



**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS
DE SÃO PAULO**

9

JESUS EDGAR PEÑA MEJÍA

**“A GERÊNCIA NOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE”:
ESTUDO DO PROCESSO DE DIREÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE
DE SANTOS, S.P.**

**Dissertação apresentada ao Curso de
Pós-Graduação da FGV / EAESP. Área
de Concentração: Administração de
Hospitais e de Sistemas de Saúde como
requisito para obtenção de título de
mestre em Administração.**

Orientadora:

Profa. Dra. ANA MARIA MALIK

SÃO PAULO

1995

Des

**“A GERÊNCIA NOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE”:
ESTUDO DO PROCESSO DE DIREÇÃO NO SISTEMA
DE SAÚDE DE SANTOS, S.P.**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Orientadora: Dra. ANA MARIA MALIK

Profa. Dra. EDITH SELLIGMAN

Prof. Dr. MARCOS KISIL

7/05

A minha mãe, CONSUELO (em memória)

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS
DE SÃO PAULO**

JESUS EDGAR PEÑA MEJÍA

**“A GERÊNCIA NOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE”:
ESTUDO DO PROCESSO DE DIREÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE
DE SANTOS, S.P.**

Dissertação apresentada ao Curso de
Pós-Graduação da FGV / EAESP. Área
de Concentração: Administração de
Hospitais e de Sistemas de Saúde como
requisito para obtenção de título de
mestre em Administração.



Orientadora:

Profa. Dra. ANA MARIA MALIK

SÃO PAULO

1995

Escola de Administração de S Empresa de São Paulo	
Data 11.9	N.o de Chamada (012) (816.13) P397g
N.o Volume 1099/95	Registrado por S.

Dis.
e.2

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....ix

LISTA DE GRÁFICOS.....xiii

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO.....1

1.1. INTRODUÇÃO.....2

1.2. OBJETIVOS.....6

1.3. METODOLOGIA.....7

CAPÍTULO 2.- OS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE COMO ALTERNATIVA DE MUDANÇA NOS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE.....	12
2.1. OS SILOS: UMA REVISÃO CONCEPTUAL.....	13
2.2. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	22
CAPÍTULO 3.- A CAPACIDADE GERENCIAL NOS SILOS.....	41
3.1. A GERÊNCIA NOS SILOS.....	42
3.2. OS INSTRUMENTOS DA GERÊNCIA.....	56
3.2.1. A RESOLUÇÃO.....	58
3.2.2. A GERÊNCIA.....	60
3.2.3. A DIREÇÃO.....	62
3.2.4. OS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS.....	63
CAPITULO 4.- CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE SANTOS.....	67
4.1. FATORES ECONOMICO-SOCIAIS.....	68
4.2. FATORES DEMOGRÁFICOS.....	78
4.3. INDICADORES DE SAÚDE.....	91
4.4. INDICADORES DO SISTEMA DE SAÚDE	106
CAPITULO 5.- O PROCESSO DE DIREÇÃO NO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE DE SANTOS.....	118
5.1. CONTEXTO ADMINISTRATIVO E ESTRUTURAL.....	119
5.2. CONTEXTO POLÍTICO.....	135

5.3. INSTRUMENTOS DE POLÍTICA.....	136
5.4. PROCESSO DE PLANEJAMENTO.....	138
5.5. FINANCIAMENTO DA SAÚDE.....	139
5.6. A DIREÇÃO DO SILOS.....	140
5.6.1. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL.....	140
5.6.2. ESPAÇOS ADMINISTRATIVOS, POLÍTICOS, GEOGRÁFICOS E POPULACIONAIS.....	141
5.6.3. PROCESSOS ADMINISTRATIVOS.....	142
5.6.4. SISTEMAS DE FINANCIAMENTO.....	143
5.6.5. ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E DE PESSOAL.....	145
5.6.6. SUMINISTRO.....	147
5.6.7. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	148
5.6.8. COORDENAÇÃO E ARTICULAÇÃO INTRA E EXTRA-SETORIAL.....	150
5.6.9. PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	151
 CAPÍTULO 6: COMENTÁRIOS FINAIS.....	 155
 CAPÍTULO 7: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 162
 CAPÍTULO 8: ANEXOS.....	 175

AGRADECIMENTOS

- *À minha família pelo apoio, incentivo e carinho*
- *À Julieta, à Lupita e ao meu filho Omar pelo inesgotável amor.*
- *À Rocio e ao Victor pela demonstração de afeto nos momentos difíceis*
- *À profa. Dra. Ana Maria Malik, mestre amiga, pelo apoio, incentivo constante e inesgotável boa bondade.*
- *Ao Francisco e ao Samir e a suas respectivas famílias pela amizade.*
- *Aos amigos e colegas da EAESP-FGV, em especial à Jurema, à Ubaudina, à Lidia, à Lucila, ao Renato e a Mário, pelas boas conversas e amizade.*
- *À Fundação Kellogg pela oportunidade da realização do mestrado.*
- *À SEHIG de Santos, à Iolanda, à Sonia, ao Francisco e ao Samir pela colaboração para a realização desta dissertação.*
- *Ao maravilhoso povo brasileiro, pela possibilidade de conhecer novas experiências e formas de vida.*

LISTA DE QUADROS

	Pág.
QUADRO 1: CAPACIDADE GERENCIAL NO FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE.....	66
QUADRO 2: MUNICÍPIOS DA BAIXADA SANTISTA, ÁREA, POPULAÇÃO E DENSIDADE DE POPULAÇÃO, 1991.....	69
QUADRO 3: RENDA EM SALÁRIOS MÍNIMOS NA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA, SANTOS, 1991.....	73

QUADRO 4: TAXA ANUAL DE CRESCIMENTO DO MUNICÍPIO DE SANTOS, E ESTADO DE SÃO PAULO DURANTE OS ANOS DE 1970, 1980 E 1991.....	79
QUADRO 5: POPULAÇÃO RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE SANTOS POR GRUPO DE IDADE E SEXO, 1991.....	84
QUADRO 6: NÚMERO E PORCENTAGEM DE HABITANTES, SEGUNDO GRUPO DE IDADE, SANTOS, 1991.....	85
QUADRO 7: POPULAÇÃO RESIDENTE NO ESTADO DE SÃO PAULO POR GRUPO DE IDADE E SEXO , PARA O ANO DE 1991.....	86
QUADRO 8: TAXA GERAL DE FERTILIDADE NO MUNICÍPIO DE SANTOS DE 1990 A 1992.....	89
QUADRO 9: POPULAÇÃO RESIDENTE DO MUNICÍPIO DE SANTOS E ESTADO DE SÃO PAULO ALFABETIZADA E NÃO ALFABETIZADA, 1991.....	90
QUADRO 10: MORTES GERAIS NO MUNICÍPIO DE SANTOS POR CAUSA, DURANTE OS ANOS DE 1988 E 1993.....	95
QUADRO 11: MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE SANTOS, SEGUNDO CAUSA E FAIXA ETÁRIA, 1993.....	98

QUADRO 12: TAXA DE MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE SANTOS NO PERÍODO DE 1990- 1992.....	100
QUADRO 13: RECURSOS HUMANOS, NÚMERO E TAXA, SEGUNDO CATEGORIA NO MUNICÍPIO DE SANTOS E ESTADO DE SÃO PAULO 1993.....	107
QUADRO 14: NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS, NÃO MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS, NAS UNIDADES AMBULATÓRIAS CONVENIADAS COM O SUS NO MUNICÍPIO DE SANTOS, 1993.....	109
QUADRO 15: INFRA-ESTRUTURA AMBULATORIA PRIVADA E PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE SANTOS, 1993.....	111
QUADRO 16: ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES, POR ESPECIALIDADE E ENTIDADE MANTENEDORA NO MUNICÍPIO DE SANTOS, 1993.....	113
QUADRO 17: NÚMERO DE LEITOS POR ESPECIALIDADE E ENTIDADE MANTENEDORA NO MUNICÍPIO DE SANTOS, NO PERÍODO 1990 - 1994.....	114
QUADRO 18: MOVIMENTO DOS HOSPITAIS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA GERAL E ESPECIALIZADA NO MUNICÍPIO DE SANTOS, PERÍODO 1991 -1993.....	115

QUADRO 19: PONTOS FORTES E FRACOS DO PROCESSO DE
DIREÇÃO NO SILOS DE SANTOS.....157

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1: OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE.....	17
GRÁFICO 2: LEITOS HOSPITALARES PRIVADOS E PÚBLICOS NO BRASIL, PERÍODO DE 1950 - 1960.....	26
GRÁFICO 3: INSTRUMENTOS E METODOS DO GERENTE.....	43
GRÁFICO 4: CAPACIDADES GERENCIAIS NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DOS SILOS.....	58

GRÁFICO 5: ATIVIDADES ECONÔMICAS NO MUNICÍPIO DE SANTOS E ESTADO DE SÃO PAULO DURANTE 1993.....	72
GRÁFICO 6: RECEITA DO MUNICÍPIO DE SANTOS SEGUNDO FONTE DE ORIGEM DURANTE 1993.....	74
GRÁFICO 7: ORÇAMENTO POR SECRETÁRIA DO MUNICÍPIO DE SANTOS PARA O ANO DE 1994.....	75
GRÁFICO 8: COBERTURA DOS SERVIÇOS BÁSICOS NO MUNICÍPIO DE SANTOS, 1994.....	76
GRÁFICO 9: DENÚNCIAS AMBIENTAIS NO MUNICÍPIO DE SANTOS POR CATEGORIA DURANTE 1993.....	77
GRÁFICO 10: TAXA ANUAL DE CRESCIMENTO NO MUNICÍPIO DE SANTOS, BAIXADA SANTISTA E ESTADO DE SÃO PAULO, NO PERÍODO DE 1970 A 1991.....	80
GRÁFICO 11: CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SANTOS DE 1981 A 1993.....	81
GRÁFICO 12: TAXAS DE NATALIDADE NO MUNICÍPIO DE SANTOS NO PERÍODO 1981 A 1992.....	82
GRÁFICO 13: TAXA DE NATIMORTALIDADE NO MUNICÍPIO DE SANTOS NO PERÍODO DE 1981 A 1992	83

GRÁFICO 14: PIRÂMIDE POPULACIONAL DO MUNICÍPIO DE SANTOS, 1991.....	87
GRÁFICO 15: PIRÂMIDE POPULACIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1991.....	88
GRÁFICO 16: CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL NO MUNICÍPIO DE SANTOS, 1993.....	92
GRÁFICO 17: TAXA DE MORTALIDADE GERAL DO MUNICÍPIO DE SANTOS E ESTADO DE SÃO PAULO DE 1981 A 1992.....	94
GRÁFICO 18: MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE SANTOS NO PERÍODO DE 1981 A 1994.....	97
GRÁFICO 19: EVOLUÇÃO DO COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL POR FAIXA ETÁRIA NO MUNICÍPIO DE SANTOS NO PERÍODO DE 1988 - 1994.....	99
GRÁFICO 20: CASOS NOVOS CONFIRMADOS DE AIDS, RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SANTOS NO PERÍODO DE 1985 A 1994.....	101
GRÁFICO 21: CASOS CONFIRMADOS DE AIDS NO MUNICÍPIO DE SANTOS, SEGUNDO GRUPO DE IDADE E SEXO DURANTE O PERÍODO DE 1985 A 1994.....	102

GRÁFICO 22: CASOS CONFIRMADOS DE AIDS NO MUNICÍPIO DE SANTOS, SEGUNDO CATEGORIA DE TRANSMISSÃO E SEXO DURANTE O PERÍODO DE 1985 A 1994.....	103
GRÁFICO 23: DISTRIBUIÇÃO DO COEFICIENTE DE MORTALIDADE ESPECIFICA POR AIDS NO MUNICÍPIO DE SANTOS DURANTE O PERÍODO DE 1985 A 1994.....	104
GRÁFICO 24: MÉDICOS CADASTRADOS, NÚMERO E TAXA POR HABITANTE NO MUNICÍPIO DE SANTOS, 1991- 1993.....	108
GRÁFICO 25: ORÇAMENTO MUNICIPAL POR SECRETÁRIA DA MUNICÍPIO DE SANTOS PARA O ANO DE 1994.....	116
GRÁFICO 26: ORÇAMENTO DESTINADO À SECRETÁRIA DE SAÚDE, DIVIDIDO POR ORIGEM DOS RECURSOS, 1993.....	117
GRÁFICO 27: ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO DE SANTOS DESTINADO À SAÚDE DURANTE O PERÍODO DE 1988 - 1994.....	144

CAPÍTULO 1
INTRODUÇÃO

1.1. INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde podem ser considerados organizações com um produto social e porconsequente potencialmente objeto de uma gestão empresarial moderna com critérios de efetividade, eficiência, qualidade e equidade, no contexto dos conhecimentos atuais, a partir dos recursos existentes e das limitações inerentes aos mesmos, procurando a conjunção entre a visão tecnológica e a percepção que a comunidade tem de seus próprios problemas e respeitando e incorporando na medida do possível suas próprias práticas (94).

Considerando o exposto, verificou-se a importância de contar com instrumentos de gerência que facilitem e orientem o trabalho dos administradores de saúde e que permitam o diálogo e análise conjunta com os diversos atores comunitário.

Faz pouco tempo que se vem aplicando os conhecimentos da gerência nos sistemas de saúde, talvez por isso sua aplicação mostra atraso importante em relação ao que se observa nos outros tipos de organização.

Foi provavelmente depois que as organizações de saúde enfrentaram uma escalada muito importante nos custos dos serviços que se iniciaram esforços por racionalizá-los. Estas tentativas começaram nos países desenvolvidos, principalmente nos hospitais, como parte visível e cara do sistema. Outro fator que representa um esforço relativamente recente é o questionamento da efetividade das diversas intervenções que o setor saúde oferece para tentar resolver os problemas trazidos pelo processo saúde-doença.

Observa-se que as diferentes propostas dos sistemas de planejamento e programação da saúde têm como ponto central a oferta dos serviços mais que a solução das necessidades, dando ênfases à produtividade e à efetividade em detrimento da busca da equidade. Os sistemas de saúde não tem perspectiva do impacto no nível de saúde como indicador chave de sua gestão e funcionam com uma administração rotineira do dia a dia, preocupada fundamentalmente com o uso e a relocação dos recursos existentes, porém sem avançar em direção ao logro dos objetivos nem à busca de resultados.

Sua atividade se desenvolve dentro do modelo de atenção médica com ênfase no diagnóstico e tratamento das doenças, subvalorizando sua prevenção e o fomento da saúde, o que diminui de forma notável sua efetividade. O anterior se agrava pela ineficiência no uso dos escassos recursos disponíveis e devido ao manejo inadequado dos processos administrativos nos sistemas de saúde. Isto pode ser evidenciado pelo baixo

ou inexistente nível de capacitação em administração por parte dos recursos humanos e pela ausência de ferramentas gerenciais, mesmo as mais simples e de maior tradição no campo da administração empresarial.

Tendências modernas como a gerência estratégica, a de serviços ou a de qualidade total praticamente ainda não são utilizadas no campo dos sistemas comunitários de saúde. É preciso facilitar a aplicação dos conceitos mas modernos da gerência de empresas à gestão dos sistemas locais de saúde, de forma assimilável ao trabalho cotidiano dos encarregados dos serviços de saúde que permita a direção dos mesmos a objetivos claros e previamente definidos, medindo seus resultados e introduzindo elementos inovadores que façam dos SILOS organizações dinâmicas, adaptáveis e responsáveis, sensíveis às necessidades de suas comunidades e às mudanças de seu entorno.

No presente trabalho se procura estudar a aplicação dos processos gerenciais na implementação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) dentro dos Sistemas de Saúde.

Após esta introdução será apresentada a metodologia de trabalho utilizada nesta dissertação. Para que se possa analisar a necessidade da gerência no fortalecimento dos SILOS foram conceituados alguns temas existentes em relação ao SILOS, assim como o histórico da saúde no Brasil, de forma a entender o contexto em que se implantou este tipo de modelo assistencial. Serão utilizados conceitos da Organização Pan-americana da Saúde, Ministério da Saúde e de outros teóricos da área.

A seguir serão apresentadas algumas conceptualizações da gerência nos Sistemas de Saúde e sua importância na implantação dos SILOS, assim como as características específicas para seu melhor desenvolvimento. Ao mesmo tempo serão apresentadas as ferramentas principais do processo gerencial nos SILOS. Também se pretende caracterizar o Município estudado: serão apresentados alguns fatores socio-econômicos e

demográficos, indicadores de saúde e de serviços de saúde do Município de Santos, área em processo de avaliação.

No quarto capítulo será apresentado o processo de direção, como parte integrante do processo gerencial no Município de Santos. Neste processo se analisam a estrutura organizacional, os espaços administrativos, geográficos, políticos e populacionais, processos administrativos, sistemas de financiamento, administração financeira e de pessoal, gestão de materiais, sistemas de informação, coordenação e articulação intra e extra-setorial e participação social.

Em seguida, serão apresentados os comentários finais, de forma a analisar principalmente os pontos fracos e fortes do processo de direção no SILOS de Santos.

1.2. OBJETIVOS

- 1.- GERAIS :** ACOMPANHAR O PAPEL DA GERÊNCIA NA IMPLEMENTAÇÃO DOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE.
- 2.- ESPECÍFICOS:** ESTUDAR O PROCESSO DE DIREÇÃO COMO FERRAMENTA DA GERÊNCIA, NO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE DE SANTOS.

BUSCA-SE PERCEBER:

OS PONTOS FORTES E FRACOS DO PROCESSO DIREÇÃO NO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE DE SANTOS.

1.3. METODOLOGIA

Para conhecer a realidade do Sistema Local de Saúde (SILOS) em estudo foram empregadas diferentes maneiras para obter informações. O primeiro objeto estudado se refere às principais características e aos problemas sanitários e socio-culturais do Município de Santos. As metodologias utilizadas foram:

1.3.1. REVISÃO DOCUMENTAL

Para Cervo, A.L. & Bervian, P.A. (1983), documento é toda base de conhecimento fixado materialmente e suscetível de ser utilizado para consulta, estudo ou prova (14). Já para Ruiz, J. A. (1980), a documentação é o acervo de textos decisivos para esclarecimento ou demonstração do problema escolhido como tema pelo pesquisador. A

revisão documental constitui tarefa básica da pesquisa. É o início da análise da situação (o diagnóstico) e completa-se com informações obtidas por meio de outras técnicas (80).

Os documentos revisados para a presente dissertação foram; estatísticas da Secretaria de Higiene e Saúde de Santos (estatísticas do centro de controle de doenças e do centro de documentação e informação) e do SEADE (censo demográfico de população e anuário estatístico de São Paulo 1993), mapas políticos e administrativos do Município de Santos, geografia geral de Santos, publicações científicas, cadernos de trabalho da Prefeitura de Santos (sumário de dados do Município de Santos do ano de 1994), manuais de pesquisa da Secretaria de Higiene e Saúde de Santos, livros de avaliação de políticas sociais, livros e cadernos de saúde pública, guias para o manejo de informações de saúde, livros de administração de serviços de saúde, documentos de atenção primária em saúde, etc.

1.3.2. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Para Minayo, M.C. (1993), a observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Sua importância é de tal ordem que alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo, para compreensão da realidade do meio (52).

É uma técnica que permite captar informação qualitativa relevante à questão que se pesquisa. Inclui a observação deliberada de todo o ambiente físico e socio-cultural da população. A observação participante está conformada por uma mistura de técnicas desenhadas para incorporar ao mundo real as necessidades, valores, atitudes, frustrações, crenças e aspirações do grupo observado. É um tipo de pesquisa que envolve a

interação social entre pesquisador e os informantes. Esta técnica permite incorporar ao estudo os problemas e as dificuldades com que tropeçam os diferentes módulos e suas unidades de saúde.

1.3.3 ENTREVISTA A AUTORIDADES LOCAIS

Para Minayo, M.C. (1993), a entrevista, junto com a observação participante, é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de colheita de informações sobre determinado tema científico (52). Nina (1993), costuma definir a entrevista não estruturada ou também chamada "aberta" como "conversa com finalidade" onde o roteiro serve de orientação para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados (52).

As entrevistas a autoridades locais se realizaram através de um questionário, elaborado pela OPAS/OMS e FUNDAÇÃO KELLOGG, para a avaliação dos SILOS nas Américas (64). É um questionário aberto, subdividido em duas partes (anexo 4). A primeira parte nos permitem conhecer e localizar o contexto político do SILOS, os instrumentos de política utilizados, os processos de descentralização e desconcentração e por último como se realiza o processo de planejamento do sistema. Com a análise destes pontos procura-se visualizar o ambiente em que se desenvolve o SILOS.

A segunda parte do questionário refere-se ao processo de direção do SILOS e analisa três pontos importantes;

Organização do processo; na estrutura organizacional, definição de espaços políticos, administrativos, geográficos e populacionais.

Os sistemas do processo de direção; processos administrativos, sistemas de financiamento, administração financeira e de pessoal, suprimento e sistemas de informação.

Coordenação no processo de direção; coordenação intra e intersetorial e participação social.

As entrevistas foram realizadas pelo autor e aplicadas nos dois primeiros níveis hierárquicos da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Santos (Secretário e às quatro diretoras dos módulos em que se subdivide o SILOS) (anexo 1).

1.3.4. SEMINÁRIOS, CONFERENCIAS E PALESTRAS

O Município de Santos através da Secretaria de Higiene e Saúde, promove com frequência seminários, conferências e palestras sobre diferentes tópicos relacionados com a saúde municipal e nacional. A possibilidade de frequentar estes eventos por parte do mestrando enriqueceu em grande parte sua visão a respeito do Município e de sua problemática.

1.3.5. COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de julho de 1994 a março de 1995. As entrevistas foram realizada no mês de abril de 1995. A série de perguntas foi distribuída a cada um dos dirigentes e posteriormente foi programado um roteiro para realizar a entrevista, a

qual foi gravada e teve uma duração aproximada de 2 hrs. com cada um dos gestores considerados.

CAPÍTULO 2

OS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE COMO ALTERNATIVA DE MUDANÇA NOS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE

2.1. OS SILOS : UMA REVISÃO CONCEPTUAL

Para KLECZKOWSKI (38) considera-se um sistema de saúde como um todo coerente, composto de muitas partes relacionadas entre si, tanto setoriais como inter-setoriais. Faz parte dele a própria comunidade. A atuação conjunta das partes produz um efeito combinado na saúde da população. Todas as partes deveriam funcionar juntas e ajustadas para que um sistema de saúde tenha um fim comum. Isto pode-se obter por meio de comunicação constante e de divisão do trabalho entre os componentes.

Baseado no princípio de integração e de multidisciplinaridade, muitas tentativas são feitas para aplicar este conceito. Apesar destas experiências, não foi até a Resolução XV, da XXXIII Reunião do Conselho Diretivo da Organização Pan-americana da Saúde,

aprovada na décima sessão plenária por todos os Ministros de Saúde das Américas, em 20 de setembro de 1988, que nasceu uma nova estratégia, os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) como a opção mais sólida de aplicação deste princípio. Esta estratégia vem a ser o suporte da atenção primária à saúde e se apresenta como uma resposta do setor saúde aos processos de democratização e descentralização do Estado, significando, ademais, uma resposta interna do setor para alcançar uma maior equidade, eficácia e eficiência de suas ações a nível local, com a transferência de recursos e responsabilidades aos níveis onde surgem os problemas e devem ser tomadas as decisões (48).

Existe uma realidade que é a estrutura político-administrativa de cada país, porém se poderia marcar os SILOS como um subsistema de grande flexibilidade com capacidade de atuar e integrar-se com outros subsistemas. Esta flexibilidade deve permitir, de acordo com características regionais de cada país, esclarecer sua forma de planejamento, administração e organização, incorporando e adaptando metodologias que variam de acordo com a complexidade dos SILOS. Para que exista esta flexibilidade, é necessária a reorganização do setor em todos os seus níveis, acompanhado de uma nova definição das políticas de saúde e com prioridade nos SILOS.

O conceito de SILOS desde sua introdução, segundo recomendação da OMS/OPS, é definido de acordo com as características intrínsecas de cada região do país. O Dr. Carlyne Guerra de Macedo, ex-diretor da OPS, tratando de unificar os conceitos, fala que “um sistema local de saúde compreende a articulação de todos os recursos existentes na zona para sua melhor utilização, adequação à realidade local e, sobretudo, o estabelecimento de uma relação de mútua responsabilidade com a população assinada. Essa responsabilidade é a chave para uma operação apropriada e eficiente porque cria as

condições favoráveis para a programação e avaliação técnico-administrativa e para a avaliação social através de uma real participação comunitária” (68).

Já Paganini, Diretor da Divisão de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS/OMS, sugere que os SILOS devem ser entendidos como “uma estratégia fundamental para reorganizar e reordenar o setor saúde, com o objetivo de lograr a equidade, eficácia e eficiência com base na estratégia da atenção primária” (65).

Os SILOS podem, atualmente, ser compreendidos como uma estratégia mais dentre das propostas para melhorar a cobertura dos sistemas de saúde, além de uma forma de organização que integra todas as demais

Embora cada país tenha sua conceptualização de SILOS, é importante que todos possam ter algumas características similares. Muitas destas dependeram do contexto histórico, político e administrativo de cada região. Porém as características gerais que os SILOS devem ter são (66):

- Ter lugar como instância administrativa mínima dos Sistemas Nacionais de Serviços de Saúde.
- Estar integrados por uma rede de serviços que definem de maneira precisa os níveis de atenção e de complexidade.
- Ter a responsabilidade de uma área geográfica e um grupo populacional definida.
- Realizar uma adequada administração do orçamento, dos recursos humanos e do sistema de suprimento.

- Realizar o planejamento local de atividades técnico-administrativas e tomar decisões utilizando adequadamente um sistema de informação-avaliação gerencial.
- Atender o processo saúde-doença de maneira integral, dirigido e coordenado por profissional com amplos conhecimentos da promoção, prevenção, cura e reabilitação das doenças prevalentes.
- Desenvolver processo contínuo de capacitação em serviço.
- Garantir adequada coordenação intra e extra-setorial.
- Estimular Investigação própria e permanente dos serviços de saúde
- Permitir a participação da comunidade organizada no processo de tomada das decisões e de planejamento e a avaliação das ações técnico-administrativas que desenvolve a equipe de saúde.

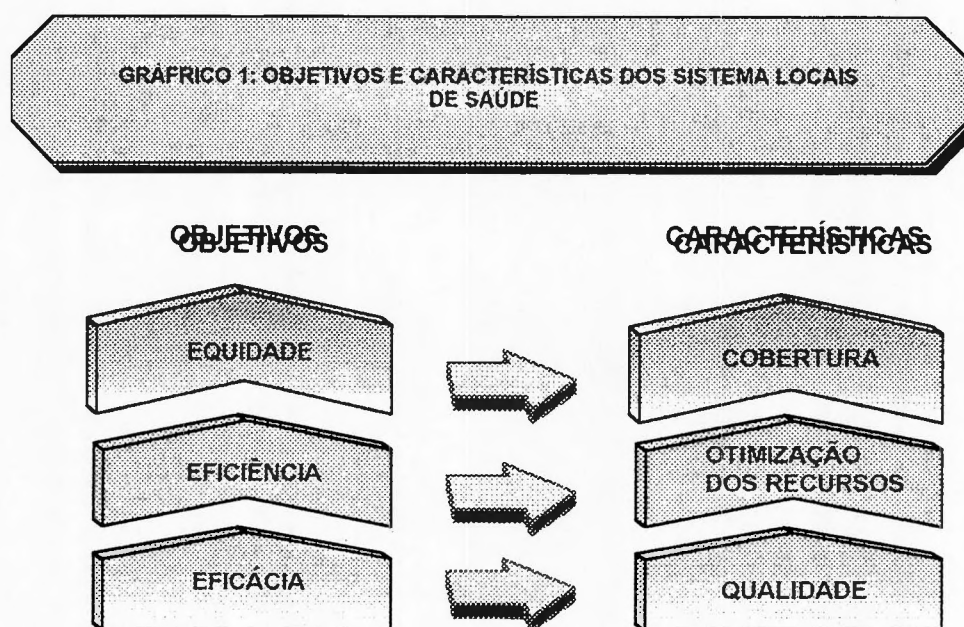
Existem alguns requisitos básicos para que a implementação dos SILOS seja a expressão viva da desconcentração gerencial e administrativa dos Sistemas Nacionais de Serviços de Saúde :

- Vontade política de desconcentrar a gerência e administração dos Serviços de Saúde, nos SILOS.
- Desenvolver métodos e instrumentos simples de diagnóstico, programação, seguimento, controle e avaliação dos Serviços de Saúde para os SILOS.
- Desenvolver métodos e instrumentos simples para a administração dos recursos humanos, financeiros e materiais nos SILOS, incluindo um manual geral de administração.
- Desenvolver um processo sustentado de capacitação gerencial e administrativa dos funcionários dos SILOS.

Os diferentes níveis administrativos estão determinados pela complexidade da rede de serviços e dos processos administrativos da mesma, assim como das necessidades de coordenação intra e extra setorial. Isto determina a quantidade de níveis administrativos necessários e seu desenvolvimento respectivo (65).

Na determinação dos níveis administrativos deverá buscar-se a máxima racionalidade, agilidade e eficiência administrativa em função dos objetivos que perseguem os Sistemas de Saúde.

No geral, os SILOS tem como objetivos gerar Serviços de Saúde com três características (gráfico 1).



FONTE: OPS-OMS. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD. TEMAS DE DISCUSION. OPS-OMS. WASHINGTON, D.C., 1993.

A eficácia quantifica a consecução dos objetivos e fundamenta a reformulação de projetos e reestruturação dos serviços e instituições de saúde. A eficiência refere-se à oportunidade dos serviços de saúde, em condições de ótimo aproveitamento dos recursos disponíveis ou agregados. Implica uma revisão da distribuição histórica dos recursos, freqüentemente concentrados em grandes centros urbanos, em instituições terciárias e tecnologias de ponta.

Frente ao anterior e escrito se faz necessário o fortalecimento da capacidade administrativa e gerencial nos SILOS. Este processo pode iniciar-se com o sistema de informações dos SILOS para a tomada de decisões. Ademais, o fortalecimento da capacidade administrativa gerencial implica a distribuição básica dos recursos humanos com capacidade para administrar recursos financeiros e articular a atenção da saúde com a comunidade (68).

Os objetivos dos SILOS, embora sejam os mesmos dos sistemas nacionais de saúde, no sentido de manter e melhorar a saúde na população, têm especificidades que contemplam a resposta operacional e específica aos problemas da saúde-doença da população e favorecem a democratização e a participação social ativa na redução dos danos à saúde da população. Os SILOS são uma proposta de divisão do trabalho dentro dos Sistemas Nacionais de Saúde baseada em um critério no mesmo tempo político, geográfico e demográfico. Surgem em função das necessidades e demandas em saúde dos conjuntos sociais e da sociedade como um todo, e orientam sua ação pelos problemas em saúde percebidos e sentidos além aqueles que são identificados pelos profissionais da saúde.

