

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

José Eri Osório de Medeiros

**A POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE:
ESTUDO DE CASO EM SANTA ROSA – RS, BRASIL, 1993-2003**

São Leopoldo

2006

José Eri Osório de Medeiros

**A POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE:
ESTUDO DE CASO EM SANTA ROSA – RS, BRASIL, 1993-2003**

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Saúde Coletiva**.

Orientadora: Profa. Dra. Janice Dornelles de Castro

**São Leopoldo
2006**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

M488p Medeiros, José Eri Osório de
A política de descentralização da saúde: estudo de casa em Santa Rosa
- RS, Brasil, 1993 - 2003. / por José Eri Osório de Medeiros – 2006.
121 f.: il. ; 30cm.

Com: Relatório e artigo com o mesmo título.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

“Orientação: Profa. Dra. Janice Dornelles de Castro, Co-
orientação: Prof. Dr. Juvenal Soares Dias da Costa, Ciências da Saúde”.

1. Saúde pública – Descentralização – Santa Rosa, RS. I. Título.

CDU 614 (816.5-21)

Catálogo na Publicação:
Bibliotecário Eliete Mari Doncato Brasil - CRB 10/1184

AGRADECIMENTOS

- À professora **Janice Dornelles de Castro**, pela compreensão, participação e paciência durante o desenvolvimento do trabalho, tendo um papel de destaque em todo este processo;
- Ao professor e colega de militância **Juvenal Dias da Costa**, pela parceria na transformação do setor saúde, e pela força para a realização deste mestrado;
- Aos meus familiares **Jane Ramos Pereira, Caroline D'Andréa de Medeiros, Vinicius D'Andréa de Medeiros, Martine D'Andrea de Medeiros, Felipe Ramos Pereira Bruel**, pelo apoio emocional de todos vocês em todo este período;
- Ao amigo **Cristian Fabiano Guimarães**, pelo apoio e sintonia durante o mestrado e a produção da dissertação;
- Ao colega militante **Jorge Luiz Callai Dellaflora**, pela presteza e atenção durante a busca de material para esta pesquisa, bem como pelas discussões e trocas de experiência na construção da idéia do trabalho;
- Ao amigo **Francisco Isaías**, pelo acompanhamento das discussões em relação ao trabalho de mestrado;
- Á professora **Maria Teresa Anselmo Olinto**, atenta e solidária às dificuldades desta caminhada;
- Aos **demais professores, colegas e amigos** do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da UNISINOS, tendo em vista que a convivência multidisciplinar foi um acréscimo do ponto de vista qualitativo no meu desempenho profissional e humano.

A todos vocês, meus sinceros agradecimentos por esta oportunidade.

José Eri Osório de Medeiros

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	11
PROJETO DE PESQUISA.....	14
INTRODUÇÃO.....	15
REVISÃO DA LITERATURA.....	20
A gênese do modelo hegemônico: a medicina científica.....	20
A estrutura da medicina científica.....	21
A crise da medicina científica.....	23
Proposta alternativas de modelos de atenção à saúde.....	24
Medicina comunitária.....	24
Os sistemas locais de saúde (SILOS).....	26
As cidades saudáveis.....	27
Propostas alternativas no Brasil.....	28
Antecedentes históricos da saúde no mundo e no Brasil.....	30
Os modelos de assistência no Brasil.....	44
O modelo de saúde pública.....	44
O modelo de assistência médico-previdenciário.....	45
A medicina comunitária.....	45
A construção do SUS em Santa Rosa, RS.....	47
A evolução do modelo de gestão em Santa Rosa,RS.....	48
O Consórcio Distrital de Saúde.....	50
A distritalização do sistema de saúde me Santa Rosa,RS.....	51
Conselho Municipal de Saúde.....	53
METODO.....	54
Tipo de Estudo.....	54
Local de estudo.....	56
Coleta de dados.....	56
Análise dos dados.....	58
REFERÊNCIAS.....	59
CRONOGRAMA.....	64
ORÇAMENTO.....	65
ANEXOS.....	66
Anexo A – Lei do Conselho Municipal de Saúde.....	67
Anexo B – Composição paritária do Conselho Municipal de Saúde.....	72
Anexo C – Fundação Municipal de Saúde.....	76
Anexo D – Lei da Fundação Municipal de Saúde.....	79
Anexo E – Fundo Municipal de Saúde.....	82

Anexo F – Competências do Conselho Municipal de Saúde de Santa Rosa,RS.....	91
RELATÓRIO DE PESQUISA.....	93
Relatório.....	94
ARTIGO.....	98
A política de descentralização da Saúde: estudo de caso em Santa Rosa,RS, Brasil, 1993-2003.....	99
Resumo/Abstract.....	100
Introdução.....	101
Metodologia.....	103
O processo de construção do sistema de saúde em Santa Rosa.....	106
(a) a gestão e estruturação dos recursos.....	107
(b) mudança do modelo de atenção.....	111
(c) a participação da comunidade.....	114
Considerações Finais.....	119
Gráficos	122
Gráfico 1 – Evolução das internações hospitalares em Santa Rosa,RS, Brasil, 1993-2004.....	123
Gráfico 2 – Produção ambulatorial básica-não básica-total em Santa Rosa,RS,Brasil1994 2004	124
Gráfico 3 – Percentual de consultas pré-natal em Santa Rosa ,RS, Brasil, 1999-2002.....	125
Referências.....	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

CEME – CENTRAL DE MEDICAMENTOS

CES – CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

CF – CONSTITUIÇÃO FEDERAL

CIB – COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

CIMS – COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL MUNICIPAL DE SAÚDE

CMS – CONSELHO MUNICIPAL SAÚDE

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

CIS – COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE

CIT – COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE

CODIS - CONSÓRCIO DISTRITAL DE SAÚDE

CMS – CONSELHO MUNICIPAL SAÚDE

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

CONASP – COMISSÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PREVIDÊNCIA

FAE - FRAÇÃO ASSISTENCIAL ESPECIALIZADA

FEM – FATOR DE ESTÍMULO À MUNICIPALIZAÇÃO

FPE - FUNDO DE PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS

FPM - FUNDO DE PARTICIPAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

FSESP - FUNDAÇÃO SERVIÇOS ESPECIAIS DE SAÚDE PÚBLICA

FUMSSAR - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA

FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

FUNDAÇÃO SESP – FUNDAÇÃO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA

FUNDEF - FUNDO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO FUNDAMENTAL

IAPS - INSTITUTOS DE APOSENTADORIAS E PENSÕES

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

INAMPS – INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

INPS – INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSS – INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL

LDBE – LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO

LDO – LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

LO - LEI ORÇAMENTÁRIA

LOS – LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

MDB – MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO

MPAS – MINISTÉRIO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOAS – NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

NOB – NORMA OPERACIONAL BÁSICA

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE

PAB – PISO DA ATENÇÃO BÁSICA

PACS – PROGRAMA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

PAIS – PROGRAMA DE AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

PMS - PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

PPI – PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA

PREV-SAÚDE – PROGRAMA NACIONAL DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

PRÓ-SAÚDE – PROGRAMA NACIONAL DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

SES – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

SMS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SMSC – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

SUCAM – SUPERINTENDÊNCIA DE CAMPANHAS

SUDS – SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

USP – UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO

PROJETO DE PESQUISA

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 dispõe que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado e configura o conceito de Seguridade Social, pressupondo a integração dos setores de saúde, previdência e assistência social. Neste caso, compete ao poder público assegurar à população a universalidade, equidade, caráter democrático e a descentralização da gestão administrativa com participação popular (CF, 1988). A partir daqui a saúde pública no Brasil passou a ser pensada como um direito.

Para assegurar este direito foi necessário que ocorressem muitas transformações no âmbito das competências e da estruturação do Estado. A principal conquista foi à ampliação do acesso da população aos serviços de saúde garantidos os princípios de universalidade, equidade e integralidade das ações, para todos os cidadãos, em território nacional.

Entende-se por universalidade a garantia de acesso gratuitos aos serviços de saúde para todos os cidadãos. Por integralidade, a atenção à saúde em todos os aspectos, através da promoção, da prevenção e da atenção. A equidade, por fim, é o princípio que garante o direito ao acesso aos cuidados de saúde de acordo com a necessidade de cada um.

Apesar destes princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) terem sido estabelecidos através de lei, ainda é necessário lutar para que sejam respeitados, principalmente, garantindo à população o acesso aos serviços de saúde com qualidade, contribuindo para manter uma melhor qualidade de vida e de saúde da população.

A proposta do SUS procura valorizar a saúde, ao contrário do modelo que existia anteriormente, centrado na doença, que privilegiava uma medicina de alto custo. No entanto, ainda existem resistências ao SUS, por parte dos profissionais de saúde e da própria comunidade que ainda não compreendem que ele é baseado nos valores de solidariedade e cidadania.

Algumas das principais dificuldades que o SUS enfrenta para ser implementado conforme os princípios estabelecidos na C.F são: a descentralização, a reorganização da atenção à saúde, o financiamento, a garantia da equidade, a regulação e a reorientação da política de recursos humanos do SUS.

Para operacionalizar a implementação do SUS, foram criadas as Normas Operacionais Básicas. A NOB 01/93 reafirmou o texto constitucional, principalmente no item da Seguridade Social. Como proposta, a NOB 1/93 coloca a necessidade de implantar o controle social via os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e garantir o repasse automático dos recursos financeiros para os municípios; implementando assim a Lei Orgânica da Saúde (LOS). Outro ponto abordado foi a descentralização, as discussões avançaram em relação ao financiamento do sistema, especialmente diante da necessidade de definição e ampliação de receitas para o SUS, consolidando o papel estabelecido para o Fundo Nacional de Saúde. Foram eliminadas as transferências via convênios e a forma de “ compra e venda de serviços” entre a União, os Estados e os Municípios, estabelecidas pela Norma Operacional Básica 01/91, que colocava os Municípios como Prestadores de serviços, ou seja, o repasse dos recursos financeiros eram calculados pela produção dos serviços executados pelos Estados e Municípios. E foi proposta a transferência de recursos automática “fundo a fundo”, ou seja, do fundo nacional de saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde.

A NOB 01/93, foi um importante instrumento no processo da descentralização e municipalização da saúde, tendo sido aprovada pela Portaria nº 545/93 do Ministério da Saúde

que regulamenta a descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Com o avanço do processo de descentralização, em 1995 iniciaram-se negociações para redefinição de papéis das esferas sub nacionais e mudanças nos mecanismos de repasses de recursos. Esse processo resultou na edição da Norma Operacional SUS 01/96 (NOB SUS 96), que criou as condições de gestão para estados (Gestão Plena do Sistema Estadual e Gestão Avançada do Sistema Estadual) e para os municípios (Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde), instituiu a Programação Pactuada e Integrada – PPI, como instrumento para articular a ação intergovernamental e reorganizar a gestão do sistema; determinou mudanças nos mecanismos de repasse de recursos, criando o Piso de Atenção Básica – PAB e incentivos a ações e programas. Para a NOAS 2001, existem duas formas de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal.

No Rio Grande do Sul, existem 496 municípios, destes somente 13, aderiram a Gestão Plena do Sistema Municipal que lhes confere a competência de planejar, organizar, controlar, avaliar, gerir e executar os serviços públicos de saúde. Parece haver grande resistência por parte dos municípios de aderirem a esta forma de gestão do sistema de saúde. Neste trabalho estamos propondo avaliar o processo de descentralização do SUS através de um estudo do modelo de atenção implantado em Santa Rosa no RS. Este município foi um dos pioneiros no Brasil e no RS na gestão descentralizada do sistema.

Neste processo de descentralização do sistema de saúde do município de Santa Rosa, houve inúmeras mudanças no modelo de atenção à saúde que acreditamos tiveram conseqüências positivas na qualidade de saúde da população. Para confirmar ou não esta hipótese, propõe-se a pesquisa, onde será realizada uma avaliação da efetividade e da eficiência do modelo de saúde implantado no município. Este tipo de estudo é importante para

os gestores e para os usuários do SUS que poderão aprender através das experiências bem sucedidas, ou mesmo, pelos erros cometidos. Nesta medida, também a disseminação destes conhecimentos, através da realização de estudos e pesquisas e de sua divulgação é fundamental e pode ser um fator de qualificação da atenção a saúde no país. Além disso, podem servir para subsidiar a elaboração de novas regras, leis ou normas regulatórias para o SUS.

Por fim, também foi decisivo para a escolha deste tema a experiência profissional na área desde 1985 e a existência, no Mestrado em Saúde Coletiva da UNISINOS, da linha de pesquisa de Avaliação de políticas, programas e ações em saúde onde este trabalho poderia ser desenvolvido.

O objetivo geral do estudo é avaliar o modelo de atenção à saúde no município de Santa Rosa - Rio Grande do Sul e as conseqüências nas condições de saúde da população no período de 1993 – 2003. Como objetivos específicos estamos propondo: (a) descrever o processo de descentralização; (b) identificar as transformações ocorridas no modelo da atenção a saúde; (c) avaliar o modelo de atenção à saúde através de alguns indicadores de oferta, do financiamento e da situação de saúde que serão selecionados.

Como indicadores de oferta serão utilizados: (a) o número de internações hospitalares SUS/100 habitantes; (b) consultas médicas SUS/habitantes; (c) cobertura vacinal DPT (3ª dose); (d) cobertura vacinal poliomielite (3ª dose). Enquanto indicador de financiamento será usado o gasto médio SUS por: (a) atendimento ambulatorial; (b) internação hospitalar; (c) internação de alta complexidade e (d) o valor global transferido para o município, (e) gastos de saúde anual da verba estadual. E como indicador da situação de saúde no município, utilizaremos: (a) esperança de vida ao nascer para ambos os sexos, (b) mortalidade infantil; (c) mortalidade materna; (d) mortalidade proporcional (60 anos e mais) e (e) mortalidade por homicídios.

As fontes utilizadas para a realização deste trabalho serão secundárias, oriundas da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa, da Secretaria Estadual de Saúde, do Ministério da Saúde, além de livros, artigos, leis, decretos, resoluções, entre outros.

REVISÃO DA LITERATURA

A gênese do modelo hegemônico: a medicina científica

O modelo hegemônico de prestação de serviços em saúde, no mundo ocidental, tem sua gênese nos séculos XVIII e XIX, com as contribuições de Pasteur, Koch e outros no campo da biologia e da microbiologia. A descoberta de microorganismos e sua associação a doenças vieram contrapor-se à teoria miasmática e à corrente da determinação social das doenças, liderada por Virchow e Neuman, na Alemanha, no início do século XIX.

Os laboratórios passaram, então, a ter um caráter estratégico no conhecimento da etiologia das doenças e nas propostas de intervenção. E os hospitais, até o século XVIII considerados morredouros, tornaram-se locais de trabalho da chamada medicina científica.

Em finais do século XIX e início do XX, os avanços na Medicina Científica proporcionaram o aumento da indústria de equipamentos médicos, de medicamentos e do ensino e da pesquisa médicas.

