de qualidade de vida.
- Um indicador de resultado importante adicionado ao estudo, é relativo aos trabalhos realizados pela Saúde Bucal do Município. Por meio de ações de prevenção e diagnóstico precoce, atendimento clínico às comunidades, heterocontrole da água de abastecimento (flúor), trabalhos educativos junto aos escolares, levantamento epidemiológico em cárie dental e fluorose (5 e 12 anos), assim como, estudo exploratório – índice de Placa Bacteriana (0 a 4 anos), o Município tem conseguido os indicadores de desempenho relacionados na *Tabela 25* abaixo.

Tabela 25 – Indicador de Desempenho – Saúde Bucal SMSIS

| ANO | CPOD AOS 12 ANOS |
|------|------------------|
| 1998 | 2,3 |
| 1999 | 1,9 |
| 2000 | 1,57 |
| 2001 | 1,57 |
| 2002 | 1,42 |

Fonte: Relatório de Atividades SMSIS - 2002

CPOD – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

A Organização Mundial de Saúde – OMS, preconiza ideal um número menor ou igual a três (3), no ano 2000.

- As principais estratégias estabelecidas para a consolidação do Modelo de Saúde, foram a rápida aderência ao Estado no processo de municipalização da Saúde, em 1988; a criação do Fundo Municipal de Saúde com autonomia de operacionalização dos recursos administrativos e financeiros, possibilitando maior agilidade e especificidade nos processos, em 1991; a Reforma Administrativa do Setor de Saúde Pública Municipal, estruturando os Departamentos Administrativo e Técnico, fundamentais à operacionalização do sistema, em 1993; habilitação do município à Condição de Gestão Semiplena, em 1994; e a habilitação na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, em 1997, sintetizados abaixo no *Esquema 03*.

Esquema 03 – Principais Estratégias SMSIS



Fonte: Autora

- E finalmente, no que diz respeito à avaliação da prestação de serviços de Saúde Pública, o SUS Municipal, pode implantar a metodologia desenvolvida por **Simões et al (2002)**, utilizando os seguintes indicadores: situação das instalações, capacidade de humanização no atendimento, qualidade no atendimento médico, diagnóstico médico correto, educação, atenção e respeito do médico, e frequência do retorno do usuário ao serviço de Saúde.

Dessa forma, julga-se, atendido o propósito principal deste trabalho, ou seja, fornecer subsídios da Gestão das Organizações Públicas de Saúde, e seus níveis de competência, conforme a sistematização, e demonstrações apresentadas, que servem também, como estímulo a estudos mais aprofundados a respeito do complexo Sistema Único de Saúde, como exemplo, O Processo de Planejamento das Organizações de Saúde Pública Brasileiras.

Bibliografia

AFFONSO, Rui de Britto Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros, (Org.) ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de, et al. *Descentralização e políticas sociais*. São Paulo: Fundap, 1996

AKTOUF, Omar. *A administração entre a tradição e a renovação*. São Paulo: Atlas, 1996.

ALBARELLO et al. *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 1995. “Pesquisa e críticas das fontes de documentação nos domínios económicos, social e político.” (p. 15-47).

ALECIAN, Serge; FOUCHER, Dominique. *Guia de gerenciamento no setor público*. Rio de Janeiro: Renavan; Brasília: ENAP, 2001.

BECKER, Brian E.; HOSELID, Mark A.; ULRICH, Dave. *Gestão estratégica de pessoas com “scorecard”*: interligando pessoas, estratégia e performance. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

Boletim CRC-SP. Ano XXXIII. jul./ago. 2002. nº 141. Órgão Informativo do Conselho Regional de Contabilidade do Estado de São Paulo.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Organização de Alexandre de Moraes. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

_____. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000: Dispõe sobre a vinculação de parte da receita de impostos arrecadados, direta ou indiretamente, da União, Estados e municípios para a Saúde.

_____. Legislação Federal. Decreto nº 74.891, de 13 de novembro de 1974: Dispõe sobre as Coordenadorias Regionais de Saúde no apoio do Sistema Nacional de Saúde.

_____. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975: Dispõe sobre a Organização do Sistema Nacional de Saúde.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras Providências.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área de Saúde e dá outras Providências.

_____. Normas e Manuais Técnicos, nº 116, Ministério da Saúde, Brasília, 2001.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. DOU 06 de novembro de 1996.

_____. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998: Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.

_____. Portaria nº 1399, de 15 de dezembro de 1999: Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

_____. Portaria Ministério da Saúde nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01.

COHEN, Allan R. *MBA: curso prático de administração*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

COHN, Amélia; COHN, Paulo Eduardo M. Elias. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CONAM – Consultoria em Administração Municipal S/C Ltda. FIGUEIRA, Lucivaldo Nasaré Tapajós. *Saúde: gestão municipal*. COPYRIGHT: Conam. São Paulo, outubro, 1998.

CONAM – Consultoria em Administração Municipal S/C Ltda. FIGUEIRA, Lucivaldo Nasaré Tapajós. *Saúde: gestão com responsabilidade*. COPYRIGHT: Conam. São Paulo, fevereiro, 2001.

Conferência Nacional de Saúde – CNS. (10.:1996:Brasília) Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília – DF, 2 a 6 de Setembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 102 p. ISBN:85-334-0173-6.1. Saúde Pública. 2. Congressos. I. Brasil. Ministério da Saúde.

CORRÊA, Dora Shellard. *O aldeamento de Itapeverica: de fins do século XVII a 1828*. São Paulo: Estação Liberdade, 1999.

COUTTOLENC, Bernard François; ZUCCHI, Paola. *Gestão de recursos financeiros*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

DE MASI, Domenico (org.). *A emoção e a regra: os grupos criativos na Europa de 1850 a 1950*. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1999.

DOWBOR, Ladislau. *A reprodução social: propostas para uma gestão descentralizada*. Petrópolis: Vozes, 1998.

FREITAS, Henrique Mello Rodrigues de; JANISSEK, Raquel. *Análise léxica e análise de conteúdo: técnicas complementares, seqüenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2000.

GIOVINAZZO, Renata A. *Focus group em pesquisa qualitativa: fundamentos e reflexões*. Administração On Line – FECAP – v. 2, nº 4, outubro/novembro/dezembro, 2001, disponível em www.fecap.br acesso em 16/09/2002.

GOMES, Jesus de Lisboa. *A complexidade do gerenciamento estratégico de organizações públicas no contexto da reforma do Estado no Brasil*. 2001. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas), Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP, São Paulo.

GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo W. (org.). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994 p. 73-111.

HALL, Richard H. *Organizations: structures, process and outcomes*. New Jersey: Prentice-Hall, 1999.

HARTLEY, Jean F. "Case Studies in Organizational Research" (pp. 208-229) in CASSEL, Catherine; SYMON, Gillian (ed.). *Qualitative methods in organizational research: a practical guide*. London: Sage Publications, 1995.

HEIMANN, Luiza S. et al. *Descentralização do sistema único de Saúde: trilhando a autonomia municipal*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000.

HOCHMAN, Gilberto. "Sobre as relações entre descentralização e federalismo". Revista Brasileira de Ciências Sociais. v. 16, nº 45, São Paulo, fevereiro, 2001, disponível em www.scielo.br acesso em 10/06/2001.

HORTALE, Virgínia Alonso et al. Operacionalizando as Categorias Acesso e Descentralização na Análise de Sistemas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, nº 1, Rio de Janeiro, janeiro/março, 2000, disponível em www.scielo.br acesso em 10/06/2001.

Jornal O Cidadão, Ano IV, nº 93, Itapeccerica da Serra: 20 de julho de 1984.

KISIL, Marcos. *Gestão da mudança organizacional*. vol. 4. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

Manual Básico do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TC-A-27248/026/00). *Financiamento das ações e serviços de Saúde*. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, julho, 2001

MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria César. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de Saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MELLO, Joamel Bruno; CAMARGO, Marlene Ortega. *Qualidade na Saúde: práticas e conceitos*. Normas ISO nas Áreas Médico-Hospitalar e Laboratorial. São Paulo: Best Seller, 1998.

MEYER, C. A.; CHANG Jr., J e Serra, R. M. C. *A cultura de um grupo e o sucesso relativo junto ao programa TQC: um estudo de caso*. Cadernos de Pesquisa em Administração, 1998. 1(6): 1-12.

MORGAN, Garreth. *Imagem da organização*. São Paulo. Atlas, 1996.

MOTTA, Ricardo. *O estado da arte da gestão para a excelência do desempenho*. São Paulo: Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade – FPNQ, 1999.

NOGUEIRA, Luiz Carlos Lima. *Gerenciando pela qualidade total na Saúde*. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1999.

OSBORNE, David; GAEBLER, Ted. *Reinventando o governo*. Brasília: MH Comunicação, 1998.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. A viabilidade da gestão local de Saúde na perspectiva dos secretários municipais no Estado do Piauí, Brasil. *Revista da Associação de Saúde Pública de Piauí*; 2(1): 24-31, Jun./1999.

PORTER, Michael E. *Vantagem Competitiva: criando e sustentando desempenho superior*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPECERICA DA SERRA. Secretaria Municipal de Saúde. Acervo da Saúde; _____. Anais da I Conferência Municipal de Saúde, 1994.

_____. Anais da II Conferência Municipal de Saúde, 1996.

_____. Anais da III Conferência Municipal de Saúde, 1998.

_____. Anais da IV Conferência Municipal de Saúde, 2000.

_____. Ata do Distrito Sanitário de Itapeçerica da Serra DRS 1/5 de set/1984 a jun/1990.

_____. Avaliação da Rede de Saúde, 1993.

_____. Conselho Diretor. Ata Distrito Sanitário de Itapeçerica da Serra DRS 1/5. setembro de 1984 a junho de 1990.

- _____. Empresa Pública Pró-Hospitais da Região Sudoeste, 1985.
- _____. Estudo do Perfil da Demanda do Pronto Socorro do Hospital Geral, 2000.
- _____. Lei Municipal nº 662, de 20 de setembro de 1991. Institui o Fundo Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra.
- _____. Movimento de Luta Pró-Hospitais da Região Sudoeste, 1983 a 1984.
- _____. Núcleo de Informações, Avaliação e Controle, NIAC.
- _____. Plano Diretor de Saúde, 1991.
- _____. Plano Municipal de Saúde, Habilitação na Gestão Parcial, novembro/1994.
- _____. Plano Municipal de Saúde, Habilitação na Gestão Plena do Sistema, 1997.
- _____. Plano Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra, 2001.
- _____. Plano Regional de Saúde Mental, 1992;.
- _____. Planos, Relatórios e Normatizações, 1993 (1).
- _____. Planos, Relatórios e Normatizações, 1993 (2).
- _____. Serviço de Atendimento ao Cidadão – SAC, julho/1999.
- _____. Termo de Adesão ao Convênio SUDS-SP, 1988.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPECERICA DA SERRA. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Finanças:

_____. Prestação de Contas. FMS, 1992.

_____. Prestação de Contas. FMS, 1993.

_____. Prestação de Contas. FMS, 1994.

_____. Prestação de Contas. FMS, 1995.

_____. Prestação de Contas. FMS, 1996.

_____. Prestação de Contas. FMS, 1997.

_____. Prestação de Contas. FMS, 1998.

_____. Prestação de Contas. FMS, 1999.

_____. Prestação de Contas. FMS, 2000.

_____. Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde de Itapeçerica da Serra – Siops, 2000.

_____. Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde de Itapeçerica da Serra – Siops, 2001.

_____. Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde de Itapeçerica da Serra – Siops, 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPECERICA DA SERRA. Secretaria Municipal de Finanças. Balanço Geral, 1988.

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Pedro Luiz Barros. “Inovações na gestão descentralizada de redes e organizações hospitalares: os casos das Regiões Metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo” in NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Org.). *Brasil: radiografia da Saúde*. Campinas: Unicamp, 2001. págs. 555-578.

SAMAJA, Juan. *A reprodução social e a Saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre Saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SÃO PAULO. Legislação Estadual. Lei Estadual nº 1.172, de 17 de novembro de 1976: Proteção aos Mananciais.

_____. Lei nº 7.663, de 30 de dezembro de 1991: Comitê da Bacia Hidrográfica do Alto Tietê.

SILVA, Fernando Antônio Resende da. *Finanças públicas*. São Paulo, Atlas, 1983.

SILVA, Silvio Fernandes da. *A construção do SUS a partir do município: etapas para a municipalização plena da Saúde*. São Paulo: Atlas, 1996.

SIMÕES, Adriana Rotger; PONTES, Cecília Carmem Cunha; PAGNANI, Éolo Marques; RONCARI, José Mário. “Estudo de indicadores de qualidade na prestação de serviços públicos de Saúde em um município da região metropolitana de São Paulo” in Anais da 37ª Assembléia do Conselho Latino Americano de Escolas de Administração (CLADEA). Porto Alegre, 2002.

SOMMER, Barbara; SOMMER, Robert. *A practical guide to behavioral research: tools and techniques*. 4.ed. Oxford: Oxford University Press, 1997 (pp. 105-126).

TAVARES, Mauro C. *Gestão estratégica*. São Paulo: Atlas, 2000.

TEIXEIRA, Hélio Janny; SANTANA, Solange Maria. *Remodelando a gestão pública*. São Paulo: Edgard Blücher Ltda., 1995.

ULRICH, Dave. *Os campeões de recursos humanos: inovando para obter os melhores resultados*. São Paulo. Futura, 1998.