O Município tem sido geralmente o âmbito político-territorial privilegiado dos SILOS, devido à maior facilidade de reunir as características para sua implantação. Sem embargo,

não se descarta a possibilidade de que os SILOS funcionem em uma jurisdição (o distrito sanitário) ou que agrupem várias delas. Ainda é possível que se agrupem Municípios e se formem consórcios ou, ao contrário, que estes se subdividam se as circunstâncias o permitirem (71). Esta determinação procura colocar em correspondência a esfera de decisão do SILOS com a instância político-administrativa de cada país, de modo a favorecer a geração das melhores condições para a redistribuição do poder, mediante a descentralização político-administrativa (60). Enquanto a sua função, cada SILOS é responsável por atender ao complexo indivíduo-família-comunidade- ambiente, procurando coordenar todos os recursos, tanto setoriais como extra setoriais, destinados a estes fins na jurisdição e promovendo a mais ampla participação social.

Deve ficar bem claro que o SILOS não é a unidade funcional mais simples, já que não é um nível de atenção. Não entanto é a mínima estrutura político-administrativa que pode dar respostas à demanda da população que cobre, com justiça social e equidade, constituindo-se nas unidades básicas para a organização dos Sistemas Nacionais de Saúde, integrando todos os recursos existentes, desde os recursos humanos com formação nas áreas de saúde, parteiras empíricas, agentes sanitários comunitários, etc. até os de maior complexidade como os hospitais, além da participação dos conjuntos sociais.

Um ponto importantes nos SILOS é pensar na articulação dos serviços com que conta, já que o conjunto de serviços oferecidos devem tratar de dar solução a todos os problemas de saúde que se apresentem na população da área geográfica designada.

As demandas e necessidades da população nem sempre têm o mesmo espaço de resolução. Daí a necessidade de considerar os mais adequados. Embora alguns coincidissem com os espaços do SILOS, outros precisariam ser resolvidos fora dele, o

que favorece o processo de condução inter e intra-setorial de maneira importante. Ao reforçar-se o nível local também se está reforçando a possibilidade de que os SILOS se coordenem, para resolver problemas, entre si e com os outros níveis do Sistema Nacional de Saúde.

Existe uma grande necessidade por parte dos SILOS de desenhar instrumentos para identificação dos problemas que afetam a todos os conjuntos sociais, já que o SILOS se converte no responsável pela procura e implantação dos problemas de saúde da população em toda a área de intervenção, sem deixar ninguém de lado.

Como o SILOS busca integrar todos os recursos que se encontram na sua área de intervenção, além de todos os conjuntos sociais incluídos, deve-se tentar identificar, para cada um dos riscos a que está sujeito um conjunto social determinado, os recursos e os níveis de resolução necessários, fixando a responsabilidade institucional pela atenção deste conjunto e destinando os recursos disponíveis nessa jurisdição institucional. Também se tentará determinar as relações ente os diversos subsectores de modo a que todos os conjuntos da população tenham uma oportunidade equivalente de acesso aos recursos de saúde disponíveis, em função de seus riscos e necessidades específicas. Para isto o subsector público deveria coordenar os mecanismos que relacionam os diversos subsectores de forma que os recursos do sistema de saúde possam ser utilizados por todo aquele que dele precisa (61).

A cultura social e política do lugar, além do âmbito e complexidade do SILOS, são determinantes da capacidade técnica e do poder de decisão do nível local. Estes elementos delimitam as possibilidades técnicas de intervenção local e indicam qual de suas instâncias devem ser cobertas por outros componentes do sistema de saúde já que os SILOS formam parte do sistema de inter-relações a nível nacional, regional e provincial. Por outro lado, os degraus de resolução dos SILOS não são uniformes, já que é possível

encontrar desde SILOS constituídos só por unidades de atenção básica, ate outros nos que existem unidades com alto grau de complexidade técnica e administrativa.

O desenvolvimento dos SILOS realiza-se no contexto de democratização e participação social ampliada. Os atuais processos de democratização caracterizam-se pela ênfase descentralizadora e pelo peso que adquirem as demandas dos conjuntos sociais para ter uma maior participação nas decisões que lhes dizem respeito (5).

2.2. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O Sistema de Saúde Brasileiro passou durante o presente século XX por uma série de mudanças enquanto a seus modelos de saúde adotados. No início dominado por um modelo sanitarista campanhista, transformou-se num modelo de predomínio médico-assistencial privado, até chegar a um projeto que recebe por vezes a denominação de neoliberal nos anos 80 (48).

É muito importante analisar a existência de uma real associação entre as políticas públicas de saúde no Brasil com o modelo de desenvolvimento brasileiro e de acumulação de capital. Isto é facilmente comprovado quando analisamos o desenvolvimento da economia brasileira durante o presente século (34).

O modelo agro exportador dominou a economia brasileira durante o final do século passado e os primeiros 50 anos do presente. É devido a este forte modelo econômico agro exportador que as políticas do sistema de saúde estavam orientadas na direção de uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias que eram exportadas com o propósito de erradicar e controlar as doenças que afetaram o processo de exportação. Devido a este processo econômico o modelo de saúde predominante no Brasil durante as primeiras seis décadas deste século foi aquele chamado de sanitarismo campanhista, que se caracterizava por ter uma visão de inspiração militar, com um controle de doenças em massa, em detrimento das esferas sociais e individuais, devido à forte concentração de decisões.

A assistência oferecida pela previdência social aparece como uma necessidade para fortalecer a mudança do modelo econômico durante o final dos anos 50 e princípio dos 60, onde o modelo agro exportador deixou de ser o modelo hegemônico de acumulação de capital dando início ao processo de industrialização como principal fator. Já o crescimento de atenção da previdência social em detrimento importante das ações campanhistas surge nas décadas de 60 e 70, o que trouxe como consequência a conformação e hegemonização do modelo medico-assistencial privado.

As políticas de saúde no período de 1980 - 1990 estiveram caracterizadas por seu desenvolvimento dentro de um contexto de profunda crise econômica e coincidiram com o processo de redemocratização do país. Durante essa década a instabilidade e a crise estrutural se tornaram características importantes do período as quais se expressaram através da determinação da situação cambial da aceleração inflacionária, da recessão e principalmente da ruptura de um padrão de crescimento, apoiado na articulação solidária entre estado, empresas multinacionais e empresas privadas nacionais (48).

Para o melhor entendimento das políticas de saúde adotadas no Brasil durante este processo, torna-se importante analisar uma série de acontecimentos históricos que tiveram a ver com o desenvolvimento destas políticas.

A década de 20 marcou o início da transformação do setor saúde no Brasil que cresceu e ganhou abrangência nacional a partir dos anos 30. Caracteriza-se por um reduzido assalariamento, escassa tecnificação e número pequeno de empresas médicas, hospitais, e clínicas, numa natureza ainda não "especificamente capitalista". A prática médica era predominantemente autônoma, sendo o setor institucional representado por hospitais filantrópicos e, em menor proporção, por hospitais estaduais (8, 21).

No ano de 1923 cria-se a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP's), com a Lei Elói Chaves, dando origem à Previdência Social no Brasil (44). Das principais características das CAP's destaca-se que eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores (contribuição bipartide), além de que a assistência médica era atribuição central, permanente e obrigatória. No ano de 1930, 47 CAP's davam assistência a perto de 142.500 beneficiários.

Em 1933 são criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), estruturados por categorias profissionais. Nos IAP's além dos empresários e trabalhadores, se agrega como contribuinte o Estado (contribuição tripartite). Outra característica importante é a preocupação dos IAP's com a acumulação de capital, colocando a assistência médica com função secundária.

As transformações ocorridas, nas décadas de 20-30 que resultam na criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) na década de 30 marcaram o início de uma definição das políticas do Estado com relação aos serviços de assistência médica curativa no Brasil (42). Até meados da década de 50, foi pouco expressiva a participação da

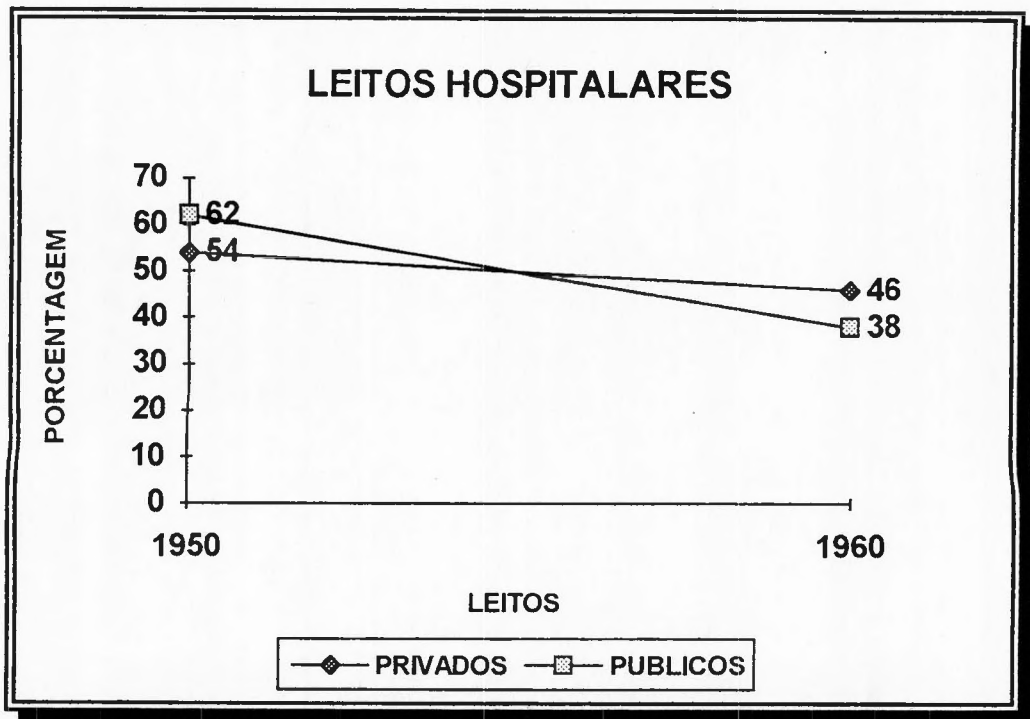
assistência médica nos programas das instituições previdenciárias, representando pouco no orçamento destas instituições (29). Nesse período o segmento privado lucrativo da assistência médica ainda não se havia organizado em empreendimentos médico-hospitalares de forma importante.

Nas décadas de 50 e 60 os Institutos foram pressionados de forma crescente a aumentar a oferta de assistência médica devido ao processo de industrialização acelerado que o Brasil vivia, com a finalidade de manter e restaurar a capacidade produtiva do trabalhador e não mais de sanear os espaços de circulação de mercadorias. Cada Instituto cedia às reivindicações, conforme sua situação financeira. Era dada preferência a convênios com clínicas particulares principalmente para a assistência hospitalar mais onerosa. O predomínio da prestação de serviços médicos previdenciários, através do setor privado, nos anos seguintes, foi se viabilizando, à medida em que a estrutura de atendimento hospitalar privado também foi sendo privilegiada no País. O aumento nos gastos das instituições previdenciárias com a assistência médica se fez principalmente às custas da expansão dos gastos com assistência ambulatorial

No período entre 1945 e 1960 houve certa ampliação dos serviços próprios hospitalares e ambulatoriais dos IAPs. Entre 1948 e 1949, ampliou-se a rede hospitalar e ambulatorial do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados de Transportes e Cargas (IAPTC), Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) e Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciais (IAPC). Em 1950, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), iniciava a construção de seus ambulatórios. Esta expansão não ocorria à margem ou contrariando os interesses da assistência médico-hospitalar privada, pois há muito a rede particular superava a rede estatal de hospitais a nível nacional, principalmente o componente vinculado ao setor filantrópico (gráfico 2). Em 1950,

53,9% dos leitos hospitalares do país eram particulares e em 1960, 62,1%, dos quais 14.4% de entidades com fins lucrativos.

GRÁFICO 2: LEITOS HOSPITALARES PRIVADOS E PÚBLICOS NO BRASIL, PERÍODO DE 1950 A 1960.



FONTE: BRAGA, J.C. & PAULA, S.G. SAÚDE E PREVIDENCIA: ESTUDOS DE POLÍTICA SOCIAIS. SÃO PAULO. CEBES/HUCITEC, 1986.

Além do número superior de leitos da rede privada em relação à rede oficial, também houve aumento dos leitos com finalidade lucrativa entre os privados: 14,4% em 1960; 44,0% em 1971 e 45,2% em 1975. Entre 1960 e 1967 os gastos reais com assistência médica hospitalar aumentaram de 22,0% para 58,2% e o dispêndio em assistência ambulatorial declinou de 36,2% para 23,05 % do total dos gastos médicos no mesmo período.

Ao mesmo tempo em que se desenvolvia um novo padrão de assistência à saúde, começaram a surgir problemas econômicos, junto com o agravamento da situação financeira dos Institutos, criando necessidade interna de racionalização que resultou na unificação dos institutos previdenciários em 1966 e 67, uniformizando os benefícios que nos IAP's eram bastante diferenciados (8).

Para Oliveira e Teixeira (56) a criação do INPS constitui um fato paradigmático na conformação do modelo médico-assistencial privatista caracterizado por: extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural; criação de um complexo médico industrial; privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado destes serviços.

Entre as condições sob as quais se desenvolveu o INPS, que resultou da unificação dos IAPS em 1966, estava a maior participação das empresas privadas na prestação de serviços aos previdenciários. Isto se deu pelo repasse dos recursos provenientes principalmente do setor de assistência médica. Foi criada também uma nova modalidade de convênio, a de pré-pagamento. Após 1967 houve uma aceleração do processo de participação de entidades com fins lucrativos na assistência médica naqueles segmentos

do setor médico-empresarial vinculado à Previdência Social: hospitais privados e grupos médicos, posteriormente as cooperativas médicas e firmas de seguro saúde. Assim, através da transferência de recursos para remuneração dos serviços médicos prestados à população previdenciária, a Previdência Social articulava-se com segmentos que naquele momento estavam organizados principalmente através da prática autônoma da medicina desenvolvida em hospitais privados filantrópicos e mais tarde nos lucrativos, e consultórios particulares (19, 42, 56).

Entre 1968 e 1970, vários atos normativos dirigidos a remover dificuldades à expansão dos convênios incorporavam esta política à Previdência. Assim, uma portaria de abril de 1969 (referente aos Decretos nº 60501 e 61784 de 14/03/67 e 11/67, respectivamente) afirmava ser "permitido ao INPS firmar convênios com empresas para prestação de serviços a seus empregados e respectivos dependentes" (19). Ainda assim em 1970 continuava a elevação sistemática da parcela gasta pelo sistema previdenciário com atendimento à saúde. Neste ano o gasto real do INPS com assistência médica era superior ao de 1967 em 95%; em 1967 a relação entre as despesas com saúde e o total das despesas do INPS era 22,4% e em 1970 cresceu para 26.7% (8).

Segundo Cordeiro (21) os estudos sobre a política médico-assistencial do INPS mostram uma retração na política de privatização entre 1970 e 1974. Talvez a retração dos convênios e contratos com o setor privado e desenvolvimento dos serviços próprios representassem na época uma oposição à orientação dominante dentro do Aparelho Previdenciário.

Em 1971, institui-se o Programa de Assistência do Trabalhador Rural (PRORURAL) gerido pelo FUNRURAL. Em 1972 houve um aumento na abrangência da Previdência Social com a inclusão dos empregados domésticos e dos autônomos. Em 1974 ocorreu nova reformulação na Previdência, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), mantido o INPS como autarquia, não havendo nenhuma alteração das políticas de saúde. Por outro lado, os demais serviços públicos de saúde - os do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde - desenvolviam principalmente ações de caráter coletivo, preventivo e de atenção às grandes endemias e ao grupo materno-infantil.

A partir de 1974, com a implantação do Plano de Pronta Ação (PPA), a Previdência passou a incentivar não só o atendimento hospitalar de previdenciários no setor privado como o atendimento ambulatorial de urgência. Com o PPA a prestação de serviços de assistência hospitalar mais especializada, a pesquisa e aperfeiçoamento passaram para a competência dos serviços próprios da Previdência Social. Apesar do aumento na rede hospitalar própria, houve diminuição na participação deste setor no atendimento hospitalar do previdenciário. Nesse período a Previdência contratou mais 160 hospitais privados para atender a seus beneficiários, passando de 2970 para 3130 hospitais contratados no País (56).

Nesta conjuntura é criado em dezembro de 1974 o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), vinculado à Caixa Econômica Federal, com a finalidade de subsidiar investimentos de capital no setor social. Eram beneficiários a União, Estados, Municípios, Entidades Privadas e Pessoas Físicas através de aplicação de recursos a fundo perdido e financiamento com grandes prazos de carência e juros subsidiados. Desde sua criação até outubro de 1977 o FAS aprovou financiamento para a construção de aproximadamente 26 mil leitos novos no Brasil.(29). Neste momento é importante destacar um padrão de desenvolvimento de um setor privado que apresenta características

absolutamente especiais: capital fixo subsidiado, reserva de mercado e, por consequência, baixíssimo risco empresarial e nenhuma competitividade (48).

Após o PPA, houve expansão dos convênios-empresa e dos grupos médicos em todo o país, principalmente em São Paulo. Para os assalariados, a assistência médica prestada pelos convênios compensaria de certa forma as dificuldades enfrentadas como os serviços próprios do INPS e também representaria maior facilidade para hospitalização. Esta modalidade de prestação de serviços provocou entretanto desequilíbrio no orçamento do INPS, levando ao aumento das despesas com assistência médica. A solução adotada foi tentar conciliar os interesses dos diferentes setores do "complexo médico-empresarial", representados principalmente pela Federação Brasileira de Hospitais. Embora o então presidente do INPS reconhecesse exageros prefere propor maior rigor no controle das contas hospitalares através da DATAPREV, órgão responsável pela informatização dos dados da Previdência (21).

Após 1974 os dados mostram que a assistência ambulatorial e outros serviços modificaram parcialmente o quadro de atendimento médico, que a partir de 60, depende fundamentalmente da assistência hospitalar. Isto não significa que houve diminuição nas internações hospitalares. Elas cresceram a taxa menores do que as consultas e serviços ambulatoriais: 31,9% em 1975 e 25,2% em 1976, enquanto a assistência ambulatorial cresceu 59,8% em 75 e 28,9% em 76. Em 1976, 32,3% das despesas globais da Previdência Social destinavam-se à assistência médica. Este crescimento resultava basicamente da grande expansão nos anos de 1975 e 1976 propiciada pela implantação do Plano de Pronta Ação. Cresceram também nesta época, embora em escala menor, os convênios com a rede oficial não-previdenciária, principalmente Hospitais Universitários e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, além do credenciamento de médicos.

A lei 6.229 de 17 de julho de 1975, publicada no Diário Oficial da União de 18/07/75, conhecida como Lei do Sistema Nacional de Saúde, tentou superar a dicotomia entre ações individuais e curativas ofertadas pela Previdência Social em determinados serviços e ações preventivas ofertadas pelos serviços públicos estaduais e municipais em outros tipos de serviços, procurando estabelecer a função de cada Ministério e propondo a integração da Medicina Previdenciária e de Saúde Pública através de articulação entre as diferentes esferas do governo: os diversos Ministérios, Secretarias de Estado de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, e entre os órgãos governamentais e o setor privado. Ao Ministério da Previdência e Assistência Social cabiam as medidas mais diretamente ligadas à assistência curativa como prestar serviços diretamente, ou contratar e fiscalizar aqueles contratados com entidades de fins lucrativos ou não; credenciar instituições de fim não lucrativo para prestação de serviços de saúde; fixar em colaboração com o Ministério da Saúde, normas e padrões para prestação de serviços a serem observadas pelas entidades ligadas ao Sistema. Ao Ministério da Educação cabia orientar a formação e habilitação dos profissionais de saúde; orientar as universidades responsáveis pela formação de pessoal de saúde; e promover a integração dos hospitais e institutos de treinamento no Sistema Nacional de Saúde.

Porém, a realidade da dinâmica da prestação de assistência à saúde não se desenvolveu conforme o texto legal, que nunca foi regulamentado e o Ministério da Saúde não formulou a Política Nacional de Saúde. A lei 6.229 não surtiu os resultados esperados. A aceleração dos gastos, a demanda crescente e as relações bastante onerosas com o setor privado criaram várias crises financeiras para a Previdência Social. A resposta a essas crises foi a reorganização do sistema, com a criação do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS, Lei 6.439). Este era constituído pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões e Assistência Sociais (IAPAS), Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência

Social (INAMPS), este último criado provavelmente pela importância que a assistência médica passou a assumir. Esta alteração representava uma tentativa de modernização administrativa e concentração de poder econômico e político na Instituição (21).

A VII Conferência Nacional de Saúde teve lugar no início de 1980. Seu tema foi a implantação de uma rede básica de saúde e criou-se a Comissão Inter ministerial de Planejamento (CIPLAN), com o objetivo de coordenar as ações de diferentes ministérios.

Outra proposta que merece destaque é o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) em 1980. Esta proposta tinha como objetivo principal expandir a cobertura de serviços através da racionalização na utilização e distribuição dos recursos existentes e ampliação da rede. Tinha como diretrizes principais a participação comunitária no planejamento e fiscalização do sistema, máxima extensão da cobertura; integração, hierarquização e regionalização associados à descentralização de decisões. A estratégia era privilegiar o crescimento das instituições oficiais dos estados e municípios, principalmente no referente à atenção primária; retrain as unidades federais de prestação direta; e retrain incentivo à iniciativa privada, principalmente a de caráter lucrativo.

Principalmente em função da necessidade de racionalizar recursos apareceu a 2 de setembro de 1981 o Decreto 86.329 , como proposta de reformulação da política de saúde no Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, do Conselho consultivo de Administração e Saúde Previdenciária (CONASP) Esse plano colocou como princípios fundamentais a melhora da qualidade da assistência direta e indireta do INAMPS, através de uma racionalização do atendimento; a cobertura igualitária em termos de assistência; e o aumento da produtividade usando os serviços públicos e privados de forma regionalizada e hierarquizada de acordo com a complexidade; a participação das Secretarias de Saúde Estaduais no planejamento e coordenação do sistema (15).

O plano do CONASP representou o reconhecimento oficial da inviabilidade do modelo vigente, de gastos crescentes com assistência médica. Como uma política basicamente racionalizadora, constituiu-se em proposta considerada o pelos críticos do setor. No entanto sua limitação estaria em acreditar no aumento efetivo de cobertura sem investir significativamente na área, e na análise de que as distorções pudessem ser resolvidas com alterações nas formas de pagamento e não como consequência de uma política de saúde, que proporcionasse alterações mais profundas no sistema.

Ao plano CONASP seguiram-se as Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1982. Estas propunham a reorganização do Sistema de Saúde reorientando a competência das instituições públicas e privadas, através de convênios interinstitucionais. Criaram-se comissões regionais, municipais ou locais de saúde para administrar um novo modelo de organização dos serviços com grande destaque no desenvolvimento de ações de saúde entre as diferentes unidades, em uma determinada região (55). Obedeciam aos princípios da regionalização e hierarquização na reorganização do sistema. Propunham o desenvolvimento de ações integradas dos serviços a nível federal, estadual e municipal. As AIS tinham como objetivos o acesso aos serviços de diferentes níveis de complexidade, e a otimização e diminuição da capacidade ociosa dos serviços. Além disso, propõem minimizar a dicotomia entre as ações de prevenção e cura (50).

As AIS têm 2 momentos. O primeiro vai de 1982 a 1985 e se caracteriza como um programa de atenção médica que se une àqueles outros que as Secretarias Estaduais e Municipais vinham executando na área da saúde pública. O segundo momento vai do início do Governo Sarney até a implantação do SUDS em 1987 (48), quando as AIS foram impulsionadas pelo novo governo. Em 1984 eram 112 municípios conveniados, em 1985 passaram a 950 e em 1987 a 2.500 (cobrindo 70% da população do País) (48). A partir de 1985 ocorreu um progressivo fortalecimento das AIS com a adesão de

praticamente todos os Estados. Para muitos municípios que já possuíam alguma experiência acumulada na organização de serviços de saúde, o convênio AIS representou um aporte adicional de recursos financeiros e favoreceu o contato inter institucional entre os níveis governamentais prestadores de serviços (70).

Porém os municípios continuaram a desempenhar um papel secundário na formulação da política local de saúde. A falta de unificação institucional e a forma de pagamento por produtividade não propiciaram condições para o enfrentamento das contradições geradas pelo então modelo organizacional de atenção à saúde (10). Embora representassem um avanço, as AIS não podiam ser consideradas uma política assumida pelo governo. Seu espaço político institucional se limitava à posse de instrumentos para alterar a crise financeira do setor. Eram consideradas limitadas como meio de corrigir os privilégios do setor privado, e eram acusadas de reproduzir o tipo de relação com o setor público que já vinha ocorrendo na medida em que propunham pagar seus serviços por produção (21).

Neste período, surgiram inúmeras críticas à política e à prática sanitária nacionais e o "movimento sanitário" apareceu como proposta de democratização da saúde, buscando mudanças no panorama de atendimento e melhorias das condições de saúde da população. Estas diretrizes se fundamentava basicamente no conceito ampliado de cidadania e na concepção de determinação social das doenças, encontrando repercussões no próprio aparelho estatal (28).

Em março de 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), emergiu, no bojo do movimento sanitário, um conjunto de propostas políticas que resultaram num projeto conhecido como Reforma Sanitária, indicando para a necessidade de uma reflexão mais profunda sobre o papel do Estado na prestação de assistência à saúde e para a busca de uma nova organização dos serviços de saúde (21, 70).

Dentro das características da 8ª CNS, a busca de democratização é uma das mais importantes, representada pela presença de delegados de quase todas as forças sociais interessadas na saúde e por um processo social que começa com Conferências Municipais e Estaduais, até chegar à Nacional. A 8ª CNS fixou as bases conceituais do que seria o SUS, que se encontram consolidadas no relatório final. O documento aprovado pela plenária final afirma que a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deveria resultar na criação de um Sistema Único de Saúde, que representasse a construção do novo desenho institucional, delimitando claramente o âmbito entre as atividades de saúde e aquelas de previdência propriamente dita, através de ampla Reforma Sanitária.

Para Mendes, E.V. (48), "a reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle popular sobre o sistema".

Entre os princípios citados como objetos do novo Sistema de Saúde destacamos a descentralização na gestão dos serviços; a integralidade das ações, para superar a dicotomia preventivo-curativa; a regionalização e hierarquização dos serviços; o fortalecimento do papel do município; a universalização da cobertura populacional; o atendimento de acordo com as necessidades; a qualidade do atendimento compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com os recursos disponíveis e a formação dos profissionais de saúde integrada ao sistema.

O chamado Sistema Único de Saúde deveria ser acompanhado da expansão e fortalecimento do setor estatal em todos os níveis tendo como meta, ainda que nem sempre explícita, a progressiva estatização do setor. As ações no campo da saúde dos prestadores de serviços privados seriam direcionadas, seus procedimentos operacionais controlados, e os lucros abusivos coibidos.

Com relação às atribuições dos órgãos governamentais, ao nível estadual caberiam entre outros: "gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação" da política nacional de saúde nos estados; elaboração do plano diretor de saúde orientando a integração das atividades de saúde incluindo as do setor privado a nível estadual; responsabilidade pelos serviços de abrangência estadual e regional, principalmente os de caráter secundário e terciário, e os programas, projetos ou atividades que não pudessem ser executados pelos municípios em função de seu custo, especialização ou grau de complexidade.

Ainda dentro da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, o documento recomenda a revisão das Ações Integradas de Saúde, possibilitando à sociedade controle eficaz e abrangente através de suas comissões inter institucionais de coordenação CIS, CRIS, CLIS e/ou CIMS. Deveriam ser organizados Conselhos de Saúde formados por representantes eleitos pela comunidade de usuários e prestadores de serviços nos níveis local, municipal, regional e estadual (17). Em função da preocupação em recuperar a credibilidade e a eficiência do sistema previdenciário, o MPAS se antecipa às decisões da Constituinte e em meados de 87, juntamente com o grupo dirigente do INAMPS e anuência do MS, reformula o convênio das AIS, assinando novos termos de compromisso e/ou termos aditivos, que descentralizam parte do poder decisório do nível federal para os estados (35).

A evolução política da descentralização para o nível estadual e as indagações de constitucionalidade desse processo provocam, em 20 de julho de 1987, a promulgação do decreto 94.657 do Presidente da República, que criava o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde no Estados (SUDS) "com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde (AIS)", ficando determinado aos Ministérios de Estado de Saúde e da Previdência e Assistência Social estabelecer as instruções necessárias para a execução do disposto no decreto (23).

O SUDS passou a ser, em 1987, uma organização intermediária em direção ao SUS. Adotado por alguns Estados constituiu-se numa proposta de unificação das três esferas de governo (Federação, Estado e Município) enquanto a Constituição de 1988 não estabelece o SUS.

Houve com o SUDS um aprofundamento das AIS e um avanço em relação à descentralização e à unificação, uma vez que em alguns casos os Estados assumiram efetivamente as funções do INAMPS. A forma de financiamento deixou de ser por produção dos serviços, passando a ser feita mediante a orçamentação de um Plano Diretor elaborado pelos municípios com a supervisão das instâncias regionais das Secretarias de Estado da Saúde.

No Estado de São Paulo, a municipalização dos serviços de saúde passou a ser a estratégia de efetivação do SUDS, sendo implementada a partir do segundo semestre de 1987. A descentralização político-administrativa possibilitaria ao município o gerenciamento dos serviços estaduais e federais de saúde estabelecidos no local e a operacionalização de uma política de saúde voltada para a realidade epidemiológica do município.

Embora tenha sido transferido aos municípios o gerenciamento da rede pública ambulatorial, o mesmo não se efetivou em relação à rede hospitalar, nem tampouco o controle e avaliação dos contratos e convênios com o setor privado. Não obstante estas limitações, o SUDS permitiu um certo dinamismo dos serviços públicos de saúde, criando condições para o desenvolvimento de experiências locais. Diversos municípios conseguiram organizar seus modelos assistenciais ampliando a rede de unidades básicas, estendendo cobertura (consultas médicas, vacinação, etc.) e passaram a ser identificados, pela opinião pública, como responsáveis pela atenção à saúde (10).

A Constituição de 1988 ressalta alguns aspectos importantes: a saúde entendida como articulação de políticas sociais e econômicas; a saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; criação do SUS, organizado segundo diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade; integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social (48).

No início de 1991, o INAMPS retomou a gestão do financiamento do sistema e restabeleceu o pagamento por produção, igualando todos os tipos de prestadores sob a óptica da produtividade, estabelecendo uma forma de remuneração que praticamente inviabiliza as ações coletivas e preventivas. Este viés causou enormes dificuldades aos municípios que desenvolviam projetos voltados para a saúde coletiva.

Embora a municipalização da saúde não seja em si mesma a solução para o paradigma do modelo assistencial ou tampouco do processo de descentralização, apresenta-se como uma oportunidade ímpar para a experimentação de propostas transformadoras em direção às necessidades de saúde da população e a viabilização do SUS.

Durante o Governo Collor a crise no setor saúde agravou-se, devido à condução de suas políticas de saúde. O SUS não foi implantado da forma em que foi previamente concebido, tendo a descentralização do poder como base, contando com fonte de financiamento segura e estável e com controle social do sistema (87).