O marco da Medicina Científica o Relatório Flexner, de 1910. Abraham Flexner, da Universidade John Hopkins, foi convidado pela Fundação Carnegie dos Estados Unidos da América a proceder a uma avaliação de Educação Médica em seu país e no Canadá. Esse relatório, que teve como impacto o fechamento de 124 das 155 escolas médicas americanas, propunha, em síntese (Mendes, 1980):

- definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos;

- introdução do ensino laboratorial;
- estímulo a docência em tempo integral;
- expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais;
- vinculação das escolas médicas a Universidades;
- ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico;
- vinculação da pesquisa ao ensino;
- estímulo a especialização médica;
- controle do exercício profissional pela profissão organizada

A realização das recomendações desse relatório foi articulada pela Associação Médica Americana e pela indústria, por meio de fundações de amparo à pesquisa. (FOX, 1980 e BROWN,1980).

A estrutura da medicina científica

A concepção da Medicina Científica determinou uma mudança na prática médica; um conjunto de elementos estruturais complementares, sinérgicos entre si, passam a redirecionar essa prática, como ressaltam Mendes (1980), Polanco (1985) e Novaes (1990). Os elementos estruturais são – o mecanismo – o corpo é visto como uma máquina: - o biologismo – originado nos avanços da microbiologia; individualismo – a medicina científica elegeu o indivíduo como seu objeto, alienando-o de sua vida e dos aspectos sociais; - especialização – o mecanicismo induziu o aprofundamento do conhecimento científico na direção de partes específicas; -exclusão das práticas alternativas - construindo-se um mito da eficácia, cientificamente comprovada; o advento da concepção flexneriana, na medicina, estruturou uma nova forma de mediação entre o homem e as doenças, a tecnificação do ato médico; ênfase na medicina curativa, concentração de recursos.

Na década de 70 o modelo de Medicina Científica entrou em crise devido a problemas relativos à ineficácia e à desigualdade na distribuição de seus progressos. (Mendes, 1980). A ineficiência da Medicina Científica faz-se sentir nos crescentes investimentos necessários ao seu desenvolvimento, com uma contra-partida decrescente de resultados. McNerey (1971) estima que ao passo que os investimentos em saúde se elevam em 100%, os índices de mortalidade e morbidade nos países desenvolvidos diminuem em apenas 5%. As indústrias, tanto de fármacos, como de equipamentos, induzem o consumo de novas tecnologias, forçando a uma rápida obsolescência e substituição por novos produtos com poucas vantagens para o paciente e com um alto custo para o sistema.

Quanto à eficácia da Medicina Científica, criou-se um mito: o nível de saúde atingido pelas populações dever-se-ia aos avanços científicos. Vários estudos (Veras (1994), Néri (1998), Fuhmann; (2001)) têm contrariado esse mito, demonstrando os limites da medicina científica em diminuir a mortalidade e morbidade em vários países, ou em aumentar a expectativa de vida de suas populações. A especialização decorrente deste modelo que fragmenta a visão dos profissionais sobre os pacientes, afastando-os da causa e do contexto social e tendo como decorrência o aumento do custo da atenção.

Uma das políticas estatais mais ativas hoje em dia, ao nível dos Governos Centrais, na maioria dos países capitalistas ocidentais, é estimular programas de saúde (tais como educação sanitária) que se proponham a produzir mudanças nos indivíduos, mas não no ambiente econômico e político (Navarro, 1986:127).

A Medicina Científica articula-se no processo de industrialização da sociedade e passa a ser conduzida para os interesses do mercado e nem sempre para o interesse maior dos indivíduos, a proteção de suas vidas, promoção e recuperação da saúde.

A crise da medicina científica

Para Mendes (1980) há três teorias principais que tentam explicar e propor soluções para a crise da Medicina Científica; a) teoria gerencialista; b) teoria cultural e c) teoria política .

A teoria gerencialista fundamenta-se na crença geral de que os problemas do subdesenvolvimento são decorrentes de uma baixa capacidade gerencial, reduzindo a crise aos problemas internos. Segundo esta teoria, a solução para a crise da Medicina Científica seria pôr em práticas políticas racionalizadoras como o uso do planejamento, da pesquisa médica aplicada, a ênfase na medicina preventiva, na coordenação interinstitucional, na regionalização dos serviços e na hierarquização dos recursos para a saúde.

A teoria cultural, por sua vez, se constrói através da crença de que a ideologia do industrialismo e sua natureza moldam a organização da sociedade. A solução culturalista para a crise da medicina científica é a reversão do processo de industrialização e a construção de uma proposta de antimedicina, articulada na falta de profissionalização e no incremento da autonomia pessoal para o cuidado com a saúde.

Por fim, a teoria política pretende explicar a crise da Medicina Científica de uma perspectiva estrutural, uma vez em que ela é determinada e reflete uma crise mais ampla, a crise de legitimação e de acumulação de capital do sistema capitalista que a partir da década de 60 ocorre nos países desenvolvidos, afetando as economias periféricas. Na teoria política, a crise da medicina manifesta-se no seu caráter centralizador e no uso da tecnologia, concentrando poder político e administrativo. A solução proposta é a democratização da medicina. Em outras palavras “... a medicalização societal só poderá ser respondida pela politização da saúde... a democratização da saúde transcende a estatização dos serviços de

saúde e a universalização da atenção médica erigindo, como questão fundamental, a participação efetiva da população enquanto sujeito de sua própria saúde” (Mendes, 1980:33).

A luta contra a crise na Medicina Científica é uma luta contra as doenças, não é uma luta contra os serviços ineficazes para combatê-los, mas uma luta, no meio de outras, que visa mais interesses da indústria farmacêutica, tecnológica ou do capital do que pelos direitos sociais da comunidade. Em virtude da crise da medicina científica determinada pelas suas características estruturais, da compreensão da saúde como um ideário universal, da organização de classes trabalhadoras na luta por políticas públicas a serem implantadas pelos Governos e também, pela organização de outros atores sociais, pela participação de entidades internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), foram construídas propostas alternativas à Medicina Científica como veremos a seguir.

Propostas alternativas de modelos de atenção à saúde

Medicina comunitária

Como um modelo alternativo de assistência a saúde a medicina comunitária surge seu debate por volta de 1920, com Bertrand Dawson que criticava o modelo flexneriano e propunha aos ingleses um serviço de saúde no qual o “Estado era o provedor e controlador das políticas de saúde; os serviços de saúde seriam responsáveis por ações preventivas e terapêuticas em regiões específicas (regionalização de serviços de saúde) (SILVA JR, 1998:54), este tipo de assistência lutava por um atendimento coordenado por meio de médico generalistas, com competência para atuarem nas comunidades e sobre o indivíduo.

Este tipo de assistência teve seu marco teórico consagrado na Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978. O objetivo deste tipo de assistência visava cuidado essencial, valorizando as práticas, comprovadas cientificamente e aceitáveis pela população, bem como uma tecnologia de acesso universal a um custo que as sociedades possam manter. (SILVA JR, 1998).

A medicina comunitária primeira foi utilizada pelos russos, posteriormente na Inglaterra com propostas mais radicais a regionalização, democratizando o acesso à saúde e paralelamente propostas semelhantes também foram desenvolvidas em outros países e nos Estados Unidos. Este tipo de assistência nos países capitalistas “surge como uma prática complementar à medicina flexneriana, em prática oferecida aos contingentes excluídos do acesso a essa medicina”, o que visa, os interesses das indústrias da saúde (SILVA JR, 1998:57).

O mesmo autor comenta que na América Latina e países como África e Ásia, a medicina comunitária se propagou através das universidades a partir da década de 60, quando se constituíram núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos de assistência financiada pela OPAS e instituições filantrópicas americanas (W.F.K. Kellogg Foundation, e outras). Esses núcleos abrigaram intelectuais discordantes: do modelo político brasileiro depois do golpe militar, e utilizaram o espaço da medicina Comunitária como espaço de politização de saúde, reflexão de problemas e laboratórios de alternativas de solução. Algumas dessas experiências se materializaram sob forma de projetos-piloto de universidades, como o de Paulínia, desenvolvido pela USP, ou de projetos de estruturação de serviços municipais com integração docente-assistencial, como em Montes Claros - MG, Londrina-PR, Niterói-RJ e Campinas-SP, no final da década de 70 (SILVA JR, 1998). Os frutos dessas experiências vieram a constituir um movimento por mudança na política de saúde nacional, no bojo da luta pela redemocratização da sociedade brasileira: a Reforma Sanitária (SCOREL, 1987; ROSAS,

1981). As propostas Silos e Cidades Saudáveis vem sendo introduzidas no Brasil desde o final da década de 80 (FERRAZ, 1983; EWBANK E BORTOLETTO, 1994 E NESCO, 1995).

Apesar de representar um avanço no campo da saúde a medicina comunitária também apresentou alguns inconvenientes como a função permitir que o modelo da ideologia dominante se reproduza socialmente por meio de uma ação integradora desta com a medicina flexniriana. Sua proposta de atendimento generalista não prescreve com as praticas que são voltadas ações preventivas-curativas que valorizam o ato medico e as tecnologias, demonstrando claramente a medicina voltada para os pobres com cuidados primários (comunitárias) e a da classe rica (flexniriana), científica e tecnológica de qualidade.

A medicina comunitária trouxe algumas evoluções como o atendimento aos grupos marginalizados, anteriormente sendo acolhidos por caridade de alguma instituição religiosa, a mobilização social para repensar as políticas de saúde mais abrangentes e demonstrar claramente as desigualdades sociais do modelo hegemônico de saúde. A partir deste debate na medicina comunitária como modelo assistencial ganha força" internacional a discussão sobre os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), difundidos pela OPAS/OMS (SILVA JR, 1998:62).

Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS)

A proposta de SILOS tem seu marco conceitual apresentado na XXII Conferência sanitária Pan-Americana em 1986, sendo retificado no documento OPAS-CD33/14, resolução XV-XXXIII do Comitê diretor de 1988 que recomenda:

"(...) um sistema Local de saúde deve contemplar a estrutura político-administrativa de um país, definir-se em um espaço populacional determinado, ter em conta todos os recursos para a saúde e desenvolvimento sociais existente neste espaço, responder aos processos de descentralização do Estado e do setor de saúde, às necessidades da população e à estrutura da rede de serviços de saúde, e organizar-se para facilitar a condução integral de ações (SILVA, JR, 1998:102).

A organização dos SILOS não é vista isolada dos processos de democratização e descentralização do Estado. Seu desenvolvimento baseia-se nos seguintes aspectos fundamentais: reorganização do nível central; descentralização e desconcentração; participação social; intersectorialidade; readequação dos mecanismos de financiamento; a integração dos programas de prevenção e controle; o reforço da capacidade administrativa; a capacitação da força de trabalho o desenvolvimento de um novo modelo de atenção, ou seja, os SILOS devem constituir um processo de mudança fundamental nos procedimentos técnicos das prestações de serviços, no uso de tecnologias disponíveis, na integração dos conhecimentos, na forma de utilização dos recursos e na forma de concretizar-se a participação da comunidade. Deve-se aumentar a capacidade de análise da situação de saúde da população, definida territorialmente, até o nível de microrregiões, permitindo reorientar os serviços de saúde para o enfrentamento do conjunto de problemas enfrentados pela comunidade. Busca-se maior articulação e a garantia de equidade na distribuição dos bens e serviços.

As cidades saudáveis

Em 1984, em Toronto, Canadá, surgiu à proposta de Cidades Saudáveis. Esse movimento ganhou adesão de cidades européias e, sob a articulação das Seções de Promoção da Saúde e saúde ambiental da Organização Mundial da Saúde – OMS, difundiu-se desde o simpósio de Lisboa, Portugal, em 1986. Esta proposta visa construir uma rede de cidades determinadas a procurar, em conjunto, novas maneiras capazes de promover a saúde e melhorar o ambiente. Tendo as seguintes diretrizes: a saúde como qualidade de vida; políticas públicas que promovam a saúde; reforço à participação da comunidade; desenvolvimento da

auto-responsabilidade; reorientação dos serviços de saúde e a intersetorialidade como estratégia principal, ou seja, a rede de cidades saudáveis enfatiza-a como estratégia de articulação política e operacional na promoção de saúde.

Propostas alternativas no Brasil

Baseado na obra de Silva Jr (1998) "*Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*" apresenta-se algumas propostas implantadas no Brasil dos modelos alternativos de saúde.

O modelo SILOS foi pioneiro na Bahia no final da década de 70 por intelectuais da Universidade Federal da Bahia o qual propunha uma prática de saúde a nível estadual e de reorganização do sistema de saúde. O objetivo da proposta era dos Distritos Sanitários com forma de descentralização das decisões favorecendo o atendimento a população à saúde e observar a realidade local.

"O distrito sanitário era encarado como uma unidade operacional administrativa do Sistema de Saúde, caracterizado pela existência de recursos públicos e privados, articulados por mecanismos institucionais para desenvolver ações integradas de saúde para resolver os problemas majoritários de sua área de abrangência, com a participação da população envolvida" (SILVA JR, 1998:73).

Este sistema permitiu um amplo debate sobre os Distritos Sanitários e o caracterizou como uma unidade mínima do Sistema de Saúde com base territorial-populacional e um conjunto de equipamentos de saúde. Estes equipamentos visavam atender as ações básicas da área de saúde: promoção, prevenção e recuperação para que o indivíduo não atinja um nível de complexidade maior da doença. Importante destacar que os Distritos Sanitários serviram como um espaço social no qual a Reforma Sanitária se materializou e também apontou que o

SUDS era um sistema mais igualitário, efetivo e com menor custo que o sistema de atenção à saúde privado (SILVA, JR, 1998).

Em Curitiba no Paraná também no final da década de 70 foram feitas modificações na maneira de atuação as Unidades Municipais de Saúde, conforme Silva Jr (1998:89) “a saúde era entendida como determinação social e seus determinantes deveriam ser discutidos”. Assim, as Unidades foram organizadas segundo áreas de abrangência e seus serviços transformados em Programas, voltados para um modelo de saúde concebido pela Reforma Sanitária, que previa a descentralização do poder de decisão do governo municipal, a regionalização das instancias de atuação com a criação das Regionais de Saúde. Estas Regionais assumiram o papel de articular os serviços de saúde e outros no plano regional.

Para Silva Jr (1998:91) “a administração da SMSC decidiu adotar o núcleo central de metodologia Silos, adaptando-o às condições locais e implantando-o em toda a rede municipal de saúde”, desta forma os chefes das Unidades de Saúde tornaram-se autoridades sanitárias locais, os quais definiam os eventos e recursos que iram se utilizados na saúde ou na doença.

A maneira como era comandado o serviço pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMSC) não estava agradando o prefeito da época, Jaime Lerner, que discordou da forma de trabalho desta secretaria, pois para ele todas as atenções estavam voltadas para a doença o que não condiz com suas propostas de urbanização e qualidade de vida defendida, e praticada por sua administração. Silva Jr (1998), cita como se originou o conceito de Saudicidade, para a proposta implantada em Curitiba.