VAITSMAN, Jeni. “Cultura de organizações públicas de Saúde: notas sobre a construção de um objeto”. Caderno de Saúde Pública, v. 16, nº 3. Rio de Janeiro, 2000.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

WRIGHT, P.; KOLL, Mark J.; PARNELL, J. *Administração estratégica: conceitos*. São Paulo: Atlas, 2000

Glossário

- AIH – Autorização de Internação Hospitalar
- AIS – Ações Integradas de Saúde
- CEM – Centro de Especialidades Médicas
- Cepam – Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal
- CIR – Comissão Intergestora Regional
- CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
- CMS – Conselho Municipal de Saúde
- Conasp – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
- Consame – Consórcio de Saúde Mental
- CRCSP – Conselho Regional de Contabilidade de São Paulo
- DIR – Diretório Regional de Saúde
- DRS – Departamento Regional de Saúde
- DS – Distrito Sanitário
- ERSA – Escritório Regional de Saúde
- FAE – Fração de Assistência Especializada
- FMS – Fundo Municipal de Saúde
- FPM – Fundo de Participação dos Municípios
- Fundes – Fundo Estadual de Saúde
- GM – Gabinete do Ministro
- HGIS – Hospital Regional de Itapeçerica da Serra
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
- Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados
- IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano
- IPVA – Imposto sobre Produtos e Veículos Automotores
- IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte
- ISS – Imposto sobre Serviços
- ITBI – Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis
- ITR – Imposto sobre Propriedade Territorial Rural
- MS – Ministério da Saúde
- NIAC – Núcleo de Informação, Avaliação e Controle
- NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

- NOB – Norma Operacional Básica
- ONG – Organização não Governamental
- OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
- PAB – Piso de Atenção Básica
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAS – Posto de Atendimento de Saúde
- Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
- PPI – Programação Pactuada Integrada
- PPI/ECD – Programação Pactuada Integrada/Erradicação e Controle de Doenças
- PREV-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
- PS – Pronto Socorro
- PSF – Programa de Saúde da Família
- PSMM – Pronto Socorro e Maternidade Municipal
- Sabesp – Saneamento Básico do Estado de São Paulo
- SAC – Serviço de Atendimento ao Cidadão
- Seconci/SP – Serviço Social da Indústria da Construção e Mobiliário do Estado de São Paulo
- SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
- SIH – Sistema de Informação Hospitalar
- Silos – Sistema Local de Saúde
- SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- SMSIS – Secretaria Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra
- Sinan – Sistema Nacional de Agravos de Notificação
- Sinasc – Sistema de Informação de Nascimento
- Siops – Sistema de Informações em Orçamento Público de Saúde
- SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCE/SP – Tribunal de Contas do Estado de São Paulo
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva

ANEXO 1

Diretrizes da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo - Gestão Montoro

(março/1983-março/1987)

- A política estadual de Saúde deveria promover uma efetiva e permanente ação no sentido de diminuir as desigualdades sociais.
- A política estadual de Saúde reuniria esforços qualitativos e quantitativos na atuação do Estado em nível ambulatorial e hospitalar.
- O governo do Estado de São Paulo buscaria diminuir a centralização das políticas de Saúde determinadas pelo Inamps, com maiores níveis de autonomia para os Estados e municípios.
- Capacitar a Secretaria de Estado da Saúde para ser efetivamente o gestor e executor das políticas de Saúde do Estado.
- Definição de planejamento no setor de Saúde em nível estadual, respeitando as diferentes realidades locais.
- O Fundo Estadual de Saúde – Fundes, criado em 1978, funcionaria como instrumento de captação e distribuição de recursos, por meio de uma estrutura descentralizada, com participação na gestão, dos municípios, da Comunidade e dos profissionais de Saúde.
- Implantação e desenvolvimento de rede básica de Saúde com o objetivo de promover, prevenir, diagnosticar, tratar e reabilitar, de forma universal, funcionando como porta de entrada para o sistema de Saúde.
- A rede básica de Saúde ficaria sob a responsabilidade das Prefeituras Municipais sempre que possível. A Secretaria de Estado da Saúde forneceria o apoio financeiro.
- Criação de canais efetivos de organização e participação da população, nas decisões, execução e controle das ações de Saúde.
- Definição de uma política de recursos humanos para o setor Saúde, possibilitando o aperfeiçoamento profissional, além de melhorar as condições de trabalho.
- Estabelecimento de programas de treinamento e especialização aos recursos humanos, com o objetivo de aprimorar a qualidade dos serviços dos profissionais da Saúde, além da sua participação na solução dos problemas do setor.

- Estabelecimento de planejamento integrado relativos aos recursos humanos, recursos materiais e organização da rede básica de Saúde, permitindo a recuperação dos hospitais públicos, além de apoio técnico às Santas Casas, Instituições não lucrativas e Hospitais beneficentes, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, para modernização e participação da comunidade na Administração.
- Participação das escolas e faculdades ligadas a Saúde na rede pública de Saúde, desenvolvendo formação dos alunos nos diversos níveis de assistência. Esclarecimento da população sobre as normas de higiene e Saúde da família, por meio da rede de ensino de 1º e 2º graus. A rede básica estará capacitada para detecção e controle das carências nutricionais da população.
- Aprimoramento dos programas de Saúde da mulher.
- Incorporação da medicina popular às práticas científicas de Saúde.
- Implementação da Saúde Mental.
- Prioridade na educação em Saúde bucal pela odontologia preventiva.
- Em relação aos medicamentos, o governo do Estado de São Paulo, forneceria por meio da Fundação do Remédio Popular – FURP e do Instituto Butantã, atuando na fiscalização da propaganda, produção e distribuição de remédios, adequando às necessidades da população. Também seriam fornecidos os mecanismos de vigilância sanitária dos alimentos comercializados no Estado.

(Movimento de Luta Pró-Hospitais da Região Sudoeste – 1983 a 1984)

ANEXO 2



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEÇERICA DA SERRA

ESTADO DE SÃO PAULO

LEI COMPLEMENTAR Nº 006 (SEIS) DE 04 (QUATRO) DE ABRIL DE 1991 (UM MIL NOVECENTOS E NOVENTA E UM).

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE ITAPEÇERICA DA SERRA, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei,

FAZ SABER que a Câmara Municipal aprovou e ele sanciona e promulga a seguinte Lei:

DISPÕE SOBRE A COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E COMPETÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, E DÁ PROVIDÊNCIAS CORRELATAS.

Artigo 1º - Ao Conselho Municipal de Saúde - CMS, previsto no artigo 221 da Constituição do Estado de São Paulo, compete:

I - atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde;

II - estabelecer diretrizes para elaboração dos planos de saúde, adequados à realidade epidemiológica e de organização de serviços, no âmbito do Município;

III - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde, no âmbito do Município;

IV - propor medidas para o aperfeiçoamento de organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS.

Artigo 2º - O Conselho Municipal de Saúde será presidido pelo Secretário Municipal de Saúde e terá a seguinte composição:

I - Dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde;

II - Dois representantes da Secretaria de Estado da Saúde;

III - Dois representantes do funcionalismo Municipal;

IV - Três Vereadores do Município;

V - Três representantes do Movimento Popular;

VI - Três representantes de Sociedade Amigos de Bairros;

VII - Dois representantes de Entidades Filantrópicas;

VIII - Um representante do Conselho Ético de Médicos;

IX - Um representante do setor privado de saúde.

Segue...



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEÇERICA DA SERRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Fls. 02

Continuação da Lei Complementar nº 006/91.

§ 1º - Os membros do Conselho Municipal de Saúde - CMS serão nomeados pelo Prefeito do Município, mediante indicação dos respectivos órgãos, segundo critérios por eles estabelecidos.

§ 2º - No caso de afastamento temporário ou definitivo de um dos membros titulares, automaticamente assumirá o suplente, com direito a voto.

§ 3º - Os órgãos e entidades referidos neste artigo poderão a qualquer tempo, propor por intermédio do Secretário Municipal de Saúde a substituição dos seus respectivos representantes.

§ 4º - Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas ou a quatro intercaladas no período de um ano.

§ 5º - Os membros do Conselho Municipal de Saúde serão indicados para mandato de dois anos, podendo ser indicados novamente por igual período ou substituídos pelos respectivos órgãos.

§ 6º - As funções de membro do Conselho Municipal de Saúde - CMS não serão remuneradas, sendo seu exercício considerado serviço relevante à preservação da saúde da população.

Artigo 3º - Fica instituída junto ao Conselho Municipal de Saúde - CMS uma Assessoria Jurídica que terá as seguintes atribuições:

I - assessorar juridicamente o Conselho Municipal de Saúde - CMS na organização e no funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS/SP;

II - articular-se com os órgãos jurídicos da Prefeitura, bem como das entidades públicas e privadas participantes do Sistema Único de Saúde - SUS, para a condução harmonizada de assuntos administrativos e jurídicos de interesse do SUS/SP, resguardada a competência exclusiva das Procuradorias Federais, Estaduais e Municipais.

§ 1º - A Assessoria Jurídica do Conselho Municipal de Saúde - CMS não terá representação judicial.

§ 2º - A Assessoria Jurídica contará com Procuradores, Assessores e Assistentes Técnicos para o desempenho de suas funções.

Artigo 4º - Os integrantes da Assessoria Jurídica do Conselho Municipal de Saúde - CMS serão designados pelo seu Presidente.

Artigo 5º - Consideram-se colaboradores do Conselho Municipal de Saúde - CMS as universidades e demais entidades representativas de profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Artigo 6º - O Conselho reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por trimestre e extraordinariamente quando convocado pelo Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEÇERICA DA SERRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Continuação da Lei Complementar nº 006/91

fls. 03

§ 1º - As Sessões Plenárias do Conselho Municipal de Saúde instalar-se-ão com a presença da maioria de seus membros, que deliberarão pela maioria dos votos dos presentes.

§ 2º - Cada membro terá direito a um voto.

§ 3º - O Presidente exercerá o direito de voto no caso de empate.

§ 4º - As decisões do Conselho Municipal de Saúde serão consubstanciadas em Deliberações.

Artigo 7º - O Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde será indicado pelos membros do Conselho.

Artigo 8º - O Conselho Municipal de Saúde poderá convidar entidades, autoridades, cientistas e técnicos nacionais ou estrangeiros, para colaborar em estudos ou participar de comissões instituídas no âmbito do próprio Conselho Municipal de Saúde.

Parágrafo Único - As comissões terão a finalidade de promover estudos com vistas à compatibilização de políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução enviva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, em especial:

- a) alimentação e nutrição;
- b) saneamento e meio ambiente;
- c) vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- d) recursos humanos;
- e) ciência e tecnologia; e
- f) saúde do trabalhador.

Artigo 9º - Serão criadas comissões de integração entre os serviços de Saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Artigo 10 - A organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde serão disciplinados no Regimento Interno, aprovado pelo seu Plenário.

segue.....



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEÇERICA DA SERRA

ESTADO DE SÃO PAULO

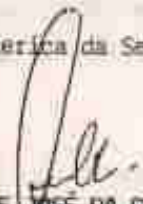
Continuação da Lei Complementar nº 006/91.

fls. 04.

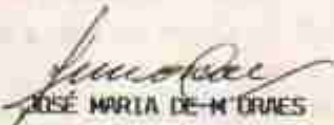
Artigo 11 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 12 - Revogam-se as disposições em contrário, notadamente a Lei Complementar nº 002, de 11 de julho de 1990.

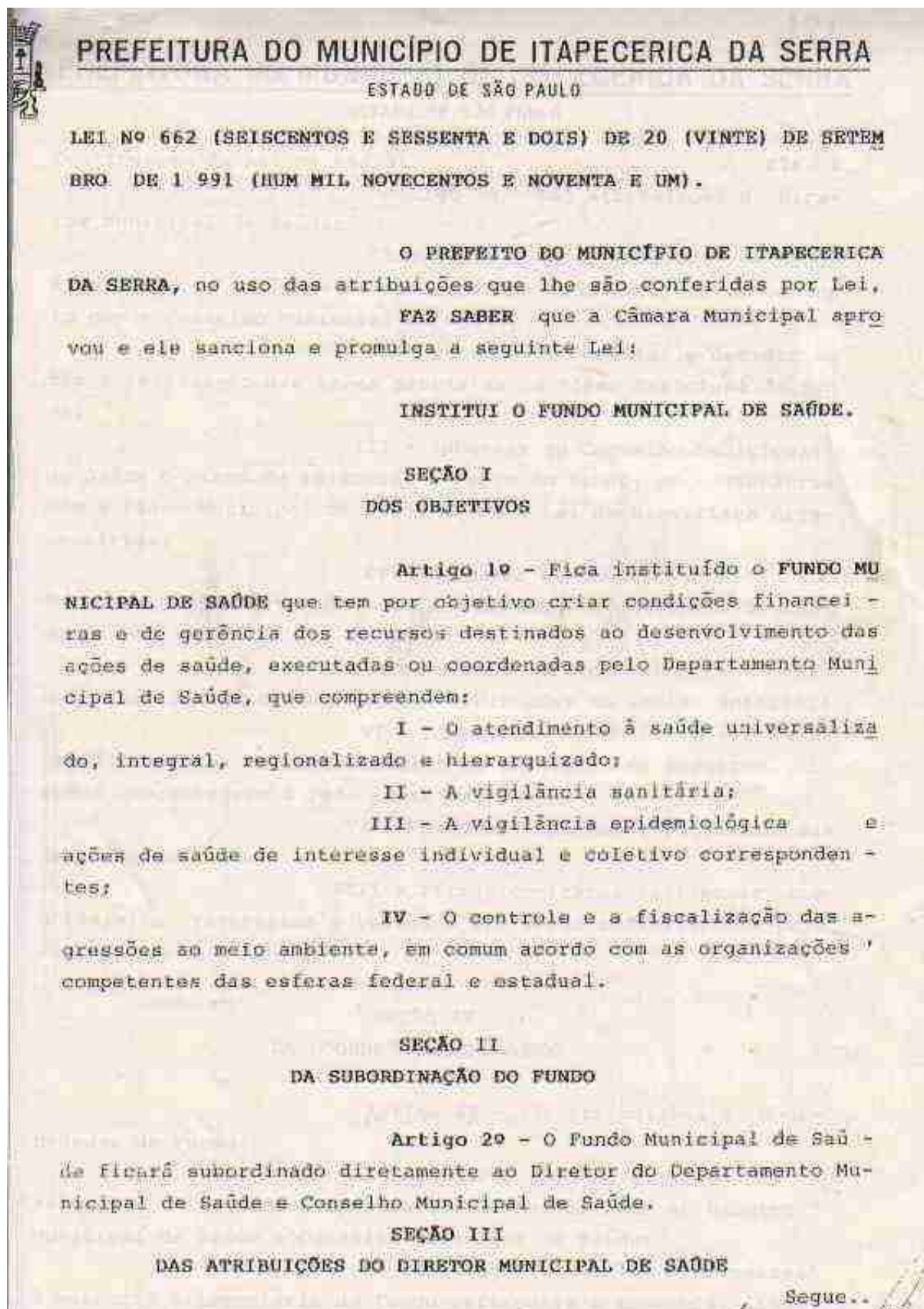
Itapeçerica da Serra, 04 de abril de 1991


JORGE JOSÉ DA COSTA
PREFEITO

Registrada e afixada nesta Prefeitura na data supra .


JOSÉ MARIA DE MORAES
CHEFE DA DIVISÃO DE SERVIÇOS GERAIS

ANEXO 3



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPECERICA DA SERRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Continuação da Lei nº 662/91.

Fls. 2

Artigo 39 - São atribuições do Diretor Municipal de Saúde:

I - Gerir o Fundo Municipal de Saúde e estabelecer política de aplicação de seus recursos em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde;

II - Acompanhar, avaliar e decidir sobre a realização das ações previstas no Plano Municipal de Saúde;

III - Submeter ao Conselho Municipal de Saúde o plano de aplicação a cargo do Fundo, em consonância com o Plano Municipal de Saúde e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias;

IV - Submeter ao Conselho Municipal de Saúde as demonstrações mensais de receita e despesa do Fundo;

V - Encaminhar à contabilidade geral do Município as demonstrações mencionadas no inciso anterior;

VI - Subdelegar competência aos responsáveis pelos estabelecimentos de prestação de serviços de saúde que integram a rede municipal;

VII - Ordenar empenhos e pagamentos das despesas do fundo;

VIII - Firmar contratos juntamente com o Prefeito, referentes a recursos que serão administrados pelo Fundo.

SEÇÃO IV

DA COORDENAÇÃO DO FUNDO

Artigo 49 - São atribuições do Coordenador do Fundo:

I - Preparar as demonstrações mensais da receita e da despesa a serem encaminhadas ao Diretor Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde;

II - Manter os controles necessários à execução orçamentária do Fundo referentes a empenhos, liquidação e pagamento das despesas e aos recebimentos das receitas do Fundo;

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPECERICA DA SERRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Continuação da Lei nº 562/91.