A descentralização que devia ser feita da Federação e Estado aos Municípios foi parcial, já que só foram repassadas as redes ambulatoriais públicas, enquanto a rede complexa e de alto custo, seguia gerenciada pela Federação e o Estado. De todos estes fatores o mais importante sem dúvida foi o financiamento, já que além dos problemas com a utilização inadequada dos orçamentos, houve uma diminuição importante na destinação dos recursos ao setor saúde, o que trouxe uma séria repercussão na rede ambulatorial, como a falta de material e medicamentos, de pagamento do pessoal, além da crise hospitalar onde se caracteriza pelo descredenciamento e sucateamento da rede hospitalar. Outro fato importante ocorrido em 1993, foi que a previdência social, até então a principal fonte de financiamento do setor saúde, decidiu não priorizar o repasse de verbas ao setor, devido a estar atravessando por uma crise importante.

Além de todos estes fatores, os Municípios ainda sofrem mais uma anormalidade no repasse de verbas por parte da Federação, já que com a implantação do SUS se estipulava o repasse direto dos recursos, fato que não ocorreu, sendo repassado na forma de pagamento por produção de serviços, procedimento que não contempla as ações coletivas e preventivas. Como consequência de todos estes problemas nos anos 1992 e 1993, houve um agravamento importante nas crises do setor saúde, com dificuldades na manutenção da oferta de serviços ambulatoriais e de apoio diagnóstico e diminuição na assistência hospitalar, situação que se estende até o presente (87).

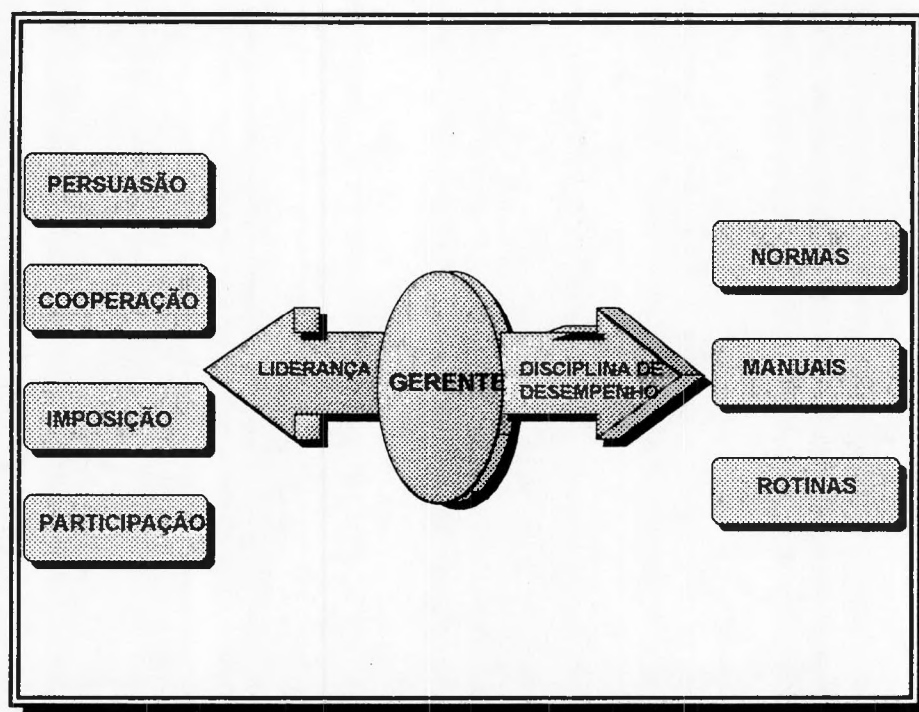
CAPÍTULO 3

A CAPACIDADE GERENCIAL NOS SILOS

3.1. A GERÊNCIA NOS SISTEMAS DE SAÚDE

Para Barrenechea, J.J.(5), a gerência nos Sistemas de Saúde tem duas interpretações: uma, entendida como a atividade que todos os integrantes do Sistema desenvolvem com o objetivo de organizar e coordenar os recursos de que disponham para a execução, eficácia e eficiência das atividades correspondentes a sua área de responsabilidade dentro do sistema. A outra interpretação falaria a respeito da gerência entendida como atividade própria dos gerentes e administradores, ou seja as pessoas que dentro da organização têm a responsabilidade de orientar e controlar o comportamento da mesma organização. Nesta última interação o gerente vai utilizar dois instrumentos para a realização dos objetivos: a liderança, exercida principalmente por meio da persuasão, cooperação, imposição e participação e o desenho e aplicação de uma disciplina de desempenho, exercida através de normas de procedimentos, manuais e rotinas (gráfico3).

GRÁFICO 3: INSTRUMENTOS E METODOS DO GERENTE



FONTE: OPS-OMS. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD LA ADMINISTRACION ESTRATEGICA. OPS-OMS, WASHINGTON, D.C., 1992.

Já na Gerência entendida como uma função que deve ser exercida por todos os integrantes do sistema, uma de suas missões é o logro da equidade. Daí a importância de que não seja a meta principal o fato de ser só eficiente, pois a produtividade é apenas um meio em relação ao fim social. Embora a eficiência seja condição necessária para a transformação, não é justificativa suficiente para a ação estratégica que lhe corresponde desempenhar no setor. Para que seja possível obter a equidade no campo de responsabilidade, é preciso que cada membro integrante do SILOS faça uso dos recursos da melhor maneira possível.

O conceito da gerência no SILOS tem um enfoque mais amplo que a simples aplicação de técnicas administrativas ou administração dos recursos. Uma vez que se persegue a equidade a gerência no SILOS deve tentar dar resposta aos problemas que se apresentam em sua área de acordo com as políticas nacionais de desenvolvimento e os interesses dos conjuntos sociais da região. Para que este último ponto seja alcançado é preciso que o desenvolvimento econômico seja acompanhado do social (61).

Esta característica da gerência no SILOS, que envolve o equilíbrio dos fatores econômicos e sociais, faz necessário que os gerentes tenham uma capacidade maior de integração dos problemas de saúde e dos recursos com que contam para suas soluções. É muito importante que os gerentes visualizem não só os recursos específicos do setor, mas também os que surgem ao considerar o fator social como um todo e fazer uma vinculação entre ambos. O tratamento articulado de ambos os aspectos, procurando situar cada um no lugar correspondente, na determinação dos níveis de eficiência das ações de saúde,

permitirá que se procure as soluções nas esferas sociais e econômicas, optando pela solução que leve aos melhores resultados, não buscando a otimização de um setor.

A relação dos problemas e necessidades dos conjuntos sociais, com os conhecimentos e recursos, deve ser feita com a flexibilidade necessária para permitir a análise das vantagens e limitações das diversas opções e favorecer as condições para a negociação e a concertação intra e inter sectorial e com os diferentes atores sociais envolvidos no espaço-população dos SILOS. Já a gerência nos SILOS, analisada a partir do conceito de administração estratégica, é entendida como a ação própria dos gerentes ou administradores que torna possível o melhor uso dos recursos para o logro dos objetivos sociais perseguidos, através de um processo contínuo de tomada de decisões que se fundamenta na definição e análise de problemas e na designação dos correspondentes recursos para a solução e que as decisões se convertam em ações efetivas (61).

A gerência estratégica local procura ofertar os elementos conceituais e metodológicos necessários para orientar e aplicar os conhecimentos e recursos dos diversos atores sociais compreendidos, esperando com isso que a resolução dos problemas seja mais eficaz. A gerência estratégica, por se desenvolver principalmente no contexto dos SILOS, deverá compreender as duas dimensões reconhecidas no marco de referência subregional sobre a capacidade gerencial: a condução e administração para a produção dos serviços.

Para o alcance dos objetivos perseguidos é importante mudar a visão tradicional da gerência. Isto será possível no momento em que a função administrativa seja aceita como fator importante, então a gerência estará tomando uma conceituação moderna.

A gerência moderna tem elementos plenamente aplicáveis a organizações de serviço como os SILOS: ter uma missão explícita, formulada e conhecida por todos os seus membros, produtos (resultados) identificados e medidos, a sensibilidade do cliente (consumidor) e a adaptabilidade para responder às necessidades de suas comunidades e às mudanças do meio.

Uma organização social importante como os sistemas de saúde deve otimizar o resultado dos recursos limitados de que disponha. Para isto deve aplicar as ferramentas da gerência contemporânea à especificidade de seu processo de produção. Como consequência desta visão moderna da gerência nos SILOS, deverá haver uma transformação nas organizações de saúde, com repercussões diretas sobre as funções típicas nos níveis central, regional e local.

3.1.1. FUNÇÕES TÍPICAS DO NÍVEL CENTRAL NO NOVO MODELO

A organização que corresponde a este nível (geralmente o Ministério da Saúde) deverá desligar-se da prestação de serviços, a qual deve delegar às instituições regionais e locais, para converter -se em um organismo que elabore as políticas e normas de abrangência

nacional, coordenação dos recursos do setor par o logro das metas propostas e a designação dos recursos financeiros provenientes do orçamento federal e de outras fontes (61).

Suas principais funções são:

- ♦ Formular as diretrizes de saúde, incluindo as articulações com o projeto nacional de desenvolvimento e as características e modalidades que dominaram a estrutura e organização do modelo nacional de saúde;
- ♦ Coordenar e participar da elaboração do plano nacional de saúde, suas metas e objetivos, além do estabelecimento das prioridades nacionais de saúde;
- ♦ Coordenar e participar da elaboração das pautas nacionais para a formulação dos planos e programas regionais e locais;
- ♦ Elaborar as normas de qualidade das prestações e aqueles aspectos específicos para os quais está melhor preparado em base a sua especialização;
- ♦ Destinar os recursos de competitividade nacional, principalmente os recursos financeiros de fontes de âmbito nacional e os provenientes de acordos com agências internacionais e especialmente fundos de capital;
- ♦ Responsabilizar-se pela sanidade das fronteiras ditando as normas e formalizando os acordos internacionais que se fazem necessários;
- ♦ Supervisionar e avaliar a equidade e qualidade do sistema nacional de saúde;
- ♦ Dar assessoria técnica que requer grande nível de especialização para as regiões e SILOS que a solicitem;
- ♦ Controlar e vistoriar a qualidade de drogas e outros produtos farmacêuticos e da distribuição de insumos e material de consumo;

- ♦ Conceder licenças para a produção ou comercialização de drogas e medicamentos;
- ♦ Regular a formação do pessoal de saúde e as condições de exercício de suas atividades;
- ♦ Regular o exercício da atividade privada (com e sem finalidade de lucro);
- ♦ Vigilância Epidemiológica Nacional;
- ♦ Controlar, coordenar e eventualmente realizar atividades de pesquisa em saúde;
- ♦ Execução das atividades que por sua complexidade ou âmbito de aplicação escapam às competências dos níveis regionais e locais;
- ♦ Atuar como coordenador das organizações sanitárias e organismos de ajuda internacional;
- ♦ Coordenar e regulamentar o sistema nacional de estatística na saúde (vitais, hospitalares, epidemiológicas e outras relacionadas);

Para atingir os objetivos destas funções a gerência deverá assumir um papel mais ativo na coordenação e gestão do sistema nacional.

As mudanças esperadas são aquelas relacionadas com: financiamento, bens de capital, recursos humanos, recursos materiais, administração do conhecimento e comunicação.

O financiamento na gerência dos SILOS, deve contar com uma estrutura contábil ágil e dotada dos modernos procedimentos de processamento de dados, para uma rápida e transparente administração dos recursos financeiros. A negociação de novas fontes de recursos e/ou redimensionamento das já existentes com os diversos setores económicos e

sociais é uma das capacidades que devem ser fortalecidas pelos gerentes. A descentralização da execução do orçamento até o nível local pode ser um dos aspectos mais importantes a considerar para o sucesso de uma descentralização efetiva do sistema.

Enquanto aos bens de capital, com a descentralização das unidades produtoras de bens e serviços aos níveis regionais e local, espera-se que o nível central não tenha que administrar diretamente volumes importantes de bens de capital. Uma capacidade que deve ser incrementada no nível central é a elaboração de projetos de investimento, visando a análise do custo / benefício entre os projetos alternativos de investimento, procurando evitar a proliferação de investimentos de alto custo, que não estejam justificados pelo uso que se vai dar, pela capacidade para sua operação ou quando o custo de oportunidade seja elevado.

A formação de recursos humanos é uma ação estratégica para qualquer projeto vinculado com o desenvolvimento organizacional. As políticas de recursos humanos dentro do SILOS devem estar dirigidas a: enfatizar a formação, recuperação e capacitação permanente do pessoal; definição de formas de emprego e remuneração do trabalho; determinação do perfil para as profissões da área da saúde; força e mercado de trabalho; desenvolvimento dos perfis de cargos e salários; análise das capacidades requeridas para o domínio das novas tecnologias e a administração do conhecimento, mediante um programa contínuo de Treinamento & Desenvolvimento.

Na administração dos recursos materiais, as funções de compra e almoxarifado deverão ser descentralizadas. A gerência de materiais deve desenhar métodos e procedimentos destinados a padronizar os requerimentos técnicos dos materiais e insumos necessários

para a operação do sistema, sistemas de controle de almoxarifado, de distribuição e outros que melhorem a gerência de materiais no sistema como um todo.

Enquanto à administração do conhecimento e comunicação, existe uma falta importante de um sistema de informação que assegure os dados básicos para facilitar a tomada de decisões. Especificamente, é necessário desenvolver um subsistema de informação gerencial que oriente a melhor organização e utilização dos recursos. Um SILOS precisa de informações que sejam, ao mesmo tempo, relevantes e de fácil uso. Infelizmente, muitas vezes as informações disponíveis no nível local não são relevantes, muito menos de fácil uso (25). Por outro lado não só é importante contar com informação adequada, atualizada e de fácil manuseio, como também é imprescindível contar com a capacidade de análise necessária por parte dos gerentes para o melhor aproveitamento (67).

A administração do conhecimento e da comunicação é um aspecto fundamental que deve ser assumido pela gerência como um elemento importante para conglomerar o sistema nacional de saúde. Além de incluir o conhecimento científico, esta área deve levar em conta o gerencial e aquele que tem a ver com as políticas nacionais e setoriais. Por outro lado o domínio dos conceitos e métodos da comunicação se torna cada vez mais um requisito importante para as pessoas que irão trabalhar na administração do conhecimento.

3.1.2. FUNÇÕES BÁSICAS DO NÍVEL REGIONAL

Embora as funções do nível regional possam mudar dependendo das características específicas de cada região, podem identificar-se de forma geral as seguintes funções (61):

- ♦ Participar na elaboração das políticas nacionais de saúde;
- ♦ Coordenar e participar na elaboração do plano regional de saúde, como componente do plano nacional;
- ♦ Elaborar as diretrizes para o planejamento e programação regional e local, em concordância com as linhas traçadas a nível nacional;
- ♦ Coordenar as atividades regionais de saúde;
- ♦ Realizar as ações de saúde de seu âmbito, que não tenham sido delegadas o transferidas aos níveis locais;
- ♦ Realizar as ações de saúde, de competência nacional, que lhe tenham sido delegadas por aquela instância;
- ♦ Contratar o pessoal de saúde necessário para levar a cabo suas atividades;
- ♦ Elaboração dos orçamentos regionais, contemplando as transferências aos SILOS e exercer as atividades contábeis necessárias para tais efeitos;
- ♦ Aprovação e financiamento (seja diretamente ou por gestão ante outros organismos setoriais ou extra setoriais) dos projetos que impliquem na criação ou ampliação de capital;
- ♦ Apoio técnico e administrativo aos SILOS;
- ♦ Controle das atividades de saúde (relacionadas com as pessoas ou com o meio ambiente) em seu âmbito;

- ♦ Operação das unidades de saúde que brindem serviços de cobertura regional;
- ♦ Servir como espaço de articulação dos interesses nacionais, regionais e locais.

Dos três níveis, o regional deve ser aquele no qual ocorre menos mudanças em relação às atividades que vem desenvolvendo. As alterações esperadas mais importantes são em relação à profundidade e amplitude das ações desenvolvidas, para o melhor articulação com os níveis central e local.

É importante diminuir a duplicidade de funções e assumir responsabilidades que correspondam aos níveis nacional e local. O fortalecimento dos nível central e local dependem em grande parte de um nível regional ágil, flexível e comprometido com o sistema nacional de saúde.

3.1.3. FUNÇÕES TÍPICAS DO NÍVEL LOCAL

Já que o nível local é aquele que se encarrega de fazer funcionar os serviços do sistema, além de executar as ações que surgem da necessidade de resolver a problemática manifesta na área de responsabilidade, e cujas causas se encontram dentro do domínio de intervenção, este será o espaço com maior divisão do sistema político-administrativo (61).

As funções a desempenhar no nível local são:

- ♦ Organizar, alocar, supervisionar, consignar, supervisionar e avaliar a execução de todas as ações em seu âmbito, tanto as de competência direta do nível, como aquelas correspondentes às competências dos outros níveis do sistema delegadas à jurisdição local;
- ♦ Organizar e coordenar as atividades dos estabelecimentos de saúde do Município;
- ♦ Gerenciar todos os serviços públicos de saúde;
- ♦ Realizar a gestão e o controle da execução dos orçamentos em saúde que tem como âmbito o nível local;
- ♦ Coordenar e supervisionar todos os serviços de saúde governamentais, não governamentais e privados dentro de sua jurisdição;
- ♦ Promover a articulação ativa do SILOS com outros setores e agências que desenvolvam atividades nessa jurisdição, naqueles aspectos relacionados com as condições de saúde da população e no meio ambiente (natural e social);
- ♦ Fomentar e apoiar a participação social no sistema de saúde;
- ♦ Coordenar e participar da elaboração do plano e dos programas anuais de atividade do nível local;
- ♦ Identificar e obter fundos de fontes alternativas, gerenciar os recursos financeiros locais e aqueles que lhes tenham sido transferidos ou outorgados pelos outros níveis do sistema de saúde ou outras organizações distantes ao âmbito local;
- ♦ Capacitar no serviço os profissionais de saúde requeridos para as atividades locais, em função de suas próprias capacidades de formação (ou seja, chegar ao

máximo nível de formação compatível com os recursos formativos que possuem), capacitar em serviço e atualizar permanentemente os conhecimentos do pessoal de saúde e dos conjuntos sociais.

Os gerentes locais devem estar capacitados para administrar um conjunto de atividades que supere em muito as que são consignadas tradicionalmente a eles.

O novo gerente é um executivo comprometido com um projeto, o qual dentro de suas funções contemple a participação no desenho das políticas e se responsabilize por facilitar sua viabilização, além de ter a capacidade que demanda o desempenho de uma função cujo objetivo é colocar em operação as políticas sociais definidas. Não deverá ser mais um simples administrador cuja responsabilidade maior é executar resoluções provenientes de um nível superior.

Por outro lado o novo gerente deve ter domínio razoável das técnicas modernas de gestão e não só dos seus aspectos políticos, já que se requer a oportuna e rápida tomada de decisões frente a situações não sempre previsíveis. Para este fim deve ser capaz de:

- ♦ Elaborar e interpretar indicadores que permitam acompanhar o processo no âmbito do SILOS;
- ♦ Analisar a informação disponível e definir a informação complementar necessária para a gestão dos SILOS;
- ♦ Empregar os instrumentos e métodos de gerência disponíveis e elaborar novos quando as circunstâncias o requiserem ou tornarem necessário;

- ♦ Criar processos de comunicação que permitam manter a coesão e a direção do sistema;
- ♦ Favorecer os processos de concertação necessário para garantir o cumprimento dos objetivos desenhados para o SILOS;
- ♦ Estabelecer fluxos de interação com os conjuntos sociais, que facilitem a incorporação dos mesmos ao processo de gerência do SILOS.

3.2. OS INSTRUMENTOS DA GERÊNCIA NOS SILOS

No Brasil as palavras administração, gerência e gestão, são usadas como sinônimos em forma indiscriminada, porém a palavra gerência é traduzida da palavra em inglês "management" que em inglês britânico e francês é empregada para definir a gestão privada. Já a palavra "administration" definiria a gestão pública. Para Motta, P. R., a mudança na terminologia destas três palavras obedece a uma necessidade de revitalização do conceito, onde se procura abandonar o desgaste adquirido de uma delas para recuperar conceitos anteriores através da nobreza de um termo novo. Até a década de setenta, no Brasil a palavra administrador era mais importante que gerente. Posteriormente houve uma mudança na terminologia dando à palavra gerente maior importância, devido ao desgaste da palavra administrador. Na última década a palavra gestão passou a ser utilizada para definir o campo da administração e da gerência como

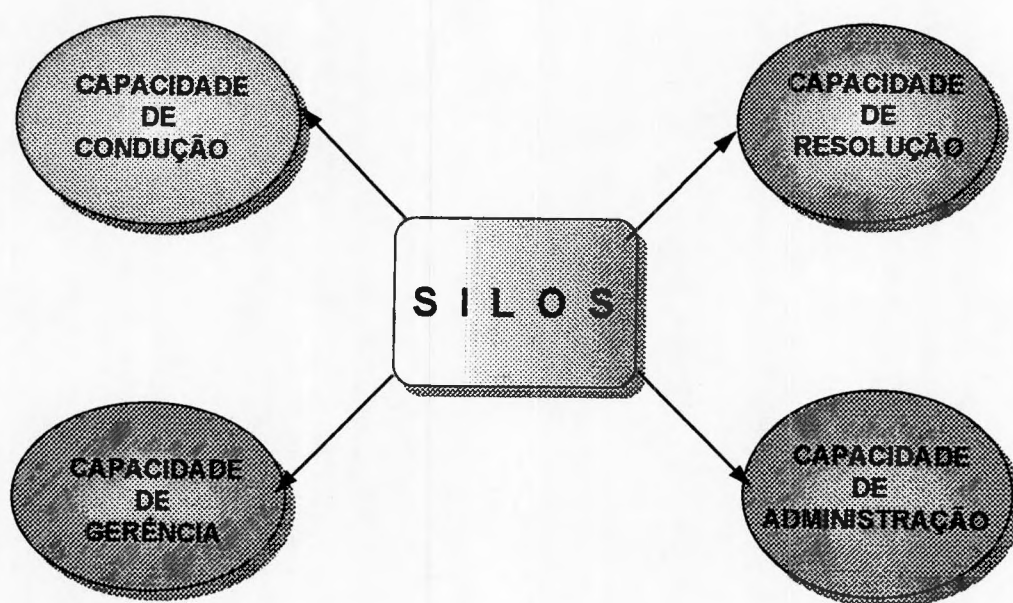
uma tentativa de compensar os desgastes na terminologia destas últimas e agregar alguma novidade, embora não necessariamente de conceito (53).

A função de gerência transcende a simples aplicação de técnicas administrativas ou administração de recursos já que, por perseguir a equidade, adquire uma dimensão pública. Por essa razão a gerência dos SILOS se enquadra no marco da gestão das políticas públicas. Desta maneira, a gerência no SILOS tem que tentar dar respostas aos problemas presentes em seu âmbito de acordo com os projetos nacionais de desenvolvimento e em concordância com os interesses dos conjuntos sociais de sua jurisdição (61).

Na capacidade gerencial do processo de desenvolvimento dos SILOS existem quatro funções básicas a serem reforçadas (60), as quais são: (gráfico 4) (quadro1)

- Capacidade de Resolução
- Capacidade Gerencial
- Capacidade de Direção
- Capacidade de Administração

GRÁFICO 4 : CAPACIDADES GERENCIAIS NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DOS SILOS



FONTE: OPS-OMS. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD. CONCEPTOS, METODOS Y EXPERIENCIAS. OPS-OMS. WASHINGTON,D.C.1990.

3.2.1. CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO

Por capacidade de resolução é entendida a suficiência dos organismos ou estabelecimentos locais para contribuir ao melhoramento do nível de vida, encontrar

formas de solução aos problemas de saúde da comunidade, alterar as situações consideradas contrárias à saúde ou conservar um estado já alcançado. Assim mesmo a capacidade de resolução no contexto dos SILOS é considerada relativa devido a sua origem múltipla, além de relativa. A capacidade de resolução tem um horizonte de desenvolvimento que dependerá dos compromissos regionais marcados por cada um deles para a obtenção dos objetivos comuns para a região das Américas.

Os órgãos que têm capacidade de resolução nos SILOS são:

- ☐ Cada organismo do setor de saúde em particular
- ☐ O conjunto de organismos do setor de saúde de forma global
- ☐ Entidades de outros setores.

Existem um conjunto de fatores que condicionam conjuntamente à capacidade de resolução dos SILOS:

- Descentralização
- Coordenação institucional
- Participação social
- Capacitação gerencial

Descentralização é de suma importância, já que maior descentralização permite maior autonomia, o que supostamente dá origem a uma capacidade máxima de decisão ou possibilidades de adquirir compromissos e de alcançar maior potencial na capacidade de gerência, adquire-se maior capacidade de resolução, ou seja maior atribuição progressiva do nível local em todos os aspectos da gestão.

A importância da coordenação institucional é dada pelo efeito sinérgico que deriva da articulação e interrelação com os organismos do setor e com os de outros setores, dentro do conceito de complementação que se traduz em verdadeira expansão da capacidade de resolução, sem incremento dos recursos. A terceira determinante é a participação social pelo realismo que adquire na operação de serviços de saúde ao estar em íntima relação com os objetos de trabalho os quais dirigem sua ação. A capacidade gerencial além de ser uma condicionante da capacidade de resolução, é assumida como um fator gestor de mudança envolvida no processo de desenvolvimento dos SILOS.

3.2.2. CAPACIDADE DE GERÊNCIA

A prática da administração tradicional nos sistemas de saúde não é suficiente para o incremento da capacidade de resolução dos SILOS, pois estes demandam uma capacidade de gerência intra e inter institucional com um enfoque novo, que corresponda à necessidades da gestão moderna.

É necessário redimensionar a gestão administrativa com base no conceito e na prática de gerência, como uma ação institucional que torne viável a melhor utilização dos recursos para alcançar os objetivos mediante um processo contínuo de tomada de decisão, fundamento na definição e análise de problemas, procura de solução, seleção das melhores alternativas e conversão das decisões em ação efetiva.

O alcance da gerência no processo de desenvolvimento nos SILOS está condicionada por (61):

- Complexidade dos requerimentos da coordenação
- Nível de descentralização alcançado
- Grau de participação comunitária

Um dos pontos importantes da capacidade gerencial é a capacitação, a qual precisa, para se tornar efetiva, como objeto de mudança no processo de desenvolvimento institucional, de uma cobertura de sujeitos e conteúdos suficientemente ampla para ter impacto e formar massa crítica que garanta a eficácia e irreversibilidade das transformações num período curto. Porém, é preciso considerar que o desenvolvimento dos SILOS não é um processo que possa ser resolvido exclusivamente no nível local. Também necessita de uma mudança abordada em paralelo nos diferentes níveis do sistema de saúde.

É importante enfatizar a diferença entre os conceitos de gerente e gerência na direção e administração nos SILOS. A descentralização administrativa, a coordenação institucional e a participação social são processos que se caracterizam pelo grau de participação, negociação e concertação que envolvem muitos atores, gerando responsabilidades e compromissos compartilhados. A gerência nos SILOS é resultado do desempenho da equipe de trabalho capaz de ter entre seus integrantes, os conhecimentos e as habilidades necessárias para cumprir com a função gerencial para o desenvolvimento dos SILOS, nos diferentes níveis da estrutura gerencial.

3.2.3. CAPACIDADE DE DIREÇÃO

A direção é aquela função da gerência que dá rumo ao desenvolvimento dos SILOS, orientando-os ao melhoramento da capacidade de resolução de cada um de seus componentes e do conjunto. A direção se refere tanto ao interior de cada organismo, como a outros organismos do setor e outros setores.

A direção adequada, mais que uma habilidade da pessoa que dirige o organismo, tem que ser uma característica permanente da sua função gerencial, mediante um processo de institucionalização da direção, através da acumulação do conhecimento e dos recursos humanos e tecnológicos apropriados, que o faz possível.

A planificação e a programação local aparecem como funções da gerência principalmente complementares e com uma capacidade de enriquecer-se mutuamente.

A programação local é necessária para operacionalizar ao interior de cada organismo os planos integrais normalizados, instrumentando-os de acordo com as normas técnicas e com a disponibilidade real de recursos de cada organismo. O controle e a avaliação têm que ser realizado tanto no interior de cada organismo, como a cada programa que constitui o SILOS.

A participação social é um elemento central na direção, pois a comunidade é em tese razão de ser do setor saúde, seu objetivo e quem determina suas metas.

Esta participação social deve e pode estar presente em todo e em cada um dos aspectos da gestão, de acordo o que cada realidade concreta local aconselhar. Parece, ser particularmente importante na legitimação dos planos estratégicos negociados e concertados na avaliação da gestão e dos resultados obtidos, numa dinâmica de solicitação e prestação de contas.

3.2.4. CAPACIDADE DE ADMINISTRAÇÃO

A administração é uma função da gerência, ao facilitar os meios para converter a decisão em ação. Os sistemas administrativos são um conjunto de processos com a finalidade de fazer o melhor uso dos recursos de cada instituição, de acordo com as responsabilidades adquiridas e comprometidas no processo de negociação do planejamento dos SILOS.

Os sistemas administrativos, dentro de cada instituição devem ser integrais, evitando os enfoques parciais, impedindo a aparição de sistemas duplicados.

Os sistemas administrativos dos diferentes organismos devem ter as seguintes características:

- Ser descentralizados, de maneira a facilitar a tomada de decisões no nível local, favorecer a eficiência operacional e permitir a concertação.

- Apresentar possibilidade de coordenar-se com os diferentes processos administrativos de cada um dos organismos do sistema local.
- Ter flexibilidade suficiente para adaptar-se a outros sistemas.
- Permitir, em sua operação, a participação da comunidade.
- Corresponder e responder ao modelo de atenção definido.

É muito importante mencionar que não se trata de criar sistemas administrativos para os SILOS. Pelo contrario, a idéia é adequar os existentes em cada organismo às características enunciadas. Este processo de desenvolvimento da capacidade gerencial que alcança as ótimas condições para resolver os problemas de saúde da população no nível local, requer um apoio adequado dos processos administrativos nos seguintes aspectos:

- Um sistema de informação gerencial que sustente o processo de controle no espaço populacional e que atue na gerência dos SILOS.
- Um sistema de pessoal que receba, mantenha e desenvolva uma força de trabalho com os conhecimentos, as habilidades e as motivações necessárias para atingir os objetivos de cada organismo em particular e dos SILOS em geral.
- Um sistema de gestão de materiais para obter os bens e serviços necessários, em volume adequado, a custo razoável e que oportunamente ajudem a execução das atividades em cada organismo do sistema local.

- Um sistema financeiro que permita arrecadar, distribuir, executar e controlar os recursos financeiros em quantidade e oportunidade suficiente.
- Um sistema de recursos físicos para planejar, dispor, operar e manter os recursos indispensáveis para conseguir uma capacidade instalada suficiente e operante.