Raggio¹ criticando os ‘modelos sanitários’ e sua capacidade de urbanização acelerado das regiões metropolitanas, propõe o conceito de ‘Saudicidade’ para repensar o papel do setor de saúde. *‘Saudicidade: Saúde para a cidade, saúde para os cidadãos que nela possam potencializar a plenitude da vida, isto é o oposto da patogenicidade’* (SILVA JR, 1998:91/2).

¹ Armando Raggio – médico patologista, Diretor de Saúde da Secretaria de Desenvolvimento Social da prefeitura de Curitiba (SILVA JR, 1998:89).

Em São Paulo a proposta teve origem nos Laboratórios de Planejamento e Administração em Saúde – Lapa, no fim da década de 80, por parte de profissionais de saúde. A motivação deste grupo é de que a universidade é um espaço de produção e construção do SUS no qual a Lapa poderia contribuir com assessorias para concretizar este projeto.

Este grupo sintetizou uma proposta de Modelo Tecnoassistencial ‘Em Defesa da Vida’, o qual previa a gestão democrática, saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida do indivíduo e da coletividade. A proposta inicialmente foi implantada em Campinas e percorreu outros municípios de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. A idéia do grupo era de reorganizar as instituições e para isto se utilizou a metodologia chamada ‘caixa-de-ferramentas.’ Adotou-se a noção “caixa-de-ferramentas, que dá à metodologia um caráter flexível e permite melhor adequação de métodos à problemática a ser enfrentada” (SILVA JR, 1998:102).

A proposta apesar de válida não obteve continuidade, pois seu principal articulador segundo Silva Jr (1998) Gastão Campos deixou a Secretaria Municipal de Saúde e o projeto foi prejudicado, “restou aos membros da Lapa continuar tentando materializar sua proposta, de forma fragmentada, em várias experiências (SILVA JR, 1998:103).

Antecedentes históricos da saúde no mundo e no Brasil

Na segunda metade do século XIX, na Europa, após as guerras napoleônicas, o incremento da industrialização e da urbanização, juntamente com a emergência de epidemias, com a pressão das massas operárias urbanas e com o crescimento das correntes políticas socialistas, compõe um cenário que exige intervenções do Estado.

A Inglaterra com sua tradição política liberal, historicamente, relegou as questões de saúde pública ao âmbito da Lei dos pobres, atribuindo aos poderes locais responsabilidades na

assistência aos indigentes. As ações desenvolvidas, delegadas pelas autoridades locais à iniciativa privada, de cunho associativo, visam assegurar mínimas condições de sobrevivência para que os indivíduos pudessem, num período o mais curto possível de tempo, procurar seu sustento e a manutenção de sua saúde no mercado. Algumas autoridades inglesas, nesta época, defenderam a necessidade de ações sociais preventivas sobre os problemas gerados pela pobreza e pelas doenças. “Não era possível responsabilizar os indivíduos pela geração das doenças” (ROSEN, 1994:169), pois elas derivavam de fatores ambientais, econômicos, sociais e culturais. Investigações sobre as condições de saúde nas cidades e ações de saneamento do meio, controle das epidemias e assistência médica aos pobres passaram à responsabilidade do Estado, no âmbito local, tudo com interesses meramente de manter o operário saudável para manter os rendimentos da produção servindo assim aos interesses do mercado. Os clamores das populações mais atingidas e o surgimento de movimentos das comissões de saúde nas cidades, de médicos sanitaristas e outros pressionaram por uma maior coordenação do poder central sobre as ações desenvolvidas pelos poderes locais. O ato da Saúde Pública, em 1875, iniciou organização, em escala nacional, da administração sanitária inglesa.

Nos Estados Unidos da América epidemia nos ambiente urbanos, ocorreram desde o final do século XVIII, e já mobilizavam as autoridades locais e as sociedades médicas na criação de mecanismos administrativos da saúde pública. No século XIX ocorreu um crescimento das cidades americanas aumentando os problemas ligados à pobreza e as doenças. Isso induziu a organização da saúde pública de uma forma tímida, como com a instalação de Conselhos de Saúde, ou similares, em algumas cidades, preocupados apenas com as ações de saneamento ambiental, controle de epidemias e no levantamento de dados relativos aos fatos vitais (BERTOLHI FILHO, 1996). No final do século XIX e nas primeiras três décadas do século XX, as turbulências políticas na Europa promoveram um intenso fluxo

migratório para os EUA criando problemas urbanos sentidos, sobretudo, nas cidades portuárias como Nova York e Boston. “O fenômeno dos ‘cortiços’ alastrou-se por essas cidades contribuindo para o aparecimento de surtos epidêmicos que trouxeram grandes prejuízos à economia americana” (ROSEN, 1994:189). Assim, ocorreu a mobilização da opinião pública e dos governos na organização de estruturas de Saúde Pública no âmbito local e estadual.

Na França, as necessidades de incremento populacional para aumentar a massa de trabalhadores disponíveis, aumentar a produtividade na indústria e controlar as populações que se urbanizavam na busca de trabalho nas fábricas, gerou uma política de assistência, baseada no poder local. A atenção médica aos trabalhadores enfermos, às gestantes e crianças, e o saneamento das cidades eram as ações principais.

Na Alemanha as idéias liberais francesas e os estudos ingleses sobre a relação entre a industrialização e condições de vida e saúde das populações vieram influenciar a corrente médica e política que defendia a Saúde Pública como promotora do desenvolvimento sadio do cidadão, a prevenção dos perigos à saúde e o controle das doenças. O direito à saúde, como direito de cidadania, e o dever do estado em promover os meios de mantê-la e promovê-la, intervindo até mesmo nas liberdades individuais, eram suas principais bandeiras políticas (ROSEN, 1994). O mesmo autor comenta que durante o período revolucionário de 1848 foram criados movimentos revolucionários, que apesar de terem sido mais tarde politicamente derrotados, algumas de suas proposições foram incorporadas ao debate político. O processo de unificação política da Alemanha impetrado por Bismarck, incorporou parte das consignas do movimento médico-social alemão, instituindo uma Polícia Médica com capacidade de intervenção nas condições de trabalho, na proteção de mulheres e no saneamento das cidades.

Com as revoluções ocorrendo e a necessidade de indivíduos para o trabalho nas fábricas, as cidades foram invadidas, acelerando o processo de urbanização e sub-

urbanização. Estes fluxos migratórios, do campo para as cidades, provocaram aglomerações humanas com a deteriorização progressiva das condições de vida das populações pobres. Epidemias de cólera, tifo exantemático, tuberculose e outras doenças causaram mortes e sérios problemas na produção fabril. As pressões dos partidos e das massas de trabalhadores urbanos, por meio de sindicatos, colocaram na agenda política a necessidade do desenvolvimento de ações no campo do bem-estar social. A organização dos Sistemas Nacionais de Saúde foi concebida nessa conjuntura, evidenciando as formas de organizar e prestar serviço de saúde às populações.

O contexto brasileiro não difere do apresentado em outros países no início de sua colonização. Com o descobrimento a coroa portuguesa, somente procurava encontrar soluções para os problemas de saúde dos nobres e daqueles que lhes cercavam. Em 1543, os portugueses com a participação dos jesuítas, fundaram o Sistema de Santas Casas com o intuito de atender os doentes que geralmente pessoas pobres ou escravas (BERTOLHI FILHO, 1996). As Santas Casas de Misericórdia eram coordenadas pelos jesuítas. O atendimento à população era realizado pelos fiéis, escravos e mulheres treinados pelos jesuítas para exercerem esta função. Nestes locais internavam-se pessoas portadoras de doenças contagiosas, o isolamento era considerado pela sociedade da época uma necessidade para não propagar as doenças.

As questões sanitárias foram somente lembradas quando da instalação da corte portuguesa no Rio de Janeiro. Assim criaram-se centros de formação de médicos como as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e Bahia, sendo mais tarde transformadas nas primeiras escolas de medicina do país. No ano de 1828 criou-se uma Inspeção de Saúde dos Portos, para inspecionar todos os navios e passageiros que chegavam ao país, pois existia a hipótese de que as epidemias surgidas no país eram trazidas por viajantes. No ano seguinte criou-se a Imperial Academia de Medicina, que exercia o papel de órgão executivo nas

questões ligadas à saúde pública nacional e em 1852 chegaram ao Brasil às irmãs religiosas que passaram a assumir a responsabilidade pelo atendimento nos hospitais. No final do século XIX o modelo econômico agro-exportador levou o governo a tomar medidas urgentes para combater as endemias e epidemias que existiam nos portos, devido ao grande número de pessoas que circulavam de várias partes do mundo. Foram desenvolvidas ações para o combate das doenças em massa, saneamento dos espaços de interesse econômico, vacinações e combate a vetores.

Em 1919, o governo e entidades ligadas à saúde pública criaram o primeiro curso de enfermeira (visitadoras), para formar os auxiliares médicos e irmãs religiosas, o propósito era auxiliar no atendimento dos problemas sanitários, na prevenção da tuberculose e doenças venéreas. Com o objetivo de cuidar do saneamento rural e urbano, saúde dos portos, combate às endemias, higiene infantil, industrial e profissional para o fortalecimento e desenvolvimento do setor agro-industrial do país criou-se em 1920 o Departamento Nacional de Saúde, assumido por Carlos Chagas. No período de 1889 a 1930: (Primeira República), sob a coordenação de Oswaldo Cruz, a Diretoria Geral de Saúde Pública organizou instituições públicas de higiene e saúde e adotou campanhas sanitárias para combater epidemias existentes. Este modelo se tornou um dos pilares das políticas de saúde pública.

Em meados de 1850, com a Revolução Industrial, tudo mudou, os governantes passaram a se preocupar com a situação de proteção à saúde da população e a prover o atendimento gratuito aos trabalhadores (DALLARI, 1997). Assim, surgiram as primeiras medidas relacionadas à Saúde Pública no país. Os inúmeros surtos de doenças que atingiam a população se refletiam na falta de mão-de-obra e, conseqüentemente, no aumento de custos para as indústrias, portanto era necessário melhorar as condições de saúde e trabalho da população. Neste momento surgiram diversas organizações de lutas pelos direitos dos trabalhadores que passaram a reivindicar que o Estado se responsabilizasse pela atenção à

saúde, mas foi o empresariado industrial que assumiu esta tarefa, garantindo aos seus trabalhadores, o direito à saúde e a fiscalização das condições sanitárias do ambiente de trabalho.

No período “Getulista” em 1930, teve início o processo de centralização da saúde a nível nacional. Criou-se assim o Ministério da Educação e da Saúde que mais tarde denominou-se Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social. Neste período também se criou os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS). As reformas nos órgãos do governo central marcaram as décadas de 1940 a 1950, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública que atuava em campanhas sanitárias, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), atendendo os ferroviários no Centro Oeste com assistência médica, educação sanitárias, combate à malária, saneamento e desenvolvimento de pesquisas de doenças tropicais. Neste período, em 1948, criou-se a Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de discutir os problemas da saúde, bem como os avanços e as soluções para elevar o nível de saúde da população mundial (DALLARI, 1997).

Em 1963 foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde, nesta época, ocorreu um grande movimento social liderado por elites progressistas que reivindicavam uma reforma sanitária consistente, cujo objetivo deveria ser melhorar as condições de vida da população, pelo rompimento da dicotomia entre a assistência médica e a saúde pública realizado, principalmente, através da municipalização dos serviços de saúde. No entanto, foi um período socialmente conturbado que culminou com o golpe de 1964 (LUZ, 1991). Em 1966 o governo criou o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e assistência médica até então reinante. No sistema de previdência social foram criados dois sistemas, Iapas (administração previdenciária); INPS (benefícios previdenciários).

Em 1967, no bojo das reformas administrativa, fiscal e financeira, foi feita também a reforma previdenciária, unificando cinco dos seis IAP's num único instituto - o Instituto

Nacional de Previdência Social (INPS), com o intuito de resolver parcela dos problemas na área da saúde. Este órgão era responsável pelo atendimento individual à saúde daqueles que estavam no mercado formal de trabalho, ou seja, possuíam carteira de trabalho, o restante da população (desempregados/carentes) não era incluído neste sistema, dependendo de caridades, políticas públicas do Governo (principalmente de campanhas) para o atendimento a saúde. O Ministério da Saúde, por sua vez, teria a incumbência de elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias (BERTOLHI FILHO, 1996).

Profundas mudanças aconteceram entre 1964 a 1984 na área de saúde. Estes 20 anos foram marcados por uma nova política que reorganizava e valorizava os traços institucionais do sanitarismo e contrariava o modelo curativo da atenção médico previdenciária do período populista. Neste período, foram realizados muitos investimentos na construção de hospitais e clínicas privadas, foram criados novos cursos de medicina em instituições de ensino superior particulares.

Em 1975 o governo estabeleceu no II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) que o Ministério da Saúde realizaria os programas de saúde e saneamento, no entanto, o modelo centralizador de recursos e de decisão do âmbito federal, somado a disputa entre os Ministérios da Saúde e da Assistência e Previdência Social (MPAS) não viabilizou as mudanças previstas no PND.

Em 1976, criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e do seu instrumento financeiro, o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). O SINPAS agregou e criou alguns institutos e autarquias. Fizeram parte do SINPAS os seguintes órgãos: Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS); Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); Legião Brasileira de Assistência (LBA); Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor (FUNABEM); Empresa de Processamento de Dados da

Previdência Social (DATAPREV) e a Central de Medicamentos (CEME). Destas instituições, duas formavam o subsistema de assistência médica no âmbito da Previdência Social: o INAMPS ao competir prestar assistência médica, de acordo com os programas de atendimento aos trabalhadores urbanos, aos servidores do estado e aos trabalhadores e empregados rurais e a CEME era destinada a centralizar as compras e distribuição de medicamentos para as instituições que cuidavam da assistência médica da previdência social.

Tanto o Ministério da Previdência Assistência Social, como o Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS) centralizaram sua política nos procedimentos médicos curativos (VIANA, 2000) realizado pelos setores privados que era contratado ou conveniado com o Estado conveniado com o Estado. Neste mesmo período as Secretarias de Estado da Saúde, foram incumbidas das ações higienistas e dos atendimentos primários, ficando responsáveis pelas ações preventivas de caráter universal. Com relação aos municípios ficavam na dependência da estrutura do Estado e nesta época alguns municípios iniciaram a mobilização para a estruturação de suas Secretarias Municipais de Saúde que culminam com implantação na década de 80.

A disputa entre o Ministério da Saúde e o MPAS/INAMPS somente estava contribuindo para o agravamento da crise na área da saúde, demonstrando a ineficácia do modelo utilizado cujas principais características eram a centralização, privatização e concentração da tomada de decisões. A situação se agravou a tal ponto, que nos anos 80, explodiu uma grande crise no governo, pela falta de políticas sociais saúde, educação e habitação. Neste período se realizou a VII Conferência Nacional de Saúde, na qual foi discutida a proposta da assistência primária a saúde baseada na realidade social, econômica, cultural e ecológica, e que seria viabilizada através da implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV- SAÚDE). Também nesta época foram criados a Comissão Nacional de Assistência à Saúde da Previdência (CONASP) e as Ações Integradas de Saúde

(AIS), eles tinham como proposta reorganizar as ações de proteção e tratamento da saúde individual e coletiva, buscando evitar as fraudes e combater o monopólio das empresas particulares de saúde (BERTOLHI FILHO, 1996). Em 1982, após a VII Conferência Nacional, buscou-se consolidar o CONASP, pela integração em todas as esferas do Ministério da Saúde e do INAMPS, instituindo assim a AIS.