Fls. 3

III - Manter, em coordenação com o Setor do Patrimônio da Prefeitura Municipal, os controles necessários sobre os bens patrimoniais com carga ao Fundo;

IV - Encaminhar à contabilidade geral do Município:

a) mensalmente, as demonstrações de receitas e despesa;

b) trimestralmente, os inventários de estoques de medicamentos e de instrumentos médicos;

c) anualmente, o inventário dos bens móveis e imóveis e o balanço geral do Fundo;

V - Firmar, com o responsável pelos controles da execução orçamentária, as demonstrações mencionadas anteriormente;

VI - Preparar os relatórios de acompanhamento da realização das ações de saúde para serem submetidos ao Diretor Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde;

VII - Providenciar, junto à contabilidade geral do Município, as demonstrações que indiquem a situação econômico-financeira geral do Fundo Municipal de Saúde;

VIII - Apresentar ao Diretor Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde avaliação da situação econômico-financeira do Fundo Municipal de Saúde detectada nas demonstrações mencionadas;

IX - Manter os controles necessários dos convênios e contratos de prestação de serviços e dos empréstimos feitos para a saúde;

X - Encaminhar mensalmente, ao Diretor Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde relatório de acompanhamento e avaliação da produção de serviços prestados pelo setor privado;

XI - Manter o controle e a avaliação da produção das unidades integrantes da rede municipal de saúde;

Segue.....

XII - Encaminhar mensalmente, ao Diretor Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde relatório de acompanhamento e avaliação da produção de serviços prestados pela rede municipal de saúde.

SEÇÃO V

DOS RECURSOS DO FUNDO

SUBSEÇÃO I

Recursos Financeiros

Artigo 5º - São receitas do Fundo:

I - As transferências oriundas do orçamento da Seguridade Social (artigo 30, VII, da Constituição da República);

II - Os rendimentos e os juros provenientes das aplicações financeiras;

III - O produto de convênios firmados com outras entidades financeiras;

IV - O produto de arrecadação de multas e juros de mora por infrações ao Código Sanitário Municipal, bem como parcelas de arrecadação de taxas que o Município vier a criar, concernentes à saúde pública;

V - As parcelas do produto da arrecadação de outras receitas próprias, oriundas das atividades econômicas, de prestação de serviços e de outras transferências que o Município tenha o direito a receber por força de lei e de convênios no setor;

VI - Doações em espécie feitas diretamente para este Fundo.

§ 1º - As receitas descritas neste artigo serão depositadas obrigatoriamente em conta especial a ser aberta e mantida em agência de estabelecimento oficial de crédito.

§ 2º - A aplicação dos recursos de natureza financeira dependerá:

Segue....

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPECERICA DA SERRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Continuação da Lei nº 662/91.

Fls. 5

I - Da existência de disponibilidade em função do cumprimento de programação;

II - De prévia aprovação do Diretor Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.

SUBSEÇÃO II

ATIVOS DO FUNDO

Artigo 6º - Constituem ativos do Fundo do Municipal de Saúde:

I - Disponibilidades monetárias em bancos ou em caixa especial oriundas das receitas especificadas;

II - Direitos que porventura vier a constituir;

III - Bens móveis e imóveis que forem destinados ao sistema de saúde do Município;

IV - Bens móveis e imóveis doados, com ou sem ônus, destinados ao sistema de saúde;

V - Bens móveis e imóveis destinados à administração do sistema de saúde do Município.

Parágrafo Único - Anualmente se processará o inventário dos bens e direitos vinculados ao Fundo.

SUBSEÇÃO III

PASSIVOS DO FUNDO

Artigo 7º - Constituem passivos do Fundo Municipal de Saúde as obrigações de qualquer natureza que porventura o Município venha a assumir para a manutenção e o funcionamento do sistema municipal de saúde.

SEÇÃO VI

DO ORÇAMENTO E DA CONTABILIDADE

SUBSEÇÃO I

Orçamento

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPECERICA DA SERRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Continuação da Lei nº 662/91.

Fls. 6

Artigo 8º - O orçamento do Fundo Municipal de Saúde evidenciará as políticas e o programa de trabalho governamentais, observados o Plano Plurianual e a Lei de Diretrizes Orçamentárias e os princípios da universalidade e do equilíbrio financeiro.

§ 1º - O orçamento do Fundo Municipal de Saúde integrará o orçamento do Município, em obediência ao princípio da unidade.

§ 2º - O orçamento do Fundo Municipal de Saúde observará, na sua elaboração e na execução, os padrões e normas estabelecidos na legislação pertinente.

SUBSEÇÃO II

CONTABILIDADE

Artigo 9º - A contabilidade do Fundo Municipal de Saúde tem por objetivo evidenciar a situação financeira, patrimonial e orçamentária do sistema municipal de saúde, observados os padrões e normas estabelecidos na legislação pertinente.

Artigo 10 - A contabilidade será organizada de forma a permitir:

I - O exercício das suas funções de controle, prévio, concomitante e subsequente;

II - A informação, inclusive para a -
propriadar e apurar custos dos serviços;

III - A interpretação e análise dos resultados obtidos e, conseqüentemente, concretizando seus principais objetivos.

Artigo 11 - A escrituração contábil será feita pelo método das partidas dobradas.

§ 1º - A contabilidade emitirá relatórios mensais de gestão, inclusive dos custos dos serviços.

§ 2º - Entende-se por relatórios de gestão os balancetes mensais de receita e despesa do Fundo Municipal de Saúde e demais demonstrações exigidas pela Administração e pela legislação pertinente.

§ 3º - As demonstrações e os relatórios produzidos passarão a integrar a contabilidade geral do Município.

Seque...



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEÇERICA DA SERRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Continuação da Lei nº 662/91.

Fls.7

SEÇÃO VII DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

SUBSEÇÃO I

Despesa

Artigo 12 - Imediatamente após a promulgação da Lei do Orçamento, o Diretor Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde aprovarão o quadro de cotas trimestrais que serão distribuídas entre as unidades executoras do sistema municipal de saúde.

Parágrafo Único - As cotas trimestrais poderão ser alteradas durante o exercício, observados o limite fixado no orçamento e o comportamento da sua execução.

Artigo 13 - Nenhuma despesa será realizada sem a necessária autorização orçamentária.

Parágrafo Único - Para os casos de insuficiência e omissões orçamentárias, poderão ser utilizados os créditos adicionais suplementares e especiais, autorizados por lei e abertos por decreto do Executivo.

Artigo 14 - A despesa do Fundo Municipal de Saúde se constituirá de:

I - financiamento total ou parcial de programas integrados de saúde desenvolvidos pela Diretoria Municipal de Saúde ou com ela conveniados;

II - pagamento de vencimentos, salários, gratificações ao pessoal dos órgãos ou entidades de administração direta ou indireta que participem da execução das ações previstas no artigo 1º da presente Lei;

III - pagamento pela prestação de serviços a entidades de direito privado para execução de programas ou projetos específicos do setor de saúde, observado o disposto no parágrafo primeiro do art. 199 da Constituição Federal;

IV - aquisição de material permanente e de consumo e de outros insumos necessários ao desenvolvimento dos programas;

V - construção, reforma, ampliação, aquisição ou locação de imóveis para adequação da rede física de prestação de serviços de saúde;

Segue....

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPECERICA DA SERRA

ESTADO DE SÃO PAULO

Continuação da Lei nº 662/91.

Fls. 8

VI - desenvolvimento e aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão, planejamento, administração e controle das ações de saúde;

VII - desenvolvimento de programas de capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos em saúde;

VIII - atendimento de despesas diversas, de caráter urgente e inadiável, necessárias à execução das ações e serviços de saúde mencionados no art. 1º da presente Lei.

SUBSEÇÃO II

Receitas

Artigo 15 - A execução orçamentária das receitas se processará através da obtenção de seu produto nas fontes determinadas nesta Lei.

SEÇÃO III

DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 16 - O Fundo Municipal de Saúde terá vigência ilimitada.

Artigo 17 - Fica o Poder Executivo autorizado a abrir Crédito Adicional Especial no valor de Crf.... 10.000.000,00 (dez milhões de cruzeiros) para cobrir as despesas de implantação do Fundo Municipal de Saúde.

Parágrafo Único - As despesas a serem atendidas pelo presente crédito correrão à conta do código de despesa 4130 - Investimentos em Regime de Execução Especial, as quais serão compensadas com os recursos oriundos do art. 43 e seus parágrafos e incisos da Lei Federal nº 4.320/64.

Artigo 18 - O Diretor do Departamento Municipal de Saúde, deverá enviar trimestralmente à Câmara Municipal Prestação de Contas dos recursos recebidos, detalhando sua aplicação.

Segue.....



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPEÇERICA DA SERRA


ESTADO DE SÃO PAULO

Continuação da Lei nº 662/91-


Fls. 9

Artigo 19 - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Itapeçerica da Serra, 20 de setembro de 1991.


JORGE JOSÉ DA COSTA
PREFEITO

Registrada e afixada nesta Prefeitura na data supra.


JOSÉ MARIA DE MORAES
CHEFE DA DIVISÃO DE SERVIÇOS GERAIS

esm

ANEXO 5
Princípios, Diretrizes e Estratégias da SMS de Itapecerica da Serra
Gestão 1993-1996

- Descentralização dos atendimentos para mais próximos da população;
- Garantia de funcionamento 24 horas dos pronto socorros;
- Responsabilização da UBS pelos problemas de Saúde de sua área de abrangência;
- Garantia de acesso aos serviços municipais de Saúde;
- Ampliação da resolutividade dos serviços, além da introdução de tratamentos alternativos como: acupuntura, homeopatia e outros;
- Humanização nos atendimentos;
- Introdução de Conselhos de Saúde por UBS;
- Qualificação dos funcionários, além de manter equipe mínima nas Unidades;
- Garantia de efetiva participação do Conselho Municipal de Saúde;
- Atuação na cadeia das doenças infecto-contagiosas como: tuberculose, Aids e outras.

Para atender as diretrizes elaboradas, foram estabelecidas as seguintes estratégias:

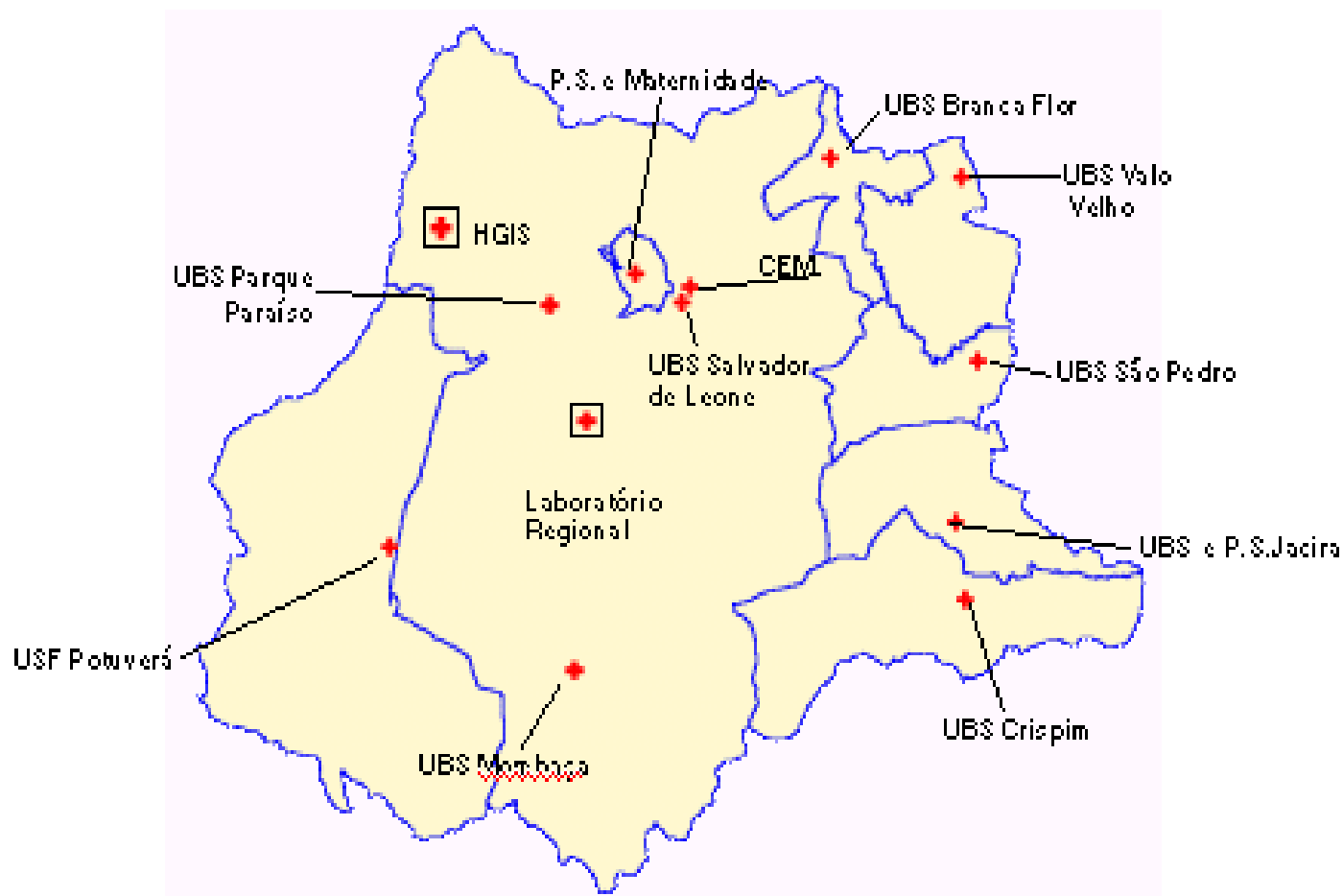
1. Fortalecimento do Departamento de Saúde do município, por meio da formação de equipe técnico-administrativa, para atuação como retaguarda nas atividades desenvolvidas pela rede municipal de Saúde, necessitando fundamentalmente da reforma administrativa da estrutura da Saúde no município;
2. Representação dos vários segmentos da sociedade na composição do Conselho Municipal de Saúde, para acompanhamento e deliberação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, sobretudo na viabilização da I Conferência Municipal de Saúde;
3. Integração dos outros setores da Prefeitura como: Educação e Promoção Social, nas ações preventivas e educativas em Saúde;
4. Elaboração de concursos públicos para preenchimento do quadro de pessoal da Saúde;
5. Formalização da referência e da contra-referência nas especialidades não oferecidas pelo município, em especial, na referência terciária, os hospitais, visando o funcionamento adequado do sistema;
6. Padronização e implantação de rotinas e procedimentos médicos, com garantia da qualidade na prestação dos serviços, além da vacinação de rotina nas UBSs;
7. Descentralização da Vigilância Epidemiológica para as UBSs;
8. Implantação da Vigilância Sanitária no município;

9. Implantação de ambulatório de DST-HIV-Aids;
10. Implantação de grupos terapêuticos e de orientação;
11. Implementação da Saúde Bucal;
12. Atendimento de Saúde Mental;
13. Atendimento de especialidades como: fonoaudiologia, oftalmologia, dermatologia, ortopedia, cardiologia e outras;
14. Desenvolvimento de práticas alternativas como: Tai Chi Chuan, Acupuntura e Homeopatia;
15. Realização de procedimentos de diagnose como: papanicolaou, colposcopia, ultrasonografia, radiodiagnóstico, diagnóstico de gravidez e ECG;
16. Visitas domiciliares;
17. Padronização dos materiais de consumo, medicamentos e materiais médico-hospitalares em conjunto com os técnicos das unidades de Saúde;
18. Estruturação do almoxarifado central, assim como, o controle do estoque de materiais e medicamentos nas Unidades, inclusive a nomenclatura;
19. Nomeação de diretores para as Unidades para garantia da organização dos serviços e execução das atividades;
20. Adoção de mecanismos gerenciais como: supervisão mensal, despachos mensais do nível central com a direção da Unidade de forma individualizada, reunião mensal do nível central com a direção das Unidades, reunião mensal da equipe central, além de reunião mensal do Conselho Municipal de Saúde;
21. Promoção da participação popular e da prática da cidadania;
22. Ampliações e reformas da rede de serviços;
23. Aquisição de veículos e equipamentos;
24. Ampliação dos serviços de zoonoses e controle de vetores.