QUADRO 1: CAPACIDADE GERENCIAL NO FORTALECIMENTO DOS SILOS			
CAPACIDADE	OBJETIVO	SUJEITOS	FATORES CONDICIONANTES
RESOLUÇÃO	- CONTRIBUIR À SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE E AO MELHORAMENTO DO NÍVEL DE VIDA DA POPULAÇÃO	- ORGANISMOS DO SETOR SAÚDE, EM PARTICULAR O UNIDADE PRODUTORA DE SERVIÇOS - CONJUNTO DE ORGANISMOS DO SETOR SAÚDE - REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTADA COM OUTROS SETORES	- DESCENTRALIZAÇÃO - COORDENAÇÃO INSTITUCIONAL - PARTICIPAÇÃO SOCIAL - CAPACIDADE GERENCIAL
GERENCIAL	- OTIMIZAÇÃO DOS RECURSOS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS	- EQUIPE	- COMPLEXIDADE DOS REQUERIMENTOS DA COORDENAÇÃO - DESCENTRALIZAÇÃO - PARTICIPAÇÃO SOCIAL
DIREÇÃO	- DIRECIONALIDADE AO DESENVOLVIMENTO DO SILOS - MAIOR CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO - COORDENAÇÃO INTER SECTORIAL	- ORGANISMO DO SETOR DE SAÚDE EM PARTICULAR OU UNIDADE PRODUTORA DE SERVIÇOS - CONJUNTO DE ORGANISMOS DO SETOR SAÚDE - REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE COM OUTROS SETORES	- DESCENTRALIZAÇÃO - COORDENAÇÃO - VONTADE POLÍTICA - PARTICIPAÇÃO SOCIAL
ADMINISTRATIVA	- FACILITAR OS MEIOS PARA CONVERTER A DECISÃO EM AÇÃO	- CADA SISTEMA ADMINISTRATIVO DOS DIFERENTES ORGANISMOS INTEGRANTES DOS SILOS	- DESCENTRALIZAÇÃO - COORDENAÇÃO COM OS DIFERENTES PROCESSOS ADMINISTRATIVOS - FLEXIBILIDADE - PARTICIPAÇÃO SOCIAL - MODELO DE ATENÇÃO

FONTE: OPS-OMS. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUDE. CONCEPTOS, METODOS Y EXPERIENCIAS. OPS-OMS. WASHINTON, D. C., 1990.

CAPÍTULO 4

"CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE SANTOS"

4.1 FATORES ECONÔMICO-SOCIAIS

Antes de entrar na análise do contexto político no qual se desenvolve o Sistema Local de Saúde (SILOS), faremos referência a alguns aspectos político administrativos do Município de Santos. Este, junto com outros 8 Municípios (Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, São Vicente e Bertioga), mais 10 Distritos e 6 comarcas, constitui a Região Administrativa e de Governo de Santos, com sede na mesma cidade, chamada de Microregião Administrativa (R.A) da Baixada Santista. A RA da Baixada Santista, juntamente com outras 14 RA constituem o sistema administrativo do Estado de São Paulo (quadro 2).

**QUADRO 2 : MUNICÍPIOS DA BAIXADA SANTISTA, ÁREA , POPULAÇÃO
RESIDENTE E DENSIDADE DE POPULAÇÃO
1992.**

BAIXADA SANTISTA					
MUNICÍPIO	ÁREA (Km ²) (1)	%	POPULAÇÃO (2)	%	DENS. DEM. (2/1)
SANTOS	271,00	11,4	417.450	34,24	1.540
SÃO VICENTE	146,00	6,2	268.730	22,05	1.841
GUARUJÁ	137,00	5,8	210.268	17,25	1.534
PRAIA GRANDE	145,00	6,1	122.104	10,02	852
CUBATÃO	148,00	6,2	91.048	7,47	615
BERTIOGA	482,00	20,3	11.426	0,94	24
ITANHAÉM	581,00	24,5	45.966	3,77	79
MONGAGUÁ	135,00	5,7	18.958	1,56	140
PERUÍBE	328,00	13,8	32.959	2,70	100
TOTAL	2.373,00	100,00	1.218.909	100,00	514

FONTE: SUMÁRIO DE DADOS DA BAIXADA SANTISTA. GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. EMLASA. SÃO PAULO, 1992.

Santos é um Município costeiro situado no sudeste do Estado de São Paulo, a 80 km. da capital, na ilha de São Vicente. Tem uma extensão territorial de 271 km² (com coordenadas geográficas de: latitude S de 24° 01' 00" e longitude W de 46° 20' 30"), uma população aproximada de 417.450 , de um total de 1.218.909 da RA de Santos, correspondendo 34,24 % do total da região (Quadro2). A densidade de população é de 1.540 habitantes por Km², maior que a do estado de São Paulo como um todo que é de 126.81 habitantes por Km².

No Município de Santos localiza-se o maior porto de América Latina, o qual atua historicamente como polo de atração para uma série de atividades econômicas, sendo o principal fator de desenvolvimento do Município e da Região. O porto de Santos sempre foi considerado o principal agente propulsor da economia regional, principalmente em função do comércio cafeeiro que chegou a representar durante décadas o principal produto de exportação nacional. Desde sua instalação, que data do período de fundação da Vila de Santos e em função de sua posição estratégica em relação aos grandes núcleos de consumo, o cais santista se transformou de simples atracadouro em maior porto da América Latina.

Historicamente ligado de início ao ciclo do café, o Município de Santos passou a ser um dos principais pólos responsáveis pelo desenvolvimento industrial do Brasil, juntamente com a implantação das estradas de ferro e a geração de energia elétrica, o que trouxe os benefícios deste processo de desenvolvimento econômico incipiente na infra-estrutura da cidade. As atividades industriais, que atualmente têm peso significativo no cenário econômico regional, nasceram a partir da instalação de empresas de pequeno porte nos Municípios de Santos e São Vicente. Essas empresas se limitavam à produção de manufaturados simples, como sabões, peças de couro e mercadorias do setor alimentício.

Se por um lado a expansão da atividade portuária e da industrialização se constituíram, durante décadas, em símbolos do sucesso econômico da região, por outro também trouxeram reflexos negativos: a proliferação de favelas, poluição do meio ambiente e destruição da fauna e flora nativas. A aceleração do processo migratório, que ocorreu principalmente em função da oferta de emprego fácil, provocou e continua provocando distorções dentro da concepção do modelo de desenvolvimento escolhido. Os investimentos estatais já não existem há anos, as empresas privadas e o porto reduziram o ritmo de trabalho, mas as famílias de migrantes continuam se deslocando para a Baixada Santista.

O complexo portuário de Santos como principal atividade do Município, em 1993 movimentou 29.111.337 toneladas de carga, com um acréscimo de 2,43 % em relação ao ano anterior. 45 % da carga corresponderam a exportações e 55 % a importações. Por outro lado a Companhia Docas do Estado de São Paulo (CODESP), (encarregado da administração do porto), foi responsável por 69,88 % das movimentações enquanto os terminais privadas movimentaram 30,12 %. Na área cafeeira, o porto de Santos foi responsável por 68,22 % das exportações do café do Brasil no ano de 1993.

Hoje as principais atividades econômicas no Município são dadas 73,10 % pelos serviços, 18,72 % pelo comércio, 3,12 % pelas indústrias e 5,06 % por outras. Estes dados são diferentes daqueles do estado de São Paulo o qual mostra 54,8 % para serviços, 16,3 % para comércio, 25,2 % para indústria e 3,7 % outras (gráfico 5).

**GRÁFICO 5 : ATIVIDADES ECONÔMICAS NO MUNICÍPIO DE SANTOS E
ESTADO DE SÃO PAULO
1993**



FONTE: SUMARIO DE DADOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
NÚMERO 3 - 1994
OUTRAS: CONSTRUÇÃO CIVIL E AGRICULTURA.

A população economicamente ativa do Município (PEA), (que corresponde à parcela da população em idade ativa, com idade igual ou superior a 10 anos, ocupada ou desempregada) segundo dados da Fundação SEADE de 1993 era de 36,55 %, enquanto que no estado de São Paulo era de 61,4 %.

No quadro 3 encontramos a distribuição da renda mensal da população economicamente ativa no Município de Santos e Estado de São Paulo, clasificada por categorias de renda medida em salários mínimos. Em Santos 21,34 % da população ganha até 2 salários mínimos, 34,31 % de 2 a 5 , 22,96 % de 5 a 10 e 18,87 % acima de 10 salários mínimos, mostrando nível de renda mais elevado que no estado de São Paulo nas duas faixas superiores.

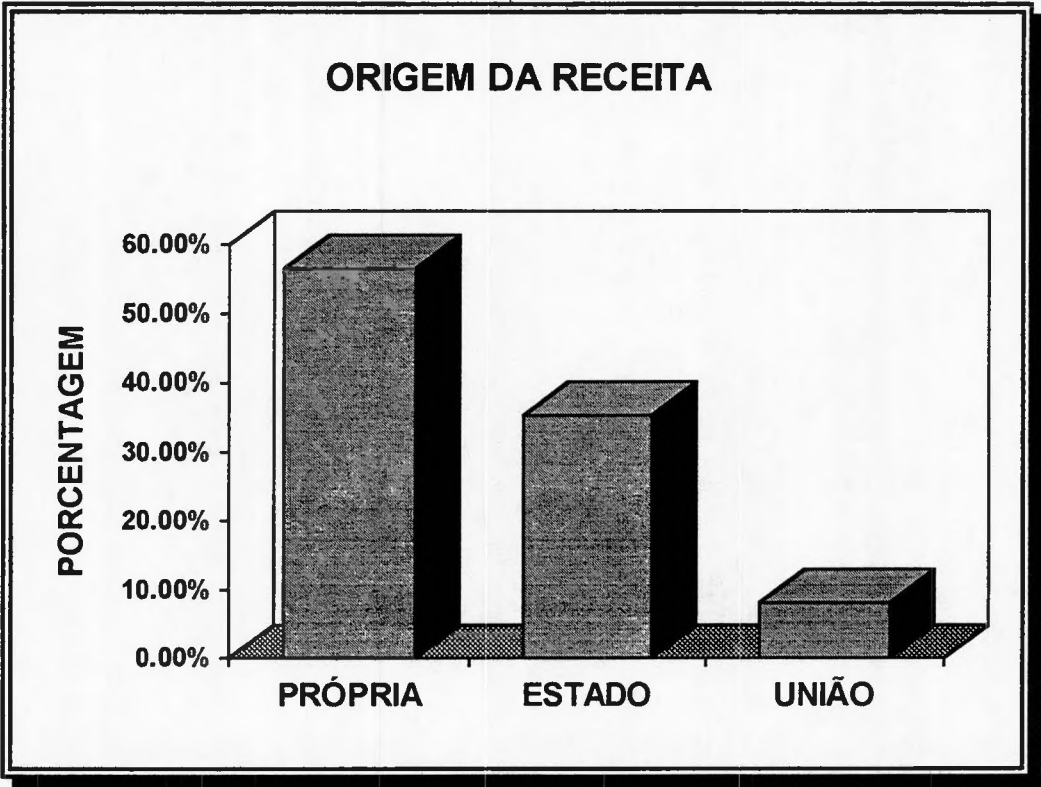
QUADRO 3 : RENDA EM SALÁRIOS MÍNIMOS NA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA NO MUNICÍPIO DE SANTOS E ESTADO DE SÃO PAULO, 1991.

RENDA DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA DO MUNICÍPIO DE SANTOS E DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1993		
RENDA	SANTOS	SÃO PAULO
ATÉ 2	21,34	32,25
DE 2 A 5	34,31	33,91
DE 5 A 10	22,96	16,73
ACIMA DE 10	18,87	11,85
SEM RENDIMENTO	2,25	4,23
SEM DECLARAÇÃO	0,27	1,03
TOTAL	100 %	100 %

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO SEADE DE 1993.

O total da receita municipal em 1993 foi de US \$ 115.750.690. No gráfico 6 pode-se acompanhar a composição da dita receita municipal segundo fonte de origem (recursos próprios e transferências).

GRÁFICO 6 : RECEITA DO MUNICÍPIO DE SANTOS SEGUNDO FONTE DE ORIGEM DURANTE 1993.

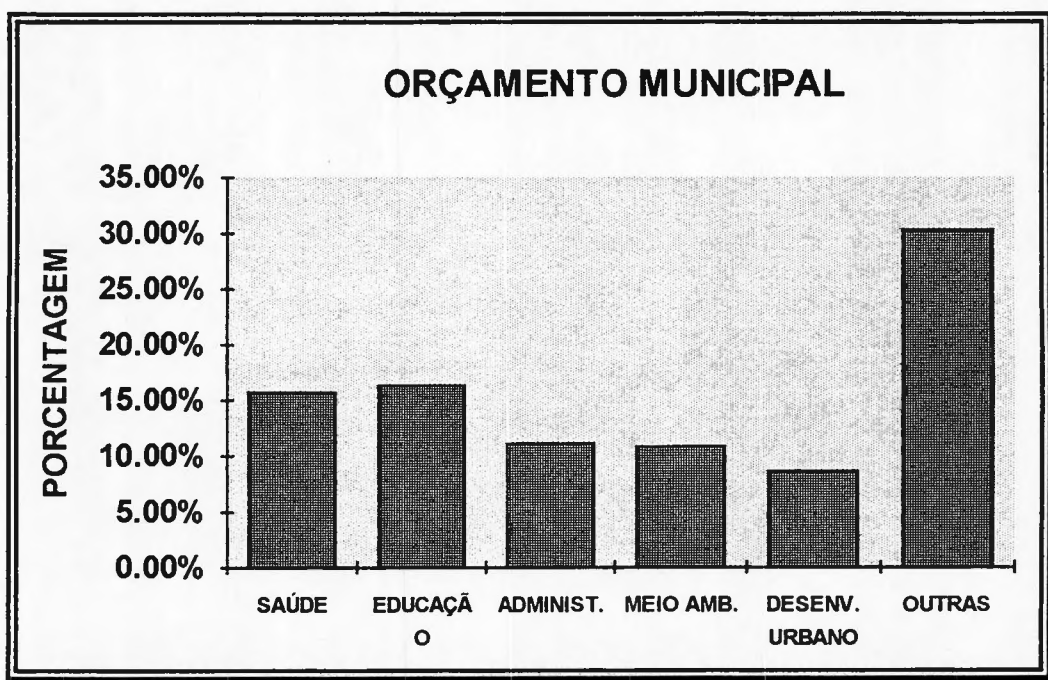


FONTE: SUMÁRIO DE DADOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
NÚMERO 3 - 1994

Observa-se que do total das receitas do Município 56,56 % são receitas próprias, 35,28% do Estado e 8,09 % da União. No orçamento para 1994 houve um aumento das receitas próprias na faixa de 11,99 % em relação ao ano anterior, elevando a fatia municipal para 63,34 % , devido a uma diminuição na contribuição por parte do Estado e da União.

No gráfico 7 podemos encontrar a composição do orçamento Municipal por secretaria para o ano de 1994.

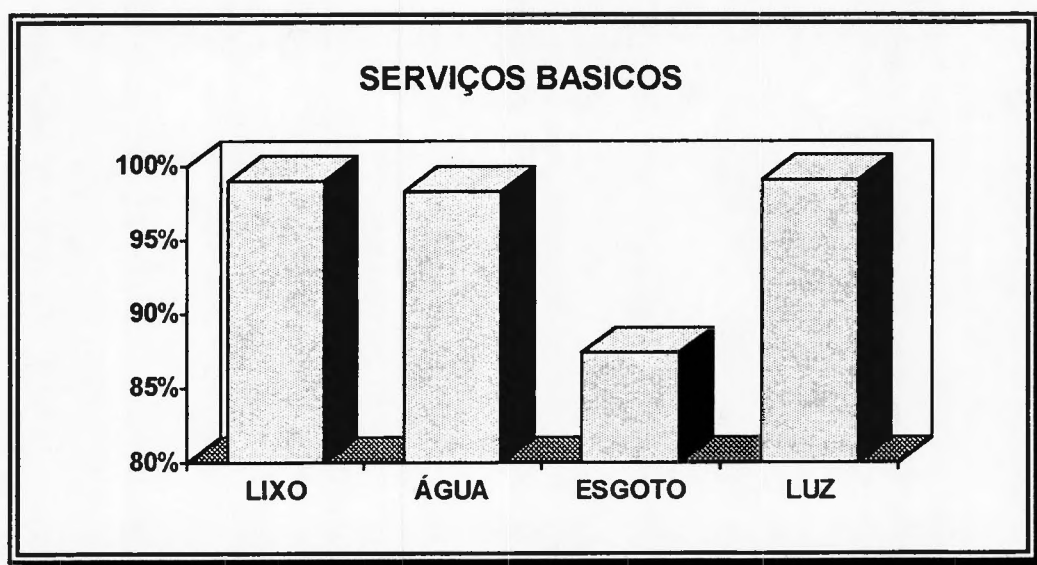
**GRÁFICO 7: ORÇAMENTO POR SECRETARIA DO MUNICÍPIO DE SANTOS
PARA O ANO DE
1994.**



FONTE: SUMÁRIO DE DADOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
NÚMERO 3 - 1994

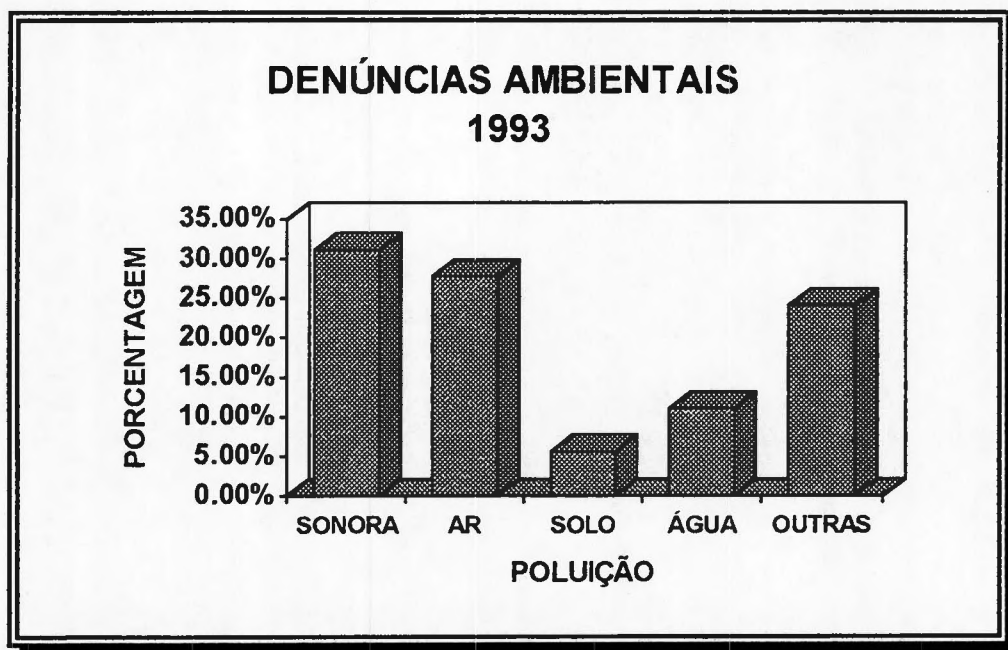
Em relação aos serviços do Município relacionados com a cobertura de água, luz, esgoto e coleta de lixo, a cidade conta com ligações de água que atendem 98,33 % das residências, ligações de energia elétrica 99,08 % , conexões de esgoto 87,41 % e 99 % do lixo é coletado (gráfico 8), enquanto as linhas telefônicas existem numa proporção de 27,8 linhas para cada grupo de 100 habitantes. Estes dados são maiores que os do estado de São Paulo, que mostram 96,39 % de cobertura de água, 80,83 % de esgoto e 96,15 % de lixo coletado.

GRÁFICO 8: COBERTURA DOS SERVIÇOS BÁSICOS NO MUNICÍPIO DE SANTOS 1994.



FONTE: SUMÁRIO DE DADOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
NÚMERO 3 - 1994

GRÁFICO 9 : DENÚNCIAS AMBIENTAIS NO MUNICÍPIO DE SANTOS, POR CATEGORIA, DURANTE 1993.



FONTE: SUMÁRIO DE DADOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
SANTOS, 1994.

As três denúncias ambientais mais frequentes no Município de Santos são as originadas pela poluição sonora 31,15 %, do ar 27,79 % e da água 11 %. No Estado de São Paulo são: poluição da água 35,98 %, do ar 34,92 % e do solo 12,87 % (gráfico 9).

4.2 INDICADORES DEMOGRÁFICOS

A taxa anual de crescimento no Município de Santos apresentou uma taxa geométrica de crescimento da população positiva e da ordem de 2,66 no ano de 1970, diminuiu a 1,89 no ano de 1980 e posteriormente teve uma queda em 1991 para 0,2, em contraste com as taxas apresentadas no estado de São Paulo as quais corresponderam a 3,5 , 2,1 e 2,1 no mesmo período (Quadro 4).

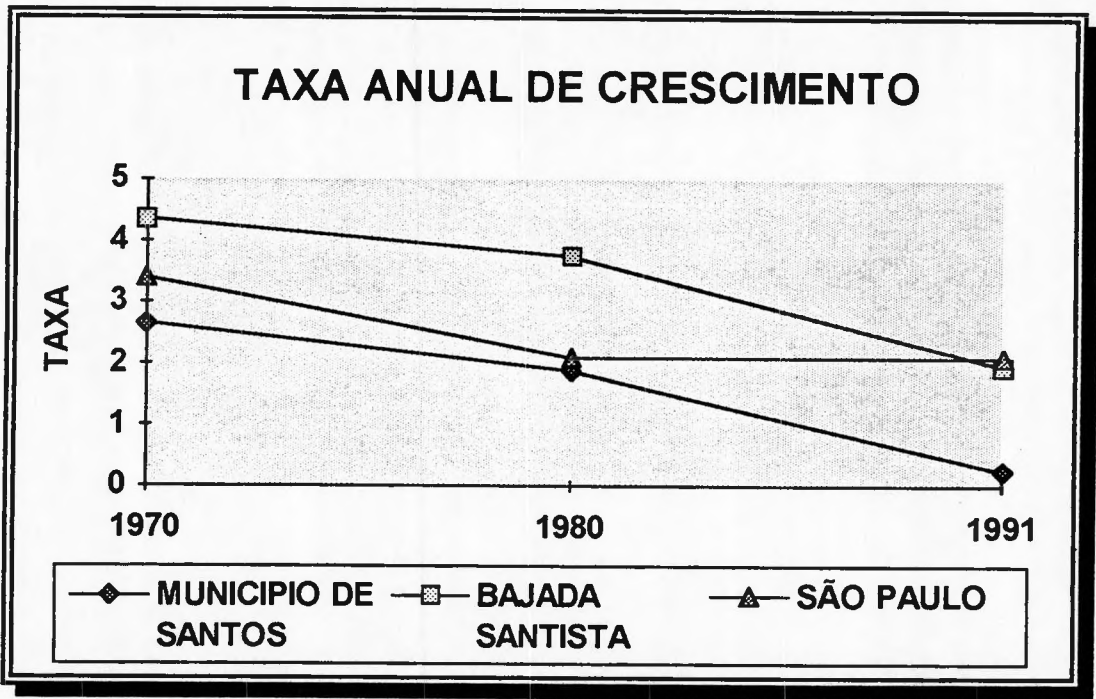
**QUADRO 4: TAXA ANUAL DE CRESCIMENTO DO MUNICÍPIO DE SANTOS
E O ESTADO DE SÃO PAULO, DURANTE OS ANOS DE 1970,
1980 E 1991.**

TAXA ANUAL DE CRESCIMENTO			
	1970	1980	1991
SANTOS	2,66	1,89	0,25
SÃO PAULO	3,5	2,1	2,1

FONTE: CENSO NACIONAL DE POPULAÇÃO. SEADE, 1991

No gráfico 10 podemos observar as diferenças no comportamento da taxa anual de crescimento na população do Município de Santos em relação à Baixada Santista e Estado de São Paulo. Entre 1970 e 1980 o crescimento foi quase o mesmo no Município de Santos e na Baixada Santista. Já para o período de 1980 a 1991 o Município de Santos teve uma diminuição significativa em comparação à Baixada Santista e ao Estado de São Paulo, isto devido provavelmente pela diminuição na taxa de natalidade e no fluxo migratório pela procura de fontes de trabalho.

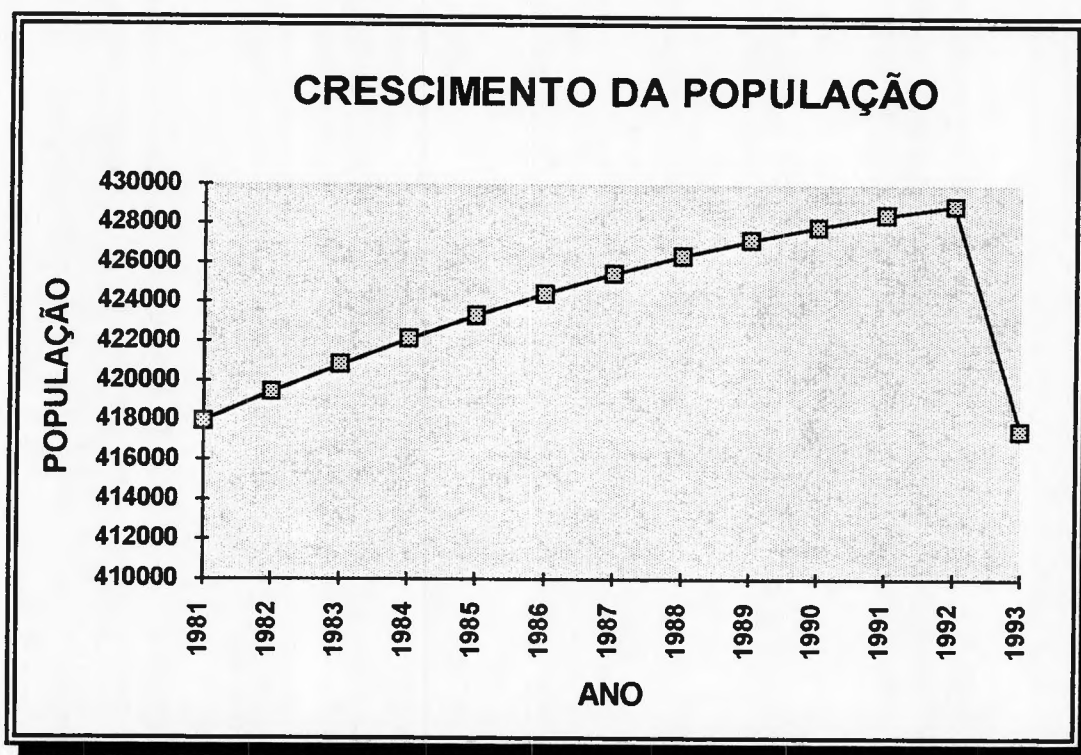
GRÁFICO 10 : TAXA ANUAL DE CRESCIMENTO DO MUNICÍPIO DE SANTOS, BAIXADA SANTISTA E ESTADO DE SÃO PAULO NO PERÍODO DE 1970 A 1991.



FONTE: CENSO NACIONAL DE POPULAÇÃO. SEADE, 1991

A população no Município de Santos teve um aumento na ordem de 2,62 % no período de 1981 a 1992 (gráfico 11), passando de 417.971 habitantes em 1981 para 428.920 em 1992. O total da população do Município mostrou uma diminuição no ano de 1993 devido à emancipação do Distrito de Bertioga que se transformou em Município. Em janeiro de 1993 a contagem mostrou que a população passou de 428.922 para 417.450 habitantes devido ao fato mencionado anteriormente.

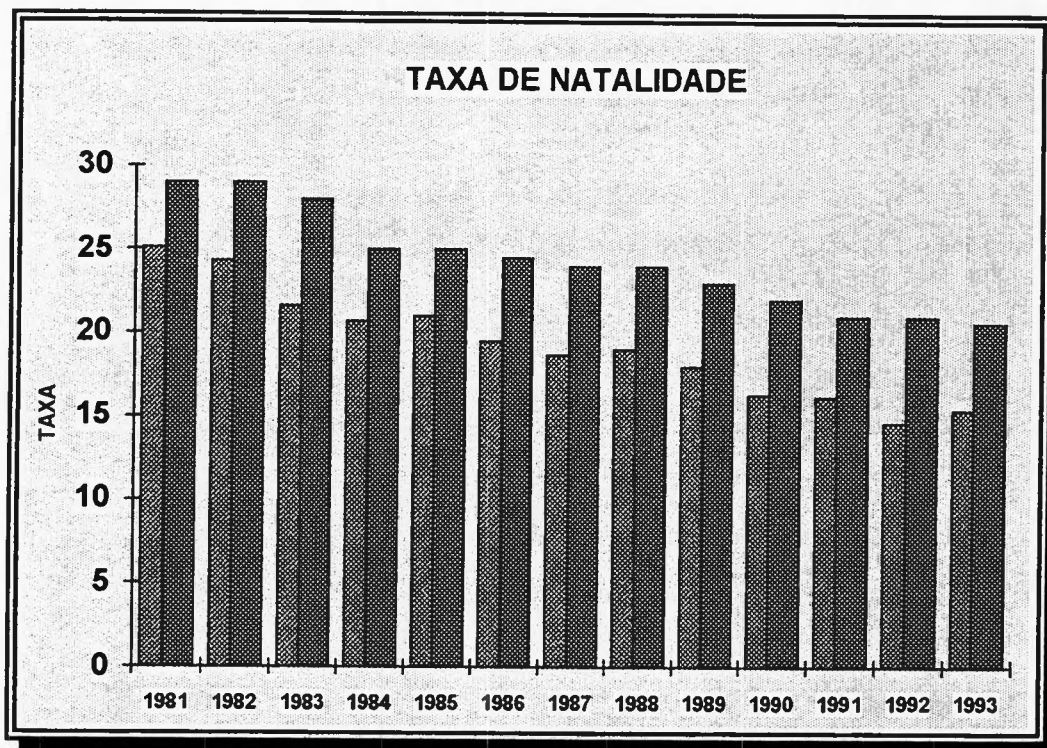
GRÁFICO 11 : CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SANTOS, DE 1981 A 1993.



FONTE: CENSO NACIONAL DE POPULAÇÃO. SEADE, 1991

Quanto à composição da população do Município de Santos, ela é representada quase em sua totalidade por população urbana (99,64 %). Estes dados são semelhantes aos da Baixada Santista onde a população urbana representa 99,79 % e a rural 0,21 %.

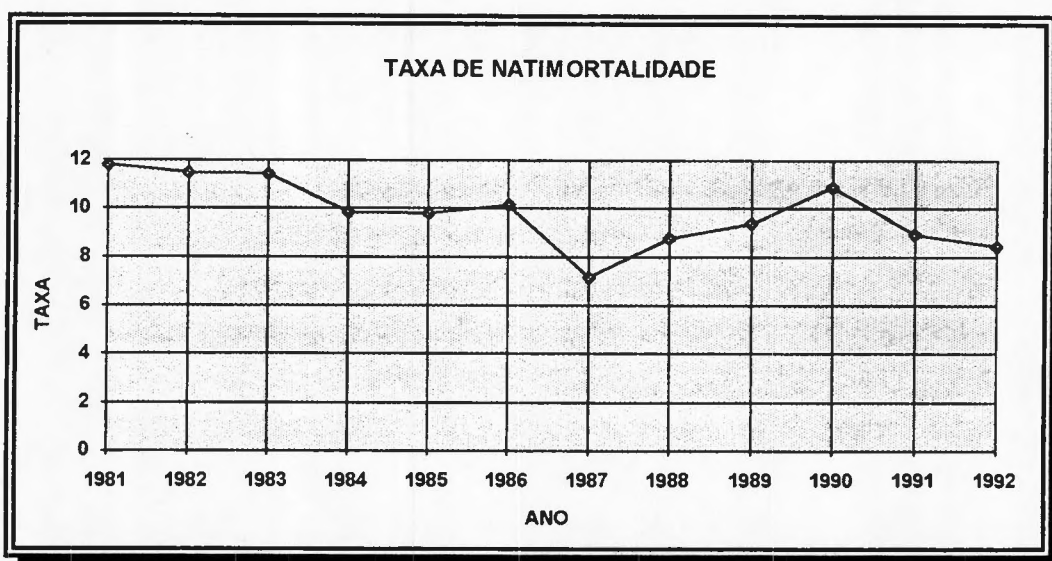
GRÁFICO 12 : TAXAS DE NATALIDADE NO MUNICÍPIO DE SANTOS E ESTADO DE SÃO PAULO DE 1981 A 1993.