As propostas das Ações Integradas de Saúde (AIS), foram implementadas de forma universalizada, assim a saúde passou a ter um novo status, no qual o município poderia conveniar com os órgãos federais e estaduais, oferecendo atendimento a um número maior da população. Esta oferta maior a população de atendimento a saúde estava vinculada a criação pelo município das Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS), o que se pode dizer que é o “embrião” dos futuros Conselhos Municipais de Saúde. A CIMS desde sua implementação deu abertura a participação popular e a tomada de decisões no planejamento, fiscalização e implantação das ações de saúde.

Neste período, o movimento sanitário, formado por intelectuais, trabalhadores da área de saúde e políticos opositores, ganha força e conquista uma nova proposta de modelo: o Sistema Nacional de Saúde. O objetivo deste modelo é oferecer a universalização e a equidade na assistência, a integralidade das ações, a participação social da população na gestão e a regionalização dos serviços (LUZ, 1991; DALLARI, 1997; VIANA, 2000).

Em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foi adotado um conceito de saúde abrangente que perpassa todas as condições básicas para sobrevivência do ser humano. Foi formulado a partir das discussões do movimento da reforma sanitária que procurou encontrar respostas para os problemas da política nacional de saúde e elaborou um documento intitulado “Pelo Direito Universal à Saúde”, que identificava o Estado como responsável pela assistência à saúde da população. Este documento foi consultado também para a formulação da proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Silva Jr (1998:19) comenta que “a luta pela Reforma Sanitária sai de sua dimensão jurídica passando ao esforço de construção de novos modelos de atenção à saúde e reorientação de práticas, visando maior impacto sanitário e legitimação pela sociedade”.

O SUDS implantado em 1987 era constituído por uma rede hierarquizada e regionalizada, com projeto de municipalização dos serviços de saúde. Teve forte apoio dos governadores, parlamentares opositores, entidades filantrópicas e as federações estaduais de saúde que lutava por um sistema de atenção a toda população. Nesta proposta o Ministério da Saúde é responsável pela coordenação do Sistema, sendo que as ações deveriam ser desenvolvidas ou coordenadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Esta proposta previa o controle pelo governo das atividades nos serviços privados, e também a existência de parcerias entre os serviços públicos e privados para o atendimento da população. O SUDS representou a transição entre uma situação de centralização no governo federal e uma situação de descentralização das atribuições aos governos estaduais e municipais na área da saúde.

Após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde foi instituída a comissão de Reforma Sanitária que percorreu o país apresentando a proposta do SUS. Esta proposta foi amplamente debatida com a sociedade civil e o relatório final da comissão da Reforma Sanitária subsidiou a elaboração da proposta aprovada na Constituinte de 1988 que estabeleceu que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e não deve ser entendida apenas como a assistência médica hospitalar curativa ou preventiva. Na Constituição Federal, de 1988, em seu artigo 196 é afirmado: “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A partir deste momento, todas as ações do Ministério da Saúde, do INAMPS, dos serviços de saúde estaduais e municipais deveriam ser unificadas de maneira descentralizadas

no SUS. A função exercida por estas estruturas é da gestão na Saúde Pública em todo o país, partindo do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, com direção única em cada nível de governo. Este processo provocou mudanças como Viana (2000) comenta:

"Na estrutura organizacional dos serviços de saúde, pela formação de um sistema (regionalizado, hierarquizado e integrado), com base nos municípios ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; na forma de gestão, com a inclusão dos vários participantes da política nas instâncias de decisão (nos seus vários níveis); no modo de funcionamento, com a incorporação da assistência médica individual pela rede pública: e perfil de financiamento, com a instituição de Fundos de Saúde nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal)." (Viana, 2000. p.121)

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) faz parte do arcabouço jurídico criado para a regulamentar o SUS. Ela trata sobre as ações e serviços de saúde, as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços. Além disso, “prevê, como competência às atribuições comuns à União, Estados e Municípios, a organização e coordenação do Sistema de Informação em Saúde. Assim, é conferido ao município, um papel mais amplo do que a coleta de dados, ou seja, produção e organização e coordenação da informação em saúde de seu território” (BRANCO, 1998:268). Outra lei criada foi a Lei nº 8.142/90, que estabelece as condições da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (VIANA, 2000). Além das leis, diversos decretos foram criados, como o nº 99.438 que dispõem sobre a organização do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Também foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB).

A NOB/SUS-91 regulamenta o sistema e cria o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM), para a transferência dos repasses do Governo Federal para os Estados e municípios, além de incentivar e consolidar os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, por ser uma exigência do artigo 4º da LOS. A NOB/SUS - 93 garantiu avanços no processo de

descentralização, criando Comissões Intergestoras que são fóruns de negociação entre os gestores das três esferas de governo. Estabeleceu o Fator de Apoio ao Estado (FAE) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

Na NOB/91 aborda quatro partes, o financiamento da atividade ambulatorial, que trata da nova sistemática da unidade de cobertura ambulatorial, colocando as várias etapas operacionais; a instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação da execução, que trata dos: conselhos de saúde; dos fundos de saúde aprovados em lei e geridos pelo órgão de saúde, fiscalizados pelo conselho; consórcios administrativos intermunicipais; relatórios de gestão; o controle e acompanhamento e finalmente as disposições transitórias, que se refere ao repasse por convênios e por população (CARVALHO, 2002).

O sistema de gestão continuou centralizado remunerando pelo número de atendimentos realizados nas unidades o que era irregular conforme cita Carvalho (2002:70), “o sistema de pagamento por produção proposto pela NOB-91 era inconstitucional e ilegal, segundo as Leis 8080 e 8142”, conforme os artigos:

O Art. 35, parágrafo 1º, diz: “Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independente de qualquer procedimento prévio”. O Art.3, parágrafo 1º da 8142 (28) diz: “Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no 35/8080, será utilizado, para o repasse dos recursos, exclusivamente o critério estabelecido no parágrafo primeiro do mesmo artigo” (CF., 1988)

Conforme o autor citado acima, isto demonstra que os recursos federais somente poderiam ser repassados aos Estados, DF e Municípios, como um dos requisitos o critério populacional. Este sistema beneficiou aos municípios mais ricos (industrializados) com forte rede instalada na área de saúde, que gerou um bom retorno de recursos financeiros, mesmo

que esta forma de gestão o município era um prestador público de serviço. Conforme comenta Carvalho (2002:68) enfatiza que:

"Os municípios que anteriormente às AIS, não recebiam recursos federais e muito menos da Previdência (INAMPS no caso), com as AIS e o SUDS passaram a receber subsídios regulares e fixos. Eram poucos, insuficientes repassados via Estados. Estes, em alguns casos, ficavam com mais recursos que os que eram repassados aos municípios. Houve estados que, à época, deixaram de investir recursos próprios, só trabalhando com os recursos federais (AIS – SUDS) e, ainda, utilizando-se de parte deles para outras atividades, que não as de saúde. (Sólton-Piola – IPEA). Diante disto, os municípios buscavam, a qualquer custo, a possibilidade de receber recursos diretamente da União. A maneira de repasse que o INAMPS sabia fazer era por meio de convênios e com pagamento por produção. Durante a negociação da aprovação da 8080, a partir de 27 de julho de 1990, pela portaria do INAMPS 227 (63) (com autorização Ministerial da Portaria MS/GM 896 de 29/6/90), o INAMPS abriu-se e colocou algumas condições a serem comprovadas para que hospitais públicos estaduais e municipais recebessem recursos diretamente do MS-INAMPS, por produção e segundo a tabela. (...). Era assim que o INAMPS fazia com os filantrópicos e com os Hospitais Universitários, mesmo os públicos. Isto foi comemorado pelo municipalistas como vitória, pois ainda não estava aprovada a Lei 8080 e, pelo menos, era uma maneira de se receber recursos do INAMPS/MS."

Pagar pela produção/número de atendimentos e grau de complexidade apresentou alguns inconvenientes de se individualizar o repasse de recursos, os quais não estavam interessados num olhar global da saúde nas ações necessárias para a população daquele estado ou município. Neste caso os Conselhos de Saúde funcionaram como um meio de efetivar as ações sem que ocorresse o planejamento. "Tabelas defasadas com privilegiamento dos pagamentos de maior complexidade concentrado em alguns centros médicos são indutores da iniquidade e da "desintegralidade" (CARVALHO, 2002:71).

O sistema centralizador utilizado pela NOB-91 nas ações em saúde no qual os Estados e Municípios recebiam por produção e através de convenio sofreu reformulações na NOB-93. Surge nesta NOB formas diferentes de gestão, que são o reflexo das decisões da 9º

Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central era “*Municipalização é o caminho*”, que é utilizada como um meio transicional de passagem de um sistema centralizado para um descentralizado. A NOB-93 apresentou três opções de sistema de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Juntamente apresentou também normas para a efetivação destes sistemas, os quais os Estados e Municípios deveriam cumprir e prerrogativas que teriam direitos. Conforme Carvalho (2002:75) esse foi um momento transicional no qual se buscava passar para uma “situação desejada (que era a plena), onde os Estados e Municípios assumem plenamente a gestão do SUS em suas tarefas de governo, o repasse financeiro passa a ser global, direto e automático”, por isto a necessidade de adequação dos Estados e Municípios a Lei 8080. Carvalho (2002:75) ainda comenta que a NOB-93 apresentou uma característica diferente da anterior:

Em 1996 foi instituída a NOB/SUS – 96, cujo objetivo é organizar o sistema, definir as atribuições de Estados e Municípios, integrar os sistemas municipais e definir os critérios de alocação de recursos. Nela foram criados o Piso de Atenção Básica (PAB) estabelecendo valor per capita para estas ações básicas, a Programação Pactuada Integrada (PPI) que serviu de instrumento de organização do sistema, estabeleceu o incentivo ao Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS) e ao Programa Saúde da Família (PSF) e estabeleceram as diferentes formas de gestão.

Após a NOB-96 ocorreu um amplo processo de descentralização das ações de saúde, que ficaram aos encargos do Estado e principalmente dos municípios que assumiram uma intensa carga de responsabilidades e recursos financeiros para a implantação do SUS o que resultou num intenso debate sobre este sistema. Este debate baseou-se na regionalização em saúde como um meio de fortalecimento e consolidação dos princípios da universalidade, equidade no acesso e integralidade no acesso da atenção. Esta norma aprofundou a discussão da descentralização do sistema de saúde.

Para a Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS - (NOAS - SUS 01/2001) existem duas formas de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e a Gestão Plena do Sistema Municipal, que aprofundam a descentralização com equidade no acesso e assume de fato a saúde pública como uma questão municipal e de interesse coletivo. Assim tem a prerrogativas da transferência regular e automática dos recursos financeiros: fundo-a-fundo, isto significa que recebe o montante correspondente da população própria do município, “aquela destinada atendimento a população referenciada, de acordo com o termo de compromisso de acesso firmado e também do conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares estatais ou privadas estabelecidas no território municipal” (NOAS/SUS, 2001:52).

Os modelos de assistência no Brasil

O modelo de saúde pública

Surgido no início do século XX, em duas vertentes: Campanhista e Vertical permanente (MEHRY,1992). A Campanhista, articulada aos interesses econômicos agro-exportadores, desenvolveu-se combatendo epidemias e endemias por meio de campanhas sanitárias. Institucionalizou-se no Departamento Geral de Saúde Pública, embrião do Ministério da Saúde. Atualmente é representado por segmentos da Fundação Nacional de Saúde – FNS-MS (Antiga SUCAM e FSESP). A vertente vertical permanente baseava-se na proposta de Centro de Saúde, difundida pela Fundação Rockefeller; que se responsabilizava pela prestação sistemática de serviços de controle de doenças endêmicas, de vacinações, puericultura, pré-natal e outras atividades de prevenção. A institucionalização desta vertente se deu nas redes estaduais e da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), a

partir da década de 30. As duas vertentes da Saúde pública, articuladas, tiveram seu apogeu nas décadas de 40 e 50. A partir da década de 60 essas atividades foram descontinuadas e não-priorizadas pelo financiamento.

O modelo de assistência médica previdenciário

Surgido na década de 20, sob influência da Medicina Liberal, ligava-se às necessidades de assistência dos trabalhadores urbanos e industriais. Expandiu-se a partir da década de 40, com a construção da rede de hospitais ligados aos Institutos de Assistência e Previdência (IAPS), incorporando a concepção flexneriana da assistência médica. Foi também instituído nas redes hospitalares estaduais, em alguns municípios e nos hospitais ligados às Universidades Públicas. Os hospitais oriundos dos Institutos Previdenciários foram incorporados ao Instituto Nacional de Previdência Social (1966), depois reestruturado no Ministério da Previdência e Assistência Social, ficando os hospitais e ambulatórios sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS/1974). A rede privada contratada pela Previdência expandiu-se, mais notadamente após 1964, segundo a proposta flexneriana. Essa rede contribuiu, na década de 90, com 76% da oferta de leitos no Brasil. Esses modelos, complementares na visão de Campos (1992), constituíram o modo neoliberal ou liberal-privatista de organizar serviços de saúde, hegemônico no Brasil.

A medicina comunitária

Como um modelo alternativo de assistência a saúde a medicina comunitária surge seu debate por volta de 1920, com Bertrand Dawson que criticava o modelo flexneriano e

propunha aos ingleses um serviço de saúde no qual o “Estado era o provedor e controlador das políticas de saúde; os serviços de saúde seriam responsáveis por ações preventivas e terapêuticas em regiões específicas (regionalização de serviços de saúde) (SILVA JR, 1998:54), este tipo de assistência lutava por um atendimento coordenado por meio de médico generalistas, com competência para atuarem nas comunidades e sobre o indivíduo.

Este tipo de assistência teve seu marco teórico consagrado na Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978. O objetivo deste tipo de assistência visava cuidado essencial, valorizando as práticas, comprovadas cientificamente e aceitáveis pela população, bem como uma tecnologia de acesso universal a um custo que as sociedades possam manter. (SILVA JR, 1998).

A medicina comunitária primeira foi utilizada pelos russos, posteriormente na Inglaterra com propostas mais radicais a regionalização, democratizando o acesso à saúde e paralelamente propostas semelhantes também foram desenvolvidas em outros países e nos Estados Unidos. Este tipo de assistência nos países capitalistas “surge como uma prática complementar à medicina flexneriana, em prática oferecida aos contingentes excluídos do acesso a essa medicina”, o que visa, os interesses das indústrias da saúde (SILVA JR, 1998:57).