(Plano de Municipalização – Gestão Parcial – novembro/1994)

ANEXO 6

Mapa 01 – Rede Municipal de Saúde - atual



Fonte: NIAC - SMSIS

ANEXO 7

ENTREVISTA 1

JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA: o gestor participou da elaboração da estratégia da municipalização da Saúde de Itapeçerica da Serra, além de ter sido o primeiro diretor do Departamento de Saúde do município, preparando a estrutura inicial de Saúde municipal.

Gestor: Dr. Alcides Moreno Júnior.

Período: 1983–1988.

Prefeito: Guacy Fernandes Domingues (*in memorian*).

ESTRUTURA PREVISTA DA ENTREVISTA

O senhor esteve à frente da pasta da Saúde do município de Itapeçerica da Serra. Qual foi o período de sua gestão e qual foi o seu cargo?

Questão 1 – Como era a Saúde em Itapeçerica da Serra e quais as conquistas ocorridas no período de sua gestão?

- Estrutura administrativa.
- Recursos financeiros.
- Equipamentos disponíveis (unidades, aparelhos e recursos humanos).
- A demanda da população.
- Participação da comunidade.

Questão 2 – Que fatores conduziram a administração municipal à decisão de municipalizar a área de Saúde de Itapeçerica da Serra? Relate como foi o processo ocorrido durante o período de sua gestão.

Questão 3 – Quais as conquistas do setor da Saúde de Itapeçerica da Serra que o senhor considera frutos da municipalização?

Questão 4 – Após passados mais de dez anos do período de sua gestão, qual a sua avaliação a respeito das mudanças ocorridas no Modelo de Municipalização de Itapecerica da Serra? Aspectos positivos e aspectos negativos.

Transcrição da entrevista

Entrevistadora: Dr. Alcides, o senhor autoriza a gravar esta entrevista?

Gestor: Sim.

Entrevistadora: Dr. Alcides, o senhor esteve à frente da pasta da Saúde no município. Qual o período de sua gestão e qual foi o seu cargo?

Gestor: Foi de 1981 a 1986. Acho que foi isso. Eu não tenho certeza.

Entrevistadora: Então, eu queria saber, no período de sua gestão, como era a Saúde de Itapecerica da Serra e quais as conquistas de sua gestão? Se o senhor puder lembrar como era a estrutura administrativa, dos recursos financeiros, dos equipamentos disponíveis, a questão dos recursos humanos, dos equipamentos e prédios, a demanda da população e a participação da comunidade nessa época.

Gestor: Bom, a estrutura administrativa não existia, simplesmente porque não existia uma Diretoria de Saúde. Eu fui o primeiro diretor dos serviços de Saúde de Itapecerica. Recursos financeiros, a disponibilidade era mínima possível, porque em Itapecerica só existia um Posto de Ambulâncias, e não de atendimento médico. Existiam dois médicos que atendiam, mas era mais pró-forma, porque, realmente, em termos de alcance da população e de serviços de Saúde, não representava absolutamente nada. Muito pouco. Em termos de postos de Saúde que existiam, era o Posto de Saúde do governo do Estado ..., o Posto de Saúde do Estado..., o Serviço de Saúde do Estado ..., é era o Centro de Saúde. Só um Centro de Saúde e de postos de atendimentos da prefeitura; existiam, que eu me lembre, um posto em São Lourenço da Serra e um posto no Crispim. Só existiam esses.

Entrevistadora: Dois da prefeitura e um do Estado?

Gestor: Um do Estado e dois da prefeitura, que eu me recordo. Já faz muitos anos. Bom, recursos não existiam.

Entrevistadora: Esses dois da prefeitura eram custeados com recursos próprios da prefeitura?

Gestor: Da prefeitura, mas o atendimento era bem pequeno, bem limitado; eram postos com médico num período mínimo do dia. Realmente assim de alcance social e de Saúde Pública, na minha opinião e no meu ver, não representava muita coisa, porque era muito pouco o que representava.

Entrevistadora: Esses postos funcionavam como Pronto Atendimento?

Gestor: Não, funcionavam como postos de Saúde.

Entrevistadora: Com consultas agendadas?

Gestor: Com consultas agendadas, como funciona um posto de Saúde.

Entrevistadora: E tinha especialidades de médicos?

Gestor: Não, atendia clínica geral e pediatria aqui, que era o que mais atendia na época. Equipamentos disponíveis, as unidades são essas que eu acabei de relatar. Aparelhos ... existiam ... acho que nenhum.

Entrevistadora: Nem raios-X?

Gestor: Nem aparelho de inalação. Não existiam raios-X, nenhum exame sofisticado, exames de laboratório... eram muito poucos. Eram colhidos, inclusive não eram nem feitos aqui na época, eram mandados para São Paulo. Então eram poucos os recursos que existiam. E os recursos humanos eram atendentes de enfermagem e os médicos que faziam o horário nos postos de Saúde, do Estado e da prefeitura. A demanda da população, que você colocou aqui, evidentemente quando você não tem o serviço, a demanda é reprimida, ninguém procura. A demanda começa a aparecer a partir do momento em que você tem o serviço.

Entrevistadora: Naquela época, como as pessoas procuravam o serviço de Saúde?

Gestor: Naquela época, as pessoas que precisavam dos serviços de Saúde, elas procuravam o posto de ambulâncias que funcionava na Caixa D'água.

Entrevistadora: Posto Móvel?

Gestor: Não. Funcionava onde é a Secretaria de Educação hoje, se não me engano. Não sei se é ainda ao lado da Biblioteca. Então ali era um posto de ambulância, entendeu? Então as pessoas precisavam, iam lá, a ambulância pegava e levava para os atendimentos, no Hospital das Clínicas, ou em outros hospitais.

Entrevistadora: Funcionava 24 horas?

Gestor: Funcionava 24 horas, ou seja, tinha ambulâncias.

Entrevistadora: E as pessoas iam direto procurar a ambulância? Não eram encaminhadas por ninguém?

Gestor: Normalmente, não, já ia direto, ou então, se algum médico de algum posto atendesse, que o atendimento era pequeno, logicamente as ambulâncias também levavam para São Paulo, lógico, certo? A participação da comunidade, você fala no sentido de ...

Entrevistadora: Se as pessoas cobravam, iam lá reivindicar para o Prefeito ... olha, agente está precisando de posto ...

Gestor: Sim, quando nós entramos na prefeitura. Antes eu não sei. Quando entramos na prefeitura, o Prefeito na época da campanha, que era o Guacy, prefeito Guacy, ele realmente priorizou a Saúde na sua campanha, ele queria aumentar os postos, o atendimento, ia trazer serviços melhores para o município, etc., a Saúde de um modo geral, e foi o que foi feito. Agente começou praticamente do nada, tinha um Posto de Ambulâncias, eu sempre coloco isso, exclusive um Posto de Ambulâncias.

Entrevistadora: Foi montada a estrutura?

Gestor: Isso, daquele postinho, lá dentro, eu comecei a fazer um pronto socorro, um pronto atendimento. Do dia para a noite eu virei. Eu parei com as ambulâncias. O dinheiro da gasolina eu apliquei em médicos e no atendimento ali. Aí começou a demanda. Aí foi o início dos serviços de Saúde. A sala da administração minha era lá no fundo, eu tinha uma sala de diretoria, eu tinha uma diretoria administrativa, que era eu e uma secretária. Não existia mais ninguém.

Entrevistadora: E o senhor atendia como médico também?

Gestor: Não, só a diretoria de Saúde, salvos alguns casos. E eu coloquei um médico por dia para atender, entendeu? Começamos num período diurno, depois eu aumentei para o período noturno. Aí as ambulâncias já passaram a sair só com ordem do médico, porque antigamente era com ordem do encarregado de ambulâncias. Ele é quem decidia quem que levava e quem não levava.

Entrevistadora: Essas ambulâncias que o senhor fala eram quantas?

Gestor: Eu não me recordo bem, mas na época nós tínhamos em torno de quatro ou cinco ambulâncias. Eu não me recordo, eu não tenho precisão disso aí. Ambulâncias velhas, mal conservadas.

Entrevistadora: Do município ou do Estado?

Gestor: Do município. Naquela época, o Estado na verdade funcionava separado do município.

Entrevistadora: Não existia parceria?

Gestor: Não, era posto de Saúde do Estado e posto da prefeitura. Cada um tinha o seu atendimento, e não tinha integração dos dois.

Entrevistadora: Não trocavam?

Gestor: Não, não tinha ... muito pouco.

Entrevistadora: Por exemplo, se um posto da prefeitura precisasse de material de sutura, não podia recorrer ao posto do Estado para ver se tinha, se não tivesse na prefeitura? Nada?

Gestor: Como funcionava antes, eu não tenho muita precisão.

Entrevistadora: Na sua época ...

Gestor: Na minha época, nos primeiros meses eu já fiz isso. Na primeira semana eu mudei o atendimento. Foi imediato a minha mistura. A ação foi imediata. Foi imediata. Foi eu entrar, eu não me lembro bem, mas acho que em 30 ou 60 dias eu já estava com atendimento lá dentro. Eu tinha o que agente chamava de “ambulancioterapia”. “Ambulancioterapia”. Aí foram crescendo, e aí, o que você perguntou da demanda, aí começou a aparecer a demanda. Aí começamos atender 50 (cinquenta) pacientes por dia, 60, 70, 100 e assim começou a aumentar, não teve fim. Aí o postinho que nós tínhamos ali já não era mais suficiente, um médico já não era mais suficiente, entendeu? Aí nós, na época, compramos o posto que é atualmente o Pronto Socorro atual, que era a Clínica do Dr. Edison Capuano, não sei se você se recorda ... A prefeitura comprou o prédio dele e nós começamos a fazer um pronto socorro, que era muito mais amplo, e já com o projeto do hospital que está lá hoje.

Entrevistadora: Então, o primeiro serviço foi o pronto socorro que a prefeitura que adquiriu o prédio?

Gestor: Concomitantemente, implementamos os postos de Saúde nos bairros. Que é a atenção primária de Saúde nos bairros, que é a atenção primária que é extremamente importante. Você não pode ficar só atendendo porta, porta, porta. Você tem que dar o atendimento primário, que dando o atendimento primário, você evita o atendimento secundário e terciário. Então foi o que nós fizemos, aí nós aprimoramos e aumentamos os médicos dos postos já existentes que eram o de São Lourenço, aumentamos a carga horária do médico, deixamos ambulâncias de plantão nesse posto lá em São Lourenço, que era muito distante, aí passamos a ter médicos, mais médicos, mais horários de médicos, mais atendimentos, no Posto do Crispim idem, era um médico, passou para dois, três médicos, depois nós montamos, aí montamos os postos novos. Aí, o que nós fizemos? Foram os postos, não me lembro da ordem que foi montado, mais aí nós montamos o Posto de Saúde do São Pedro, do bairro do São Pedro, que está lá até

hoje. Montamos o Posto de Saúde do Valo Velho, o posto de atendimento, Chamava PAS, Posto de Atendimento de Saúde.

Entrevistadora: Então, naquela época, quando o senhor fala dos médicos, era fácil contratar médicos antes, tinha dificuldades, por que motivos?

Gestor: Difícil, difícil. Eu até digo que na época eu conseguia contratar porque eu era conhecido e tinha muitos amigos médicos, inclusive da minha clínica. No começo lá, a maior parte dos médicos eram os que trabalhavam para mim e pegaram uma segunda carga horária num outro dia da semana para atender lá na prefeitura. Foram os médicos que me ajudaram no início, entendeu? Foram os meus, o meu corpo clínico que ajudou. Aí depois foi aumentando, a gente foi chamando mais médicos de fora e aí foi crescendo, aí uma coisa vai chamando a outra, então desses postos que eu estava relatando, então o posto do São Pedro, o posto do Valo Velho, o posto de Saúde do Parque Paraíso, lá do Parque Paraíso, o posto do Paiol do Meio, que era bem longe, que hoje nem pertence mais a Itapecerica, é em São Lourenço, o posto do Jacira, que nós começamos a construção, iniciamos, o posto do Branca Flor, o posto do ... tem mais um que eu não me recordo, vou me lembrando devagar e algum outro mais. Concomitantemente, também entramos no serviço de odontologia escolar, nós abrimos, colocamos praticamente nas principais escolas do município, nós colocamos dentistas para atender, fazer o atendimento escolar, dentário, com orientação de palestras, orientação educativa sobre fluoritização da água, importância do flúor, e para isso colocamos uma pessoa encarregada que nos auxiliou na formação desse corpo odontológico que fazia atendimento escolar. Colocamos um trailer para atender as escolas pequenininhas e mais distantes, que não tinha como fixar um dentista no local e só sei que chegamos a aproximadamente uns 17 a 20 dentistas, nós chegamos a ter. Depois nós chegamos também, agimos na área de zoonoses, controle de zoonoses, então a gente fazia vacinação anti-rábica, controle de zoonoses como rato, pernilongo, barata, fazia pulverização em bueiro, coisa que nunca tinham visto aqui na cidade, então começamos a implementar isso e trouxemos um posto oficial do Instituto Pasteur de São Paulo para Itapecerica, que existe até hoje. Então, para receber a vacina da raiva, hoje você não precisa ir a São Paulo. Antigamente você medicava aqui, mandava uma cartinha, o cara tinha que ir lá na Avenida Paulista, o paciente tinha que ir à Avenida Paulista para tomar vacinação anti-rábica lá.

Entrevistadora: Com todo esse crescimento, com certeza cresceu a necessidade de recursos financeiros, a prefeitura arcava sozinha ou o Estado mandava, como era?

Gestor: A prefeitura arcava sozinha.

Entrevistadora: Não vinham recursos da União?

Gestor: Não, muito pouco, tinham alguns convênios, mas, o dinheiro era muito pequenininho, não representava muita coisa. Aí é que nós começamos a sentir necessidade da municipalização e também foi um projeto do, na época, do Governador Franco Montoro. Realmente quem começou a municipalização foi o Governador Franco Montoro. Foi ele que municipalizou tudo. Essa idéia é dele. E aí as prefeituras, sentindo a necessidade, ajudaram nesse crescimento. Aí começou a vir alguma ajuda.