FONTE: CENSO NACIONAL DE POPULAÇÃO, 1991, SEADE

O comportamento da taxa de natalidade (expressa pelo número de nascidos vivos, residentes no município, por mil habitante) nos últimos anos vem mostrando uma diminuição importante. Em 1981 a taxa era de 25,11 passando em 1993 para 15,42 com uma queda real na ordem de 42 % no dito período. Enquanto isso, o Estado de São Paulo passou de uma taxa de 29 nascidos vivos por mil habitantes em 1981 a 20,61 em 1993, com uma queda menor à do Município de Santos na ordem de 28,93 % (gráfico 12).

**GRÁFICO 13 : TAXA DE NATIMORTALIDADE NO MUNICÍPIO DE SANTOS
DE 1981 A 1993**



FONTE: CENSO NACIONAL DE POPULAÇÃO. SEADE, 1991

Quanto à taxa de natimortalidade (expressada pelo número de nascidos mortos dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo período por mil habitantes) teve um comportamento irregular durante o período compreendido dentro 1981 e 1993. No dito período a taxa diminuiu 35,35 % passando de 11,82 em 1981 para 7,76 em 1993. (gráfico 13). A taxa do Município para 1993 é menor à apresentada pelo estado de São Paulo, de 9,23 nascidos mortos por mil habitantes.

No quadro 5 podemos observar a população do Município de 1991 por sexo e grupo de idade. Observa-se que as mulheres são maioria (52,91%) e os homens representam 47,09 % do total da população. O grupo de idade com maior representação é o grupo de 10 a 14 anos com 8,68 %.

QUADRO 5 : POPULAÇÃO RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE SANTOS POR GRUPO DE IDADE E SEXO 1991.

GRUPO DE IDADE	TOTAL	HOMEM	MULHER
0 - 4	29306	14845	14461
5 - 9	34820	17658	17162
10 - 14	36226	18198	18028
15 - 19	34084	16572	17512
20 - 24	34038	16660	17378
25 - 29	35567	17127	18440
30 - 34	34156	16085	18071
35 - 39	31955	14811	17144
40 - 44	27760	12680	15080
45 - 49	23775	10858	12917
50 - 54	21781	9970	11811
55 - 59	20067	8984	11083
60 - 64	18038	7962	10076
65 - 69	13775	5950	7825
70 - 74	9335	3734	5601
75 e +	12767	4493	8274
TOTAL	417450	196587	220863

FONTE: CENSO NACIONAL DE POPULAÇÃO. SEADE, 1991

O Município tende a ter população marcadamente adulta , com um incremento relativo cada vez maior da terceira idade. Menos crianças, mais população em idade ativa e uma proporção crescente de idosos implicam mudanças nas demandas por educação, saúde, emprego e previdência.

QUADRO 6 : NÚMERO E PERCENTAGEM DE HABITANTES, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, SANTOS 1991.

MUNICÍPIO DE SANTOS, 1991		
GRUPOS DE IDADE	Nº	PERC.
0 - 15	100.352	24.04%
15 - 50	221.335	53.02%
50 e mais	95.763	22.94%
TOTAL	417.450	100.00%

FONTE: CENSO NACIONAL DE POPULAÇÃO. SEADE, 1991

A distribuição etária das populações de Santos segundo o censo nacional de população do ano de 1991, pode ser classificada como estacionária. As populações estacionárias ou adultas apresentam baixo coeficiente de mortalidade infantil e coeficiente de natalidade

decrecente, sendo a população menor de 15 anos aproximadamente 24.04 % do total. A distribuição segundo estes grupos, pode se acompanhada no quadro 6. O grupo maior é o grupo de 15-50 anos com 53,02 % , seguido do grupo de 0-15 anos com 24,04 % e por último o grupo de 50 e mais anos com 22,94 %.

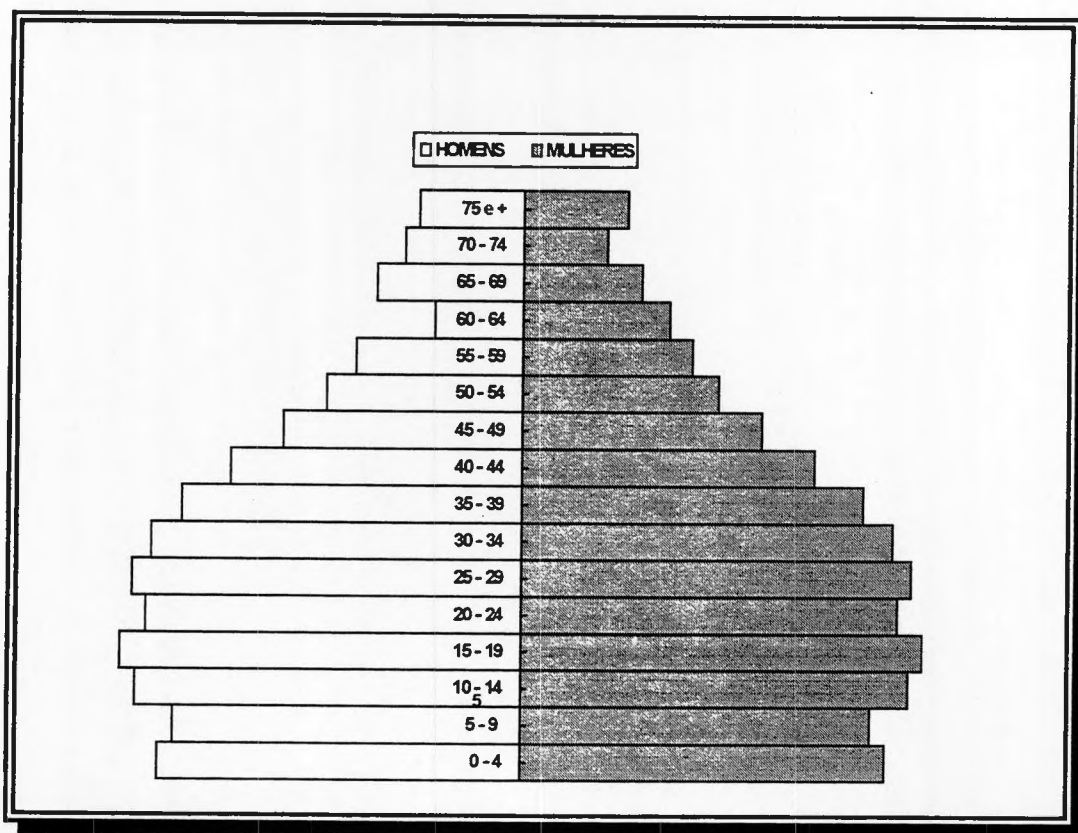
QUADRO 7 : POPULAÇÃO RESIDENTE NO ESTADO DE SÃO PAULO POR GRUPO DE IDADE E SEXO, 1991

GRUPO DE IDADE	TOTAL	HOMEM	MULHER
0 - 4	3097509	1572658	1524851
5 - 9	3330934	1692136	1638798
10 - 14	3245608	1638391	1607217
15 - 19	2929326	1454701	1474625
20 - 24	2949571	1483162	1466409
25 - 29	2922052	1442157	1479895
30 - 34	2683804	1318950	1364854
35 - 39	2324592	1142453	1182139
40 - 44	1886217	936159	950058
45 - 49	1443227	708070	735157
50 - 54	1205644	591537	614107
55 - 59	1000863	476560	524303
60 - 64	864025	404417	459608
65 - 69	629291	288798	340493
70 - 74	415525	184603	230922
75 e +	508085	205689	302396
TOTAL	31436273	15540441	15895832

FONTE: CENSO NACIONAL DE POPULAÇÃO. SEADE, 1991

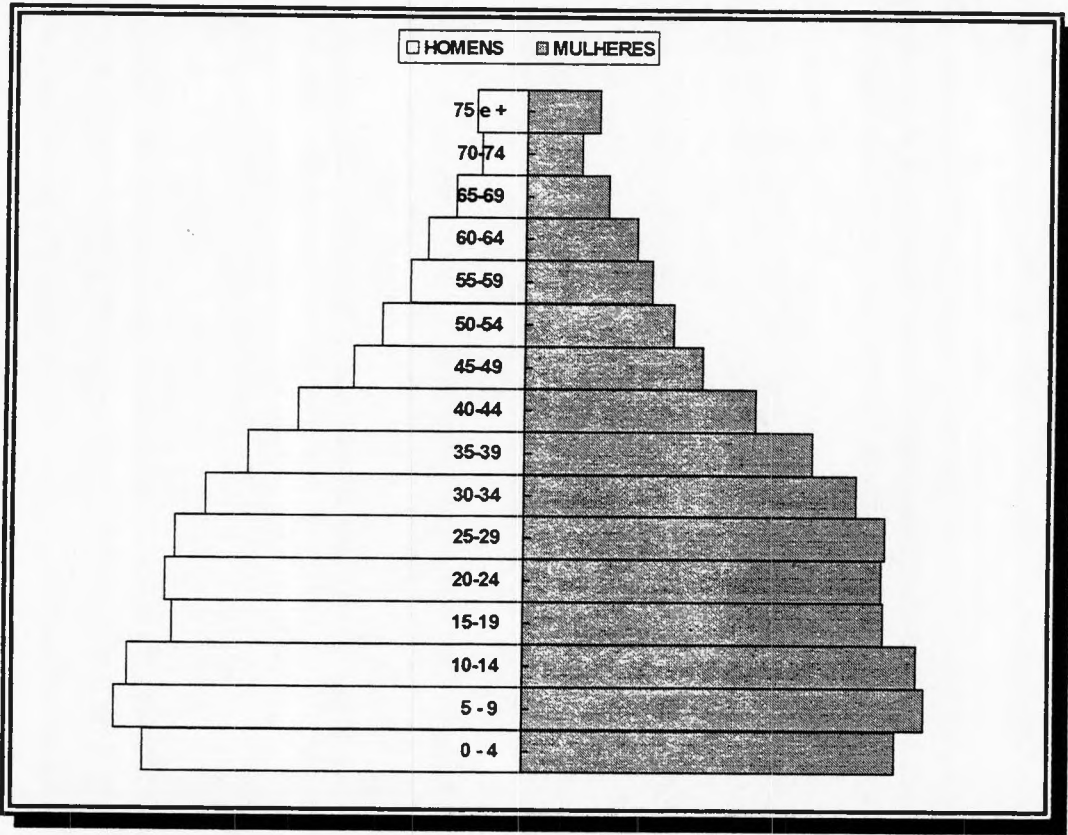
Segundo a estimativa da Fundação SEADE, a população do Município de Santos para o ano de 1994, teve uma queda na proporção de 0,57 % passando dos 417.450 habitantes de 1991 para 415.090.

GRÁFICO 14: PIRÂMIDE POPULACIONAL DO MUNICÍPIO DE SANTOS 1991.



FONTE: CENSO NACIONAL DE POPULAÇÃO. SEADE, 1991

**GRÁFICO 15 : PIRÂMIDE POPULACIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO
1991.**



FONTE: CENSO NACIONAL DE POPULAÇÃO. SEADE, 1991

A pirâmide populacional do Município de Santos mostra uma base estreita com predomínio das faixas etárias de 10 a 40 anos o que reflete a queda na natalidade verificada nas décadas dos 80 e a necessidade de orientar os programas de saúde às ditas faixas etárias (gráfico 14). Quanto à pirâmide do estado de São Paulo, é semelhante à do município de Santos, embora tenha predomínio na faixa etária de 0 a 14 anos (gráfico 15)

A taxa de fertilidade do Município teve uma queda da ordem de 9,78 % no período 1990 a 1992, passando de 58,47 para 52,75 (quadro 8). Quanto à taxa de fecundidade no Município em 1991, era na razão de 2,16 filhos por mulher, inferior à do estado de São Paulo, que apresentou 2,36 no mesmo ano.

**QUADRO 8 : TAXA GERAL DE FERTILIDADE NO MUNICÍPIO DE SANTOS
DE 1990 A 1992.**

TAXA GERAL DE FERTILIDADE	
ANO	TAXA *
1990	58.47
1991	58.58
1992	52.75

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE SÃO PAULO. SEADE, 1993

* TAXA: POR 100 MULHERES EM IDADE FÉRTIL (15-45 ANOS)

No quadro 9 pode-se observar as coberturas de alfabetização da população residente no Município de Santos. Segundo o Censo Nacional de População de 1991 o total de pessoas alfabetizadas representa 92,10 % da população maior de 5 anos, e 92,35 % da população de 15 anos e maiores, dados superiores aos do estado de São Paulo que

apresentou 86,43 % de pessoas alfabetizadas entre maiores de 5 anos e 89,84 % entre maiores de 15 anos. Quanto ao analfabetismo na população maior de 15 anos, o Município de Santos apresentou 7,65 % de pessoas analfabetas frente a 10,63 % do Estado de São Paulo.

QUADRO 9 : POPULAÇÃO RESIDENTE DO MUNICÍPIO DE SANTOS E ESTADO DE SÃO PAULO ALFABETIZADA E NÃO ALFABETIZADA, 1991.

POPULAÇÃO ALFABETIZADA NO MUNICÍPIO DE SANTOS, 1991				
ALFABETIZADA			NÃO ALFABETIZADA	
POPULAÇÃO	SÃO PAULO	SANTOS	SÃO PAULO	SANTOS
MAIORES DE 5 ANOS	86,43 %	92,10 %	13,57 %	7,90 %
MAIORES DE 15 ANOS	89,84 %	92,35 %	10,16 %	7,65 %

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO SEADE 1993.

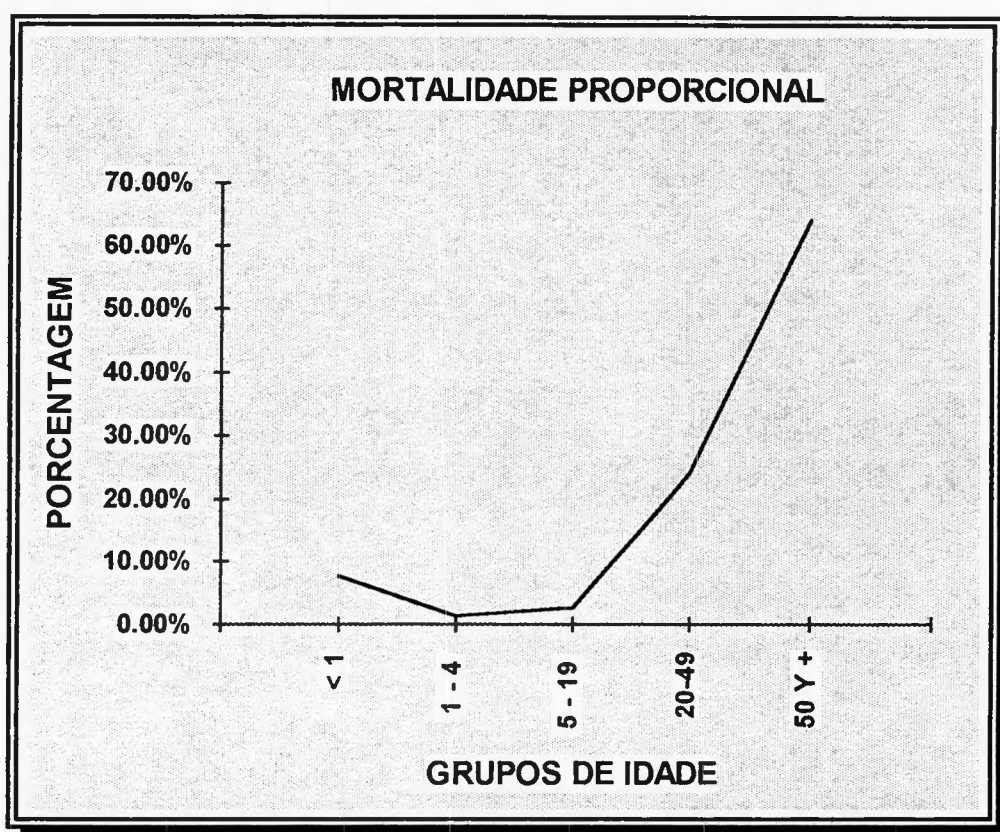
4.3 INDICADORES DE SAÚDE

De modo geral os coeficientes de mortalidade observados no Município de Santos seguiram a tendência de declínio observada no Estado de São Paulo nas últimas décadas.

A Razão de Mortalidade Proporcional (RMP), ou índice de Swaroop & Uemura (4), permite a análise da tendência da mortalidade numa mesma área geográfica, classificando-a segundo os níveis de saúde. A classificação dos níveis é dada pela percentagem de óbitos que ocorrem em pessoas com mais de 50 anos de idade. A RPM do Santos se classifica no nível 2 (regiões onde entre 50 e 74% da população morre com 50 ou mais anos de idade) com um RPM de 64,19%, dado similar ao do Estado de São Paulo (61.1%). Isto reflete supuestamente, que ambas regiões dispõem de uma organização

regular de serviços de saúde. Convem salientar que estes dados não refletem a verdadeira face da região como um todo.

GRÁFICO 16 : CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL DO MUNICÍPIO DE SANTOS, 1993.



FONTE: SEHIG DE SANTOS

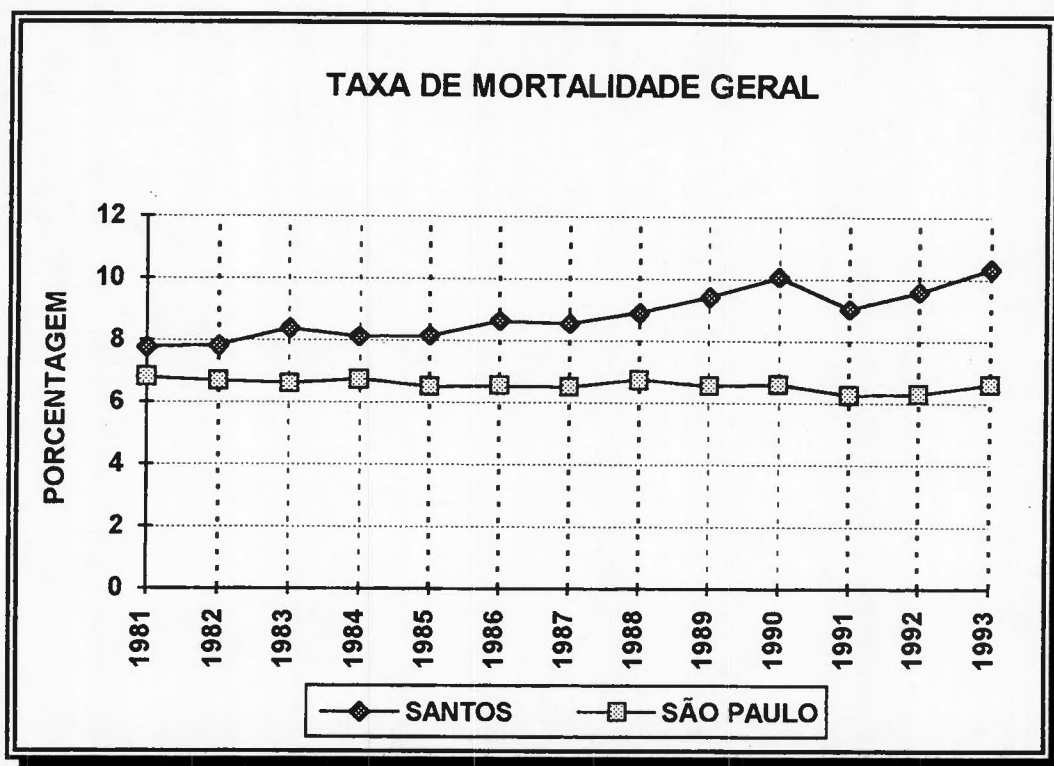
A curva de mortalidade proporcional (CMP) mostra a distribuição percentual dos óbitos nas faixas etárias de menores de 1 ano, 1 a 4, 5 a 19, 20 a 49 e 50 e mais. É uma

representação gráfica dos índices de Swarrop & Uemura, seguida por Nelson de Moraes (4). Nos índices de Moraes o critério classificatório também existe e é dado de acordo com o tipo de curva: a chamada curva em J representa um nível de saúde elevado, com baixa proporção de óbitos dos grupos infantil, pré-escolar ou jovem, e um predomínio quase absoluto de óbitos de pessoas idosas. Outras curvas, são os chamados J invertidos, U ou Z inclinado. A Z inclinada é típica de regiões subdesenvolvidas, com predomínio de óbitos de adultos jovens (20-49 anos). Nas curvas tipo J invertido, - baixo nível de saúde, - o predomínio de óbitos reside nas faixas infantil e pré-escolar. Nas curvas com forma de U, - nível de saúde regular, - no qual se observa que a proporção de óbitos infantis já se mostra em menor porcentagem do que na curva tipo J invertido, é nitido o aumento da proporção de óbitos de pessoas de 50 e mais anos de idade.

O Município de Santos apresenta uma curva semelhante a um J, o que sugere um nível de saúde elevado, porém chama a atenção uma grande concentração de óbitos na faixa de idade de 20-49 anos (24,11%), refletindo a mortalidade precoce por causas externas. (gráfico 16). Estes dados são muito parecidos com os do estado de São Paulo, que também apresenta curva em J.

O coeficiente de mortalidade geral no Município de Santos apresenta tendência crescente durante o período de 1981 a 1993, passando de um coeficiente de 7,77 por mil habitantes em 1981 para 10,34 em 1993, com um aumento real de 24,85 % no dito período (Gráfico 17). Esta taxa é superior à do estado de São Paulo, que apresentou em 1993 o valor de 6,6.

GRÁFICO 17 : TAXA DE MORTALIDADE GERAL DO MUNICÍPIO DE SANTOS E ESTADO DE SÃO PAULO DE 1981 A 1992.



FONTE: SEADE

No quadro 10 observa-se a mortalidade geral por causa nos anos 1988 e 1993, mostrando um duplo perfil do município. De um lado causas típicas de países desenvolvidos e, de outro, indicadores de países subdesenvolvidos.

**QUADRO 10 : MORTES GERAIS NO MUNICÍPIO DE SANTOS POR CAUSA
DURANTE OS ANOS DE 1988 E 1993.**

MORTALIDADE GERAL EM SANTOS SEGUNDO CAUSA DE MORTE 1988 E 1993				
CAUSAS BÁSICAS DE MORTE	1988		1993	
	#	%	#	%
DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	102	2,83	102	2,95
NEOPLASIAS	639	17,71	708	20,45
DOENÇAS ENDÓCRINAS, E TRANSTORNOS IMUNITÁRIOS	272	7,54	156	4,50
DOENÇAS DO SANGUE E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOETICOS	13	0,36	12	0,35
TRANSTORNOS MENTAIS	13	0,36	0	0
DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO E DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS	32	0,89	7	0,20
DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	1329	36,82	1093	31,56
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO	423	11,72	287	8,29
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	239	6,62	119	3,44
DOENÇAS DO APARELHO GENITOURINÁRIO	65	1,80	59	1,70
COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, DO PARTO E DO PUERPÉRIO	0	0	1	0,03
DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	3	0,08	0	0
DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	8	0,22	0	0
ANOMALIAS CONGÊNITAS	27	0,75	33	0,95
ALGUMAS AFEÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL	120	3,33	94	2,71
SINTOMAS, SINAIS E AFEÇÕES MAL DEFINIDAS	99	2,74	482	13,92
LESÕES E ENVENENAMENTOS	0	0	0	0
CLASSIFICAÇÃO SUPLEMENTAR DE CAUSAS EXTERNAS DE LESÕES E ENVENENAMENTOS	225	6,23	310	8,95
TOTAL	3.609	100,00	3.463	100,00

FONTE: FUNDAÇÃO SEADE - MOVIMENTO DO REGISTRO CIVIL

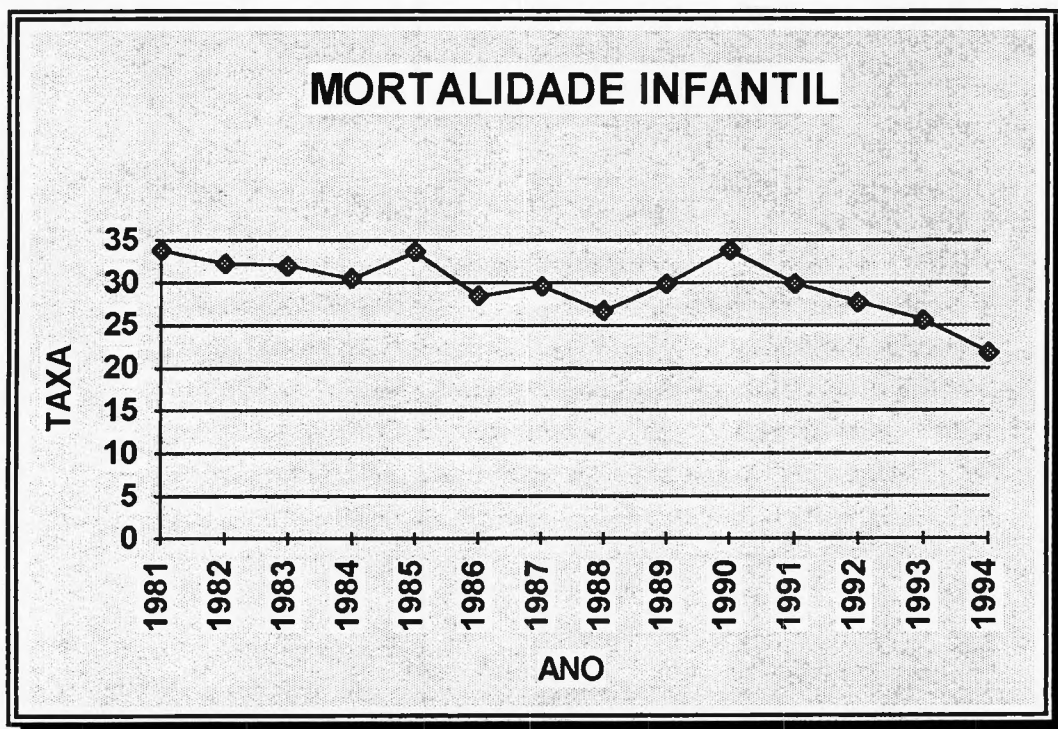
NOTA: 1.- AS MORTES QUE CONSTAM EM ESTE QUADRO CORRESPONDEM A
REGISTRO DE 1988 E 1993

2.- O AGRUPAMENTO DE CAUSAS DE MORTE RESUMIDAS, REFERE-SE À
NONA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, OMS, NO

As mortes causadas por doenças crônico- degenerativas , isto é aparelho circulatório (infarto, doença cerebrovascular) e neoplasias, são responsáveis da maioria das mortes nos dois períodos com 54,53 % dos óbitos em 1988 e 52,01 % em 1993. Porém observa-se uma tendência à diminuição das causas do aparelho circulatório na ordem de 14,29 % no período 1988 a 1993, já que em 1988 elas foram responsáveis por 36,82 % do total das mortes e em 1993 passaram a 31,56 %, enquanto que o comportamento das neoplasias aumentaram 15,47 % no mesmo período, passando de 17,71 % em 1988 para 20,45 % em 1993. Essas doenças estão relacionadas com idades avançadas, sendo portanto, uma característica de países com regiões desenvolvidas.

As doenças ligadas à baixa qualidade de vida têm também uma participação significativa no total de óbitos. Sintomas, sinais e afeções mal definidas, doenças infecciosas e parasitárias, doenças perinatais, doenças do aparelho digestivo, chegaram a participar com quase 20 % do total de óbitos em 1988 e com perto de 25 % em 1993, com um aumento real da ordem de 25 %. Porém a tendência das doenças infecciosas e perinatais é diminuir e dos sintomas e sinais e afeções mal definidas é aumentar, estes últimos de forma importante (de 2,74 % em 1988 para 13,92 % em 1993), o que reflete um problema no sistema de informação.

GRÁFICO 18 : MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE SANTOS NO PERÍODO DE 1981 A 1994.



FONTE: FUNDAÇÃO SEADE - MOVIMENTO DO REGISTRO CIVIL
 CENSO NACIONAL DE POPULAÇÃO, 1991
 SEHIG SANTOS
 * TAXA PÔR 1.000 NASC

A mortalidade infantil é um dos indicadores de saúde que mostrou uma diminuição importante durante o período de 1981 a 1994. De 1981 a 1990 o coeficiente de mortalidade infantil foi muito instável, com incrementos e diminuições constantes. A partir de 1991, quando a taxa se encontrava em 29,88, se iniciou uma queda importante até chegar a 21,84 óbitos por mil crianças nascidas vivas em 1994, o coeficiente mais

baixo dos últimos 14 anos, apresentando uma queda real de 35,44 % de 1981 a 1994, além de ficar perto da meta recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de 20 crianças por 1.000 nascidos vivos (gráfico 18).

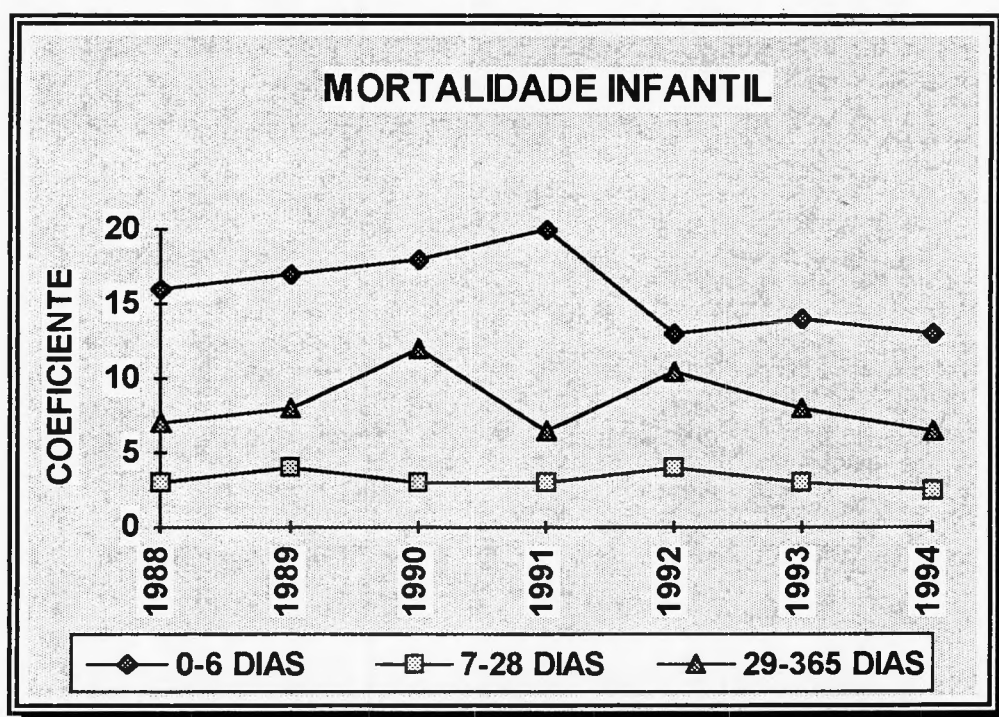
**QUADRO 11 : MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE SANTOS
SEGUNDO CAUSA E FAIXA ETÁRIA, 1993.**

0 MORTALIDADE INFANTIL SEGUNDO CAUSA DE MORTE 1993				
TIPOS	FAIXA ETÁRIA			
	DE 0 A 6 DIAS	DE 7 A 28 DIAS	DE 29 A 365 DIAS	T
DOENÇAS INFECCIOSAS Y PARASITÁRIAS		4	10	14
DOENÇAS ENDÓCRINAS, E TRANSTORNOS IMUNITÁRIOS			4	4
DOENÇAS DO SANGUE E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS				
DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO E DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS	1	1	4	6
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO		5	19	24
DOENÇAS DO APARELHO GENITOURINÁRIO				
DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO			1	1
DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO				
ANOMALIAS CONGÊNTAS	19	2	6	27
ALGUMAS AFEÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL	68	4	2	74
SINTOMAS, SINAIS E AFEÇÕES MAL DEFINIDAS	5	2		7
CAUSAS EXTERNAS DE LESÕES E ENVENENAMENTO			4	4
DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO		1		1
TOTAL	93	19	50	162

FONTE: SEHIG, SANTOS

A mortalidade infantil por causa e faixa etária pode-se encontrar no quadro 11. Observa-se que a mortalidade precoce (0-6 dias) é responsável por 57,41 % das causas de morte em menores de um ano ocorridas em 1993, seguida da mortalidade pós-neonatal (29 - 365 dias) com 30,86 % e da mortalidade neonatal com 11,73 % (7 - 20 dias).