O mesmo autor comenta que na América Latina e países como África e Ásia, a medicina comunitária se propagou através das universidades a partir da década de 60, quando se constituíram núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos de assistência financiada pela OPAS e instituições filantrópicas americanas (W.F.K. Kellogg Foundation, e outras). Esses núcleos abrigaram intelectuais discordantes: do modelo político brasileiro depois do golpe militar, e utilizaram o espaço da medicina Comunitária como espaço de politização de saúde, reflexão de problemas e laboratórios de alternativas de solução. Algumas dessas experiências se materializaram sob forma de projetos-piloto de universidades, como o de Paulínia,

desenvolvido pela USP, ou de projetos de estruturação de serviços municipais com integração docente-assistencial, como em Montes Claros - MG, Londrina-PR, Niterói-RJ e Campinas-SP, no final da década de 70 (SILVA JR, 1998). Os frutos dessas experiências vieram a constituir um movimento por mudança na política de saúde nacional, no bojo da luta pela redemocratização da sociedade brasileira: a Reforma Sanitária (SCOREL, 1987; ROSAS, 1981). As propostas Silos e Cidades Saudáveis vem sendo introduzidas no Brasil desde o final da década de 80 (FERRAZ, 1983; EWBANK E BORTOLETTO, 1994 E NESCO, 1995).

Apesar de representar um avanço no campo da saúde a medicina comunitária também apresentou alguns inconvenientes como a função permitir que o modelo da ideologia dominante se reproduza socialmente por meio de uma ação integradora desta com a medicina flexniriana. Sua proposta de atendimento generalista não prescreve com as praticas que são voltadas ações preventivas-curativas que valorizam o ato medico e as tecnologias, demonstrando claramente a medicina voltada para os pobres com cuidados primários (comunitárias) e a da classe rica (flexniriana), científica e tecnológica de qualidade.

A medicina comunitária trouxe algumas evoluções como o atendimento aos grupos marginalizados, anteriormente sendo acolhidos por caridade de alguma instituição religiosa, a mobilização social para repensar as políticas de saúde mais abrangentes e demonstrar claramente as desigualdades sociais do modelo hegemônico de saúde. A partir deste debate na medicina comunitária como modelo assistencial ganha força” internacional a discussão sobre os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), difundidos pela OPAS/OMS (SILVA JR, 1998:62).

A construção do SUS em Santa Rosa, RS

Antes da municipalização, quer pela desorganização administrativa e inexistência de uma adequada instancia gerencial municipal, quer pela não descentralização político-

administrativa do Sistema de Saúde e pela não unificação gerencial, a Secretaria Municipal de Saúde não conduzia a política e os serviços de saúde em Santa Rosa, com evidentes prejuízos para a população.

No que se refere à organização dos serviços públicos, não havia definição das funções de cada unidade, enquanto componentes de uma rede municipal. Não havia sequer informatização. Não havia uma definição de complementaridade na relação entre o setor privado e o público, determinando um descontrole de demandas, com o conseqüente aumento na compra dos serviços privados e uma grande ociosidade da rede pública, que chegava, em média, a 53%. A gerencia e o planejamento era pouco democrático, sem a participação da população nas decisões.

Com o avanço da municipalização ficou evidente a necessidade de aumentar a agilidade administrativa, sem prejuízo da transparência e do espírito democrático, além de garantir a contratação de pessoal com dedicação de oito horas diárias com salário compatível e dedicação exclusiva. A solução encontrada foi à criação de uma Fundação, órgão da administração indireta com personalidade jurídica de direito público, sem fins lucrativos.

A evolução do modelo de gestão em Santa Rosa, RS

Em janeiro de 1993 foi criada uma nova estrutura administrativa – a Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Santa Rosa, a partir da compreensão de que a municipalização da saúde exigia uma estrutura claramente definida e capaz de atender as demandas decorrentes de avanços no processo de descentralização e organização da população. As principais atribuições da Secretaria estão voltadas para a formulação da política municipal de saúde e meio ambiente, planejamento e gestão dos serviços de saúde, com

ênfase na atenção a saúde integral, articulação do sistema em todas as esferas e a participação popular.

Em 1993, o objetivo da prefeitura, em relação a gestão da saúde, era de inserir o município de Santa Rosa na construção SUS, uma vez que assumir a gestão da saúde seria a melhor forma de garantir à população, tanto a participação nas decisões, como o acesso universal e gratuito à serviços resolutivos e de boa qualidade. Neste sentido que a municipalização da saúde torna-se a principal meta para área de saúde em Santa Rosa.

Municipalizar a saúde significa o reconhecimento da responsabilidade política do município com a saúde de seus cidadãos. O exercício pleno desta responsabilidade pressupõe e unificação dos diferentes recursos destinados à saúde, colocando-se sob gestão do poder municipal, que passa a assumir a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, a organização, a execução, a avaliação e o controle das ações e serviços de saúde na área de atuação. A municipalização possibilita maior racionalidade à organização do sistema de saúde, uma vez que o poder de decisão se encontra mais próximo dos problemas a serem enfrentados (FACHINELLO, MISOCZKY E TERRA, 1996:31).

A Norma Operacional Básica 01/93 do Ministério da Saúde, estabelecia os diferentes estágios de descentralização do SUS – *condições de gestão* – e formalizava as instâncias que, juntamente com os Conselhos de Saúde, deviam operacionalizar o processo de descentralização. Santa Rosa, RS, municipalizou-se na condição de gestão incipiente, ficando logo evidente as limitações desse estágio de descentralização. Assim, um ano depois a administração municipal e o conselho de saúde optaram por ingressar na condição de gestão semiplena. Nesta, o município recebe o total de recursos de custeio ambulatorial e hospitalar e gerência o sistema em nível local. Essa condição de gestão se constituía a forma mais avançada de descentralização possível, até aquele momento.

A descentralização permitiu aos níveis estadual e municipal coordenar as ações de tal modo que a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no município acontecesse de acordo com princípios estabelecidos pelo sistema.

O Consórcio Distrital de Saúde (CODIS)

Os municípios que integram a região da Grande Santa Rosa vêm trabalhando em varias frentes de integração, encaminhando em conjunto políticas, reivindicações, e buscando soluções globais para os problemas em comuns.

Em qualquer região e, especialmente nesta, devido às pequenas distâncias entre os Municípios, organizar o sistema de saúde isoladamente implica no risco da sua inviabilização. Isto geraria um crescente e desordenado fluxo de populações dos municípios vizinhos para o de maior poder de resolutividade (neste caso, Santa Rosa), acarretando uma sobrecarga de demanda, desorganizando o Sistema, diminuindo a eficiência, rompendo os mecanismos de referencia e contra-referencia. Organizados os níveis locais, é possível montar um sistema regional capaz de estruturar os serviços de forma hierarquizada, de orientar os fluxos de clientela de um município para outro e de resolver, em conjunto, deficiências regionais. A forma de dar vida a esta articulação intermunicipal, na área da saúde, é a criação e implementação de um Consórcio Distrital (Regional) de Saúde.

O Consórcio Distrital de Saúde - CODIS – reúne os municípios da grande Santa Rosa. É coordenado pelo Conselho de prefeitos e administrado por um prefeito escolhido pelo conselho. Possui também um Conselho Deliberativo, composto por prestadores de serviços, usuários e secretários/dirigentes municipais de saúde. Na prática, acontece um convênio entre cada município e o CODIS, onde cada município paga cota fixa proporcional a sua população e, no fim de cada mês, pelos serviços do consorcio que utilizou. O consorcio contratar profissionais para cobrir deficiências da região, principalmente no que se refere a

procedimentos especializados, e repassa os honorários ao fim do mês, de acordo com o que foi realizado (FACHINELLO, MISOCZKY E TERRA, 1996).

Um exemplo da atuação do CODIS é o Projeto do Consultório Oftalmológico: o equipamento foi doado pela Fundação Banco do Brasil e o Consorcio vai contratar os profissionais e garantir os insumos para o seu funcionamento. Outro caso típico de equipamento a ser gerenciado pelo Consorcio é o do hemocentro, que deve ser concluído no início do próximo ano e vai beneficiar cerca de um milhão de pessoas, distribuídas em 60 municípios das regiões da grande Santa Rosa, Missões, Celeiro e Planalto Médio, através do fornecimento de sangue e hemoderivados para os hospitais da região, garantindo um controle rigoroso de qualidade. Da mesma forma, os profissionais e o aporte de insumos será através do CODIS, assim como a “venda de serviços” para os Consórcios ou Prefeituras das outras regiões que serão cobertas.

A distritalização do sistema de saúde em Santa Rosa, RS.

O objetivo de criar distritos sanitários é o de conhecer a população com a qual se trabalha, as características da área geográfica em que ela vive, incluindo, os equipamentos de saúde e os demais equipamentos sociais, a realidade sócio-econômica da população, condições de moradia e saneamento básico, áreas insalubres e fontes poluidoras, os determinantes de morbi-mortalidade prevalentes. Desta forma, é possível planejar e executar ações com a efetiva participação da população local, inovando as práticas sanitárias e subordinando o modelo de atenção à saúde ao quadro sócio-sanitário. O critério inicial de divisão do município levou em conta aspectos geográficos, populacionais (Censo da FIBGE de 1991), e a distribuição dos equipamentos sociais e unidades de saúde. A divisão poderá ser modificada em decorrência de informações sócio-sanitárias no futuro. Cada um dos nove

Distritos Sanitários tem uma área geográfica delimitada, uma população quantitativamente conhecida e unidades de saúde e equipamentos sociais instalados. Seriam, na realidade, “embriões” de distritos sanitários, já que sua efetiva implantação vem se dando no decorrer do processo.

Cada um dos distritos sanitários conforme citado na obra “*Municipalização de Santa Rosa na prática*” organizado por Fachinello, Misoczky e Terra (1986) é coordenado pelo enfermeiro, que dirige o posto de saúde da área e tem atribuições de: a) coordenar as atividades administrativas, assistenciais e de atenção à saúde; b) controlar e organizar a limpeza da unidade, solicitar manutenção da área física e equipamentos, fazer previsão de consumo de insumos e controlar estoques; c) acompanhar a produtividade da unidade bem como a qualidade dos serviços prestados, verificar o funcionamento dos mecanismos de referencia e contra-referencia, funcionamento do esquema de coleta e transporte de materiais para exames de laboratório, controlar a pontualidade e assiduidade dos servidores; d) participar do treinamento e reciclagem dos auxiliares de enfermagem e supervisionar o desenvolvimento de suas atividades; e) participar do treinamento e o processo de educação continuada dos agentes de saúde, supervisionando suas atividades; f) receber e avaliar as informações e dados obtidos pelos agentes de saúde junto à comunidade; g) realizar visitas domiciliares para resolução ou encaminhamento das situações que estejam fora do alcance dos agentes de saúde ou auxiliares de enfermagem; h) encaminhar as questões de saúde da comunidade para discussão e avaliação pela equipe multidisciplinar; i) participar de programas de educação para a saúde; j) coordenar, na sua área de atuação, o desenvolvimento das ações de saúde definidas de acordo com as necessidades da população de cada Distrito; l) participar, planejar e executar outras ações de saúde a serem desenvolvidas no Distrito (FACHINELLO, MISOCZKY E TERRA (1986).

Cada Distrito Sanitário tem pelo menos uma Unidade Básica de Saúde, que oferece atendimento médico em clínica geral, pediatria e gineco-obstetricia; atendimento odontológico da demanda e em escolas; imunizações; exames citopatológicos; consultas de enfermagem; grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes; atendimento domiciliar pela enfermagem e, em algumas áreas, por médico. No Distrito Central também se encontra o Centro de Especialidades, que oferece atendimento em gineco-obstetricia, urologia, oftalmologia, nefrologia, gastroenterologia e exames de eletrocardiografia.

A distritalização é uma das maneiras de planejamento do modelo de atenção a saúde, bem como a distribuição adequada dos recursos humanos e financeiros nas ações de saúde que serão desenvolvidas pelo sistema e um meio de aproximação dos serviços com a população.

Conselho Municipal da Saúde

A participação popular começa a se efetivar, de modo formal, com a criação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) em julho de 1987. A CIMS era composta por 35 entidades e dirigida por um Núcleo de Coordenação. A definição deste órgão colegiado como tendo caráter meramente consultivo, o que impedia de deliberar efetivamente sobre os serviços e ações de saúde no Município, desestimulou um bom nível de participação popular.

Em agosto de 1992, é instituído o Conselho Municipal de Saúde (CMS). O CMS é um órgão colegiado, de caráter permanente, com poderes deliberativos da Lei Federal nº 8142/90. Tem como objetivos básicos o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da Política Municipal de Saúde e do Meio Ambiente, constituindo-se no órgão coordenador máximo do Sistema de Saúde e do Meio Ambiente.

MÉTODO

Tipo de estudo

Pesquisa será um Estudo de Caso onde serão realizadas análises quantitativas e qualitativas. A pesquisa quantitativa será baseada em dados secundários coletados no Ministério da Saúde, na Secretaria Estadual de Saúde - RS, na Fundação de Saúde Municipal de Santa Rosa, no IBGE e outros. Estes dados serão analisados estatisticamente, Gaskell e Allum (2002:22) comentam que a “pesquisa quantitativa lida com número, usa modelos estatísticos para explicar dados, e é considerada pesquisa *hard*”.

A pesquisa qualitativa procura dar respostas de maneira particular as questões surgidas nos dados estatísticos. Preocupa-se com o nível de realidade, e trabalha dentro de um universo de significados, motivos, valores e atitudes, que vão além da operacionalização das variáveis (MINAYO, 1994). Esta autora relata que “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos (...) não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia” (MINAYO, 1994:22). O estudo que envolve a investigação quantitativa e qualitativa requer dedicação do investigador para saber trabalhar com a complexidade do processo de investigação e de conhecimento com que está trabalhando.

É importante lembrar que dificilmente existirá uma pesquisa quantitativa sem a interpretação, com o pressuposto paralelo de que a pesquisa qualitativa auxilia nas conclusões quase que automaticamente (GASKELL E ALLUM, 2002), portanto, serão utilizados os dois tipos de pesquisa para descrever as mudanças do modelo de gestão do município estudado.

O Estudo de Caso trata de um aprofundamento por parte do pesquisador em um caso particular no qual se colocam questões do tipo “como” e “por que”, geralmente isto ocorre quando o pesquisador “tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real” (YIN, 2001:19).

O Estudo de Caso pode ser considerado o menos estruturado, porém mais real, o menos limitado, por outro lado o mais aberto e finalmente o menos controlado (LESSARD-HÉBERT. GOYETTE E BOUTIN, 1990:169), o que permite ao pesquisador analisar com maior ênfase os dados coletados chegando o mais perto possível do fato ocorrido.

"(...) o estudo de caso contribui, de forma inigualável, para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos. (...) a clara necessidade pelos estudos de caso surge do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos. Em resumo, o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real – tais como ciclo de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, nas relações internacionais e a maturação de alguns setores" (YIN, 2001:21).