Entrevistadora: A partir da municipalização?

Gestor: A partir daí, até antes um pouquinho, começou já a haver uma associação, uma integração melhor entre os postos do Estado, os médicos do Estado, a Chefe dos Serviços de Saúde do Estado, que tinha antigamente diretor, na época era Diretor do Centro de Saúde, depois que foi montada a Secretaria, aumentado pelo SUS, etc., foi aumentando o volume do Estado, a participação do Estado no município. Então foi aí que começou tudo.

Entrevistadora: Nessa época não tinha uma hierarquia?

Gestor: No fim começou, o município, nos últimos dois anos, ou no último ano, que já estava a municipalização sendo bem implementada, que eu falo bem implementada é quando realmente ia vir dinheiro. Porque no papel tudo bem, estava municipalizado, só que não havia recursos, certo? A viabilização dos recursos. O Convênio da Municipalização realmente foi assinado no último ano de governo praticamente. Até a implementar e começar a vir recursos, começou na gestão seguinte. Foi aí que foi o grande impulso, porque aí vinha dinheiro mesmo. Aí sim foi montada a Secretaria, foi mudada a administração, a parte administrativa, a estrutura administrativa foi montada, aí se tornou a Secretaria de Saúde e com isso toda aquela estrutura de funcionários e assessorias, etc. Até então, trabalhava eu, uma secretária e eu acho que também um coordenador, nem eram coordenadores, porque não tinha cargo. Era

um responsável pela zoonoses, o responsável pela odontologia e dois médicos me assessoravam para fazer a fiscalização e as visitas aos postos existentes, porque, no total, nós montamos sete postos de Saúde na minha gestão. Então basicamente foi isso. Agora dinheiro mesmo foi depois. Na época também nós implementamos, começamos, implementamos e deixamos pronta toda a estrutura montada para a construção dos hospitais regionais. Foi aí que começou, aí inclusive na nossa gestão, prefeito Guacy e na minha, que foi comprado o terreno em que hoje está localizado o Hospital Regional de Itapeçerica. Foi na minha época que foi comprado.

Entrevistadora: E com que recursos comprou?

Gestor: Recursos da prefeitura. Foi comprado com dinheiro da prefeitura.

Entrevistadora: Exclusivamente da prefeitura?

Gestor: Exclusivamente da prefeitura. Desapropriado pela prefeitura de Itapeçerica o daqui e o do Embu e Taboão, pelas prefeituras de lá. E aí o projeto ficou pronto, deixamos o projeto pronto e logicamente até vir os recursos para construir e depois equipar e depois começar a funcionar, então demorou alguns anos. Aí sim veio recursos do Estado, do Banco Mundial, aí foi um consórcio que foi feito e esse consórcio começou a ser montado naquela época, na nossa gestão. O consórcio eram todos os municípios da região com o Estado.

Entrevistadora: Então, já que o senhor entrou na questão da municipalização, eu queria te perguntar, que fatores conduziram a Administração Municipal à decisão de municipalizar a área de Saúde de Itapeçerica da Serra? Conta-me um pouquinho como foi esse processo.

Gestor: É, a municipalização, o processo começou como uma meta do governo do Estado, do Franco Montoro e a gente verificou que realmente seria necessário por um simples motivo, no município não haveria recursos financeiros para se fazer realmente um serviço de Saúde adequado. Se não viessem recursos do Estado e da Federação, que vem da Federação. Porque, no fim, a gente, na nossa gestão, quando começou a municipalização, a prefeitura mandava os relatórios dos atendimentos ao Estado e o Estado repassava o dinheiro para a gente. Por exemplo, nós fizemos 1.000 atendimentos no mês, por exemplo, a gente mandava, eles reembolsavam, entendeu? Isso era feito, o Estado reembolsava e pegava da União, do INPS,

do INSS. Eram recursos, então, da Federação, do Estado e do município, entendeu? Era um consórcio financeiro na verdade. O grosso vinha da Federação realmente.

Entrevistadora: O senhor não se recorda em que proporção isso acontecia?

Gestor: Não, não me recordo não.

Entrevistadora: Mas, de qualquer forma, eram as três esferas que bancavam?

Gestor: É, mas todo o começo foi bancado pela prefeitura, todo o começo. Inclusive a renovação da frota de ambulâncias, compramos muitas ambulâncias, o Estado nos mandou uma ambulância, carros para a administração, carros para a zoonoses, carro para a parte de odontologia, entendeu? A gente foi conseguindo convênio com isso, com aquilo, ganhava do Estado, ganhava do governo federal, a gente ia fazendo.

Entrevistadora: Mas daí tinha que viabilizar o pessoal?

Gestor: Tinha que viabilizar o pessoal. O pessoal era todo pago pela prefeitura. Tudo pago pela prefeitura e às vezes vinha dinheiro, esses convênios, logicamente vinha dinheiro e a gente repartia. Mas a diretoria de Saúde, na minha época, não tinha autonomia financeira. A parte financeira era controlada pelo caixa da prefeitura.

Entrevistadora: Tudo era gerenciado pela prefeitura?

Gestor: Era gerenciado pelo caixa da prefeitura, era um recurso financeiro único. Era um caixa só. Hoje não, com a municipalização e com a formação da Secretaria de Saúde do município, ela tem autonomia financeira. Ela faz aquisições próprias, ela faz licitações, coisa que a gente não podia fazer. Era tudo feito pela prefeitura.

Entrevistadora: O senhor considera essa autonomia que existe uma questão positiva? Em que sentido?

Gestor: Eu acho positiva pela agilização das compras e pela especificação da compra, entendeu? Pela especialização da ... é uma área especializada, uma área técnica. Quer dizer, o

peçoal que está fazendo a licitação é especialista nisso, coisa que era feito pelo peçoal da prefeitura, o mesmo que fazia a licitação para comprar cimento, fazia para comprar medicamentos, seringas, material de consumo de pronto socorro, então era isso que acontecia.

Entrevistadora: No caso, quais as conquistas que o setor de Saúde de Itapeçerica da Serra tiveram que o senhor considera que foram frutos da municipalização?

Gestor: Ah sim, foi o Hospital Regional e o incremento, o aumento da estrutura de atendimento do município, porque pela vinda de dinheiro, principalmente pelo dinheiro, sem o dinheiro você não faz nada. Então, aí foi implementado o quê? Foi aumentado os recursos, aí passou a ter, por exemplo, raios-X, passou a ter ultra-sonografia e todos os exames especializados. Passou-se a ter ambulatórios de especialidades, aumentou-se o pronto socorro, construiu-se a maternidade, entendeu? Que já era previsto naquela época, mas não tinha recursos. Mas tudo já havia sido previsto e foi concretizado com essa, tudo começou com a municipalização, o incremento começou com a municipalização.

Entrevistadora: Eu só não entendi a questão do hospital ser fruto da municipalização.

Gestor: É, o hospital regional, ele tem a ver com a municipalização por quê? Porque quando houve a municipalização, o que aconteceu? Foi uma reunião dos recursos do Estado e do governo federal, entendeu? E com esses recursos é que conseguimos fazer projetos do hospital regional, a prefeitura entrou com o terreno e a construção, o projeto, a implantação, os equipamentos e a administração do hospital, tudo é feito pelo governo do Estado. Você entendeu? Eles entraram com esses recursos. Tudo começou, tudo foi fruto da municipalização, que houve essa integração dos poderes e com isso houve melhor distribuição do dinheiro, você aplica melhor o dinheiro na municipalização, ele não se perde no meio do caminho, entendeu?

(A entrevista foi interrompida e houve curto período de problemas com a gravação no retorno.)

Então a entrevistadora perguntou qual a avaliação do gestor, em sua opinião, a respeito das mudanças ocorridas no modelo de municipalização de Itapeçerica da Serra, aspectos positivos ou negativos.

O gestor respondeu que só ocorreram aspectos positivos, sendo o principal aspecto positivo, a estruturação dos serviços médicos da cidade... e a estrutura final que é o hospital. A estrutura terciária. A qualidade do atendimento, isso eu não posso avaliar porque eu não participo do setor de Saúde da prefeitura há mais de dez anos, nunca voltei lá, mas eu acredito que esteja em bom caminho, pelo o que a gente pode ouvir falar. Agora melhorar e modificar e aparelhar, isso sempre é possível. Isso é uma coisa dinâmica e sempre é necessário.

Entrevistadora: O senhor tem alguma consideração final a fazer a respeito da nossa entrevista, do nosso tema, o senhor tem alguma coisa a considerar, gostaria de indicar alguém para eu procurar para aprimorar esse estudo?

Gestor: Olha, o pessoal que trabalhou comigo, a estrutura de administração da Saúde daquela época, na verdade não existe mais ninguém. Já se passaram muitos anos. Mas eu acho que você poderia procurar na prefeitura, a Secretaria de Saúde, que, acredito eu, esteja com os arquivos daquela época, com certeza devem estar lá, não tem motivo nenhum para não estar, foi deixado tudo arquivado e documentado, isso com certeza. Agora poderia procurar para ver se eles têm alguma coisa daquela época. Uma pessoa também que participou muito da gestão que pode dar alguma orientação para você, se você puder localizá-la, e foi inclusive secretária de Saúde, na época era Diretora do ERSA, era a Dra. Maria Rosa L. Cardoso. Ela participou bastante com a gente, muito ativa e pessoa muito competente. Ela era da Saúde do Estado e depois que montou a estrutura de secretaria de Itapeverica, no município, ela foi a 1ª secretária de Saúde. Foi a 1ª secretária de Saúde e ficou lá por um bom tempo. Ela começou inclusive na gestão do Hélio Rubens, que não foi terminada, e atravessou essa, terminou e continuou na do Lacir, saiu há pouco tempo. Então ela tem bastante, porque ela pegou desde aquela época até um ou dois anos atrás.

Entrevistadora: Ela participou enquanto Estado e depois enquanto município?

Gestor: Sim, ela participou de todo o processo, de todo o processo ela participou. É uma pessoa muito capaz e, se você procurar, você vai ter bastante informação em relação a ela, inclusive nesses arquivos que eu estou te falando e onde está, ela sabe tudo.

Entrevistadora: Com certeza ela vai ser uma das minhas entrevistadas.

Gestor: Uma boa entrevista, porque ela é muito competente.

Entrevistadora: No final do processo, eu vou estar entregando tudo para o senhor, para o senhor ver o que foi que a gente produziu e, com certeza, vou procurar reproduzir exatamente a sua fala, sem distorcer nada da sua opinião.

Gestor: Com certeza.

Entrevistadora: Muito obrigada, eu queria agradecer a sua atenção.

Gestor: Eu que agradeço. Obrigado.

ANEXO 8

ENTREVISTA 2

JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA: o gestor participou da criação do Fundo Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra, além de ter sido o segundo Diretor do Departamento de Saúde do município, preparando a estrutura administrativa da Saúde municipal.

Gestor: Dr. Wagner Ciongoli.

Período: 1989–1992.

Prefeito: Antonio Baldusco (*in memoriam*).

ESTRUTURA PREVISTA DA ENTREVISTA

O senhor esteve à frente da pasta da Saúde do município de Itapeçerica da Serra. Qual foi o período de sua gestão e qual foi o seu cargo?

Questão 1 – Como era a Saúde em Itapeçerica da Serra e quais as conquistas ocorridas no período de sua gestão?

- Estrutura administrativa.
- Recursos financeiros.
- Equipamentos disponíveis (unidades, aparelhos e recursos humanos).
- A demanda da população.
- Participação da comunidade. O controle social.

Questão 2 – Que fatores conduziram a administração municipal à Criação do Fundo Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra de forma diferenciada dos outros municípios? Relate como foi o processo ocorrido durante o período de sua gestão.

Questão 3 – Quais as conquistas do setor da Saúde de Itapeçerica da Serra que o senhor considera que foram frutos da operacionalização do Fundo Municipal de Saúde?

Questão 4 – Em sua avaliação, de que forma a operacionalização descentralizada do Fundo Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra contribuiu para a implantação do SUS municipal?

Transcrição da Entrevista

Entrevistadora: Então, você esteve a frente da pasta da Saúde do município de Itapecerica da Serra. Qual foi o período de sua gestão e qual foi o seu cargo?

Gestor: Teve início em 1989, janeiro de 1989 e encerramos a Administração em dezembro de 1992.

Entrevistadora: Perfeito. Como era a Saúde de Itapecerica da Serra e quais as conquistas ocorridas no período de sua gestão? Se puder lembrar das questões da estrutura administrativa, recursos financeiros, equipamentos disponíveis, as Unidades, aparelhos, recursos humanos, a demanda da população e a participação da comunidade, o chamado Controle Social.

Gestor: Bom, quando eu iniciei, em janeiro de 89, o sistema de Saúde vigente em Itapecerica da Serra, era um sistema muito precário, muito rudimentar. Ele estava apoiado em uma estrutura municipal que tinha cinco postos de Saúde e um pronto socorro e numa estrutura estadual que tinha uma Unidade Básica de Saúde no centro da cidade. Toda essa estrutura que era dividida em Estado e município, elas não eram integradas. O serviço como um todo tinha uma baixa resolutividade. Havia alguns programas previstos que não funcionavam. Programas de Saúde Preventiva, Hipertensão, Diabetes, tudo isso era previsto mas não funcionava. Na prefeitura o atendimento era muito precário, ele se resumia em alguns médicos clínicos gerais nos postos e os médicos plantonistas no pronto socorro. Tudo era triado para o Pronto Socorro. Os casos mais graves, em torno de 30% do atendimento, eram remanejados para São Paulo, nos hospitais públicos de referência, por meio de ambulâncias, o que gerava um ônus muito grande, um ônus financeiro e social para o município. Quando nós assumimos em janeiro de 89, foi o ano de implantação do Sistema Único de Saúde que previa uma unificação das ações de Saúde, federal, estadual e municipal, sob o gerenciamento do município. Havia previsão de um repasse de um percentual do Orçamento Federal, estadual e municipal, de modo que essa previsão era em torno de 10% e isso viria para o município e o município gerenciaria todas as ações de Saúde. Isso foi feito em 1989. Havia a previsão da Criação de um Fundo Municipal de Saúde. Nada mais era do que uma Comissão e iria gerenciar financeiramente, seria uma conta específica para gerenciamento financeiro e a

Criação de um Conselho Municipal de Saúde que, nada mais era que pessoas representativas da sociedade e da administração pública para discutirem e decidirem as ações de Saúde.

Entrevistadora: Esse Conselho que você fala, ele foi necessidade por conta de lei de criação do Fundo ou foi uma reivindicação da população de participar da gestão?

Gestor: Tudo previsto em lei. Tudo. O município, para ser municipalizado, para pertencer ao Sistema Único de Saúde, necessariamente era previsto em lei que criasse o Fundo Municipal, era uma conta no Banco do Brasil e o Conselho Municipal, que eram pessoas que representavam a sociedade, tudo isso previsto em lei, tudo foi criado com atas, livros e tudo o mais e funcionou. Tudo isso funcionava.

Entrevistadora: Com efetiva participação?