GRÁFICO 19 : EVOLUÇÃO DO COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL POR FAIXA ETÁRIA NO MUNICÍPIO DE SANTOS NO PERÍODO DE 1988 - 1994



FONTE: SEHIG, SANTOS

COEFICIENTE: NÚMERO DE ÓBITOS POR MIL NASCIDOS VIVOS.

Dentro das causas de óbitos, as anomalias congênitas e afeções perinatais são responsáveis por 62,34 % das mortes (93,55 % são da mortalidade precoce, 31,58 % a neonatal e 16 % da pós-neonatal). Este dado apresentado contrario ao que ocorre com as

causas infecciosas, as quais quase não se apresentam na mortalidade precoce, embora representem 26,32 % da mortalidade neonatal e 66 % da pós-neonatal.

Observa-se no gráfico 19 a evolução do coeficiente de mortalidade infantil por faixa etária durante o período de 1988 a 1994. É importante ressaltar a queda significativa que teve a mortalidade precoce de 1991 a 1994 (da ordem de 37,83 %), passando de um coeficiente de 20,22 em 1991 para 12,57 em 1994. Ao mesmo tempo, a mortalidade neonatal não tem variações significativas e a mortalidade pós-neonatal mostra um comportamento irregular; ambas as mortalidades apresentam em 1994 os menores coeficientes no período.

A mortalidade materna no Município teve uma diminuição do período de 1990 a 1992 na razão de 16,73 %, passando de uma taxa de 57,38 mulheres mortas por 1.000 nascimentos para 47,78 (quadro 12).

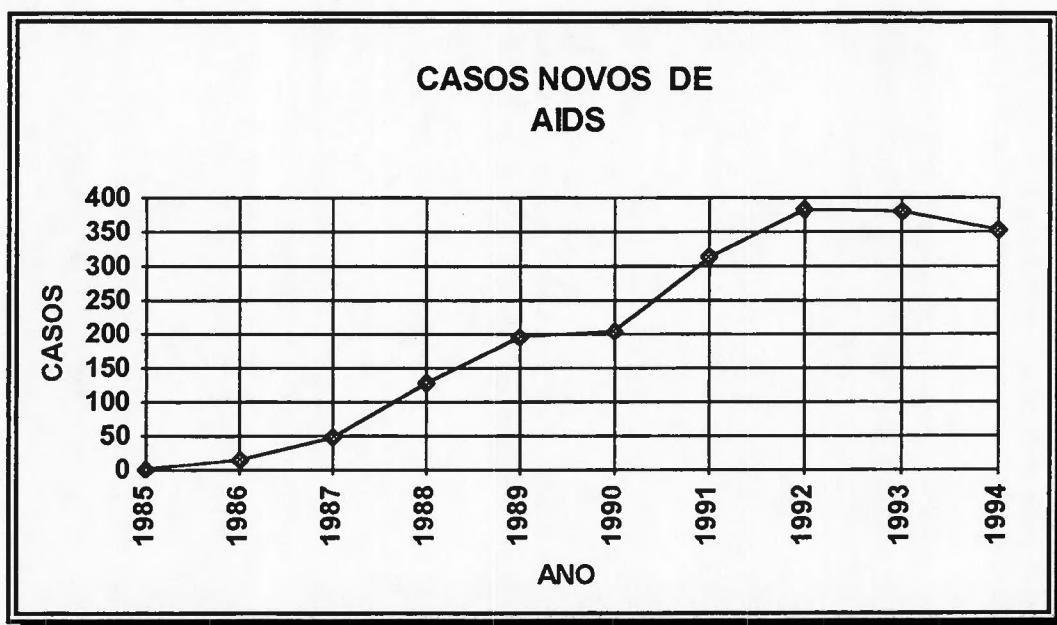
QUADRO 12 : TAXA DE MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE SANTOS, NO PERÍODO DE 1990 - 1992.

MORTALIDADE MATERNA		
ANO	ÓBITOS	TAXA
1990	400	57,38
1991	200	28,65
1992	300	47,78

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE SÃO PAULO. SEADE, 1993

A AIDS constitui-se num dos principais problemas de saúde no Município, tanto pela quantidade de casos como pela gravidade da doença. Durante o período de janeiro de 1985 a 31 de dezembro de 1994, houve 5.244 notificações de AIDS. Do total das notificações, 2.024 foram casos confirmados da doença. No gráfico 20 observa-se os casos novos confirmados de AIDS no dito período, mostrando um aumento paulatino de 1985 a 1992, chegando a um coeficiente de 93,66 por cem mil habitantes. A partir de 1993 o coeficiente de casos novos teve uma queda para 90,95 e em 1994 de 84,42. Estes dados confirmam uma tendência de estabilização em relação à notificação de casos novos no Município.

GRÁFICO 20 :CASOS NOVOS CONFIRMADOS DE AIDS, RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SANTOS, NO PERÍODO DE 1985 A 1994.

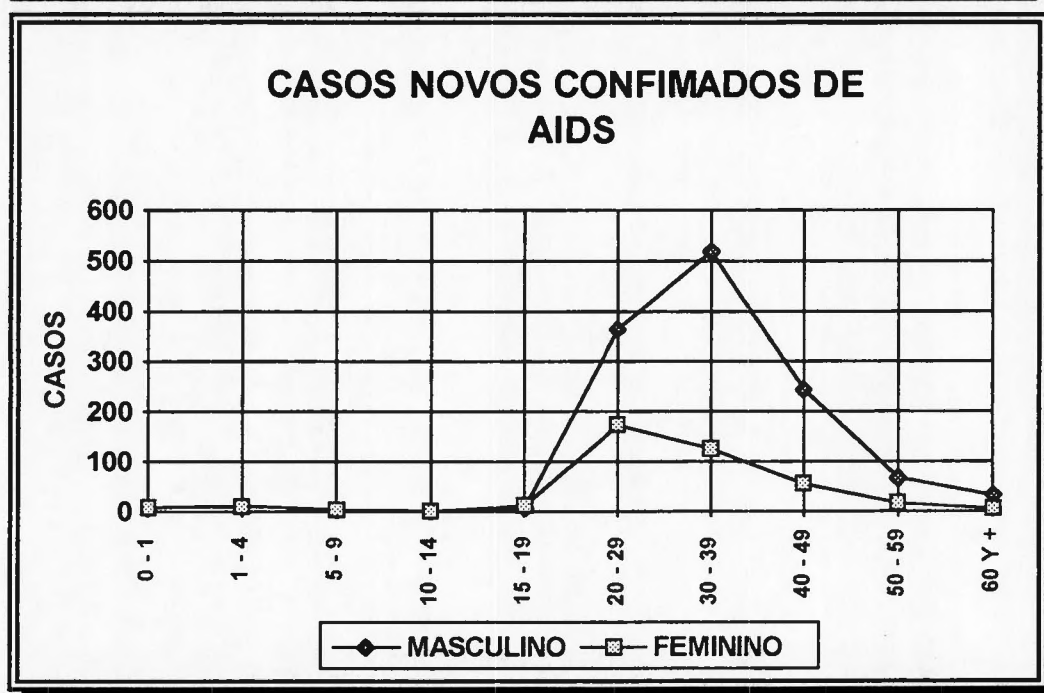


FONTE: SEHIG, SANTOS

Enquanto à relação entre homens e mulheres nos casos confirmados de AIDS, em 1985 (a relação entre homens e mulheres) era de quatro casos presentes nos homens por um em mulheres. Porém para 1993 esta relação mudou devido ao aumento de casos novos nas mulheres, passando para três casos em homens por um nas mulheres.

Enquanto à faixa etária (gráfico 21) a maioria dos casos encontra-se na faixa de 30 a 39 anos de idade com uma porcentagem de 38,44 % dos casos confirmados, seguida de 31,82 % na faixa entre 20 e 29 anos e 18,23 % entre 40 e 49. Ainda há 5,14 % de casos confirmados verificados entre pessoas com idade entre 50 e 59 anos e 2,47 % em pessoas com mais de 60 anos.

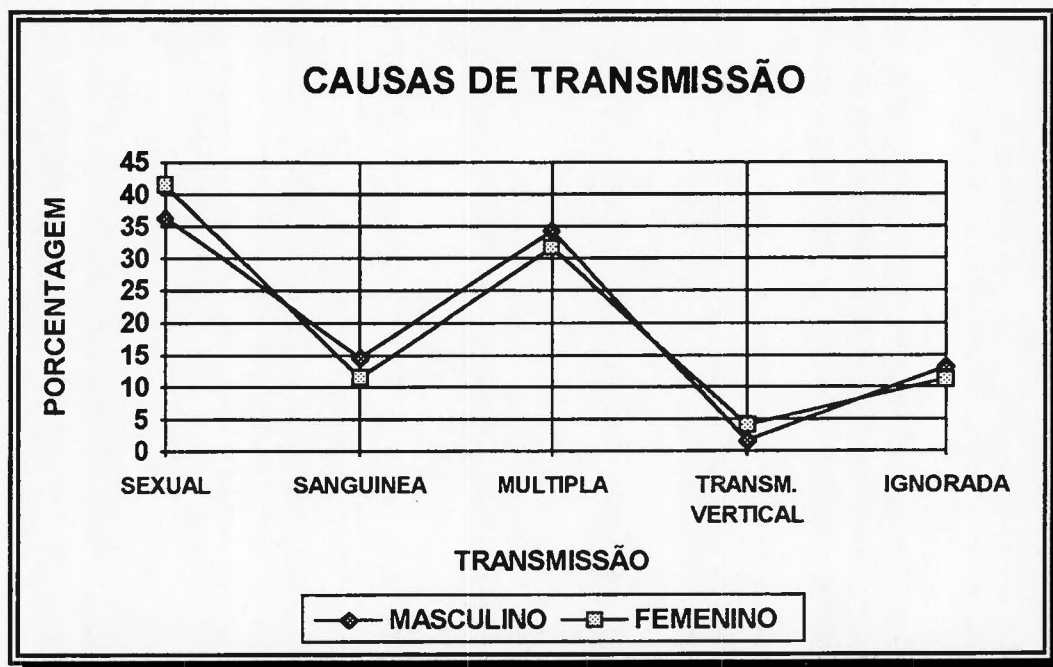
GRÁFICO 21 : CASOS CONFIRMADOS DE AIDS NO MUNICÍPIO DE SANTOS SEGUNDO GRUPO DE IDADE E SEXO, DURANTE O PERÍODO DE 1985 A 1993.



FONTE: SEHIG, SANTOS

O gráfico 22 mostra a distribuição dos casos confirmados de AIDS residentes no Município de Santos segundo sua possível forma de transmissão. Dos casos confirmados, 38,8 % se deram por transmissão sexual, sendo 21,9 % por relações heterossexuais, 12,1 % por relações homossexuais e 4,8 % por relações bissexuais. Em segundo lugar vem as transmissões por causa múltiplas com 33,9 % dos casos, sendo que 33,6 % se referem à associação de sexo e transmissão sangüínea.

GRÁFICO 22 : CASOS CONFIRMADOS DE AIDS NO MUNICÍPIO DE SANTOS, SEGUNDO CATEGORIA DE TRANSMISSÃO E SEXO, DURANTE O PERÍODO DE 1985 A 1993.

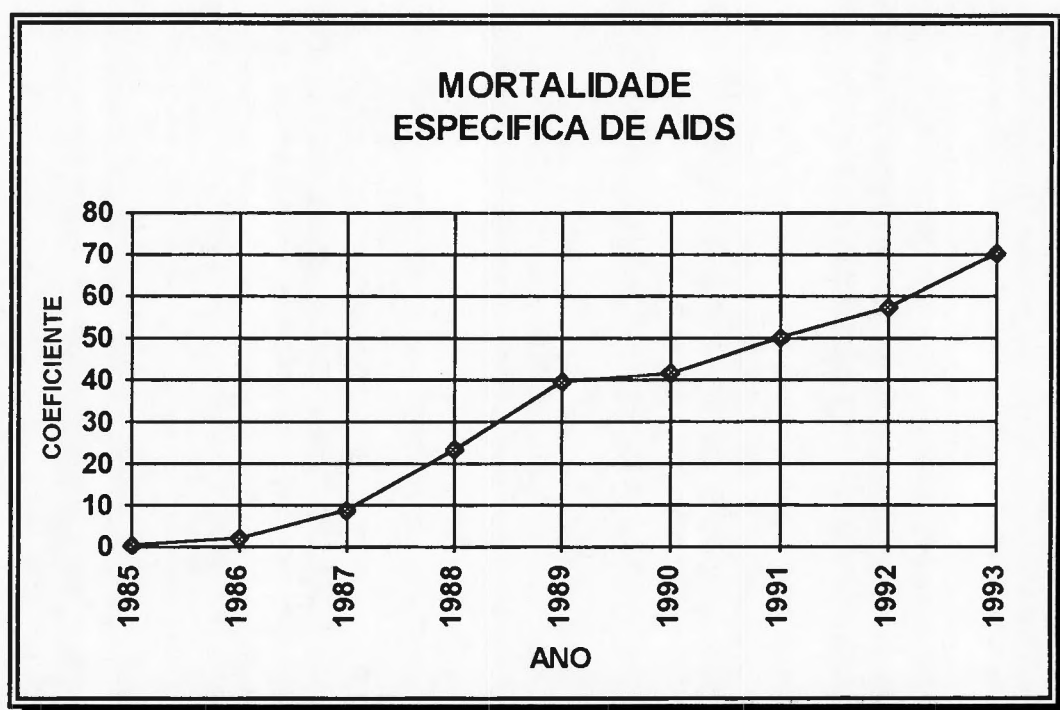


FONTE: SEHIG, SANTOS.

A transfusão sanguínea é responsável por 12,3 % dos casos confirmados, sendo 11,7 % por uso de drogas injetáveis, 0,4 % em não hemofílicos e 0,2 % em hemofílicos. Os casos ignorados representam 13,1 % e a transmissão vertical 1,8 %.

O coeficiente de mortalidade específica de AIDS (gráfico 23) mostra um crescimento geométrico no período de 1985 a 1994, passando de 0,47 em 1985 para 70,4 em 1993.

GRÁFICO 23: DISTRIBUIÇÃO DO COEFICIENTE DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR AIDS NO MUNICÍPIO DE SANTOS DURANTE O PERÍODO DE 1985 A 1993.



FONTE : SEHIG DE SANTOS
COEFICIENTE: PÔR 100.000 HABITANTES

Dentro os indicadores de saúde o AIDS pode ser considerado um dos indicadores de maior relevância no presente trabalho, devido a alta incidência constatada no Município pesquisado, ou seja, o Município de Santos, conforme resultados apresentados nos gráficos nº 20, 21, 22 e 23.

4.4 INDICADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

No quadro 13 podemos observar o número total de Recursos Humanos que trabalham no setor saúde no Município de Santos.

O número de profissionais médicos representa a taxa maior do total dos recursos humanos do setor saúde no Município de Santos com 46,04 médicos por dez mil habitantes. A segunda categoria com maior taxa são os auxiliares de enfermagem com uma taxa de 29,13 e posteriormente os dentistas (27,14 dentistas por dez mil habitantes). Estes coeficientes são maiores que os encontrados no estado de São Paulo que mostra taxas de: 18,79 médicos por 10.000 habitantes, 16,08 auxiliares de enfermagem e 12,66 dentistas.

**QUADRO 13 : RECURSOS HUMANOS: NÚMERO E TAXA SEGUNDO
CATEGORIA NO MUNICÍPIO DE SANTOS E ESTADO
DE SÃO PAULO, 1993**

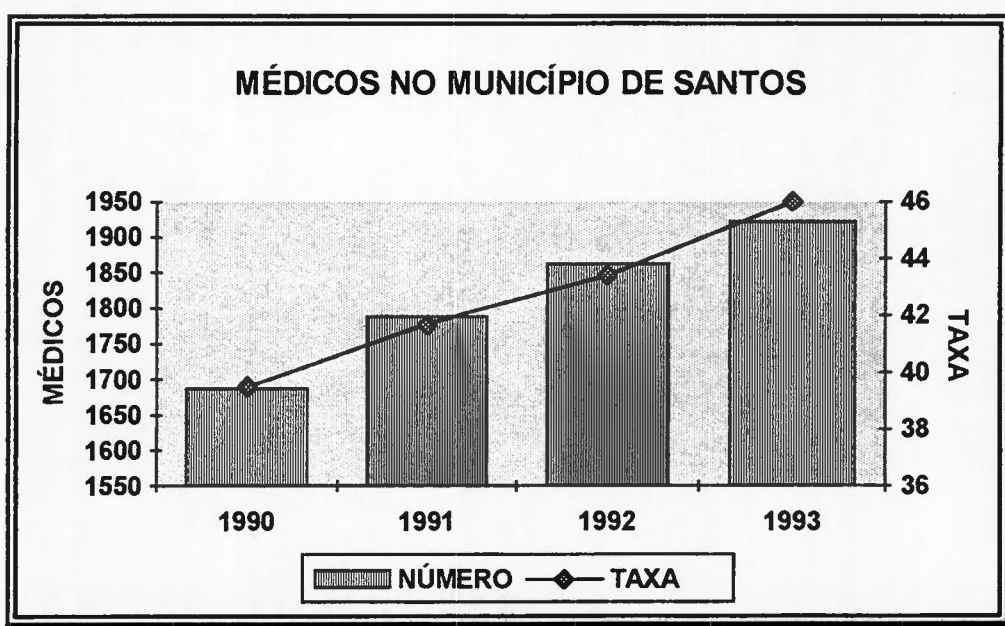
RECURSOS HUMANOS NO SETOR SAÚDE		
CATEGORIA	SANTOS	SÃO PAULO
MÉDICO	46,04	18,79
DENTISTA	27,14	12,66
ENFERMEIRO	13,85	5,02
AUX. DE ENFERM.	29,13	16,08
PSICÓLOGOS	23,19	9,55

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE SÃO PAULO, SEADE, 1993
* TAXA: É DADO POR 10.000 HABITANTES

No gráfico 24 observa-se um aumento no número absoluto de médicos no período de 1990 a 1993, que se reflete num acréscimo de 13,86 % passando de um coeficiente de 39,50 médicos por dez mil habitantes em 1990 para 46,04 no ano de 1993. Coeficientes

maiores que aqueles encontrados no estado de São Paulo, no qual houve um ligero aumento (de 17,20 médicos por dez mil habitantes em 1990 para 18,80 em 1993).

GRÁFICO 24: MÉDICOS CADASTRADOS, NÚMERO E TAXA POR HABITANTES NO MUNICÍPIO DE SANTOS, 1991-1993



FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE SÃO PAULO. SEADE, 1993

* TAXA: POR 10.000 HABITANTES

A produção de atendimentos realizados nas unidades ambulatoriais contratadas e conveniadas com o SUS em 1993, pelos serviços de saúde no Município, pode ser acompanhado no quadro 14:

QUADRO 14: NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS, NÃO MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS, REALIZADOS NAS UNIDADES AMBULATORIAIS CONVENIADAS COM O SUS NO MUNICÍPIO DE SANTOS, 1993

ATENDIMENTOS REALIZADOS NAS UNIDADES AMBULATORIAIS NO MUNICÍPIO DE SANTOS, 1993				
ATEND.	PÚBLICO	PRIVADO	TOTAL	POR HABITANTE
	T	T	T	HAB.
MÉDICOS **	71,03	28,97	100%	4,22
NÃO MED ***	100	0	100%	
ODONTO +	49,99	50,01	100%	0,63
DX E TX ++	51,24	48,76	100%	

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE SÃO PAULO, SEADE, 1993.

* VALORES EXPRESSADOS EM PERCENTAGENS

** INCLUEM CONSULTAS E PROCEDIMENTOS MÉDICOS

*** REALIZADOS POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO E SUPERIOR, EXCLUINDO MÉDICOS E ODONTÓLOGOS,

+ EXCLUEM OS PREVENTIVOS (APLICAÇÃO DE FLÚOR, ESCOVAÇÃO, ETC)

++ INCLUEM EXAMES DE APOIO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO,

Observa-se que o sistema público é responsável por 71,03 % dos atendimentos médicos dos quais 74,13 % são realizados pelo Município. Já o setor privado é responsável por 28,97% sendo que os filantrópicos realizam 91,75 % do total.

Os atendimentos não médicos são realizados pelo Município em sua totalidade; já os atendimentos odontológicos e os de diagnóstico e tratamento são realizados pelo sistema público e privado quase na mesma quantidade (49,99 % e 51,24 % contra 50,01 % e 48,75 % respectivamente).

No que concerne à produção ambulatorial, se for considerado o ano de 1993 observa-se uma concentração de 4,22 atendimentos médicos por habitante/ano, maior que o coeficiente de São Paulo que foi de 2,73. Quanto aos atendimentos odontológicos Santos realizou 0,63 atendimentos odontológicos por habitante no mesmo ano, embora a portaria N° 3.046/82 do Ministério da Saúde estabelece, como padrão, 2 atendimentos médicos e 0,5 atendimentos odontológicos por habitante/ano. Atendimento por habitante refere-se à média de atendimentos por local de ocorrência considerando-se a população total e não somente a população dependente do SUS. No estado de São Paulo como um todo, esta parcela da população pode ser menor em função da maior utilização dos seguros saúde e de empresas com serviços de saúde próprios.

A relação de infra-estrutura pública e privada em saúde no Município (consultórios, unidades básicas de saúde, ambulatorios de especialidade, ambulatório de hospitais, UMS, prontos socorros e unidades de diagnóstico e tratamento), apresenta uma ligeira predominância da rede pública (com 55,84 %) sobre a privada (que conta com o 44,16 % do total da infra-estrutura) (quadro 15).

**QUADRO 15 : INFRA-ESTRUTURA AMBULATORIAL PRIVADA E PÚBLICA
NO MUNICÍPIO DE SANTOS, 1993.**

INFRA-ESTRUTURA AMBULATORIAL 1993							
	CONSULT.	U.B.S.	AMBUL DE ESPEC	AMBUL HOSP.	U.M.S.	P.S.	DX E TX
PÚBLICA	0	23	13	1	0	3	3
PRIVADA	15	0	1	5	0	1	12
TOTAL	15	23	14	6	0	4	15

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE SÃO PAULO, 1993

SEADE

CONSULT. = CONSULTÓRIO

U.B.S. = UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

AMBUL. DE ESPEC. = AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

AMBUL. HOSP. = AMBULATÓRIO DE UNIDADE HOSPITALAR

U.M.S. = UNIDADE MISTA DE SAÚDE

P.S. = PRONTO SOCORRO

DX E TX = SERVIÇOS DE APOIO À DIAGNOSIS E TERAPIA.

Os consultórios correspondem a unidades de saúde de atendimento ambulatorial de uma só especialidade. A unidade básica de saúde (UBS) é uma unidade de saúde de atendimentos ambulatorial nas clínicas básicas, odontológicas e ações programáticas (imunizações, saúde da criança, gestante, etc.), atendendo demanda espontânea e agendada. Ambulatório de especialidade é uma unidade de saúde de atendimento

ambulatorial em várias especialidades, atendendo pacientes referenciados pelas unidades básicas de saúde. Ambulatório de unidade hospitalar corresponde a uma unidade de saúde de pronto-atendimento ambulatorial, urgência-emergência, podendo ter atendimento especializado a pacientes referenciados por outras unidades de saúde do SUS e realizar exames e terapias de apoio ao tratamento. Já a unidade mista de saúde é uma unidade de saúde ambulatorial com até 50 leitos, com pronto-atendimento e ações programadas, executando atividades básicas e de um pequeno hospital. Pronto socorro corresponde a uma unidade de saúde isolada, com atendimento ambulatorial de urgência e emergência. Os serviços de apoio à diagnose e terapia são unidades de saúde para a realização de exames ou terapias de apoio ao atendimento ambulatorial realizado em unidades do SUS.

A infra-estrutura hospitalar teve um incremento no período de 1990 a 1993, passando de 9 para 11 hospitais, sendo 10 hospitais gerais e um de especialidade (psiquiatria). Os hospitais privados representam 81,82 % deles. Dos 9 hospitais privados, seis têm finalidade lucrativa (quadro 16).

**QUADRO 16: ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES, POR
ESPECIALIDADE E ENTIDADE MANTENEDORA NO
MUNICÍPIO DE SANTOS, 1990-1994.**

ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE SANTOS, PERÍODO 1990-1994														
HOSPITAIS GERAIS									HOSPITAL DE * ESPECIALIDADE			TOTAL DE HOSPITAIS		
GOVERNO				PRIVADO		TOTAL			GOV	PRI	T	TOTAL		
ANO	FED	EST	MUN	LUC	NAO LUC	GOV	PRI	T	GOV MUN	PRI	T	GOV	PAR	T
90	0	1	0	4	3	1	7	8	1	0	1	2	7	9
91	0	1	1	5	3	2	8	10	1	0	1	3	8	11
93	0	1	0	6	3	1	9	10	1	0	1	2	9	11
94	0	1	0	6	3	1	9	10	1	0	1	2	9	11

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE SÃO PAULO. SEADE, 1993

SEHIG, RELATORIO DA 3ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, SANTOS 1994.

* HOSPITAL DE ESPECIALIDADE EM PSIQUIATRIA

Em 1990 o Município contava com 2.612 leitos passando em 1994 para 1.943, o que representa uma diminuição de 25,61 % dos leitos em quatro anos, diminuindo o coeficiente de 6,26 para 4,65 leitos por mil habitantes. Este coeficiente é superior ao do estado de São Paulo onde ele passou de 3,06 leitos por 1.000 habitantes em 1991 para 2,96 em 1993.

**QUADRO 17 : NÚMERO DE LEITOS POR ESPECIALIDADE E ENTIDADE
MANTENEDORA NO MUNICÍPIO DE SANTOS
1990-1994.**

NÚMERO DE LEITOS PERÍODO 1990-1994														
LEITOS GERAIS									LEITOS ESPEC *			TOTAL DE HOSPITAIS		
GOVERNO				PRIVADO		T			GOV	P	T	TOTAL		
	F	EST	M	LUC	NAO LUC	GOB	PRI	T	GOV MU	P	T	GOV	PAR	T
90	0	230	0	533	1550	230	2083	2313	299	0	299	529	2083	2612
91	0	250	0	-	-	250	2116	2366	299	0	299	549	2116	2665
92	0	445	0	-	-	445	1912	2357	80	0	80	525	1912	2437
93	0	420	0	535	1342	420	1877	2297	80	0	80	500	1877	2377
94	0	177	0	439	1297	177	1736	1913	30	0	30	207	1736	1943

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE SÃO PAULO. SEADE, 1993

* HOSPITAL DE ESPECIALIDADE EM PSIQUIATRIA

O setor público foi o principal responsável pela diminuição de leitos já que em 1990 contava com 529 leitos e em 1994 possuía só 207, observando-se uma diminuição na ordem de 322 leitos o que representa 60,87 % a menos no período mencionado. Os leitos privados passaram de 2.083 em 1990 para 1736 em 1994, com uma diminuição de 347 leitos (o que representa 16,66 % a menos), sendo os leitos dos hospitais privados não lucrativos os que tiveram maior queda (da ordem de 72,91 % em relação aos lucrativos que diminuiu em 27,09 % (quadro 17).

**QUADRO 18: MOVIMENTO DOS HOSPITAIS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
GERAL E ESPECIALIZADA NO MUNICÍPIO DE SANTOS
1991-1993**

MOVIMENTO DOS HOSPITAIS NO MUNICÍPIO DE SANTOS			
ANO	MEDIA DE * PERMANÊNCIA	TAXA DE ** OCUPAÇÃO	TAXA DE *** MORTALIDADE GERAL HOSPITALAR
1990	7,06	50,68	5,43
1991	6,29	44,15	4,86
1992	5,89	66,91	4,50
1993	5,69	70,78	4,54

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE SÃO PAULO, 1993
SEADE

* TAXA REPRESENTADA EM DIAS

** TAXA REPRESENTADA EM PERCENTAGEM

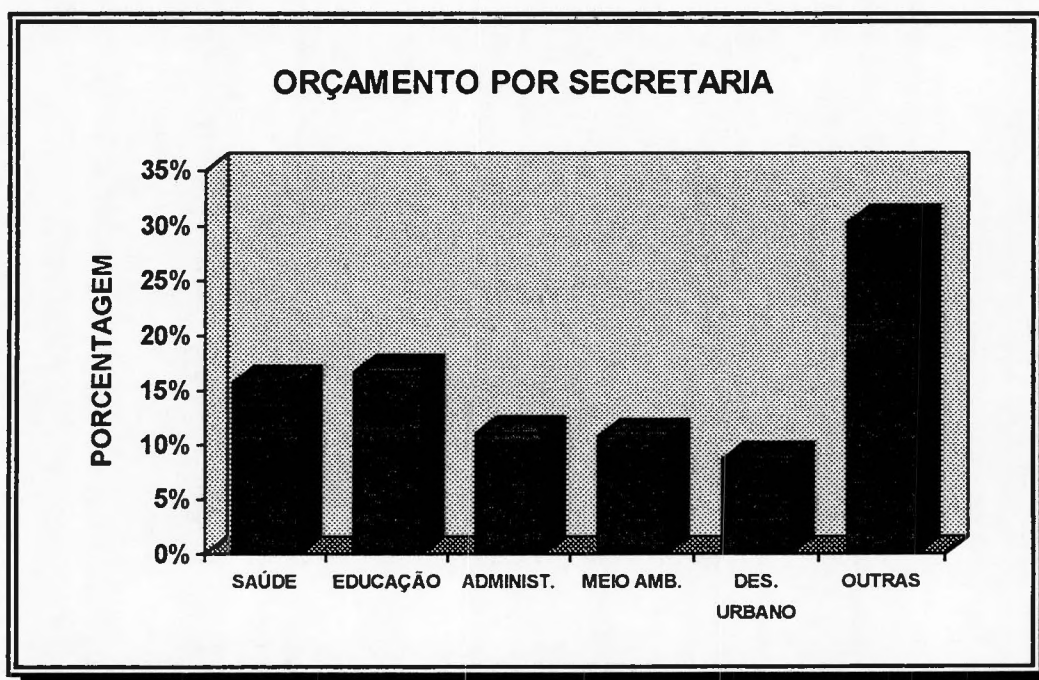
*** TAXA REPRESENTADA EM PORCENTAGEM

Podemos observar no quadro 18 uma diminuição na média de permanência de pacientes nos hospitais de Santos durante o período de 1990 a 1993, passando de 7,06 para 5,69 dias/paciente, representando uma diminuição real de 19,41 %. Por outro lado encontramos uma elevação na taxa de ocupação hospitalar de 50,68 % para 70,78 % no mesmo período, significando um aumento de 39,66 % em quatro anos. Outro indicador,

a taxa de mortalidade geral hospitalar, diminui de 5,43 em 1990 para 4,54 em 1993, com uma queda real de 16,39 % aproximadamente (quadro 18).