O Estudo de Caso “como estratégia de pesquisa compreende um método que abrange tudo – com a lógica de planejamento incorporado abordagens específicas à coleta de dados e à análise de dados” (YIN:2001, 33). Assim tanto à coleta de dados como à análise podem se utilizar inúmeros recursos que vão desde uma narrativa de história de vida até a pesquisa documental. Nesta pesquisa específica estará sendo realizado um estudo de caso descritivo, no qual serão levantadas as informações na área de saúde e feito a descrição do processo de mudanças (se ocorrerem) nos indicadores escolhidos pelo pesquisador. Assim fica evidente

que não existem contrastes entre pesquisa qualitativa e quantitativa, ambas neste caso se completam para apresentar o resultado da pesquisa.

Local de Estudo

A pesquisa será realizada na Fundação Municipal de Saúde do município de Santa Rosa/ RS, utilizando se de dados sobre o Sistema de Informação do DATASUS, a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, a Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, artigos, leis, decretos, resoluções do conselho, regimento interno e relato de experiência dos anos de 1993 a 2003, divididos em três momentos, sendo o primeiro da implantação do programa de gestão plena municipal de saúde, 1993, o segundo envolvendo os anos de 1994 a 1998, o terceiro de 1999 a 2003.

Coleta de Dados

O Estudo de Caso representa uma maneira de investigar um dado empírico seguindo-se um conjunto de procedimentos pré-especificados (Yin, 2001). Neste estudo serão levados em consideração os princípios da utilização de mais de uma fonte de evidências, a criação de um banco de dados para o estudo e a manutenção de um encadeamento de evidências que a análise qualitativa fará suporte.

Na pesquisa será utilizada como fonte de dados os documentos (administrativos, estudos ou avaliações formais do local, recortes de jornais ou artigos, memorandos, cartas, agendas, avisos e minutas de reuniões) disponíveis na Fundação Municipal de Saúde do município de Santa Rosa/ RS. Os registros em arquivos de serviços, mapas e tabelas, censos demográficos e registros pessoais (Sistema de Informação do DATASUS, a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, a Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa e

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, artigos, leis, decretos, resoluções do conselho, regimento interno e relato de experiência), pois as “fontes em arquivos também apresentam informações quantitativas e qualitativas. Dados numéricos (informações quantitativas) em geral são muito importantes e encontram-se disponíveis para um estudo de caso; os dados não-numéricos (informações qualitativas) também são importantes” (YIN, 2001:111), para traçar a análise das alterações na área de saúde do município e provavelmente auxiliar na tomada de decisão sobre os serviços de saúde nas políticas públicas.

Vale ressaltar que a entidade permite (conforme anexo VI) examinar os arquivos, incluindo a revisão de documentos que talvez já tenham sido postos no depósito bem como, todos os dados coletados sobre a saúde do município de Santa Rosa, RS. Também é importante lembrar que o pesquisador deve assegurar-se da veracidade da produção dos documentos que está examinando (Yin, 2001).

Um ponto positivo do Estudo de Caso é a sua flexibilidade já que o agendamento dessas atividades de recuperação de documentos e dados registrados é uma questão geralmente independente de outras atividades.

A pesquisa fará primeiro um estudo quantitativo, levantando informações disponíveis e de interesse do pesquisador na análise que são as variáveis de indicadores de oferta serão utilizados: (a) o número de internações hospitalares SUS/100 habitantes; (b) consultas médicas SUS/habitantes; (c) cobertura vacinal DPT (3ª dose); (d) cobertura vacinal poliomielite (3ª dose). Enquanto indicador de financiamento serão usados o gasto médio SUS por: (a) atendimento ambulatorial; (b) internação hospitalar; (c) internação de alta complexidade e (d) o valor global transferido para o município, (e) gastos de saúde anual da verba estadual. E como indicador da situação de saúde no município, utilizaremos: (a) esperança de vida ao nascer para ambos os sexos, (b) mortalidade infantil; (c) mortalidade materna; (d) mortalidade proporcional (60 anos e mais) e (e) mortalidade por

homicídios. Após o levantamento dos dados quantitativos partirá para a análise destes qualitativamente utilizando-se da técnica descritiva de um estudo de caso.

Análise dos Dados

Será seguida a análise proposta por Yin (2001) em sua obra *Estudo de Caso: planejamento e método*, no qual indica que a melhor estratégia é analítica geral. Primeiramente fará-se uma proposição teórica através do referencial construído e posteriormente uma abordagem descritiva do caso.

Para efetivação utilizar-se-á das técnicas analíticas específicas sugerido pelo autor Yin (2001) que trata dos modelos lógicos de programa. Esta análise é uma combinação de técnicas de adequação padrão (comparação entre o empírico e a base prognóstica) e de análises de séries temporais que conforme já explicado acima será realizada em três momentos. Esta análise permitirá ao pesquisador saber se a intervenção do modelo implantada no município de Santa Rosa, RS, em 1993 corroborou para produzir um resultado positivo na área de saúde. É importante lembrar que na análise o ponto chave é a existência de seqüências repetidas de eventos na ordem causa-efeito, todas encadeadas. “Quanto mais complexa for a ligação entre elas, mais definitiva será a análise dos dados do estudo de caso, a fim de se determinar se a adequação ao padrão foi realizada com esses eventos ao longo do tempo” (YIN, 2001:149).

REFERÊNCIAS

ABRASCO, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Atualização da agenda da reforma sanitária brasileira, 2000. Contribuição a 11ª Conferência Nacional de Saúde.

ACURCIO, F.A., SANTOS, M. A, FERREIRA, S.M.G. O planejamento local de serviços de saúde. In: MENDES, E.V. A organização da saúde no nível local. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap.4, p.111-132.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinalidade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. II (1-2), 1987.

BAUER, M.W. e GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático. (traduzido por Pedrinho A.Guareschi) 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.5-17,1996.

BERTOLLI FILHO, C. Historia da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 1996.71p.

BESSA, M.S. (orgs.) Saúde, desenvolvimento e política. Respostas frente a aids no Brasil. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Ed.34,1999.Cap.1, p.29-90.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. CONSELHO NACIONAL DA SAUDE. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: Avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília: MS, 2002. 72p.

BRICEÑO-LÉON, R. Quatro modelos de investigação de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas ciências sociais. In: GOLDENBERG, P (org). O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CARVALHO, G.de CM. O financiamento público federal do sistema único de saúde -1988-2001. 2002. n° 316 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil da Universidade de São Paulo, [2002].

CECILIO, L.C.de O. Inventando a mudança na Saúde. São Paulo, SP. 1997.

CEFOR. Breve história das políticas de saúde no Brasil. São Paulo, s.d. (mimeo).

CONASS. A saúde na opinião dos brasileiros: um estudo prospectivo. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2003.

_____. Para Entender a Gestão do SUS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2003.

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios.

CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p.11-26.

DALLARI, A.A. Fundação Privada – Controle pelo Tribunal de Contas – Parecer – In: Pareceres RDP-98/81.

DALLARI, S.G. A saúde do brasileiro. 10.ed. São Paulo: Editora Moderna, 1997.

DI PIETRO, M.S.Z. Direito administrativo. 5. ed. São Paulo: Ed. Atlas, s.d.

DUARTE, E.C. et al. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

FACHINETTO, N.J.; MISOCZKY, M.C. e TERRA, O.G. (Orgs). Municipalização da saúde na prática: a experiência de Santa Rosa. Porto Alegre, DaCasa Editora, 1996.

FINKELMANN, J.(org), Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FRANÇA, S.B. A presença do Estado no setor saúde no Brasil. Revista do serviço público, v.49, n.3, p.85-100, 1998.

YIN, R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos. (traduzido por Daniel Grassi) 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

IX CONFERENCIA, NACIONAL DE SAUDE, Relatório final, Brasília, 1993.

KROWCZUK, E. R. Conquistas e obstáculos no Campo de Políticas de Saúde no Brasil de 1920 a 1995: lutando pela municipalização da Saúde. Curso de Doutorado em Filosofia e Ciências da Educação. Faculdade de Filosofia e Ciências da Educação da Universidade de Santiago de Compostela. Espanha: USC, 1995.

LEITE, M.S.P. Políticas sociais e cidadania. Physis, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.117-131,1991.

LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G e BOUTIN, G. Investigação qualitativa: fundamentos e práticas. (tradução Maria João Reis). Instituto Piaget, Lisboa, 1990.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” -anos 80.iiv: Physis, - Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, VI, n.1, p.77-96,1991.

MATTOS, R.A. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/aids: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PARKER,R., GALVÃO,J.

MEIRELLES, H.L.Direito administrativo brasileiro 18ªed, s.l. Ed.Malheiros, 1983 (atualizada).

MELLO JORGE, Maria Helena Prado de. A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999. Brasília: Organizações Pan-americanas da Saúde, 2001.

MELLO, C.A.B.de Prestação de serviços públicos e administração indireta 2. ed. São Paulo: Ed; RT, 1983.

MINAYO, M.C.de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.de S.; DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O. e GOMES, R.(orgs) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINISTERIO DA SAUDE.Saúde no Brasil: desafios e perspectivas. Brasília: MS, 1998.45p.

MORIN, Edgar, LE MOIGNE, Jean-Louis. A inteligência da complexidade. São Paulo: Petrópolis, 2000.

MULLER NETO, J.S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores – IN: Cadernos da nona. Volume I - Descentralizando e Democratizando o Conhecimento - Brasília: Cultura, 1992.

NEGRI, B., DI GIOVANI, G.(orgs.). Brasil: radiografia da saúde. Instituto de Economia e Núcleo de Políticas Públicas da Unicamp, 2001. (coletânea de 21 pesquisas e textos).

NER Y, M. H. Enfermagem em saúde pública: fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade. Porto Alegre, Sagra: De Luzzatto, 1998.

OPAS. Política de saúde da América Latina. Organização Pan-americana da Saúde e o Centro Latino-Americano para o Desenvolvimento. Brasília: David, 1988.

_____. Série técnica do projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

RINALDI, L.B., et.al. Qual a autonomia municipal na gestão da saúde? Porto Alegre: Da Casa, 1997. (Texto origem Monografia de conclusão do curso de especialização em saúde pública da UNIJUI).

RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Ministério da Saúde.NESP. Incentivo a participação popular e controle social do SUS: textos para Conselheiros de Saúde. Brasília: MS, 1998.p.7.17.

SILVA JR. A.G.da. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, MINISTERIO DA SAÚDE, 2002.

TEIXEIRA, P.R. Políticas públicas em aids.In: PARKER, R. (org.) Políticas, instituições e aids.Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997.Cap.2, p.43-68.

VIANA, S.M., et al. Medindo as desigualdades em Saúde no Brasil. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2001.

VIANA.L.D. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o longo período de reformas. In: Ciências sociais e saúde para o ensino médico. A.M.C. São Paulo.: Hucitec, 2000.

VIANNA, M.L.T.W. Notas sobre política social. Physis, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.133-159,1991.

CRONOGRAMA

Definição Projeto	Novembro/03
Revisão da Literatura	Novembro/03 a Junho/04
Elaboração do Ante-Projeto	Novembro/03 a dezembro/03
Qualificação do Projeto	Setembro/04
Coleta de Dados	Outubro/04
Análise Dos Dados	Novembro/04
Redação Do Relatório	Novembro/04 a dezembro/04
Defesa Pública	Dezembro/04
Redação Do Artigo	Janeiro/05
Publicação Do Artigo	Janeiro/05 a dezembro/05

ORÇAMENTO

As despesas orçadas do referido projeto, serão de inteira responsabilidade do autor do estudo.

1) DESPESAS DE CUSTEIO		R\$
MATERIAL DE ESCRITÓRIO		R\$200,00
ENCADERNAÇÕES/XEROX/LÂMINAS		R\$200,00
FOLHAS A4/ENVELOPES		R\$100,00
SERVIÇOS DE TERCEIROS	REVISÃO PORTUGUÊS	R\$300,00
	DIGITAÇÃO	R\$400,00
	PESQUISADORA	R\$1.000,00
MATERIAL DE INFORMÁTICA	DISQUETES	R\$30,00
	TINTA IMPRESSORA	R\$300,00
TRANSPORTE/DESLOCAMENTO		R\$1.000,00
2) DESPESAS DE CAPITAL		R\$
MICROCOMPUTADOR/IMPRESSORA		R\$3.000,00
LIVROS		R\$500,00
REVISÃO LITERATURA/INTERNET		R\$500,00
TOTAL GERAL		R\$7.530,00

ANEXOS

ANEXO A- Lei do Conselho Municipal de Saúde

Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providencias

Capitulo I

Dos Objetivos

Art. 1º - Fica instituído o CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE (CMS), em caráter permanente, como órgão deliberativo do Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito Municipal.

Art. 2º - Sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, é competência do CMS:

- I – definir as prioridades da saúde;
- II – estabelecer as diretrizes do Plano Municipal de Saúde;
- III – atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde;
- IV – propor critérios para a programação e para as execuções financeiras e orçamentárias do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando a movimentação e o destino dos mesmos;
- V – acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades publicas e privadas integrantes do SUS;
- VI – definir critérios de qualidade përa o funcionamento dos serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;

VII – definir critérios para a celebração de contratos ou convênios entre o setor público e as entidades privadas de saúde no que tange a prestação de serviços de saúde;

VIII – apreciar, previamente, contratos e convênios referidos no inciso anterior;

IX – estabelecer diretrizes quanto à localização e o tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;

X – elaborar seu regimento interno;

XI – outras atribuições estabelecidas em normas complementares.

Capítulo II

Da estrutura e seu Funcionamento

Art. 3º - O CMS, órgão colegiado, instancia máxima de poder em relação à gestão da saúde e meio ambiente no município, será composta de forma paritaria:

I – cinquenta por cento (50%) de seus membros serão representantes do Governo Federal, Governo Estadual e Governo Municipal, instituições de formação de recursos humanos em saúde, prestadores de serviços da rede pública e privada e trabalhadores da saúde;

II – cinquenta por cento (50%) de seus membros serão usuários representantes da sociedade civil organizada: Associações de Bairros, Conselhos Populares e Sindicatos de Trabalhadores.

Art.4º - Cabe a cada entidade representativa indicar ou substituir a qualquer tempo, seu(s) representante(s) no CMS, através de comunicação escrita ao Presidente do Conselho.

Parágrafo Único – A relação das entidades integrantes do CMS devera ser afixada em locais públicos pelo Presidente, o qual caracterizara o quorum deliberativo do Conselho.

Art.5º - A cada membro titular do CMS corresponderá um suplente.

Art.6º - Será considerada como existente, para fins de participação no CMS, a entidade legalmente constituída, com funcionamento regular e considerada representativa pelo Conselho.

Art.7º - Os membros efetivos e suplentes do CMS, serão homologados pelo Prefeito Municipal, mediante indicação:

I – da autoridade estadual ou federal correspondente, no caso de representação de órgãos estaduais e federais;

II – das respectivas entidades nos demais casos.

Parágrafo Único – Os representantes do Governo serão de livre escolha do Prefeito.

Art.8º - O CMS será dirigido por um Núcleo de Coordenação constituído por seis membros: Presidente; um Vice-Presidente; dois Vice-presidentes; secretário-geral; um Secretario e 2 Secretario, eleitos em assembléia, com mandato de um ano, podendo mesmo ser reeleito por mais uma gestão.