Gestor: Com efetiva participação. Tudo que foi decidido de ação no município, foi mediante apreciação desse Conselho. Bom, a primeira instância, foi feito um levantamento da situação atual do município. Então, nós chegamos a uma conclusão num relatório, de que havia um déficit de profissionais na área médica brutal, muito, em torno de 90% da capacidade instalada, o que gerava uma ociosidade muito grande da área física instalada e uma demanda reprimida muito grande. Então, a proposta inicial foi preenchermos esse déficit, igualarmos o número de profissionais à capacidade instalada para podermos atingir uma capacidade de produção máxima, ou seja, para aquele número de postos de Saúde e de pronto socorro e de Unidade Básica de Saúde, existia uma previsão de atendimentos, de números de atendimentos, que nós chamávamos de capacidade máxima de produção. Para se atingir isso, tinha que ter um número de profissionais previstos para o preenchimento dessa ..., desses horários, dessas lacunas da estrutura que existia e isso foi feito. Foram feitos vários concursos, foram contratados médicos, enfermeiros e foram implantados e preenchidos todos os espaços que haviam vagos.

Entrevistadora: Quem assumiu os custos dessas contratações, dessa implementação?

Gestor: O Fundo Municipal de Saúde. 10% do município, 10% do Estado e 10% do governo federal.

Entrevistadora: E esses recursos eram suficientes para cobrir todo esse pessoal que foi contratado?

Gestor: A princípio foram, a princípio foram. Nós começamos a ter problemas, quando da Segunda etapa do nosso projeto, que foi a ampliação dos serviços. Que problemas que nós tivemos? Nós decidimos aumentar a resolutividade do sistema, fazendo com que fosse criada uma Maternidade que até então não tinha. Houve uma discordância quanto a necessidade dessa Maternidade, entre o Conselho Municipal e na época chamava-se, era o antigo ERSA 12, que passou com a municipalização, a chamar SUDS-R-12. Houve uma discórdia quanto a necessidade da implantação, mas o Conselho Municipal exigiu e assim foi feito. Foi uma decisão do Conselho. O SUDS-R, mesmo a contragosto acabou apoiando. Nós tivemos algumas dificuldades financeiras porque, o projeto para a capacidade financeira do município era um projeto ambicioso e acabamos implantando a Maternidade. A partir daí então, começou haver um ônus maior para o município. A balança prevista de 10% para cada esfera governamental, passou a se desequilibrar, não ser suficiente e o município passou a cobrir todos esses custos.

Entrevistadora: Então, o senhor acha que foi a Maternidade que foi o grande causador desse déficit?

Gestor: Na verdade pode parecer que seja, mas, não foi isso. A municipalização ela previa como repasse financeiro, ações muito elementares. Então, num sistema em que você prevê custos só para ações preventivas, implantação dos planos, programas de Diabetes, Hipertensão ..., você decide ampliar o seu serviço e não existe uma previsão orçamentária para isso, o seu programa começa a não dar certo. Então, não foi a Maternidade. Na verdade, qualquer programa que procurasse ampliação dos serviços, quer seja Maternidade, Hospital, enfim, seja o que fosse, saindo das ações básicas, não havia previsão orçamentária pelo SUDS para que isso fosse implantado. Então, de modo que quando nós chegamos numa Segunda fase do projeto que já era o aumento da resolutividade, ampliação de novos, pronto socorros..., isso não estava previsto, não pelo município, mas pelo sistema do SUS. Então haveria necessidade de um aumento do repasse da verba e aí que não houve esse acordo porque eles não queriam aumentar o repasse. E aí foi uma decisão do Prefeito. Quer dizer, o Prefeito ele não quis interromper o programa. Ele tinha conhecimento de todo o nosso projeto, do começo, do meio e do fim e ele decidiu então, que o programa ia ser prioritário na

administração dele. Com isso ele começou a cobrir os custos e nós fizemos a Maternidade. Inauguramos a Maternidade. A gestão que veio a seguir, parece que ampliou mais ainda os serviços, mas aí eu já não tenho conhecimento do que foi acertado, enfim. Eu estou vendo um item aqui quanto a equipamentos disponíveis. Os equipamentos que nós tínhamos eram nenhum. Existia um equipamento de raios-X que estava encaixotado, não funcionava, inoperante. Um equipamento novo e quando nós entramos, nós então, por necessidade, porque se não nós nunca iríamos crescer, nós começamos a comprar novos equipamentos, implantamos o serviço de radiologia, compramos equipamentos para a realização dos programas, nos postos de Saúde, e compramos todos os equipamentos necessários para implantação da Maternidade. Então, foi um serviço de nutrição e dietética todinho industrial, um serviço de lavanderia industrial, todos os equipamentos necessários para o Centro Obstétrico, pré-parto, enfermaria, instrumentais.

Entrevistadora: Para aquisição desses equipamentos todos, foi assinado algum Convênio com outra esfera, para repasse de recursos ou foi tudo com recursos do município?

Gestor: Tudo com recursos do SUDS, e o que era deficitário, o município cobria. Não foi assinado nenhum outro Termo Aditivo. Eu me lembro que na minha administração, 89 e 90, se não me engano, no final de 91, teve eleições ..., presidencial, em que entrou o presidente Collor, porque tudo isso que nós estamos conversando, como todo setor público, sofre uma influência política brutal. Então, quando houve uma nova eleição para o presidente da república, a esfera federal tinha uma identidade maior com a esfera municipal de Itapeverica, ou seja, o governo federal, me lembro que era o presidente Collor, tinha uma identidade com o governo municipal de Itapeverica, na época o Jorge Costa, o Prefeito Antônio Balduino já havia falecido. Isso facilitou muito para nós, porque aí, mas isso já 91, na metade do nosso mandato, porque aí algumas reivindicações eram feitas diretamente ao governo federal, de repasses de verba e tal. Como nós não tínhamos uma afinidade na ocasião política com o governo estadual, nós tínhamos algumas dificuldades para garantia de repasses de verba. A partir de 91, ficou um pouquinho mais fácil, não o repasse estadual, mas o federal. Isso quer dizer, a influência política existe e acredito que até hoje deva existir.

Entrevistadora: Então, depois vocês criaram esse Conselho por conta da exigência da Lei do Fundo. O Conselho foi criado com participação das três esferas de governo, conforme a lei previa e era efetiva a participação do Conselho na aprovação das ações?

Gestor: Era, tudo registrado em ata, todas as reuniões, todas as decisões registradas em ata, comunicadas ao senhor Prefeito e assim era executado.

Entrevistadora: Perfeito. Acho que está respondida essa. Agora, emendando, você sabe que o Fundo Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra, foi criado de uma forma diferenciada de outros municípios. Que fatores, na época, conduziram o município a criar o Fundo Municipal de Saúde dessa forma, com execução orçamentária independente da prefeitura?

Gestor: É, isso na verdade era um grande enigma. Porque toda essa estrutura, há de salientar que era uma situação totalmente nova. Ninguém sabia o que ia acontecer com a implantação do SUS, se realmente ia ar certo ou se não ia dar certo. Então, na ocasião, era o Prefeito Antônio Baldusco vivo e ele achou por bem que fosse separada da prefeitura toda essa gestão financeira. A própria legislação previa que havia uma conta no Banco do Brasil e que fosse separado, isso era previsto, mas, não era obrigatório. E o Prefeito quis que fosse assim. Talvez por um pouco de receio se isso fosse dar certo, se não fosse ... Acredito que seja isso, mas foi uma decisão do Prefeito. O Prefeito era o soberano nessas decisões.

Entrevistadora: E quais as conquistas que você acha que foram frutos dessa forma de operacionalização do Fundo Municipal de Saúde no período de sua gestão?

Gestor: As conquistas principais foram a autonomia dessa gestão. Nós éramos um Departamento da prefeitura, e até então, como Departamento, nós participávamos de reuniões orçamentárias na prefeitura que envolviam todos os setores. O Orçamento da Saúde era um Orçamento considerável, era o primeiro Orçamento da prefeitura e com a assinatura desse Convênio ele ia se tornar um Orçamento muito interessante. Então, isso talvez pudesse gerar uma intenção, eu digo intenção porque não tem como provar, mas de encaminhamento desse dinheiro do Convênio para outros setores, para a Educação, para Obras públicas, enfim, para outros setores que não a Saúde e isso era proibido por lei no Convênio. Então, essa situação a parte do Fundo Municipal, o principal ganho foi isso, autonomia. Esse Orçamento entrava

para a Saúde e era aplicado na Saúde. Mesmo sendo deficitário, ele era aplicado 100% na Saúde. Tudo isso foi uma grande conquista.

Entrevistadora: Perfeito, está respondido. Então, na sua avaliação, de que forma a operacionalização descentralizada do Fundo Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra, contribuiu para a implantação do SUS Municipal?

Gestor: Eu queria corrigir um pouquinho essa sua pergunta porque na verdade, não foi o Fundo Municipal que contribuiu para a implantação do SUS Municipal. O SUS, o Sistema Único de Saúde é que previa por lei, a criação de um Fundo Municipal é o contrário.

Entrevistadora: Sim, mas não com essa forma descentralizada, com autonomia como o senhor disse, de operacionalização. Nos outros municípios, só tinham a conta bancária para receber os recursos. Itapecerica, além de ter a conta bancária, a lei permitiu que o Departamento de Saúde gerenciasse essa conta bancária.

Gestor: Então, mas quem cria o Fundo Municipal foi o Sistema Único de Saúde. Essa operacionalização descentralizada, desvinculada da prefeitura, volto a frisar, fez com que 100% da receita prevista no Convênio, ficasse na Saúde. Isso garantiu obviamente, a execução de todo o programa, de todo o projeto, mesmo que deficitário. Mas ele se tornou deficitário por uma questão de necessidade da sociedade. Quer dizer, não se admitia mais procedimentos como um parto, como uma cesárea, que fosse encaminhado para fora do município. Então, por uma necessidade, é que ele acabou se tornando deficitário. Talvez se o governo federal e o governo estadual tivessem a mesma prioridade que o Prefeito teve na época, de investir em Saúde, nós conseguiríamos ter feito muito mais coisas. Então, essa situação de independência do Fundo Municipal, não só administrativa, mas independência real. Era uma condição para que isso funcionasse. Porque você imagina, além de vir uma receita insuficiente, você pegava essa receita e vinculava em um Orçamento de uma prefeitura que possivelmente poderia ser também deficiente, o dinheiro sumia. Você não teria como prestar contas desse dinheiro. Então, nós assumimos essa responsabilidade. Criamos obviamente uma estrutura que não existia, um Departamento de Contabilidade, toda a estrutura administrativa necessária para se fazer esse controle, serviço de arquivo médico, o almoxarifado, controle de custos, gerenciamento das Unidades individualmente, tudo isso foi criado para que pudéssemos ter uma estrutura de gerenciamento.

Entrevistadora: Nessa criação, vocês tiveram respaldo jurídico para criar essa estrutura?

Gestor: Tivemos.

Entrevistadora: Na época, a Secretaria de Assuntos Jurídicos da prefeitura?

Gestor: Da prefeitura.

Entrevistadora: Você tem um nome para indicar para eu procurar dessa Secretaria de Assuntos Jurídicos?

Gestor: Quem era que deu todo esse suporte, ele já não é mais vivo, era o Dr. Nirinho. Ele que era o Diretor do Jurídico nosso na ocasião. Ele não é mais vivo, teria que ver com quem está agora que talvez ... ele morreu inclusive na nossa gestão.

Entrevistadora: Inclusive o Prefeito também.

Gestor: Inclusive o Prefeito. Mas, eles foram ... assim, o apoio foi muito determinante, do senhor Prefeito e do Departamento Jurídico em dar todo o suporte para que fizéssemos e realizássemos essa estrutura praticamente autônoma.

Entrevistadora: Então, Dr. Wagner, você gostaria de fazer alguma consideração final a respeito da nossa entrevista, tem alguma pessoa para me indicar, para que eu possa procurar para o aprimoramento do estudo?

Gestor: Olha, algumas considerações. Alguns dados que eu me lembro de cabeça, e se eu estiver errando, vai ser um erro pequeno que não vai comprometer os dados que eu vou te dar. Quando nós entramos na Secretaria de Saúde..., a Secretaria em janeiro de 89, ela contava com 11 médicos para suprir uma demanda necessária de mais ou menos 60 médicos, e quando nós saímos, nós deixamos a Secretaria, o Departamento de Saúde, com se não me engano, 78 médicos. A estrutura funcionando 100%. A Maternidade inaugurada e todos os postos de Saúde, chegamos a inaugurar mais 3 e tudo isso funcionando a pleno vapor. Nós saímos de uma produtividade que havia no início de mais ou menos 1500 consultas/mês em todas as Unidades, para mais ou menos 18000 consultas/mês.

Entrevistadora: Um grande salto.

Gestor: Um grande salto, uma grande conquista social, de pronto socorro para o cidadão de Itapecerica e aumentamos muito a resolutividade. Eu ainda frequento a cidade e ainda conheço toda a evolução que isso acabou acarretando. A Maternidade hoje foi ampliada, eu fico contente em ver que nós fomos a célula que hoje gerencia uma estrutura bem mais moderna, bem mais resoluta na cidade e quem acaba ganhando com isso é a população. Sem dúvida nenhuma, há a determinação do Prefeito quando da sua posse em priorizar determinados setores que ele julga importantes para a sociedade, Saúde, Educação, enfim, cada Prefeito tem a sua visão e eu tive a grata honra de trabalhar com o Sr. Antônio Balduino, que era um indivíduo de uma visão social muito ampla, muito determinado e que se não fosse a decisão dele de investir na área da Saúde, eu acredito que nós não teríamos o sucesso que tivemos e que hoje os fatos mostram que nós estávamos certos.

Entrevistadora: Muito obrigada Dr. Wagner por essa sua disposição, disponibilidade. Eu queria agradecer imensamente por seu bom e precioso tempo e antes de entregar, eu vou estar passando os dados para você ver se eu não andei distorcendo nada da sua opinião e vou te convidar, para sem dúvida, assistir minha defesa. Entregar depois o resultado final do nosso estudo para a gente ver o que foi que a gente produziu, está bom?

Gestor: Eu agradeço bastante, espero que você tenha sucesso no seu trabalho, na sua tese e que você tenha conclusões bastante realistas, porque é isso que nós estamos precisando. Precisando de teses que não sejam feitas e vão para uma prateleira. Precisamos de teses que tragam resultados práticos para a nossa sociedade. Essa é a grande diferença de um País desenvolvido para um País em desenvolvimento. País desenvolvido faz teses, trabalhos, que têm efeito prático para a sociedade, e o em desenvolvimento, faz mas, vai para a prateleira. Então, eu estou vendo que teu estudo é um estudo bastante interessante, que merece ..., é um estudo macro, ou seja, vai comparar uma situação que não existia a um procedimento que na época, em 89, o Prefeito me fez a seguinte pergunta: você acha isso interessante? Eu falei: não sei. Então, agora eu vou ver sua tese e vou falar, olha ..., infelizmente não vou poder falar para ele, mas olha Prefeito, foi interessante. O estudo da Adriana concluiu que nós estávamos no caminho certo.

Entrevistadora: Muito obrigada doutor.