O Município vem comprometendo um percentual crescente do seu orçamento no setor saúde. Em 1990 o orçamento destinado à Secretaria de Saúde era de 9,6 %. Já para 1994 a Prefeitura destinou o correspondente a 15,70 % do orçamento Municipal, sendo o 2º maior orçamento depois da Secretaria de Educação com 16,31 % (gráfico 25).

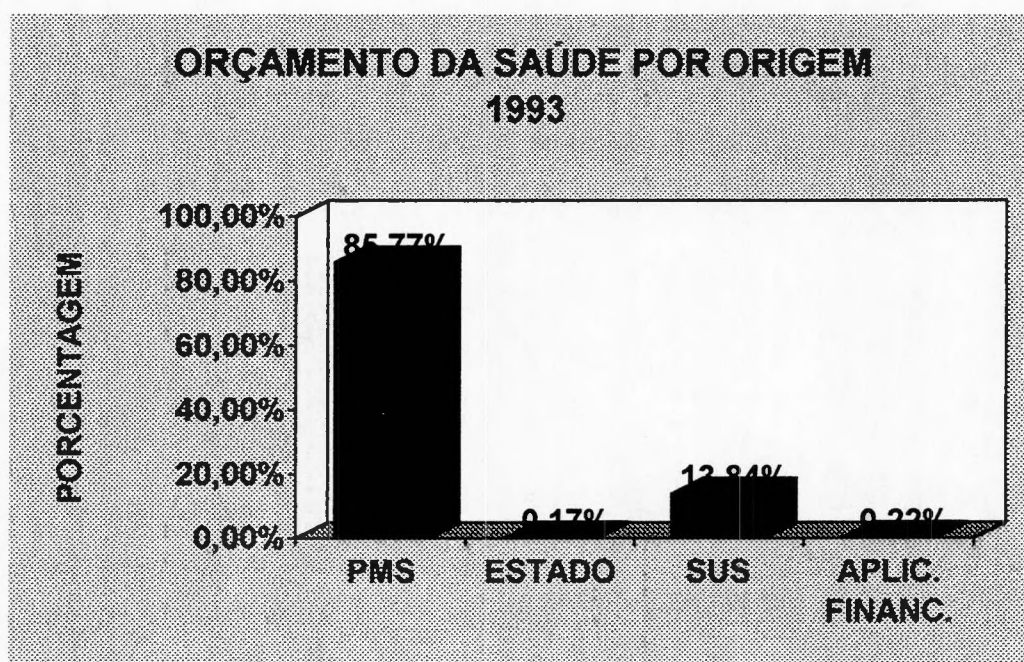
GRÁFICO 25 : ORÇAMENTO MUNICIPAL POR SECRETARIA DO MUNICÍPIO DE SANTOS PARA O ANO DE 1994



FONTE: SUMÁRIO DE DADOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
NÚMERO 3 - 1994

Dos recursos destinados à saúde no Município no ano de 1993, a maior percentagem correspondia a recursos da própria Prefeitura, na ordem de 85,77 %, a instância federal contribuiu com 13,84% e o estado teve uma participação de 0,17 % sendo o restante 0,22 % correspondente à aplicação financeira.(gráfico26)

GRÁFICO 26 : ORÇAMENTO DESTINADO A SAÚDE DIVIDIDO POR ORIGEM DOS RECURSOS, 1993.



FONTE: SUMÁRIO DE DADOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
NÚMERO 3 - 1994

CAPÍTULO 5

O PROCESSO DE DIREÇÃO NO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE DE SANTOS

5.1 CONTEXTO POLÍTICO-ADMINISTRATIVO

Neste item será apresentado o histórico da Secretaria de Higiene e Saúde do Município de Santos-S.P., bem como, os serviços prestados e a descrição de sua infra-estrutura. Ressalta-se aqui que os dados apresentados, foram extraídos do questionário aplicado ao Secretário de Saúde e os quatro diretores de módulo, e de documentos, tais como: normas internas e publicações.

A partir de 1989 o Município de Santos sofreu uma mudança importante na organização de seus serviços de saúde. Esta mudança correspondeu ao período da chegada à prefeitura do partido dos trabalhadores (PT). Teve início com a eleição da Prefeita Thelma de Souza para o período 1989-1992 e continuou com a eleição de David Capistrano Filho para 1993 - 1996.

No período de 1989 a 1992, a política local concentrou seus esforços nas áreas sociais dando prioridade a saúde, educação, transportes e fazendo investimentos significativos no setor da Ação Comunitária. A partir de 1993 foram definidos como prioritários o Programa da Criança e as Políticas Habitacionais.

A rede de saúde municipal em 1988 funcionava com 11 postos de assistência comunitária (PAC's) e seis pronto socorros. As atividades realizadas pelos PAC's eram poucas, concretamente no atendimento à criança e num recém iniciado trabalho com gestantes. Os prontuários médicos não existiam e suas atividades não incluíam sequer a vacinação. A Vigilância Sanitária municipal realizava apenas atividades de fiscalização na área de alimentos numa ação paralela com a do Estado. A Vigilância Epidemiológica era responsabilidade dos órgãos estadual e federal, sem acompanhamento da administração municipal junto às atividades do Estado. Os seis Pronto Socorros se caracterizavam como unidades de pronto atendimento, com um nível muito baixo de resolutividade, já que não possuíam serviços de Raios-X, ECG, sala de gesso, laboratório e banco de sangue. Já os 3 Centros de Saúde do Estado e os 2 Postos de Atendimento Médico do INAMPS, estadualizados, embora menos caóticos, também se caracterizavam pela ociosidade, baixa resolutividade, além de sérias dificuldades gerenciais.

No que diz respeito a recursos humanos e administração de pessoal podia-se observar funcionários mal remunerados (por exemplo, médico em jornada de 20 hs / semanais percebia 1,5 salários mínimo em janeiro de 1989), diferentes salários para o exercício da mesma função, ausência de canais de participação, inexistência de política de formação, reciclagem e treinamento, bem como de concursos para ingresso no quadro. Gerencialmente a Secretaria de Higiene e Saúde (Sehig) tinha um organograma composto por secretário, 2 chefes de departamento e mais de 30 chefias e substitutos de divisões, serviços e seções loteadas entre as corporações profissionais. Entretanto, mais de 80 % das unidades careciam de direção local.

Em resumo existia uma desarticulação dos serviços e não havia um sistema de referência; mais de 70 % da população não tinha cobertura de serviços básicos de saúde. Verificou-se ausência de programas de saúde, de dados epidemiológicos e estatísticos que permitissem o planejamento, a avaliação e o controle das ações. O primeiro desafio da nova administração foi tentar atender a demanda espontânea, com a perspectiva de transforma-la em oferta organizada, sendo o objetivo central a organização de um sistema municipal de saúde, integrado e hierarquizado por níveis de complexidade e especialização, compreendendo serviços básicos, de emergência e ambulatoriais, além de atividades especializadas, bem como serviços hospitalares gerais e especializados. Pretendia-se assim operar diretamente serviços de todos os níveis de complexidade, gerenciar a relação com o setor privado de prestação de serviços e executar programas orientados para os principais problemas e agravos à saúde e o bem estar da população, através de ações coletivas e individuais de prevenção, cura e reabilitação. Desta forma estaria contemplado o papel da rede municipal conforme já discutido.

A edificação da rede básica partiu dos seguintes pressupostos (73):

- Estimava-se que seria necessária uma UBS para cada 20 mil habitantes;
- As UBS's juntamente com os Prontos Socorros constituem a porta de entrada do sistema, permitindo acesso universal caso distribuídas regionalmente, constituídas por equipes de saúde (clínicos gerais, pediatras, ginecologistas, dentistas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, agentes administrativos e serventes);
- As UBS's devem garantir uma alta resolutividade (85%), e para tanto ser providas de recursos técnicos, equipamentos e medicamentos, desenvolvendo

programas de saúde, vigilância epidemiológica, sanitária e dos ambientes de trabalho em sua área de atuação;

O primeiro passo na direção deste objetivo foi mudar a denominação dos PAC's, que passaram a ser denominados de Policlínicas. Já os prontos socorros foram reduzidos a três, completamente reformulados e equipados com pelo menos ECG, Raio-X e laboratório. No Distrito de Bertioga (ainda então pertencente ao Município de Santos), foi implantado em 1989 um Hospital Municipal com 30 leitos, respondendo às necessidades locais de uma área situada a 40 Km. de Santos.

Em 1989, foram criados o Centro de Referência em AIDS, Policlínica do Centro Velho, o Núcleo de Educação, Prevenção e Pesquisa e atendimento clínico a pacientes no Núcleo Integrado de Saúde (NIS), devido à importância da morbidade e mortalidade das DST e como um meio para enfrentar a AIDS, procurando criar nova mentalidade em relação aos portadores do vírus, estruturando serviços para prestar atendimento de boa qualidade aos doentes e desenvolvendo ações de caráter educativo e preventivo, como também pesquisa em serviço

As ações de Saúde Bucal foram priorizadas também a partir de 1989. Foram desenvolvidas ações nos campos de Atenção em Saúde Bucal e da Assistência Odontológica. O programa de prevenção de doenças, inicialmente restrito à rede municipal de ensino, foi sensivelmente ampliado em 1994 para as escolas estaduais. Medidas de maior abrangência foram feitas, como o sistema de vigilância dos níveis de flúor nas águas de abastecimento público, que regularizou os níveis de flúor na água da Sabesp, a partir de junho de 1991.

Em março de 1989 foi inaugurado o Ambulatório de Especialidades, unidade de referência para a rede, com consultas agendadas previamente por telefone para 27 especialidades médicas, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e pedagogia.

Na área de saúde mental, a intervenção da Prefeitura na Casa de Saúde Anchieta (particular conveniado com o SUS) em maio de 1989 desencadeou a possibilidade de desenvolver uma política baseada na redução do período de internação e reintegração dos doentes à sociedade, priorizando o atendimento ambulatorial através de equipe multiprofissional; foram incluídas visitas domiciliares e atividades culturais, esportivas e recreativas para os pacientes e familiares. A proposta de fundo - referente à desativação do manicômio - viabilizou-se através da implantação dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAP's) que desenvolvem atividades ambulatoriais e emergências, funcionando como hospital-dia e hospital-noite. Foram ainda criados um Centro de Convivência (Tam-Tam), um centro de reabilitação psicossocial e um lar abrigo (13)

A partir de junho de 1989, os três Centros de Saúde foram municipalizados, com a assinatura do Termo de Adesão ao Convênio SUDS e para 1991 havia já 18 Policlínicas.

Dentro do Programa de Saúde do Trabalhador, foram implantadas a Unidade de Saúde dos Trabalhadores do Porto na área central do cais (atendimento ambulatorial e de urgência, acidentes de trabalho, vigilância sanitária e de ambientes e condições de trabalho), o Centro de Referência Saúde do Trabalhador e um sub-programa específico para os funcionários municipais.

Em 1990, tendo em vista a humanização e melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde municipais, buscando formas assistenciais que visassem retirar os pacientes das instituições, com participação ativa de pacientes e familiares em seus

tratamentos e a racionalização dos recursos, a SEHIG criou e organizou o Serviço de Fisioterapia Domiciliar.

Foram implantadas ainda uma Unidade de Reabilitação e Fisioterapia (assistência a acidentados do trabalho não atendidos pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), deficientes físicos e / ou mentais encaminhados pela rede e um serviço de fisioterapia domiciliar), o Centro de Valorização da Criança (atendimento global em saúde mental e reabilitação às crianças com desadaptações) e a Casa da Gestante, unidade de referência para gestantes de alto risco, com 12 leitos.

Incrementou-se o serviço de fiscalização através da municipalização das ações de vigilância sanitária, do controle de zoonose e vetores de dengue e de febre amarela. A vigilância epidemiológica também foi municipalizada, sendo posteriormente descentralizada para a rede de Policlínicas e Centros de Saúde. Foi criado ainda sistema de coleta de lixo hospitalar e reciclável.

No início de 1990, diante das dificuldades gerenciais e da proposta de descentralização, foi criado o Módulo de Saúde da Zona Noroeste, compreendendo as unidades existentes na área. Tal proposta radicalizou-se em meados de 1991 com o fim das coordenações por níveis de complexidade e a constituição de mais quatro distritos sanitários (os Módulos do Centro, Orla, Morros e Bertioga). Foram designadas chefias para todas as unidades e constituídos grupos técnicos de emergência, hipertensão arterial, diabetes, trabalhador, materno-infantil, mental, DST-AIDS e câncer, supervisionados por uma coordenação de programas.

Em julho de 1990, após um ano de negociações, um PAM estadual foi municipalizado, tendo sido totalmente reformado, dando lugar ao Núcleo Integrado de Saúde, composto por cinco unidades: o Ambulatório de Especialidades, uma Policlínica, o Centro de

Referência Saúde do Trabalhador, a Unidade de Reabilitação e Fisioterapia e um Centro de Práticas Alternativas.

Técnica e operacionalmente, a Sehig desmontou a estrutura organizacional existente, construindo as Coordenações da Rede Básica, de Serviços Especializados, dos Hospitais e Prontos Socorros e a de Administração e Finanças. Implantou-se ainda o Centro de Controle de Doenças, com a função de fornecer os elementos científicos adequados ao planejamento, execução, avaliação e controle das ações individuais e coletivas de saúde.

Quanto às políticas de recursos humanos ocorreu a introdução de reajustes mensais, recomposição de perdas salariais e o pagamento de adicionais a título de gratificação; foi realizado um processo de realocação por antigüidade e especialização; a extinção do serviço assistencial nas escolas, sociedades de melhoramento e instituições filantrópicas possibilitand a ampliação da rede sem aumento do quadro de pessoal.

Outro avanço importante foi o aumento da frequência nas reuniões dos Conselhos Intermunicipais de Saúde (CIMS), os quais passaram a reunir-se mensalmente. Estimulou-se a formação de Conselhos tripartites para gerenciamento das unidades.

Na área da Saúde da Criança, várias ações foram criadas; Programa de Vigilância Nutricional, de Imunização, de Atendimento Médico , Programa de Internação Domiciliar, Pré-Natal para adolescentes, Saúde Bucal, Programa de Vigilância e Apoio Escolar e Programa para Crianças Vítimas de Maus Tratos. Além destes programas foi implantado em 1991 o Programa do Recém Nascido de Risco, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil no Município. Em 1992 foram criados mais três programas; Programa de Internação Domiciliar (P.I.D.), Programa de Atendimento Domiciliar (P.A.D) e Programa de Atendimento Domiciliar Odontológico (P.A.D.O.)

A SEHIG conta, em 1995, com uma rede de serviços de saúde constituída por: policlínicas, prontos socorros, ambulatório de especialidades, serviços de saúde mental, casa da gestante, centro de controle de doenças, centro de controle de zoonoses, centro de reabilitação profissional, centro de referência-saúde do trabalhador, centro de valorização da criança, seção de epidemiologia municipal, seção de fiscalização de saúde pública, serviço de documentação e informação e serviço de perícias médicas. Na área de saúde mental conta com cinco núcleos de apoio psicossocial (NAPS) e um núcleo de reabilitação psicossocial (anexo 2). Até dezembro de 1992 dispunha do Hospital Distrital de Bertioga com 30 leitos com o que, devido à emancipação daquele município, deixou de contar a partir de janeiro de 1993.

A SEHIG conta com 21 policlínicas, das quais 2 são antigos Centros de Saúde do Estado municipalizados e 9 são Postos de Assistência Comunitária - PAC's. Todos com prédios reformados e os serviços reestruturados para atender consultas de pediatria, clínica geral, ginecologia, obstetrícia e odontologia, e realizar a Vigilância Epidemiológica em suas áreas de abrangência. Além de oferecer assistência preventiva e curativa à população, da infância à terceira idade, desenvolve programas de vacinação, de orientação e educação sanitária, e garante o encaminhamento de pacientes que necessitem de retaguarda específica para o Ambulatório de Especialidades o qual pode ser feito desde a própria policlínica já que todas as unidades estão interligadas através do Sistema de Agendamento Telefônico Informatizado pelo telefone "156"(ligação gratuita). As policlínicas estão distribuídas por todo o Município, o que facilita o acesso de toda a população a serviços de saúde básicos e permite maior conhecimento da realidade de cada bairro e das condições de saúde próprias de cada comunidade. Embora o horário de atendimento em cada Policlínica seja variável a maioria cobre os turnos de dia e tarde e algumas ficam de plantão 24 hs., fins de semana e feriados (anexo 3).

Os prontos socorros oferecem atendimento, 24 horas por dia, para todos os casos de urgência e emergência, com ampla equipe de médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, além de pessoal de apoio. O Município conta com os seguintes prontos-socorros:

- *PS Central*
- *PS do Macuco*
- *PS da Zona Noroeste*

Além de atendimento em:

- Pronto Atendimento Noturno na *Policlínica do Morro da Nova Cintra*; aos sábados, domingos e feriados, 24h.
- Pronto Atendimento na *Policlínica do Gonzaga*, atendimento a emergência aos sábados, domingos e feriados, das 7 às 19h.

No ambulatorio de especialidades recebem pacientes encaminhados pelas policlínicas, centros de saúde e prontos-socorros para assistência especializada, atendimento psicológico, fonaudiológico, orientação nutricional e/ou educacional. As consultas podem ser marcadas por telefone. O atendimento é de segunda a sexta, das 8 às 17 h. Oferecem retaguarda em 25 diferentes especialidades.

Os serviços de apoio especializado oferecem retaguarda à clientela atendida nas policlínicas, centros de saúde, ambulatórios de especialidade e prontos-socorros, com os seguintes exames complementares: anatomia patológica, audiometria, cicloergometria, colposcopia, eletrocardiograma, raios-x. Contam ainda com laboratório de análises clínicas.

A casa da gestante é uma referência secundária destinada ao atendimento de gestantes de médio e alto risco com serviços de internação, avaliação ambulatoria, curso de

preparação para o parto, curso do bebê, assistência global para adolescentes gestantes, treinamento para profissionais de saúde, acervo de material técnico e educativo.

O centro de controle de doenças coleta e divulga informações sobre a saúde no Município; realiza estudos epidemiológicos de morbidade e de mortalidade; avalia a qualidade e a eficiência dos programas de saúde; orienta medidas para prevenir e sanear doenças na comunidade. Todas as situações que representem risco de acidentes ou de disseminação de doenças devem ser comunicadas imediatamente ao Centro de Controle de Doenças para que a Secretaria de Higiene e Saúde possa tomar medidas que garantem a saúde da população.

O centro de controle de zoonoses realiza o controle das doenças transmitidas pelos animais; ações e campanhas de combate a vetores, com *aedes aegypti* e *aedes albopictus* (transmissores da dengue e da febre amarela); serviço de desratização; apreensão e doação de animais; atendimento veterinário; vacinação anti-rábica. Conta com uma Unidade Anti-Rábica Humana.

O centro de reabilitação profissional (INSS/SEHIG) da assistência multi disciplinar a pessoas incapacitadas - temporariamente ou não - para o trabalho, visando a reabilitação, recolocação e/ou colocação profissional.

Centro de referência - saúde do trabalhador oferece atendimento especializado em doenças profissionais e ocupacionais, acidentes do trabalho e direitos dos trabalhadores.

O centro de valorização da criança atende crianças de 0 a 12 anos, vítimas de maus-tratos, com problemas físicos, mentais e/ou emocionais, com desvantagem social e nutricional. Atua através dos programas de apoio ao Escolar e aos Recursos de Atendimento à Criança Disponíveis na Comunidade.

Na seção de epidemiologia municipal (SEPIM) se fazem recebimentos de notificações e investigação de doenças e problemas de importância para a saúde pública; apoio aos serviços de saúde para ações de vigilância epidemiológica. Coordena o Centro de Controle de Intoxicações e o Sistema de Vigilância do Recém-Nascido de Risco.

A seção de fiscalização de saúde pública (SEFISP) realiza o cadastramento; controle de qualidade; fiscalização programada e atendimento de denúncias sobre condições sanitárias dos estabelecimentos comerciais, industriais e de serviços, assim como condições ambientais que causem risco à saúde.

O serviço de documentação informação do Município (SIM) recebe as denúncias, sugestões, informações gerais e sobre adiamento de processos. Pedidos de serviços e agendamento de consulta nas policlínicas.

No serviço de perícias médicas (SERPEM), promove-se os exames clínicos para admissão de funcionários públicos municipais, para concessão de licenças médicas e de aposentadorias. Realiza avaliações clínicas a domicílio.

Os programas que se realizam na SEHIG são: atenção integral à saúde da criança, controle de diabetes, de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, controle de hipertensão arterial, homeopatia, prevenção e controle do câncer, prevenção e controle de hanseníase, prevenção e controle de tuberculose, saúde bucal, saúde materno-infantil, saúde da mulher, saúde mental, saúde da terceira idade, saúde do trabalhador, atendimento domiciliar, odontológico domiciliar e de internação domiciliar.

O programa de atenção integral à saúde da criança objetiva oferecer assistência preventiva e curativa para garantir o desenvolvimento saudável de crianças de 0 a 10 anos e jovens de 11 a 18 anos. Desenvolve o Sistema de Vigilância do Recém-Nascido de Risco e o

Sistema de Vigilância do Menor de 1 Ano Internado; acompanha o desenvolvimento; promove vacinações, o tratamento de doenças infantis comuns e o programa para menores com asma brônquica. Oferece assistência integral ao adolescente.

O controle do diabetes e da hipertensão arterial têm como objetivo a detecção de casos, acompanhamento de pacientes, prevenção e tratamento de complicações.

O controle de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS desenvolve atividades de educação em saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, com retaguarda social e psicológica a portadores de vírus da AIDS ou doentes de AIDS, e a pacientes com outras moléstias de transmissão sexual. O Programa é desenvolvido através dos seguintes serviços:

- **DISQUE AIDS:** Informação e orientação

- **CASA DE APOIO E SOLIDARIEDADE AO PACIENTE DE AIDS:** Abriga pacientes que não têm onde morar; desenvolve atividades de reintegração social e profissional; mantém oficinas de trabalho.

- **CENTRO DE APOIO INFANTIL OÁSIS:** Atende crianças de 0 a 8 anos portadores do vírus HIV, em regime de internato e semi-internato; garante assistência médica, de enfermagem, psicológica e nutricional; oferece recreação supervisionada; encaminha para educação formal e para adoção. Conveniada com a Prefeitura.

- **CENTRO DE REFERÊNCIA EM AIDS:** Educação em saúde, prevenção, exames laboratoriais, tratamento e reabilitação; apoio social e psicológico;

encaminhamento para internação; aplicação de medicamentos e inalação. Participa do Programa de Internação Domiciliar (PID).

Núcleo de Educação em AIDS: Elabora programas educativos de prevenção, projetos específicos com financiamento próprio e de organizações internacionais; elabora material educativo; treina profissionais e voluntários; organiza eventos, palestras e seminários. Conta com equipamentos de informática.

Núcleo de pesquisa em AIDS: Centraliza e elabora projetos de pesquisa para acompanhar a realidade local, visando adequações e aprimoramento dos serviços prestados pelas unidades municipais.

- ***UNIDADE DE REFERÊNCIA-DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS:*** Clínica médica, ginecologia-obstetrícia, odontologia, pediatria, psicologia, curativos. Dispõe de laboratório.

O programa de práticas alternativas em saúde que engloba a homeopatia, visa oferecer à população uma opção de tratamento a partir de uma visão global do paciente, respeitando suas características individuais e estimulando as reações de defesa do organismo. O programa é desenvolvido através do *CENTRO DE PRÁTICAS ALTERNATIVAS EM SAÚDE*.

O programa de prevenção e controle do câncer pretende reduzir o índice de adoecimento e morte, com medidas preventivas e de diagnóstico precoce, de terapêutica e reabilitação, acompanhadas por intervenções junto a fatores de risco.

O programa de prevenção e controle da hanseníase e tuberculose realiza prevenção e diagnóstico, tratamento, controle de comunicantes. O programa é desenvolvido através do *CENTRO DE SAÚDE MARTINS FONTES*.

Enquanto ao programa de saúde bucal as ações do programa de saúde bucal se concentram nos campos de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças que ocorrem na cavidade bucal. O programa é desenvolvido através das seguintes ações:

- ***AÇÕES COLETIVAS:*** Fornecimento gratuito de escovas dentais e cremes dentífricos em escolas e creches; bochechos com solução fluoretada, programas educativos para pais e alunos sobre cuidados básicos; vigilância sanitária dos níveis de flúor nas águas de abastecimento público.

- ***ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA INDIVIDUAL:*** Restaurações, remoção de placa bacteriana e tártaro profilaxia e extrações, aplicação de cariostático e de selante nas policlínicas; tratamento de canal (endodontia) em 3 policlínicas. Além de:

- *Sistema de Reabilitação de Dentes Fraturados*
- *Radiografias*
- *Centro de Referência de Diagnóstico Bucal*
- *Centro de Referência para Pacientes Especiais*
- *Programa de Atendimento a Pacientes Especiais submetidos a Anestesia Geral*
- *Programa de Atendimento a Pacientes Portadores de HIV*
- *Serviço de Cirurgia Oral Menor*
- *Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial*
- *Programa Odontológico Domiciliar (POD)*

- ***ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA INDIVIDUAL PARA URGÊNCIAS:***

Funciona 24 hrs. no Pronto Socorro Central.

- ***APOIO COMUNITÁRIO:*** Atendimento a creches, asilos, presídios, escolas infantis especializadas e entidades beneficentes.

O programa de saúde materno-infantil está dirigido a gestantes e crianças de 0 a 1 ano. Planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento de gestantes, Casa da Gestante (assistência integral às gestantes de risco), vigilância do recém-nascido de risco, acompanhamento do crescimento, incentivo à amamentação, cestas básica para desnutridos, vacinação, tratamento de doenças infantis, atendimento a menores com asma brônquica.

O programa da Mulher promove assistência integral à mulher, através de orientação e retaguarda por parte de equipe especializado, assegurando condições de saúde em todas as fases de sua vida.

O programa de saúde mental visa oferecer um tratamento de qualidade, obedecendo à nova política de atendimento à Saúde Mental, que reconhece os direitos de cidadania dos pacientes, promove ações para facilitar a reintegração dos doentes na sociedade e no mercado de trabalho e determina a redução do período de internação, eliminando de forma progressiva a figura do manicômio. O Programa é desenvolvido através dos seguintes serviços:

- ***CENTRO DE CONVIVÊNCIA TAM-TAM***

- ***NÚCLEOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (NAP's):*** Retaguarda em casos de emergência psiquiátrica; acompanhamento ambulatorial; atividades culturais,

esportivas, recreativas e de reintegração na comunidade. Funcionam com hospitalidade-dia e hospitalidade-noite.

- **LAR ABRIGADO**: Atendimento 24h, inclusive aos sábados, domingos e feriados.

- **UNIDADE DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**: Organiza e encaminha grupos de atividade; desenvolve oficinas de trabalho; presta serviços remunerados a terceiros (limpeza de caixa d'água, jardinagem, venda de mel e plantas, salgados e doces sob encomenda). Coordena a fábrica de blocos e a separação de lixo limpo.

A saúde da terceira idade oferece retaguarda completa à população com idade superior a 60 anos, de forma a prevenir, detectar, tratar e acompanhar seus problemas de saúde, garantindo uma velhice mais saudável. Promove assistência a idosos abrigados em asilos.

O programa de saúde do trabalhador da atendimento especializado em doenças profissionais e ocupacionais; estudo da ocorrência de acidentes de trabalho, encaminhamento para exames especializados; cursos e orientação sobre saúde e direito dos trabalhadores. Conta com um Centro de Referência.

Enquanto ao programa de atendimento domiciliar (PAD), o objetivo é atender a um número de pacientes dependentes, sem condições de se deslocarem às unidades de saúde. Atendimento a domicílio nas áreas de clínica médica, enfermagem e geriatria.

O programa odontológico domiciliar (POD), atende pacientes impossibilitados de sair do leito incapazes de se locomover; promove cirurgias, extrações, restaurações e tratamento; realiza radiografias. Dispõe de linha completa de equipamentos portáteis.

O programa de internação domiciliar (PID), tem como objetivo principal aliviar a carência de leitos hospitalares (públicos) no Município, através de uma modalidade assistencial onde o paciente recebe nos domicílio os mesmos cuidados que teria a nível hospitalar. Atualmente o PID, está implantado nas áreas de Oncologia e AIDS, em toda cidade, e nas áreas de Clínica Médica (na Zona Noroeste e Orla); Pediatria (somente na Zona Noroeste); Além destas regiões, alguns bairros como José Menino, Marapé, Jabaquara e Vila Mathias recebem atendimento na área de Clínica Médica.

A equipe assistencial do PID é formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistente social, psicólogos e conta com retaguarda dos demais serviços da SEHIG na área de fisioterapia, nutrição e odontologia. Fazem parte da Unidade também oficiais administrativos e motoristas.

5.2. CONTEXTO POLÍTICO

Conforme dados levantados através da entrevista aplicada, verificou-se que existe uma política de regionalização, na qual o Município é responsável por todas as ações de saúde que demande sua população. Isto representa uma regionalização em relação ao poder federal e estadual, assim como uma decisão política de que os recursos sejam repassados ao Município para este fim. Além disso existe uma política dentro do Município de dotar recursos a algumas sub-regiões na área de saúde que recebem o nome de módulos.

O planejamento de políticas e delegação de serviços de saúde tem uma estrutura relativamente recente. Além de trabalhar com a expansão de serviços e investimentos novos, se têm alguns programas definidos tanto referente a prioridades, seja epidemiológicas, seja do ponto de vista de características demograficas ou sociais da

população, que definem a expansão dos programas com prioridades definidas dos órgãos de participação da comunidade, em particular da conferência municipal de saúde e do conselho municipal de saúde, que acompanham a implementação dessas políticas. O planejamento em si se subordina a essas duas fontes, sendo uma técnica de levar em conta prioridades sociais e epidemiológicas com uma ótica do poder popular, do poder da população de interferir de forma efetiva na participação social.

Atualmente o Município, trabalha com quatro regiões de saúde. O primeiro evento da sequência que conduziu à decisão política de dividir o território municipal para a implementação do SILOS foi a estruturação de uma rede de serviços que inexistiam anteriormente. Frente à existência desta rede passou a ser sentida a necessidade de uma estrutura gerencial, administrativa, para esses serviços, que fosse mais racional que aquela anterior existente, além de formas mais eficientes de interlocução com a comunidade. Foi criada inicialmente uma região de saúde, módulo de saúde da zona noroeste, como uma experiência, integrando serviços da rede básica, serviços ambulatoriais especializados e pronto socorro urgência-emergência. Depois dessa experiência se passou a dividir a cidade em outras regiões de saúde, uma delas tem uma peculiaridade que abrange a área dos morros da cidade onde existem uma administração regional da prefeitura, já posteriormente se formaram os outros dois módulos (orla e centro).