Art.9º - O CMS reger-se-á pelas seguintes clausulas, no que se refere a seus membros:

I – o exercício da função de conselheiro não será remunerada, considerando-se como serviço publico relevante;

II – os membros do CMS serão substituídos, caso falem sem motivo justificado, a duas reuniões consecutivas ou quatro reuniões intercaladas no período de um ano;

III – os membros do CMS serão substituídos mediante solicitação da entidade ou autoridade responsável;

IV – os conselheiros com dificuldades de locomoção, para participar das reuniões plenárias do CCMS, poderão obter auxílio do município para o seu deslocamento.

Seção I

Do Funcionamento

Art.10º - O CMS terá seu funcionamento regido pelas seguintes cláusulas:

I – o órgão de deliberação máxima é o plenário;

II – as reuniões plenárias serão realizadas ordinariamente a cada mês e, extraordinariamente convocadas pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus membros;

III – para a realização das reuniões plenárias o Regimento Interno do CMS devesse normatizar a forma de convocação como também a presença mínima de conselheiros;

IV – cada um dos membros do CMS terá direito a um único voto em cada matéria na reunião plenária;

V – as decisões do CMS serão consubstanciadas em resoluções;

Parágrafo Único – O CMS fixara em seu Regimento Interno, a ser homologado pelo Prefeito Municipal, as demais condições de sua atuação.

Art.11º - A Secretaria Municipal de Saúde proverá as instalações em área central para o funcionamento do CMS, bem como prestará todo o apoio administrativo.

Art.12º - Para melhor desempenho de suas funções o CMS poderá recorrer a pessoas ou entidades mediante os seguintes critérios:

I – considerando-se colaboradores do CMS as instituições formadoras de recursos humanos para a saúde, as entidades representativas de profissionais e usuários dos serviços de saúde, em embargo de sua condição de membros; especialização, para assessorar o CMS em Assuntos específicos.

Art.13º - As reuniões plenárias, ordinárias e extraordinárias do CMS, deverão ter ampla divulgação e acesso assegurado à população.

Parágrafo Único – As resoluções do CMS, bem como os temas tratados em plenário, reuniões de diretoria e comissões, deverão ser amplamente divulgadas.

ANEXO B - Composição paritária do Conselho Municipal de Saúde

Representantes do Governo, Prestadores e Profissionais de Saúde

Total de 38 Conselheiros

11 do Governo Municipal

5 – Fundação Municipal de Saúde

1 – Órgão municipal de finanças

2 – Órgão municipal de educação

1 – Órgão municipal de obras, serviços e saneamento

1 – Órgão municipal de meio ambiente

1 - Secretaria Municipal de Educação

1 – Secretaria Municipal de Habitação e Bem-Estar Social.

8 do Governo Estadual

1 – CORSAN;

1 – EMATER;

2 – Delegacia do Trabalho;

1 – Ministério Público;

1 – 17ª Delegacia de Ensino;

2 – 14ª Delegacia Regional de Saúde.

4 do Governo Federal

1 – Ministério da Saúde;

1 - Ministério do Trabalho;

1 – Ministério da previdência;

1 – Ministério da Ação Social.

13 dos Prestadores de Serviço

1 – AMRIGS;

1 – Delegacia Regional do SIMERS;

1 – Associação Brasileira de Odontólogos;

1 – Hospital de Caridade;

1 – Hospital Dom Bosco;

1 – Lab. de Análises Clínicas;

2 – Prestadores Privados Contratos pelo SUS;

1 – Funcionários SSMA;

1 – Funcionários FMSSAR;

1 – Funcionários Federais;

1 – Sind. Empregados em Estabelecimentos de Saúde.

2 dos Centros de Formação de Recursos Humanos para a Saúde

Representantes dos Usuários – Total de 38 Conselheiros

12 de Associações de Moradores

1 - Associação dos Moradores (AM) das Vilas Bom Sucesso e Auxiliadora;

1 – AM da Vila Agrícola e Tiradentes;

1 – AM da Vila jardim;

1 – AM da Vila Beatriz e Oliveira;

1 – AM das Vilas Sulina e Nova;

1 – AM das Vilas Jardim Petrópolis e Guaíba;

1 – AM da Vila Winkermann;

1 – AM da Vila Timbaúva;

1 – AM da Vila Pró-Morar;

1 – AM do Rincão Santo Cristo;

1 – AM das Vilas Julio de Oliveira, Aparecida e Morada do Sol;

1 – AM da Vila 7 de Setembro.

10 de Sindicatos

1 – Sindicato dos Aposentados;

1 – Sindicato dos trabalhadores (ST) em Estabelecimentos Bancários;

- 1 – ST nas Industrias Metalúrgicas;
- 1 – ST Rurais;
- 1 – ST em Transportes Rodoviários e Cargas;
- 1 – ST na Indústria da Alimentação;
- 1 – ST na Construção Civil;
- 1 – Sindicato dos Servidores Públicos Municipais;
- 1 – CPERS Sindicato;
- 1 – SIMPRO.

Outras Participações

- 1 – Estudantes Secundaristas;
- 1 – Instituições de Nível Superior de Ensino;
- 1 – Estudantes de Nível Universitário;
- 1 – APAE;
- 1 – Clubes de Mães;
- 1 – ACISAP;
- 1 – CDL;
- 4 – Cooperativas de Produção;
- 1 – SESI;
- 1 – SESC;
- 1 – Sindicato Rural.

ANEXO C – Fundação Municipal da Saúde

A criação da Fundação Municipal de Saúde, como já vimos, resultou da necessidade de maior agilidade administrativa e de possibilitar a contratação de pessoal qualificado em regime de 8 horas de trabalho diário. Faz-se, portanto, acompanhar de um Plano de Cargos e carreiras (Lei 2929/96 do Município de Santa Rosa).

Aspectos Legais

Natureza jurídica

A partir da Constituição Federal de 1988, toda a fundação instituída pelo Poder Público (União, Estados, Municípios) terá tratamento legal como pessoa jurídica de direito público e fará parte da administração pública indireta, em nada diferente das autarquias, pois submetida aos controles moralizadores que incidem, sobre estas e que são próprios das pessoas de direito público, independentemente da natureza jurídica que a Lei instituidora lhe atribuir.

Caracterização das Fundações:

- desempenham e executam uma atividade estatal, não lucrativa, de forma descentralizada (ex. saúde, educação, cultura, meio ambiente, etc.), no interesse coletivo;
- subordinam-se as regras gerais da administração pública, em todos os sentidos;
- estão sujeitas à fiscalização do tribunal de Contas (órgãos do Poder legislativo), além dos controles administrativos do Poder Executivo, quanto à gestão financeira;

- não há fiscalização do Ministério Público;
- são constituídas extintas por lei (art 37, XIX, CF/88), não se lhes exige inscrição dos respectivos atos constitutivos, inclusive seu estatuto, no Registro Civil das Pessoas jurídicas:
 - seus servidores submetem-se a regime jurídico e plano de carreira, estabelecidos de modo uniforme para os servidores da administração direta, nos termos dos artigos 37 e 39 da CF/88, inclusive no tocante à proibição de acumulação com outro cargo publico;
 - aplicam-se aos dirigentes e servidores as regras dos art.327 do Código Penal (para fins criminais) e art.1º da lei 8.429/92 (para fins de análise de atos de improbidade administrativa);
 - seus dirigentes estão sujeitos a mandado de segurança (art.1º,§ 1º, Lei 1.533/51;5º,LXIX,CF/88); cabimento de ação popular contra atos lesivos ao seu patrimônio (art.1º da Lei 4.717/65; art. 5º,LXXIII,CF/88); possuem legitimidade para propor ação civil publica (art.5º,Lei 7.347/85);
 - submissão a Lei 8.666/93, nas licitações e contratos, nos termos dos art. 1º e 119 (art. 37,XXI,CF/88)
 - no tocante as finanças públicas subordinam-se as exigências dos art. 52, VIII, 169, parágrafo único e 165,§§ 5º e 9º, da CF/88;
 - gozam de imunidade tributaria sobre o seu patrimônio, a renda ou serviços vinculados a suas finalidades essenciais ou delas decorrentes (art.150, § 2º, CF/88);
 - gozam de presunção de veracidade e executoeridade de seus atos, em razão do principio da legalidade dos atos administrativos;
 - seus bens de impenhorabilidade;
 - sujeitam-se ao processo especial de execução dos débitos respectivos (art.100, CF/88).

Principais Vantagens

Por estar desmembrada da administração direta pode diversificar-se das repartições públicas para adaptar-se as exigências de seus serviços. Regem-se por estatutos peculiares à respectiva destinação, podendo assumir as mais variadas formas (órgãos, departamentos, seção, unidades);

Possui autonomia de gestão e pessoal especializado, liberto da burocracia comum das repartições públicas centralizadas. Tem acesso ágil e eficiente aos recursos que lhe são destinados, independente da liberação ou autorização da secretaria da fazenda.

Seu patrimônio destina-se, exclusivamente, aos fins para os quais foi criada, podendo ser utilizado, onerado e alienado para os fins da instituição, na forma estatutária, independentemente de autorização legislativa especial.

Respondem individualmente por suas obrigações, e sujeitam-se aos pagamentos a que foram condenados até os limites de seus recursos, respondendo à entidade estatal a que pertence, no caso, o Município, apenas, subsidiariamente.

Seu orçamento dever ser aprovado por decreto, assim como seus créditos adicionais (Lei 4.320/ Art.107).

ANEXO D – Lei da Fundação Municipal de Saúde

Cria a Fundação Municipal de saúde e da outras providencias*

Art.1º - Fica instituída a Fundação Municipal de Saúde de....., vinculada diretamente ao Prefeito, com personalidade jurídica de direito publico, patrimônio próprio, autonomia administrativa e financeira e sede nesta cidade.

Art.2º - A Fundação Municipal de Saúde deformulara, em consonância com o Conselho Municipal de Saúde, os princípios e diretrizes da política municipal de saúde, exercendo todas as atribuições municipais da área da saúde, na forma do disposto nos art.....da Lei Orgânica do município.....

Art.3º - Ficam transferidos e ou cedidos para a Fundação Municipal de Saúde de....., por sucessão ou para contribuição ao fundo patrimonial, os bens, o pessoal e os respectivos cargos, lotados na Secretaria Municipal de Saúde, os saldo dos recursos orçamentários destinados à área da saúde, bem como os respectivos encargos.

§ 1º - Excetuam-se dos bens a que se refere o caput deste artigo, os imóveis cuja transferência, se for o caso, devera ser objeto de lei especifica.

§ 2º - a transferência dos servidores a que se refere este artigo fica condicionada a aprovação pela Câmara Vereadores do respectivo Plano de Cargos, C artigo terão os respectivos cargos deduzidos dois quantitativos de cargos previstos no Plano de Cargos e Carreira de que trata o parágrafo anterior.

§ 4º - A relação de bens moveis e imóveis e de pessoal, bem como os saldos dos recursos orçamentários existentes, são parte integrante do anexo.....desta lei.

Art.5º - A fundação Municipal de, poderá desempenhar suas atividades mediante convenio ou contratos com entidades publicas e privadas, conforme a lei, sendo a Câmara cientificada desses atos em 30 dias.

Art. 6º - As receitas da Fundação Municipal de Saúde desão constituídas:

- I – de dotações orçamentárias.
- II – de recursos que por força de lei devam ser aplicados na saúde,
- III – dos recursos provenientes de convênios, contratos, acordos e ajustes,
- IV – de outras rendas e bens de qualquer natureza que, eventualmente receber.

Art.7º - A Fundação Municipal de Saúde de.....terá a seguinte estrutura administrativa básica:

I– Plano de Carreira Cargos e Salários.

§ 3º - Os servidores transferidos no termos do caput deste idêntica,

- II – Conselho Diretor,
- III – Departamento de Planejamento e Informações em Saúde,
- IV – Departamento Administrativo-Financeiro,
- V – Seção Financeira,
- VI – Seção de Pessoal,
- VII – Seção de Material e Patrimônio,
- VIII – Seção de Serviços Auxiliares;
- IX – Departamento de Atenção básica a Saúde,
- X – Unidade de Saúde,

XI – Departamento de Articulação com os Prestadores Privados de Serviços de Saúde,

XII – Departamento de Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses.

Parágrafo Único – Integram, ainda, a estrutura da Fundação Municipal de Saúde o Conselho Municipal de Saúde, regido por legislação própria.

Art. 8º - Os servidores da Fundação Municipal de Saúde Subordinam-se à Lei....., de.....de..... de 19....., que dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Municipais.

Parágrafo Único – A exceção do presidente, do Vice-Presidente e Diretores de Departamento, os demais cargos serão, obrigatoriamente, preenchidos por servidores públicos.

Art.9º - Os membros da estrutura administrativa constante no Art. 7º, nomeados em cargos comissionados, ao tomarem posse, prestarão declaração de bens.

Art.10º - A admissão de servidores para a Fundação municipal de Saúde de, salvo os que lhe forem transferidos com os respectivos cargos da Administração Direta dependerá de previa aprovação e classificação em concurso publico de provas ou de provas e títulos, para prover cargo inicial de carreira ou isolado.

Art.11º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrario.

*Com base nas Leis 2452/92 e 2688/94, do Município de Santa Rosa.

ANEXO E – Fundo Municipal de Saúde

O Fundo Municipal de saúde é instituído com o objetivo de gerenciar os recursos financeiros destinados ao desenvolvimento das ações de saúde.

Lei do Fundo Municipal de Saúde

Cria o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providencias*

Titulo I

Capitulo I

Dos Objetivos

Art.1º - Fica constituído o Fundo Municipal de Saúde que tem por objetivo criar condições financeiras e de gerenciamento dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas e/ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde e meio Ambiente, que compreendem:

I – A atenção à saúde integral, garantindo o acesso universal, gratuito, equânime e igualitário a toda a população do município, dentro de um sistema regionalizado e hierarquizado visando a promoção, proteção e recuperação da saúde;

II – a vigilância sanitária;

III – a vigilância epidemiológica;

IV – as ações, programas e serviços de saúde de interesse individual e coletivo notadamente aquelas dirigidas à saúde do trabalhador, da criança, do adolescente, dos idosos e da mulher;

V – a normatização, o controle e fiscalização em comum acordo com os órgãos correlatos da esfera federal e estadual;

VI – a normatização, o controle e a fiscalização das condições e do ambiente de trabalho, de acordo e nos limites da legislação vigente.

Titulo II

Da Administração do Fundo

Capitulo I – Gerenciamento

Art.2º - O FMS fica vinculado operacionalmente à Secretaria Municipal de Finanças, à Secretaria Municipal de Administração, à Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação, à Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, sendo os recursos administrados segundo o Plano de Aplicação, do Conselho Municipal de Saúde adjudicado pelo Prefeito Municipal e proposta orçamentária para cada exercício.