ANEXO 9

ENTREVISTA 3

JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA: a Gestora participou da gestão do Fundo Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra, por dois períodos consecutivos, além de ter sido a responsável pela reforma administrativa da Saúde do município, transformando o Departamento de Saúde do município em Secretaria Municipal de Saúde.

Gestora: Dr.^a Maria Rosa Logiodice Cardoso

Período: 1993-1996 (Interrompida a gestão de março a dezembro de 1996)

Prefeito: Hélio Rúbens Figueiredo

Período: 1997-2000

Prefeito: Lacir Ferreira Baldusco

ESTRUTURA PREVISTA DA ENTREVISTA

Questão 1 – Como era a Saúde em Itapeçerica da Serra no início de sua primeira gestão e quais as conquistas principais ocorridas nos dois períodos de sua gestão?

- A demanda da população;
- Equipamentos disponíveis; (Unidades, Aparelhos e Recursos Humanos)
- A organização do modelo assistencial;
- Recursos Financeiros
- Estrutura Administrativa;
- Participação da comunidade. O Controle Social

Questão 2 – O que faltava estruturar na área de Saúde do município de Itapeçerica da Serra?

Questão 3 – Quais as prioridades estabelecidas?

- Quais as estratégias adotadas para atender as prioridades?

Questão 4 – Em sua avaliação, quais as mudanças ocorridas no município após a municipalização da Saúde?

- De que forma a operacionalização descentralizada do Fundo Municipal de Saúde de Itapecerica da Serra, contribuiu para a implantação do SUS Municipal?

Transcrição das Falas da Entrevista com a Gestora Dr^a. Maria Rosa

Entrevistadora: Dr^a. Maria Rosa, a senhora permite fazer a gravação desta entrevista?

Gestora: Sim.

Entrevistadora: Doutora, a senhora foi Secretária de Saúde desse município por duas gestões consecutivas, certo? Então, se a senhora puder me contar como era a Saúde de Itapecerica da Serra no início da sua primeira gestão e quais as principais conquistas ocorridas nos dois períodos da sua gestão. Se a senhora puder lembrar da demanda da população, dos equipamentos disponíveis, das unidades, dos aparelhos, dos recursos humanos, da organização do modelo assistencial, dos recursos financeiros e de onde vinham, da estrutura administrativa e da participação da comunidade, o controle social.

Gestora: Eu vou falar como era a Secretaria de Saúde quando eu cheguei aqui. A sede era ali onde é o lava rápido. Ali era uma sede muito pequenininha. Tinham dois funcionários na sede, que era a Kika e a Heloísa, o encarregado de motoristas..., Então, assim era uma estrutura muito pequena da sede e as Unidades também eram bem desprovidas de pessoal e materiais, equipamentos e a própria estrutura física das Unidades era muito precária. Naquela época, tinha o Valo Velho, cujo prédio foi praticamente todo refeito. Então, a estrutura física, os equipamentos, o pessoal, era muito restrita e o modelo de assistência era muito pautado no Pronto Socorro mesmo. As Unidades tinham, na maior parte delas, atendentes de enfermagem, não tinham muitas auxiliares de enfermagem, eram duas ou três, no máximo quatro atendentes em cada Unidade. Os médicos atendiam ..., O pediatra por exemplo, ia na 2^a feira numa Unidade, na 3^a na outra, na 4^a na outra, então você não tinha uma equipe de Unidade, você tinha médicos que alternavam sua jornada em várias Unidades, então, um dia ia o pediatra, um dia ia o clínico, um dia ia o G. O. Enfermeira, tinha uma enfermeira responsável por todas as Unidades, uma ou duas, no máximo. A população se servia do Pronto Socorro e tinha uma baixíssima resolutividade. O Pronto Socorro do Jacira, apesar de já estar construído, não funcionava enquanto Pronto Socorro porque lá era uma área muito violenta e a alegação da antiga gestão, era que eles não tinham conseguido fixar profissionais

lá à noite, que era muito perigoso trabalhar à noite lá e a Maternidade, apesar de estar construída não funcionava. Então, foi assim que nós encontramos a rede. No primeiro momento, a gente fez um diagnóstico da situação encontrada, tanto dos equipamentos, das Unidades, do pessoal, como das condições de Saúde naquele momento e era uma situação de Saúde bastante grave. A mortalidade infantil, em 90, se eu não me engano, depois eu quero até conferir isso, era por volta de 50 por 1.000 nascidos vivos e a maior parte da população se servia do Pronto Socorro, mas, acabava procurando serviços fora do município. Então, os partos eram feitos fora, as coisas mais complexas eram fora, e na maior parte das vezes, as pessoas iam sozinhas, elas não utilizavam a rede para poder ..., não existia essa concepção de que a rede do município daria conta de resolver os problemas dela, elas procuravam outros serviços, São Paulo, o HC, ambulatórios de especialidades em São Paulo. Aí o diagnóstico, foi então de que a gente precisaria ... A municipalização já havia sido feita aqui em Itapeverica da Serra, já existia o recurso que era repassado pela Federação, pela prestação de serviços executados pelo município. Era essa a forma de pagamento, que era a NOB/91, já estava em vigor nessa época e foi municipalizado, eu não tenho certeza, mas, acho que foi em 90 ou 89, foi municipalizado. O Centro de Saúde do Estado, já estava sob gestão municipal e em 93, o diagnóstico que nós fizemos era que havia a necessidade de se constituir, enquanto sistema, uma Unidade em cada bairro periférico, as que já existiam, reformar, ampliar, prover de maior condições de resolutividade, estruturar equipes mínimas em cada Unidade, com enfermeiro, auxiliares de enfermagem, médicos fixos e chefias. A gente considerava que chefia em cada Unidade era muito importante. Aí, nós fizemos junto com a Organização Pan-americana de Saúde, conseguimos um recurso para fazer a territorialização do município. Foi um trabalho que teve vários passos. O primeiro, foi a territorialização e regionalização, que a gente trabalhou primeiro com a equipe, depois em cada área de abrangência das Unidades Básicas junto com o Conselho de Saúde e com a população que estava interessada nisso. Então, nós fizemos primeiro um reconhecimento do território, do tipo de habitação, do saneamento básico, in loco. Esse foi o trabalho de territorialização e identificando as barreiras de acesso, as dificuldades, as condições de vida e de Saúde daquela população e os recursos disponíveis naquele território, escolas, sociedade amigos, creches, todas as Instituições coletivas. Então, a gente tentou identificar, esse foi o primeiro passo. No segundo momento, a gente trabalhou uma estimativa rápida da população de cada área de abrangência da Unidade, tentando identificar os maiores problemas que a população ... A gente fez uma estimativa rápida com uma pesquisa rápida, com pessoas chaves indicadas pelas próprias lideranças da comunidade, quem era liderança, quem morava lá há mais tempo e tinha o objetivo, essa

estimativa rápida, de levantar o diagnóstico deles da região, um pouco da história da região e os problemas e propostas de solução. Então, nós fizemos isso em todas as Unidades. Um terceiro passo então, a partir do diagnóstico do território, da opinião daquelas pessoas chaves, sobre os problemas, aí, nós trabalhamos esses problemas. Fizemos um trabalho baseado no planejamento estratégico. Então, priorizamos os problemas, fizemos a rede explicativa dos problemas que a gente elegeu como os mais importantes e tentamos propor formas de intervenção. Nesse processo, paralelamente a esse processo, então, e quem participou desse processo foram os técnicos da Secretaria de Saúde, alguns da Secretaria de Obras, a gente convidou outras secretarias também, porque a gente sempre achou importante trabalhar integrado com outras secretarias do município. Então, a gente chamou a Secretaria de Educação, de Obras e tiveram representantes nesse processo de trabalho. A idéia desse trabalho ..., esse trabalho foi longo, eu acho que a gente demorou um ano para fazer isso, foi o primeiro ano de gestão, em 93 e a idéia era ter um instrumento e poder fazer um planejamento bem focado em problemas, que é a base do planejamento estratégico, tentando potencializar os poucos recursos que a gente tinha. Depois desse diagnóstico, desse trabalho que a gente fez, dessa proposta de intervenção, então, mãos à obra, só que o problema era que não tinha dinheiro, esse era o problema. Então, a gente tinha toda uma proposta e nessa época também, estava acontecendo aqui no município, a reforma administrativa municipal, foi também nesse primeiro ano, porque a estrutura administrativa era muito inflexível ...

Entrevistadora: Centralizada?

Gestora: Centralizada e inflexível. Aí, a reforma administrativa contemplou a gente também enquanto Secretaria Municipal de Saúde. Participamos desse processo de discussão da reforma administrativa, fizemos uma proposta para estrutura da Saúde, estrutura de organograma e estrutura de pessoal, de salários e ... contribuimos bastante nessa reforma administrativa. E a partir da reforma administrativa, então que possibilitou uma estrutura para a Saúde, quer dizer, teve uma diretoria para cada Unidade Básica, uma diretoria de divisão talvez, não me recordo, mas deu uma estrutura para as Unidades, permitindo contratação de pessoal com pró-labore, para chefiar as Unidades e a região, porque, quando a gente pensa em Unidade Básica, a gente pensa em responsabilidade pelo território. Isso não quer dizer que a população é obrigada a usar aquela Unidade, quer dizer que a Unidade é responsável pela população daquela região. Então, a nossa regionalização tinha esse caráter, não de cercear a livre escolha da população, mas de responsabilizar a Unidade pelo território e pela população

daquele território. Então, tinha esse enfoque que não era atrelar a população àquela Unidade, mas enfim, conforme a Unidade vai se qualificando, vai tendo resolutividade, a população fica muito aderente à ela, porque ela vai lá e resolve, e tem uma questão também, do descrédito da população em relação ao setor público, quanto a isso não funcionar. Então, era uma outra questão que a gente queria trabalhar. Então, enfim o que nós queríamos fazer aqui em Itapecerica da Serra? Implantar o SUS conforme foi concebido e discutido em todo o processo de redemocratização do País, que era garantir à população, um serviço próximo da casa dela, com qualidade, com resolutividade, que, senão tivesse condição de resolver, se responsabilizasse por encaminhar e garantir a resolução num espaço mais complexo e a questão da equidade, estar identificando bolsões de pobreza e de necessidades maiores e investindo diferencialmente nesses espaços, então, essa questão da equidade, para a gente era uma coisa importante, a gente até tentou fazer nessa época, o mapeamento das áreas de risco para poder ter uma vigilância mais acirrada, mais próxima desses espaços. A gente tinha como meta fundamental, a questão da redução da mortalidade infantil nesse momento. Era esse o nosso objetivo fundamental, reduzir a mortalidade infantil. Para isso, a gente tinha que estruturar as Unidades e garantir que ela tivesse condições para fazer pré-natal, tratar do recém-nascido, da puérpera. Na época, basicamente a gente queria isso, reduzir a mortalidade infantil, para isso, tinha que estruturar a rede. A reforma administrativa, permitiu que a gente contratasse auxiliares de enfermagem, que não estava previsto, na antiga lei. Você não podia nem contratar essa categoria, nem existia, e depois da reforma então, a gente conseguiu contratar gente e de uma forma muito lenta, mas muito persistente, a gente foi estruturando as Unidades.

Entrevistadora: Doutora, faltou a participação da comunidade. Como era nessa época, existia algum tipo de reivindicação, eles vinham cobrar alguma coisa?

Gestora: Eles vinham cobrar sim.

Entrevistadora: Existia o Conselho, como era?

Gestora: Existia o Conselho Municipal de Saúde, ele foi criado, talvez em 89, 90, na época da municipalização, por ocasião da Constituição, era a Lei Orgânica Municipal. Cada município, depois da Constituição, teve que refazer a sua Lei Orgânica Municipal e nessa época, foi criado o Fundo e o Conselho em Itapecerica da Serra, à partir da Constituição. A

população de Itapecerica, tinha um grupo de lutas pela Saúde, do tipo, fez parte da luta pró-hospitais, que era uma luta regional, então, aqui tinha um pessoal do Parque Paraíso, do Jacira, o próprio Jardim Jacira, a Unidade que hoje é Pronto Socorro e Unidade Básica, uma Unidade mista, foi resultado da luta da população do Jacira, então, tinha muita organização e reivindicação. Essa época, era a época que estava ocorrendo o fim da ditadura, o início da redemocratização do País. Então, esse processo de discussão, ele se dava em vários planos e na Saúde, a Saúde era uma área muito rica em discussão, em análise de situação e reivindicação, tinha todo uma..., tinha o partido sanitário que era um grupo de técnicos, políticos que lutavam pela questão da Saúde no Brasil e foi a partir dessa reflexão, dessa discussão, é que surgiu, teve o conteúdo constitucional, porque a Constituição, ela realmente foi um marco importante na área da Saúde. O próprio conceito de Saúde, na Constituição, ele é totalmente outro. Antes da Constituição e depois da Constituição, Saúde é uma coisa totalmente diferente. A Constituição coloca a Saúde como um direito de cidadania, como uma questão de relevância pública e por trás dessa Constituição, há três sentidos fundamentais que são: a equidade, a universalidade e a integralidade e propõe formas de como é que se alcança essa Saúde enquanto direito de cidadão, nesses três princípios, como é que ela deve se organizar. Então, a cartilha já estava totalmente pronta. O desafio era viabilizar, e viabilizar num campo muito hostil à essa idéia, muito desprovido dessa concepção. A questão da gratuidade, que era direito de cidadão, que todos os cidadãos teriam que ter o mesmo acesso à tecnologia disponível, então, a população brigava por isso. Em Itapecerica, já tinha o seu Conselho criado a partir da Lei Orgânica Municipal.

Entrevistadora: Perfeito, está respondido. Então, o que faltava estruturar na área de Saúde no município de Itapecerica da Serra nessa época?

Gestora: Tudo. Faltava estruturar tudo porque uma coisa é estar no papel, então, uma coisa é dizer o Fundo Municipal de Saúde funciona, tinha uma funcionária. Uma coisa é dizer, a rede é hierarquizada, regionalizada, com resolutividade e você não tem rede, e você não tem pessoal. Então, era construir. Era como se a planta arquitetônica estivesse pronta e você precisasse mobilizar recursos materiais, humanos, ideológicos e construir a casa, entendeu? Então, eu acho que o que nós fizemos nessas duas gestões, foi construir a casa entendeu? Porque a planta estava prontinha, porque tinha legislação, por exemplo, a reforma administrativa foi importante. Era um instrumento importante que viabilizava uma possibilidade de estrutura organizacional e de pessoal. Isso permitiu então, abrir concurso,

alocar pessoal nas Unidades. Num primeiro momento, a gente trabalhava com quantidade, precisa fazer, as Unidades, tinha Unidade que não tinha banheiro, usava o banheiro da creche, então, uma situação bastante precária. Então, precisava investimento e não tinha dinheiro para investimento. Então, aí as brigas também com o Ministério da Saúde, no sentido de ... existia a NOB/91, eu não estava no município nessa época, quando eu entrei, foi na NOB/93, que era uma Norma Operacional que organizava a forma de pagamentos dos serviços executados no município e já apresentava algumas formas de gestão, a gestão insipiente, a gestão parcial, gestão semiplena do sistema e só em 96, com a NOB/96, é que houve o que já estava previsto na Constituição, que era o repasse automático de recursos per capita. Isso só foi ocorrer, já estava previsto na Constituição e na Lei 8.080, mas, só foi se constituir e se operacionalizar, a partir da NOB/96, que aí começa a repassar para todos os municípios do Brasil inteiro, um dinheiro per capita, e aí, esse dinheiro realmente para nós, foi importante, modificou o nosso montante de recursos e logo mais, nós também nos pleiteamos enquanto município, na Plena do Sistema e a partir dessa condição, de município Plena, com a NOB/96, que repassava um recurso per capita, a gente conseguiu ter uma estrutura econômica compatível com os nossos gastos.

Entrevistadora: Perfeito, nessa construção, quais as prioridades estabelecidas e as estratégias levantadas para atender as prioridades?

Gestora: Então, a gente tinha como prioridade, na primeira gestão, era organizar a rede, basicamente foi isso que a gente fez. Investiu em pessoal, criou os Conselhos de Unidade Básica de Saúde, por meio de Decreto, não foi Lei, que era um processo de discussão que ocorria junto à população, então, além do Conselho Municipal, foram criados os Conselhos de Unidade Básica que permitia que a população daquela região pudesse também estar trabalhando as questões de Saúde daquele bairro, daquele núcleo populacional. Isso permitiu você ampliar muito a possibilidade de participação. Hoje, nós temos mais de cem conselheiros, se somar todo mundo, são oito Unidades Básicas, dá uma média de doze em cada uma, você tem cento e poucos, cento e trinta, cento e cinquenta conselheiros.

Entrevistadora: A qualidade dessa participação, como é?

Gestora: Então, a qualidade da participação, ela é de acordo com a qualidade do desenvolvimento da sociedade. Então, a nossa sociedade, sai de um processo de ditadura

longo, 20 anos, sem nenhuma participação, e a participação, ela não pode ser uma coisa descolada da realidade nacional. Então, ela é justo como é a nossa realidade nacional, é uma coisa bastante ainda distorcida, com um caráter bastante clientelista. Num primeiro momento, com dificuldade de ter esse papel de representatividade, normalmente as pessoas que despontam com uma liderança, elas acabam representando a si mesmas. Então, são os problemas que ocorrem em todo bairro. A pessoa acha que a partir do momento que ela é liderança, que ela é conselheira, ela vai ter algum privilégio, que ela vai se projetar na sociedade, na região que ela mora, que ela não precisa ouvir, trabalhar a questão organizacional para ela poder discutir as coisas. Aí, o que acontece? Isso não quer dizer que não se deva estimular e incentivar a participação, porque uma coisa só fica boa depois que ela amadurece. Você só anda depois que você gatinha e cai mil vezes, aí você anda direito, você não sai andando. A sociedade também não sai tendo uma participação solidária, fraterna, representativa, da noite para o dia.

Entrevistadora: Teve que ensinar os conselheiros a participar?

Gestora: Não é ensinar. Eu não acho que isso seja ensinar. Eu acho que é o seguinte, é promover condições de discussão e reflexão do seu cotidiano. Na hora que você senta todo mundo e acontecem fatos e esses fatos são discutidos e as pessoas refletem sobre isso, em que ..., eu acho que está certo, é isso mesmo, tinha que deixar entrar primeiro o outro ..., mas, outro diz, e se a minha tia estivesse lá? Então, promover, não é ensinar, é propiciar um espaço de reflexão e discussão. Eu não acho que é ensinar porque a gente também não sabe. Nós também somos fruto da ditadura e muito autoritários, muito autoritários. Eu não acho que é ensinar, eu acho que é aprender, é se dispor a aprender juntos e promover condições de discussão, de crescimento nosso e da população juntos, porque a gente é a população também, a gente também é elitista e todas essas distorções de uma sociedade, muito pouco igualitária, muito discriminatória, a gente acaba reproduzindo no nosso cotidiano essa prática e reforçando essa prática.

Entrevistadora: Está ótimo doutora. Na sua avaliação, a senhora participou aí do processo de municipalização do País como um todo, da Saúde, quais as mudanças ocorridas no município de Itapeverica após a municipalização da Saúde?

Gestora: Então, as mudanças foram muito grandes porque, foi a possibilidade de todo esse processo de construção do sistema de Saúde municipal. A municipalização também faz parte da estruturação do SUS, no que diz respeito à descentralização e gestão única em cada esfera de governo. Com a Constituição, o País é uma Unidade Federada, não havendo hierarquia de mando entre, a não ser a questão legal, mas, gestão, nível de hierarquia entre Estado, município e Federação. Você enquanto País federado, a partir da Constituição, em relação à gestão, do território municipal, você tem uma autonomia, assim como, o estadual, assim como o federal, você tem uma hierarquia legal, por conta de uma lei que contrapõe uma lei federal ou uma estadual, mas, gestão, tem uma independência, que ela não foi possível porque não houve a reforma tributária e acabou tendo uma subordinação econômica, mas, legalmente, não haveria que o município se submeter ao Estado nem o Estado se submeter à Federação enquanto gestão. A Constituição já colocava isso, descentralização, quer dizer, o serviço tem que estar o quanto mais próximo da população, e a gestão dos serviços tem que ser municipal. Isso era a municipalização. Então, se você tinha uma Unidade, por exemplo, aqui em Itapecerica nós tínhamos o Centro de Saúde, que era estadual. Ele foi cedido à gestão municipal, como todos os seus equipamentos, seu pessoal e a gestão é municipal. Então, eu acho que a municipalização, foi uma estratégia de governo para viabilizar a descentralização e a gestão única em cada esfera de governo. Ainda está em processo, porque se você quiser saber, nesses anos todos, desde 88 até agora, são quinze anos, o Estado não municipalizou totalmente a cidade de São Paulo. Ele não delegou a gestão ao município de São Paulo e já se passaram mais de quinze anos. Então, esse processo ele é longo e às vezes, as pessoas dizem: Ah! Essa história de SUS não funciona. Eu não acredito mais nisso. Elas não entendem que você está construindo um templo, você não está construindo um barraco e é uma mudança muito grande de concepção, que tem que vir acompanhada de uma mudança nas outras áreas também. Então, curiosamente nessa época, em que, a gente saiu da ditadura e teve uma Constituição cidadã, em que a Saúde, ela de alguma forma, ela ficou sob a responsabilidade fundamental do Estado, mesmo tendo a iniciativa privada como complementar, a responsabilidade da Saúde da população é do Estado. Você tinha no mundo inteiro, uma questão ideológica do neoliberalismo, que questionava a gestão pública. Foi aí que começou essa política de privatização de coisas, anteriormente de gestão fundamentalmente estatal. Começou a se privatizar e justo nesse momento, você tinha então a Constituição, a Saúde enquanto responsabilidade do Estado, e você tinha todo esse ideário, essa política internacional de privatização. Então, era uma contracorrente. Não era hegemônica essa idéia, ela nunca foi hegemônica, ela conseguiu se fazer enquanto lei, mas, realmente a reação a essa

proposta ela é muito forte. Os lobbies contra essa idéia são muito fortes. É muito difícil viabilizar essa proposta.

Entrevistadora: Perfeito, doutora. A senhora comentou a descentralização. De que forma, a senhora considera que a operacionalização descentralizada do Fundo Municipal de Saúde de Itapeçerica da Serra contribuiu para a implantação do SUS Municipal? Foi criado o Fundo de uma forma diferenciada dos outros municípios. Como a senhora acha que isso contribuiu para a implantação do SUS Municipal?

Gestora: Olha, ele foi criado de forma descentralizada pela gestão anterior à minha. Quando eu cheguei aqui, ela já estava atrelada à Secretaria Municipal de Saúde, que na época não era Secretaria Municipal de Saúde, era Departamento de Saúde. Aí, com a reforma administrativa a gente reiterou, reforçou essa descentralização em uma estrutura de Secretaria Municipal. Com a reforma administrativa, estruturou formas de viabilizar o setor de finanças, compras, que não existia. O fundo existia, mas não tinha estrutura. A reforma administrativa da prefeitura como um todo, a gente aproveitou e contemplou uma estrutura administrativa na Secretaria Municipal de Saúde e uma estrutura técnica. Na estrutura administrativa, a gente previu compras e outros setores, contemplou uma estrutura administrativa que possibilitou uma potencialização desses recursos muito grande. Então, eu acho que a existência do fundo na Secretaria Municipal é um diferencial de qualidade. É como se fosse o pulo do gato. É o pulo do gato em relação às outras secretarias, porque a maior parte delas, o Fundo está atrelado à prefeitura e apesar de, sem questionar se o dinheiro é gasto em Saúde ou não, mesmo sendo gasto em Saúde, o gasto, ele fica mais longe de quem consome o material. Então, de alguma forma, o dinheiro não é potencializado como nós pudemos fazer aqui na Secretaria de Saúde, à medida que a comissão de compras eram os técnicos que precisavam do material e faziam a discriminação maravilhosa de cada item, participavam das licitações, agilizavam a licitação, porque na própria prática, o cronograma de necessidades, ter que chegar esse material e as pessoas dizem que o serviço não funciona. A experiência que eu tive, eu acho muito importante estar colocando, é que, se você tiver como objetivo realmente fazer Saúde, você não está no cargo para ser deputado, para se eleger vereador, se realmente você entra numa Secretaria Municipal de Saúde, com uma equipe qualificada, com clareza que envolve SUS, realmente com a tarefa de fazer serviços de Saúde, você na administração direta, consegue ser tão ou mais eficiente que qualquer setor privado. Então, eu não acho que o setor público não funciona porque é público. Eu acho que ele não funciona porque os

gerentes não gerenciam, não fazem cumprir a missão daquela organização, daquela instituição. Eu acho que o interesse revelado é muito diferente do interesse velado. Então, eu acho que a hora que você ..., o setor público, nós entramos aqui, a estrutura administrativa não permitia nenhuma flexibilidade, contratação de pessoal, os cargos estavam todos ocupados pelo pessoal antigo, não tinha cargo para nomear ninguém, você não podia pôr nada no lugar, o que você tem que fazer? A hora que você é governo, você tem que fazer a reforma administrativa porque você foi eleito para governar a coisa pública. É você que tem essa autoridade e a população delegou a você. Não adianta explicar que a máquina é emperrada, desemperra. Não adianta dizer que a estrutura é ... Você enquanto gestor, a tua tarefa é essa, identificar o que está emperrado e desemperrar. Tem que passar na Câmara? Tem que passar na Câmara. Tem que fazer trabalho de cão? Tem que fazer trabalho de cão. Tem que articular? Tem que articular. Tem que arregaçar a manga? Tem que arregaçar a manga. Então, eu acho que essa é que é a questão. Agora, a hora que você entra na coisa pública e explica porque você não faz, aí fica complicado. Ou, então, quer rifar a coisa pública? É a mesma coisa que eu entrar na fábrica do meu pai, achar muito difícil, muito ruim, muito complicado, o prédio é ruim, as finanças estão negativas, os funcionários roubam, não fazem as coisas, aí eu rifo a fábrica do meu pai? É assim que eu faço? É assim que as pessoas acham que é. Quer dizer, aí realmente não tem condição.

Entrevistadora: Perfeito, doutora. A senhora tem alguma consideração final a fazer a respeito da nossa entrevista?

Gestora: Então, eu quero outra vez reafirmar essa coisa de que a estrutura pública da administração direta não é empecilho para você comprar mais barato, comprar com qualidade, garantir que o material chegue na hora certa, fazer concurso em tempo. Ah sim, tem uma coisa importante que ocorreu em Itapeverica da Serra, diferente de outros municípios, que também é um fator emperrador. Na reforma administrativa, a forma de vínculo empregatício, se optou pela CLT, o que permitiu que, apesar de as pessoas que trabalham na prefeitura serem concursadas, elas têm vínculo CLT, o que permite que ela tenha três meses de experiência, que ela possa ser demitida ou possa se demitir, que ela tenha a possibilidade de ser avaliada constantemente e sofrer medidas gerenciais sobre ela, coisa que no serviço público, com estabilidade no emprego, isso é mais difícil. Mas o que ocorreu aqui foi que foi mudada a lei no sentido de permitir essa forma de vínculo. Então, pessoal, ah pessoal... funcionário público é encostado, não trabalha. Não trabalha porque o chefe deixa ele não

trabalhar, porque, se o chefe considerar que ele deveria trabalhar, ele trabalharia e aqui, ele é demitido. Outra coisa, ah, não dá para ter agilidade de concurso. Dá para ter agilidade de concurso. A gente fazia, na época em que eu estava aqui, quatro, cinco concursos, de todas as categorias por ano, para prover os serviços sempre de pessoal. Nunca houve uma interrupção, raras vezes a gente precisou fazer concurso em caráter de emergência, isso mais no começo. Depois não, é só programar que a cada três meses você vai fazer um concurso e você faz um concurso a cada três meses. A mesma coisa com as compras, se você sabe que a licitação demora três meses, quatro meses, você tem que fazer seis meses antecedentes e abordar a situação de a gente ter o dinheiro e saber quanto era esse dinheiro, quanto dinheiro que a gente tinha e que era muito pouco, fazia com que a gente pudesse fazer cotas de gastos. Então, a gente sabia que iam ter os gastos fixos com aluguéis, gasolina, então, fazia cotas, e até sobrava dinheiro para investimento. Então, as reformas das unidades, a gente fazia com esse mesmo dinheiro que era o dinheiro da nossa produção. E teve realmente a paciência dos prefeitos, tanto o Hélio Rúbens como o Lacir, de disponibilizar, enquanto participação municipal, porque equivale a 70% do gasto em Saúde o pagamento do pessoal. Então todo o pessoal é de responsabilidade do município, que consome basicamente 20 e poucos por cento do orçamento municipal e equivale a 70% dos gastos em Saúde e 30% que era o recebido pela nossa gestão plena, era utilizado para todo o suprimento de materiais, permanente e de consumo e investimentos em pequenas obras e equipamentos. Os equipamentos a gente comprava com esse dinheiro. Então, eu acho que realmente foi uma condição muito favorável. Eu me sinto assim bastante realizada enquanto gestora desse município por duas gestões. Eu sinto que realmente a minha tarefa foi cumprida. Eu me sinto muito tranqüila, deixando uma condição de uma estrutura física, com referência, contra-referência, ambulatorial, hospitalar, municipal e estadual. Então, assim, uma estrutura de sistema. É claro que precisa ser cada dia aperfeiçoado, mas o esboço de sistema, ele funciona e a questão dos indicadores de Saúde realmente mostram isso, a participação da população, hoje ela tem uma qualidade totalmente diferente do que tinha no início, então, eu acho que a gente, essa estrutura e essa condição e esse esforço, realmente ele teve um produto que eu considero bastante gratificante e satisfatório, tanto para quem trabalhou como para a população.

Entrevistadora: Perfeito, doutora. Eu queria agradecer demais a sua contribuição para o meu trabalho, sua entrevista está muito rica, tudo o que a senhora pode informar é muito rico e vai ser aproveitado. Antes de entregar, eu vou estar passando para sua leitura, para ver se eu não distorci nada das suas idéias e, no fim, te convidar para assistir à minha defesa. Muito obrigada.