Parágrafo Único – São atribuições das Secretarias relacionadas no caput deste artigo:

I – É de competência da secretaria Municipal de Finanças, o seguinte:

- a. Abertura de conta em estabelecimento oficial de credito, devendo ser movimentada mediante assinatura conjunta do Secretario Municipal de Finanças e do Prefeito Municipal, que poderá delegar expressamente a outrem;
- b. Registrar os fatos contábeis na contabilidade geral do Município, na ocasião de sua concorrência;

- c. Providenciar, junto a Contabilidade do Município as demonstrações que indiquem a situação econômica-financeira do Fundo;
- d. Encaminhar a Secretaria Municipal de Saúde, mensalmente, as demonstrações do Fundo.

II – É de competência da Secretaria Municipal de Administração, o seguinte:

- a. Manter, em coordenação com o setor de Patrimônio da Prefeitura o controle dos bens patrimoniais.

III – É de competência da Secretaria Municipal de Planejamento o seguinte:

- a. Tomar conhecimento das obrigações definidas em convenio e/ou contratos firmados pela Prefeitura Municipal com instituições governamentais e não governamentais e que digam respeito ao Fundo Municipal de Saúde, bem como o Conselho Municipal de Saúde.

IV – É de competência da Secretaria Municipal de Saúde, o seguinte:

- a. Gerir, por delegação do Prefeito Municipal, o FMS e estabelecer política de aplicação dos recursos em conjunto com o CMS;
- b. Acompanhar, avaliar e decidir sobre a realização das ações previstas no Plano Municipal de Saúde;
- c. Submeter ao CMS o Plano de Aplicação a cargo do Fundo, em consonância com o Plano Municipal de Saúde e com a Lei de Diretrizes orçamentárias;
- d. Submeter ao CMS as demonstrações de receitas e despesas do Fundo.

V – É de competência do Conselho Municipal de Saúde, o seguinte:

- a. Organizar, elaborar e aprovar, anualmente, o Plano de Aplicação para o exercício seguinte, e o encaminhamento ao Prefeito Municipal até 30 de agosto de cada ano, para adjudicação;

- b. Pedir esclarecimentos à Secretaria Municipal de Finanças sobre a movimentação do Fundo e peças apresentadas;
- c. Opinar sobre as contas do Fundo tendo como base peças contábeis apresentadas pela Contadoria Municipal e o relatório da Secretaria Municipal de Saúde;
- d. Encaminhar pedidos de despesa por conta do Fundo, conforme Plano de Aplicação.

Capítulo II

Da Coordenação do Fundo

Art. 3º - O coordenador do Fundo será funcionário efetivo da Prefeitura Municipal, com as seguintes atribuições:

- I – providenciar junto à contabilidade geral do Município, as demonstrações que indiquem a situação econômico-financeira do FMS;
- II – apresentar ao secretário Municipal de Saúde e CMS, a análise e a avaliação da situação econômico-financeira do Fundo, detectada nas demonstrações mencionadas;
- III – manter os controles necessários sobre convênios ou contratos de prestação de serviços pelo setor privado e dos empréstimos feitos para a saúde;
- IV – elaborar e encaminhar mensalmente ao Secretário Municipal de Saúde, ao CMS e a Câmara de Vereadores, por cópia, relatório de acompanhamento e avaliação de produção de serviços prestados pelo setor privado na forma mencionada no inciso anterior;
- V – manter o controle e avaliação da produção de unidades integrantes da rede municipal de saúde, observando o Art.8;

VI – encaminhar, mensalmente, ao secretario de Saúde e à Câmara de vereadores, por cópia, relatórios de acompanhamento e avaliação de produção de serviços prestados pela rede municipal de saúde;

VII – manter, em coordenação com o Setor de Patrimônio da prefeitura Municipal, os controles necessários sobre bens patrimoniais com carga ao Fundo;

VIII – manter os controles necessários sobre convênios ou contratos de recursos oriundos de transferências, assim como providenciar as prestações e contas destes recursos recebidos.

Capítulo III

Dos Recursos do Fundo

Seção I

Dos Recursos Financeiros

Art. 4º - Constituem-se Receitas do Fundo:

I – dotação consignada anualmente no Orçamento Municipal;

a. A dotação a transferir representa, em valores, a soma correspondente a 10% (dez por cento) da receita Corrente arrecadada no mês anterior excluídos os valores de Fundos Especiais, bem como transferências de auxílio vinculados:

b. Os depósitos serão efetuados até o quinto dia do mês.

II – a transferência oriunda do orçamento da Seguridade Social, como decorrência do que dispõe o Art.30 da Constituição da Republica;

III – os rendimentos e juros provenientes de aplicações financeiras;

IV – o produto da arrecadação de taxas de fiscalização sanitária, de higiene e de meio ambiente, multa e juros de mora por infrações ao Código Sanitário Municipal, a ser criado por Lei;

VI – doações em espécie feitas diretamente ao Fundo.

§ 1º - As receitas descritas neste artigo serão depositadas, obrigatoriamente, em conta especial a ser aberta e mantida em estabelecimento bancário.

§ 2º - A aplicação dos recursos oriundos de natureza financeira dependerá:

I – da existência de disponibilidade e em função do cumprimento de programação aprovada;

II – da previa aprovação do CMS.

Seção II

Dos Ativos do Fundo

Art.5º Constituem Ativos do Fundo Municipal de saúde:

I – disponibilidade monetária em bancos ou em caixa especial oriunda de receita especificada:

II – direitos que por ventura vierem a constituir:

III – bens imóveis doados, com ou sem ônus, destinados ao Sistema Municipal de saúde;

IV – bens imóveis que forem destinados ao Sistema Municipal de Saúde;

V – bens moveis destinados à administração do Sistema Municipal de Saúde.

Parágrafo Único – Anualmente se processará o inventário dos bens e direitos vinculados ao Fundo Municipal de saúde.

Seção III

Dos Passivos do Fundo

Art.6º - Constituem-se passivos do FMS as obrigações de qualquer natureza que porventura o Município venha a assumir para a manutenção e funcionamento do Sistema Municipal de Saúde.

Capitulo IV

Do Orçamento

Art.7º - O orçamento do FMS evidenciará as políticas e os programas de trabalho governamentais, observados o Plano Municipal de Saúde, e os princípios da universalidade e da equidade.

§ 1º - O orçamento do FMS integrara o orçamento do Município, em obdiencia à unidade.

§ 2º - O orçamento do FMS observará, na sua elaboração e execução os padrões e normas estabelecidas na legislação pertinente.

Capitulo V

Da Execução Orçamentária

Seção I

Das Despesas

Art.8º - Imediatamente após a promulgação da lei Orçamentária, a Secretaria Municipal de Saúde aprovará 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 de sua execução.

Art. 9º - Nenhuma despesa será realizada sem a necessária cobertura de recursos orçamentários e financeiros.

Art.10º - A despesa do FMS se constituirá de :

I – financiamento total ou parcial de programas integrados de saúde desenvolvidos pela Secretaria ou a ela conveniados;

II – pagamento de vencimentos, salários, gratificações ao pessoal dos órgãos ou entidades de administração direta que participem da execução das ações previstas no Art. 1 da presente Lei, observados os limites necessários à execução do Plano Municipal de Saúde;

III - pagamento pela prestação de serviços a entidades de direito privado para execução de programas ou projetos específicos do setor de saúde, ações previstas no Art. 1 da presente Lei, observado o disposto no § 1º, Art. 199 da CF;

IV – aquisição de material permanente e de consumo, ou de outros insumos necessários ao desenvolvimento dos programas;

V – construção, reforma, ampliação ou locação de imóveis para adequação da rede física de prestação de serviços de saúde;

VI – desenvolvimento e aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão, de planejamento, administração e controle de ações de saúde:

VII - atendimento de despesas diversas à execução das ações e serviços de saúde mencionados no Art. 1 da presente Lei;

VIII – desenvolvimento de programas de capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos em saúde.

Seção II

Das receitas

Art.11º - A execução orçamentária das receitas se processará através da obtenção do seu próprio produto nas fontes determinadas nesta Lei.

Art. 12º - Sempre que houver recolhimento aos cofres municipais ou rede bancária, atinentes a este Fundo, a Secretaria Municipal de Finanças compromete-se a recolher à conta específica do Fundo em 48 horas.

Titulo III

Das Disposições Finais

Art.13º - O FMS terá vigência ilimitada.

* Com base nas leis 2495/93 e 2655/93, do Município de Santa Rosa.

ANEXO F - Competência do Conselho Municipal de Saúde de Santa Rosa, RS

– Formular, em consonância com o Conselho Municipal de Saúde, os princípios e diretrizes da política municipal de saúde e meio ambiente.

- Planejar, organizar, gerir e executar as ações, programas e serviços de saúde contemplados no Plano Municipal de Saúde, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde do conjunto da população do Município. A atenção à saúde será integral, garantindo o acesso universal, gratuito, equânime e igualitário aos serviços e ações, dentro de um sistema hierarquizado e com mecanismos de referencia e contra-referencia.

- Estabelecer a articulação do Sistema Municipal de Saúde com o Estadual e Nacional, bem como com outros serviços de saúde, públicos e privados, no Município ou região.

- Gerir o Fundo Municipal de Saúde, a ser criado por Lei.

- Gerir a dotação orçamentária, os bens móveis e imóveis de seu uso e comodato; os recursos humanos cotados no âmbito da Secretaria e aqueles vindos por sentença através da municipalização da saúde.

- Ordenar a formação de recursos humanos na área do Sistema Municipal de Saúde.

- Propor contratos e convênios com prestadores de serviços, públicos ou privados, administrando sua relação com esses serviços.

- Coordenar, realizar e supervisionar atividades de vigilância epidemiológica, informações em saúde, vigilância sanitária, controle de vetores e zoonoses, controle de produtos para o consumo humano, da produção ao consumo e controle do ambiente de trabalho.

- Cumprir e fazer cumprir os mandamentos contidos no Código Sanitário Municipal, a ser criado por Lei, realizando a normatização e fiscalização do setor, podendo aplicar as penalidades previstas em Lei.

- Elaborar e executar projetos que visem buscar recursos para o desenvolvimento das atividades da Secretaria e melhoria de serviços, realizando relatórios e prestação de contas.

- Executar outras tarefas correlatas ou as que venham a lhe ser atribuídas pelo Prefeito Municipal” (FACHINETTO, MISOCZKY E TERRA, 1986).

RELATÓRIO DE PESQUISA

RELATÓRIO

Este estudo compõe uma história que vem sendo tecida junto à luta pela democratização da saúde no Brasil. Durante minhas experiências como gestor de serviços públicos de saúde e trabalhador do SUS sempre me indaguei quanto aos resultados das políticas que ajudei a formular no final dos anos oitenta. Continuo militando deste então pelos princípios que outrora entendi como proposta adequada para a saúde pública no Brasil.

Aproveitei esta pesquisa para realizar uma pausa e refletir sobre a política de saúde implantada em Santa Rosa, Rio Grande do Sul, considerada nacionalmente como modelo a ser percorrido pelos demais municípios, pois contempla a aspiração de municipalização (descentralização) do Sistema Único de Saúde. Sabia que refletir a saúde em Santa Rosa era refletir também a implantação da política do Sistema Único de Saúde no Brasil, defendida pelo movimento de reforma sanitária. A proposta desta pesquisa sempre esteve direcionada para o estudo de uma política de saúde municipal, e por isso, considerou-se metodologicamente adequado, estudar “o caso” Santa Rosa através de um Estudo de Caso.

O desenho metodológico escolhido, qual seja, o estudo de caso, não foi previamente estruturado em todas suas etapas, engessado. Pelo contrário, acompanhou os acontecimentos, permitindo um contato direto e atuante com o cotidiano do serviço de

saúde de Santa Rosa, os atores nele envolvidos, profissionais, população. Ao término deste processo, pode-se dizer que o estudo foi realizado de acordo com os seguintes passos (sob pena de perder muitos movimentos invisíveis que não puderam ser vistos no momento):

1. Foi realizada uma visita ao Município de Santa Rosa em Março/2005, com o objetivo de conhecer a Fundação Municipal de Saúde (FUMSSAR) e apresentar a proposta de estudo para o gestor municipal (presidente da FMS), a fim de solicitar a anuência do presidente da FUMSSAR e da Prefeitura Municipal para a realização do estudo no município. Nesta oportunidade, conhecemos o sistema municipal de saúde e pudemos conversar informalmente com os profissionais e os usuários do sistema;
2. Visita-reunião com o Prefeito Municipal de Santa Rosa e com o Presidente da Fundação Municipal de Saúde realizada em Capão da Canoa-RS, junto à reunião da Associação dos Secretários Municipais do Rio Grande do Sul, em Abril de 2005;
3. Visita a FAMURS, para reunião agendada com o Presidente da FUMSSAR de Santa Rosa-RS, com o objetivo de elaborar o roteiro das entrevistas que compuseram a pesquisa qualitativa;
4. Consulta às Leis municipais de Santa Rosa;
5. Consulta ao Plano Municipal de Saúde de Santa Rosa;
6. Consulta dos Relatórios de Gestão da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (análise documental);
7. Consulta a Jornais de circulação municipal e estadual, que trouxeram em suas páginas matérias sobre a saúde em Santa Rosa;
8. Fase de coleta de dados das entrevistas:

- a. ATOR 1: Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Santa Rosa em 1993, Sindicalista (Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Santa Rosa);
 - b. ATOR 2: Atual presidente da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa;
 - c. ATOR 3: Médico, Secretário Municipal da Saúde na Gestão Municipal 1997-2000;
 - d. ATOR 4: Diretora Administrativa da Secretaria de Saúde de Santa Rosa, responsável pela elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários da Saúde.
 - e. ATOR 5: Presidente da FUMSSAR no período de 98-2000, Membro do Conselho Municipal de Saúde no período de 92 a 97.
9. Consulta às bases de dados do Ministério da Saúde (DATASUS) para descrever/avaliar quantitativamente, no período de 1993 a 2003. Na coleta de dados quantitativos, foram utilizados dados secundários de indicadores de saúde, sendo o gráfico 1 – Evolução das Internações Hospitalares em Santa Rosa, RS, 1993-2004, e gráfico 2 – Percentual de Consultas pré-natal em Santa Rosa, RS, 1999-2002. Tabela 1 - Evolução das ações de atenção básica em Santa Rosa, RS, Brasil, 1994 – 2004, e Tabela 2 - Evolução dos atendimentos especializados em Santa Rosa, RS, Brasil, 1994-2004. Estes dados foram colhidos junto ao Ministério da Saúde (DATASUS, 2005);
10. Análise sistemática dos dados, conforme o modelo lógico de programas (), cujo trabalho de análise situou-se na verificação das repetições nas falas, levando em conta o aspecto da formulação da política e o modo como foi compreendida e operacionalizada no sistema local de saúde.

É importante salientar que os atores escolhidos para participarem das entrevistas são indivíduos que de alguma forma continuam vinculados às políticas de saúde pública, contribuindo com a implementação da reforma sanitária brasileira. O trabalho contou também com dois ajudantes voluntários que contribuíram na elaboração, coleta e tratamento dos dados.

As conclusões deste estudo levam à necessidade de explorar o fator recursos humanos no SUS que, junto aos Conselhos Municipais de Saúde, são elementos-chave no processo de construção do público na saúde brasileira.