5.3. INSTRUMENTOS DE POLÍTICA

Baseado nas respostas ao questionário das diretoras dos módulos, a maioria dos acordos, convênios e coordenações de trabalho com outras instituições são informais, embora existam alguns convênios entre prefeitura e organizações governamentais, contratos herdados do Ministério da Saúde com serviços privados. Não existem leis ou acordos

municipais específicos, porem existem diversos acordos de colaboração, cooperação técnica que visam não apenas a descentralização mas a utilização da rede de serviços de que a própria rede municipal não disponham.

O estado tinha contrato com instituições privadas para cobrir serviços. Estes contratos foram assumidos pelo Município a partir da municipalização. Além destas existem instituições, entidades filantrópicas ou associações que fazem algumas prestações de serviços à comunidade. Alguns deles têm acordo de convênios com a prefeitura para prestações de serviços que sejam de interesse comum.

Existe convênio com o Hospital Guilherme Alvaro (gerenciado pelo Estado), com a Faculdade de Medicina e de Odontologia, para o fornecimento por parte da SEHIG de campo de estágio, onde as unidades de saúde oferecem espaço em diferentes especialidades. No caso do Hospital Guilherme Alvaro existe também um convênio para oferecer apoio às pacientes de risco da casa da gestante.

Segundo o Secretário de Saúde, existe uma política de integração dentro da própria Prefeitura com várias outras Secretarias, principalmente com a Secretaria da Educação, do Meio Ambiente e de Ação Comunitária. Estas relações se formalizam mais no caso dos módulos da zona noroeste e dos morros, já que se conta com administrações regionais próprias dessas zonas. Na zona noroeste existem também decretos municipais que formalizam as comissões de urbanização e de legalização das favelas. No caso dos módulos da orla e da zona centro, a relação com as Secretarias se dá frente ao surgimento dos problemas. Existe também uma relação com órgãos estaduais, até há pouco tempo difícil, atualmente se abre um espaço de integração, ainda muito incipiente. Espera-se que com a mudança do governo de São Paulo ocorra uma melhoria nessa integração.

Atualmente existe uma relação importante com os serviços privados, em função da contratação de unidade de serviços para a oferta de serviços assistenciais. Ainda existem acordos e convênios com outros não governamentais, para prestação de serviços, com o destaque na área de AIDS, onde existe um centro de atendimentos para crianças portadoras o filhos de portadores do HIV, que funciona por meio de convênios entre prefeitura e ONG. Há ainda outros convênios para programas específicos (hospitalar principalmente e de serviços de diagnostico e terapia).

O convênio de municipalização de junho de 1989, reconhece a autonomia administrativa do Município. Desde então a SEHIG buscou garantir a integralidade das ações realizadas dentro dele como um todo. Ainda existem alguns iniciativas de descentralização próprias do Município para os módulos de saúde. Um deles (o módulo da zona noroeste), caminha mais rápido que os outros três, mas a grande limitação para esse módulos de saúde é o Município como um todo, já que um dos objetivos que se persegue com a descentralização é um nível de resolutividade alto, uma vez que os serviços hospitalares ainda são bastante deficientes para os Municípios da região.

5.4. PROCESSO DE PLANEJAMENTO

Conforme aos diretores de módulos de saúde, existe uma rede de serviços de saúde onde cada unidade de saúde ou policlínica tem sob sua responsabilidade uma área determinada da cidade. O dirigente dessa unidade de saúde tem como atribuição fazer diagnostico e indicar os projetos, iniciativas e prioridades para suas áreas. Segundo elas na SEHIG trabalha-se em grade parte com planejamento ascendente para que essas definições ou prioridades de cada local possam ser reunidas pelos dirigentes da estrutura central da Secretária procurando sincronizar a política geral do governo traduzida como uma

política de saúde com as prioridades definidas em cada local da cidade. Ao lado disto o fator modular vai trazer novas prioridades e escolher entre aquelas definidas. Existe outro tipo de planejamento a nível central, que é o planejamento dos programas, com características mais vertical.

Quanto à relação que existe entre as prioridades municipais e as locais existem algumas prioridades que valem para o Município como um todo. Segundo o Secretário de Saúde de Santos, entre elas os destaques são: na área da saúde da criança, em especial no combate à mortalidade infantil é desenvolvido um programa chamado Programa de recém-nascido de Risco; na área de assistência hospitalar onde se tem um desafio grande para o Município como um todo; na qualidade dos serviços de saúde; na desinstitucionalização na área de saúde mental, dando a maior autonomia possível aos pacientes, que não dependam tanto dos serviços, que estejam fora dos hospitais. Prioridades genéricas são detalhadas em cada unidade de saúde dependendo de suas áreas, existem áreas onde o saneamento básico é muito precário, onde o importante é trabalhar com a prevenção de doenças. Outras áreas tem problemas de moradia, onde o controle de certas doenças é muito importante (doenças respiratórias por exemplo). Ou seja, existe uma política geral da Secretaria que é detalhada e repriorizada em cada unidade de saúde.

5.5. FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Conforme o Secretário da Saúde de Santos, atualmente a saúde no Município é financiada basicamente com recursos do próprio orçamento municipal e recursos que são repassados pelo Ministério da Saúde, arrecadados por folha de pagamento dos trabalhadores. Os recursos econômicos são administrados por um fundo municipal de

saúde, controlados pelo Conselho Municipal de Saúde e executados pela Secretaria de Higiene e Saúde. Trabalha-se hoje com um orçamento centralizado na SEHIG. Segundo o Secretário existe uma definição de prioridades para cada região e para cada unidade de saúde onde a administração desse orçamento é centralizado. A participação do Estado no financiamento da saúde do Município é quase nula, no ano de 1994 correspondia a 0.2 % do total do financiamento.

5.6. A DIREÇÃO DO SILOS

5.6.1. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Entre os atores que participam do SILOS dentro do setor saúde estão os gerentes locais de cada unidade de saúde (diretor), em sua maioria (85 % a 90 %) pessoal formado em enfermagem e alguns com especialização em saúde pública. Eles eventualmente se assessoram de pessoal da mesma unidade de saúde. Estas unidades são agrupadas em módulos chamados de departamentos de saúde, que também têm gerentes e corresponde mais ao 2º escalão da Secretaria. Existem quatro gerentes de módulo das quais duas são médicas com especialidade em saúde pública, uma formada em enfermagem com especialidade também em saúde pública e uma em serviço social com especialidade em planejamento de serviços de saúde. Esses gerentes regionais compõem, ao lado de assistentes de coordenadores de programa, o 2º escalão da SEHIG, subordinados ao Secretário de Saúde, médico de formação com estudo em epidemiologia.

Existe uma tentativa de que cada módulo trabalhe com a máxima autonomia possível, embora ainda exista uma centralização grande da estrutura administrativa e da estrutura

financeira. Como se pense em descentralizar essa estrutura, seria necessário uma multiplicação do número de funcionários, o que não é desejável no curto prazo.

Além das pessoas que trabalham especificamente no setor saúde, existe um grau de entrosamento político e profissional grande com outras áreas, embora essa relação não seja formal. Por exemplo existem duas áreas da cidade dotadas de administração regional (zona noroeste e os morros). Elas tem uma integração grande com as regionais de saúde, desenvolvendo políticas comuns não só na área assistencial, como na área de saneamento, educação sanitária, na relação com a comunidade de maneira geral de atividade educativa, cultural. Na atualidade existe um projeto denominado Santos saudável, unido ao projeto de cidades saudáveis que aumenta esta integração inter-setorial com outras áreas não só da prefeitura como da sociedade civil ou comunidade.

5.6.2. DEFINIÇÃO DE ESPAÇOS ADMINISTRATIVOS POLÍTICOS, GEOGRÁFICOS E POPULACIONAIS.

Segundo o Secretário da Saúde, o critério seguido para a definição territorial foi essencialmente geógrafico-populacional em duas das regiões (morros e noroeste) com uma delimitação física, geográfica mais ou menos clara. Já no caso da orla e do centro, embora existem características próprias de cada região a decisão foi dada administrativamente com base na racionalidade administrativa.

Como já foi comentado no capítulo anterior o Município de Santos conta com 417.450 habitantes (censo demográfico de 1991). Em relação à população brasileira e de São Paulo, ela é mais idosa, existe um número maior de aposentados no Município. Ao contrário de São Paulo e Brasil, a proporção de pessoas de baixa renda não é muito grande, a classe média corresponde a mais de 50% da população. Embora haja zonas

concentradas de miséria quase absoluta, particularmente no centro da cidade, moradias coletivas, cortiços, áreas de prostituição, e uma área de pessoas que moram sobre a maré , que as pessoas chamam de palafitas (área do dique da cidade) em condições bastante precárias de saneamento, habitação e equipamento urbano em geral.

Embora não haja um sistema de designação familiar a cada um dos serviços de saúde, atualmente se tem uma delimitação geográfica, assumindo que as pessoas que moram em uma área definida devem procurar preferentemente a unidade de saúde daquela área. Este critério não é fechado, já que qualquer pessoa pode procurar a unidade de saúde pela qual tiver preferência.

O Saneamento Ambiental é gerenciado em grande parte pela SABESP, através do estado. Já a SEHIG se coordena através das policlínicas para tentar manter o diagnóstico de suas áreas, também com o chefe de controle de doenças que se ocupa daquelas atividades mais específicas de saúde pública, de controle de qualidade de água, de vetores, de zoonosis, fontes de contaminação ambiental, ambientes de trabalho. A Secretaria do Meio Ambiente também desenvolve diferentes atividades especialmente no diagnóstico da situação de saneamento no Município. Já a avaliação ambiental de fontes de contaminação orgânica ou fontes químicas, é um trabalho em forma integral.

5.6.3. PROCESSOS ADMINISTRATIVOS

Segundo as diretoras dos módulos de saúde, existem manuais, normas e procedimentos por programa específico nas policlínicas que obedecem às coordenações de programa que definem seus seguimentos próprios ou áreas da Secretaria que definem os seguimentos específicos.

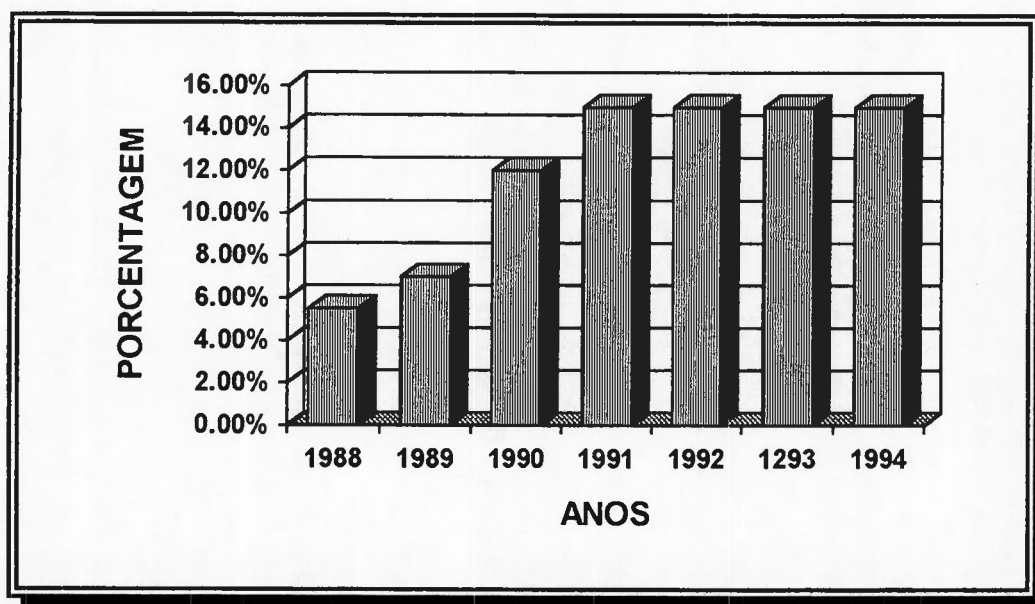
Em relação à existência de normas, manuais ou procedimentos no setor de saneamento, na SEHIG apenas existem em relação a um programa no controle do água, porque a operação do sistema de saneamento não é feita pelo Município, é feita pela companhia de saneamento básico do estado de São Paulo (SABESP), que opera o sistema de abastecimento de água e coleta de esgoto do Município o que o Município coleta é o lixo que é feito por uma empresa municipal.

5.6.4. SISTEMAS DE FINANCIAMENTO

Conforme o Secretário da Saúde, o orçamento Municipal para este ano é de 170 milhões de dólares e o orçamento da saúde é de 20 milhões de dólares. Nos anos anteriores a proporção foi semelhante porém o orçamento era menor. Em 4 anos o orçamento municipal foi de 500 milhões de dólares aproximadamente e a proporção para a saúde seria de 15 %. As fontes principais são os tributos e taxas do próprio Município. Existem alguns mecanismos de repasse federal para o Município como um todo, planos de fundo de participação do Município e uma pequena parte do orçamento estadual do imposto de consumo de mercadorias e serviços além do repasse específico para a saúde (recurso arrecadado da folha de pagamento).

Ate outubro do ano pasado os recursos provenientes do governo federal para a saúde, eram repassados ao Município pela prestação de serviços e pagos diretamente aos prestadores privados. Desde novembro existe uma nova forma de gestão de recursos, a chamada gestão semiplena, pela qual o Município passou a receber esse mesmo montante para pagamento de serviços contratados. É o próprio Município que mantém a relação com esses contratados.

GRÁFICO 27: ORÇAMENTO DO MUNICÍPIO DE SANTOS DESTINADO À SAÚDE DURANTE O PERÍODO DE 1988 - 1994.



FONTE: SEHIG DE SANTOS

Atualmente existe uma proporção do orçamento municipal destinada especificamente à saúde que deve representar por volta de 20 milhões de dólares por ano. Em 1988 o orçamento da saúde foi de 5.5% do total do orçamento municipal, em 1989 de 7 % , em 1990 12 % e a partir de 1991 foi para os níveis atuais, na faixa de 15 % (gráfico 27).

Na elaboração do orçamento contemplar ao máximo as prioridades definidas pelas diferentes instâncias de planejamento e decisão já discriminadas antes, de forma que o programa tente refletir ao máximo aquele orçamento aprovado, de acordo ao Secretário

de Saúde, existe sempre algumas mudanças de rumo, situações emergências que levam a alterações, a tentativa e que o orçamento seja um mecanismo de redemocratizar a decisão sobre os programas a serem implantados. O orçamento é feito principalmente com base na capacidade instalada de serviços e programas e na previsão de investimento.

Os serviços de saúde oferecidos pelo Município através da SEHIG são gratuitos. Nos serviços públicos não existe pagamento de tarifas pelos usuários. Praticamente não existem mecanismos informais de financiamento dos serviços de saúde. O financiamento das ações de saneamento básico tanto de coleta de esgoto e abastecimento de água são por tarifas segundo o consumo mensal cobrados pela SABESP. Já no caso da coleta de lixo existe uma taxa cobrada junto com os impostos municipais, anualmente.

A participação no financiamento da saúde do Município por parte dos órgãos externos é muito pequena, só existem algumas projetos específicos principalmente na área de AIDS, eventualmente uma ou outra participação, em geral através de projetos.

5.6.5. ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E DE PESSOAL

De acordo ao Secretário de Saúde enquanto à elaboração do orçamento, se procura que seja um processo descentralizado de cada uma das áreas do Município para que possa definir suas prioridades, que exista uma discussão com a comunidade sobre essas prioridades e então se elabore um orçamento do Município como um todo. Desse processo de planejamento do orçamento participam os diretores das policlínicas e os diretores dos módulos. Esse orçamento é aprovado pelo poder executivo e apreciado pelo poder legislativo municipal através da câmara de vereadores. Esta ação-execução deve também ser submetida ao conselho municipal de saúde.

Para o controle da execução orçamentaria existe um controle institucional, mecanismos de controle locais e administrativos, como aquele regulado pelo tribunal de contas do estado de São Paulo que aprecia, regularmente, as contas do Município. O poder legislativo também aprecia essas contas. Especificamente na área de saúde existe uma comissão de prestação de contas do conselho municipal de saúde que periodicamente avalia o que é feito. O orçamento do setor de saneamento básico é feito diretamente pela SABESP. Os custos ou gastos com consultas médicas não são registrados.

Conforme às diretoras dos módulos de saúde, embora a SEHIG tenha autoridade para a realização de concursos públicos, a contratação do pessoal depende da autorização do Prefeito através de concurso público, portanto são funcionários públicos, que se submetem a um estatuto de funcionários públicos municipais. Existem algumas contratações temporárias ou de emergência. Já no caso dos cargos de confiança, como por exemplo a nomeação dos diretores de módulo ou das policlínicas, são nomeações específicas do Secretário da Saúde Municipal.

A SEHIG tem trabalhadores pagos pelo Município, Estado e Federação com diferenças em seus salários, já que o salário dos trabalhadores contratados pelo Estado e Federação é menor que o Município. De acordo ao Secretário de Saúde, o Município trata de compensar esta diferença, através do pagamento de gratificações. Embora exista uma preocupação grande para que o pessoal de outras esferas de governo que trabalha em Santos tenha seus salários equiparados ao salário do próprio Município, os salários ainda mostram algumas variações importantes.

Uma outra diferença que existe enquanto ao nível de salários dentro das diferentes categorias é referente ao salário dos médicos, significativamente maior que o salário do resto das categorias profissionais.

Atualmente existe uma preocupação importante em profissionalizar os recursos humanos da SEHIG. Um dos programas com que se busca atingir este objetivo foi implantado em abril / 95, o chamado plano de carreira e salários.

O pessoal que hoje trabalha nas unidades de saúde do Município pode ser deslocado a qualquer outra unidade da SEHIG. De fato este é um procedimento rotineiro. No caso dos trabalhadores do Estado existe no convênio entre o Município e Estado de São Paulo para a municipalização uma cláusula que prevê-se que os funcionários públicos estaduais a disposição do Município são administrados pelo município e podem ser deslocados para onde a SEHIG tiver necessidade.

Embora existam muitas atividades de treinamento para as diversas categorias funcionais, a maioria delas funciona através da detecção de problemas a nível local por parte das policlínicas e dos módulos. Já o nível central tem alguns programas de treinamento em relação à implantação dos programas específicos ou outras atividades que visam um aumento na qualidade dos serviços, mesmo que não seja no momento da implantação do programa.

5.6.6. SUMINISTRO

Conforme o Secretário de Saúde, a seleção e compra de materiais de consumo e medicamentos é realizada através de uma lista padronizada elaborada por uma comissão técnica que procura estudar e discutir com cada uma das unidades e diretores de módulo suas necessidades. Essas compras são feitas centralizadamente, sempre mediante processos de licitação. A compra e a seleção dos materiais depende de processos que

obedecem a uma legislação federal. O critério para a escolha costuma ser pelo valor desde que obedeça às especificações técnicas. Existem comissões de licitações e subcomissões técnicas, uma para a área de medicamentos, uma para a área de material de laboratório e outra para a área de enfermagem.

Não é permitida a realocação de recursos materiais entre os níveis de atenção médica locais, só é permitida entre as diversas unidades da rede municipal. Eventualmente existem empréstimos ou cessões de medicamentos segundo as necessidades especiais para que se evite a paralisação de atendimento de um serviço.

O orçamento alocado para a compra de medicamentos e insumos médicos em 1994 foi por volta do 20 % do orçamento (15 % gasto na compra de medicamentos e 5 % para material de consumo).

5.6.7.SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Conforme o Secretário de Saúde, existe uma infinidade de sistemas de informação para finalidades diferentes, informações de natureza administrativa. Agora em quanto as informações gerenciais que são usadas como ferramentas gerenciais para a toma de decisões, cada uma das áreas da Secretaria procura agregar informações que tenham utilidade gerencial.

Existem informações sobre o atendimento especializado. Cada unidade de saúde procura fazer mapas de atendimento mensais avaliados pela Secretaria. Existem fluxos para informações epidemiológicas, também é centralizado para o centro de controle de doenças que procura selecionar algumas dessas informações para servir como suporte

gerencial. O centro de documentação e informação procura reunir informações estratégicas de cada uma das áreas para servir como suporte aos diferentes níveis de gerência também.

Segundo o Secretário de Saúde, existe um fluxo inverso das informações emitidas pela Secretaria, tanto para o público, (informações como orientação, alertas ou informações gerais sobre processos epidemiológicos), informações de gasto do município, como informações individuais e da rede de saúde. Principalmente informações de serviços prestados em cada unidade de saúde, onde se procura identificar se existem estrangulamentos, excessos de demanda de algum tipo e informações de natureza epidemilógica que possa redefinir prioridades e por tanto alterar os rumos da condução do SILOS. De acordo com as diretoras dos módulos de saúde, existem alguns problemas no que se refere ao retorno dessas informações aos lugares onde os dados se originaram.

Grande parte da informação formal é enviada por correspondência escrita por um sistema de distribuição própria da Secretaria por veículos que levam e trazem esses instrumentos de informação. Existe uma troca de informação através do sistema computadorizado, especialmente entre as unidades de saúde, como uma tramitação dos processos administrativos. Ainda há uma informação formal através do Diário Oficial do Município, que, além de dirigir-se à comunidade como um todo, também transmite informações aos serviços, e recebe informações gerenciais.

Segundo as diretoras dos módulos de saúde, existem tentativas de trabalhar com um prontuário único dos serviços municipais, informatizado, porém ainda existem muitos casos de prontuários feitos manualmente. Em geral ele é o único naquela unidade em que os pacientes são atendidos habitualmente, mas em alguns casos existe um prontuário também em serviços especializados separados das unidades básicas. Os prontuários informatizados são muito variáveis de uma unidade para outra: existem unidades de saúde

que tem 100 % e outras 0 %. A dificuldade de computarizar os prontuários é principalmente a falta de capacidade técnica da unidade e administrativa por parte dos funcionários. Das 21 policlínicas, 18 são informatizadas, essas 18 policlínicas não todas utilizam o total de sua capacidade do sistema, uma parte delas tem prontuários manuais também. O ambulatório de especialidades é computadorizado só que atualmente é usado para agendamento, registro e recepção de pacientes e não para cadastramento de prontuários.

A maioria da informação sobre registro de pacientes ou história clínica não é utilizada pelas unidades ou módulos para o controle da qualidade da atenção médica. Em algumas coordenações de programas específicos a usam para fazer a supervisão do atendimento de seu programa.

Em resumo, os serviços administrativos como serviço de pessoal, são informatizados quase todos, com vários sistemas administrativos. A contabilidade também foi informatizada recentemente, o abastecimento está em processo de informatização. A nível do sistema de saúde existe informatização do agendamento do registro de pacientes e de uma parte dos prontuários, além de uma parte inicial dos resultados de laboratório.

5.6.8. COORDENAÇÃO E ARTICULAÇÃO INTRA E INTER-SETORIAL

Além da articulação do SILOS com as diferentes entidades já comentadas no item de instrumentos de política, existem entidades privadas que não prestam serviços ao SUS, e cuja única relação com elas é em relação ao controle sanitário, avaliação de condições de funcionamento, e de obediência aos requisitos legais de funcionamento. Existem entidades contratadas ou conveniadas pelo SILOS para a prestação de serviços.

O SILOS de Santos não tem articulação com a previdência social, conforme o Secretário de Saúde, hoje uma parte da seguridade social devia de vir para o SILOS, este processo deixou de acontecer já a mais de uma ano quando os recursos da seguridade social passaram a ser destinados exclusivamente para a previdência social.

Segundo o Secretário de Saúde, com outras instituições setoriais se procura sempre que as informações de produtividade de essas outras instituições se compare com os indicadores epidemiológicos da cidade, que se procura dedicar e exigir dessas instituições as medidas para a diminuição de riscos ambientais ou riscos à população em geral. Em relação a outras instituições sempre se procura trabalhar com programas de interesse comum, um exemplo é a relação entre a SEHIG com a Secretaria da Educação na área da saúde bucal preventiva, ou com a Secretaria do Meio Ambiente na área de controle à qualidade de água ou em relação ao controle do lixo. Existe coordenação com a Secretaria de Esportes para fomentar as atividades de prevenção do risco cardiovascular, geralmente são programas específicos de interesse comum que geram uma relação de trabalho conjunto.

5.6.9. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

De acordo com a resposta do Secretário de Saúde no Município, existem dois tipos de participação social, a participação organizada ou participação formal e a participação informal ou participação individual. Nos SILOS, nas unidades de saúde, no nível local, esta participação informal é mais forte pois as pessoas freqüentam serviços, reclamam da qualidade de serviços, cobram da gerência local melhorias. Isto pode ser feito através do telefone 156 para solicitar serviços, reclamações, dúvidas. Ainda existe uma ouvidoria pública que atende diretamente as pessoas. Existem formas organizadas, em especial dos

representantes no conselho municipal de saúde e das conferências municipais de saúde que em geral são resultado de um processo de discussão em praticamente todos os bairros da cidade com os diversos setores interessados. Segundo o Secretário, talvez uma forma de medir essa participação seja a quantidade de pessoas que se envolvem nessas conferências, com a frequência de reuniões do conselho municipal de saúde. Em Santos desde 1989 houve 3 conferências de saúde com grande participação. Elas ocorrem a cada dois anos e elegem o conselho municipal de saúde que funciona entre conferências. Todas elas foram precedidas por pre-conferências que discutiam prioridades e problemas em cada bairro ou em setores específicos como deficientes físicos, saúde mental, diabetes, etc.

Conforme o Secretário de Saúde, a comunidade participa através das conferências municipais de saúde e conselhos municipais de saúde na deliberação sobre problemas e situações como atenção e promoção da saúde, coordenação de decisões, planejamento e programação de ações, mobilização de recursos, controle e avaliação de processos e assumindo responsabilidades derivadas do exercício de sua capacidade de tomada de decisões.

Não é possível falar que o papel das organizações comunitárias seja muito importante na prestação dos serviços de saúde no Município. Seria inclusive desejável que houvesse um papel mais prominente, em especial no suporte social às pessoas necessitadas de cuidados. Hoje existe uma tendência muito grande para que todo cuidado da saúde ou suporte social das pessoas seja atribuído à instituição pública. Muito pouco se faz na sociedade para garantir suporte e, até que se evite a institucionalização das pessoas, talvez seja um exemplo a atenção aos pacientes idosos, onde ainda existe muita pressão para que eles sejam mantidos em clínicas ou instituições, quando talvez pode-se dar maior participação da comunidade, garantia de condições de vida melhores para eles em suas próprias casas sem que eles precisassem de cuidados especializados.

Segundo o Secretário da SEHIG, além da participação formal como no CMS e nas conferências, sempre se procura que a cada decisão importante haja a tentativa de criar foros de discussão com a comunidade. De fato, segundo ele, a comunidade participa bastante mesmo sem ser chamada. Ela tem uma participação espontânea para reivindicar, protestar ou para apontar problemas nos serviços de saúde. Já para as diretoras dos módulos de saúde, a participação dos comitês locais de saúde é em forma moderada o nula.

Muitas vezes nos fluxos de movimento dos programas ou dos projetos é importante conhecer as peculiaridades da cultura dos grupos envolvidos. Um exemplo para isso talvez fosse quando se procura a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre as quais a AIDS através do uso de preservativos, é importante conhecer dados, a respeito das culturas relacionadas às práticas sexuais da população para saber a forma de utilizar esse instrumento, além de outras práticas de sexo mais seguro. Em diversos outros programas, quando se procura a reinserção de pacientes doentes mentais na comunidade é importante conhecer a cultura dessa comunidade, e os preconceitos preexistentes, para trabalhar com ele. Existem programas de práticas alternativas de saúde que incluem, homeopatia, fisioterapia, acupuntura, onde se procura que seja organizado apenas como uma unidade de referência, mas que a rede de serviços como um todo possa aproveitar aquilo que exista de produtivo nessa prática. Especialmente quando se pensa na linha de terapêuticas não farmacológica, que é uma tendência hegemônica de atendimento médico, em Santos se buscam formas de oferecer aos funcionários e à população a opção por terapêuticas alternativas.

Para o Secretário de Saúde do Município, existe uma dificuldade grande de acesso aos meios de comunicação de massa. Existem informações oficiais do município através de seu diário oficial urgente, o através de campanhas de informação de educação mais as

campanhas tem um alcance muito pequeno ainda, seria boa que a SEHIG tivéra acesso rápido a t.v. o a rádio, que são os médios de comunicação mais importantes.

De acordo ao Secretário de Saúde, o grande fator inibidor da participação social é a falta de tradição da população brasileira em participar, possivelmente de fundo histórico, já que durante a ditadura as formas de participação eram reprimidas à força. Isto trouxe como consequência que as ultimas gerações tiveram pouca oportunidade de participação. Por outro lado, à medida que se consegue manter o nível de informação mínimo à população, com as portas abertas e os serviços disponíveis é possível voltar a estimular a participação.

Outro grande problema referente a este tema é no que se refere à representatividade dos conselhos e comités. Embora as representações sejam eleitas legalmente, sua relação com os representados no cotidiano é muito pequena. Nem sempre é possível considerar que estas organizações sejam interlocutores de fato da comunidade.

Manter o nível de informação adequado e as portas abertas à população é um dos fatores facilitadores mais importantes da participação social. O próprio Conselho Municipal de Saúde e as Conferencias Municipais de Saúde são uma forma de manter as portas abertas, mais é importante trabalhar desde nível local, os funcionários, os gerentes locais, procurar sempre manter informada à comunidade.

CAPÍTULO 6
COMENTÁRIOS FINAIS

6.1. COMENTÁRIOS FINAIS

Nos últimos 6 anos, no Município de Santos, foram realizados desenvolvimentos significantes na implementação da atenção primária à saúde, especialmente pela operacionalização das equipes regionais da saúde envolvidas na programação local e controle orçamentário, apoiadas por um sistema de saúde projetado. Nesta seção realizaremos uma reflexão dos pontos fortes e fracos observados nos SILOS de Santos em relação ao processo de direção.

QUADRO 19	PONTOS FORTES	PONTOS FRAC
Contexto Político	<ul style="list-style-type: none"> * Existência de uma política explícita de regionalização territorial/populacional. * Vontade Política * Município descentralizado desde 1989. 	
Instrumentos de Política		* A maioria dos acordos são informais
Processo de Planejamento	* Grande parte do planejamento é ascendente	
Estrutura Organizacional	* Boa organização da rede de serviços	* Problema de integração entre 1º e 2º nível de atendimento médico.
Espaços Administrativos, Políticos, Geográficos e Populacionais		* Saneamento Ambiental é gerenciado em grande parte pela SABESP
Sistemas de Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> * Grande autonomia financeira * Gestão semi plena 	
Administração Financeira e de Pessoal	* Controle orçamentário pelo Conselho Municipal de Saúde.	Contratação do pessoal é feita diretamente pela prefeitura. Diferencias salariais entre as categorias profissionais Falta de um programa de treinamento e desenvolvimento
Sistemas de Informação	* Informação Computadorizada	* Falta de retro-alimentação da informação à regiões de saúde.
Coordenação Intra e Extra-Setorial	* Boa coordenação com outras Secretarias de Prefeitura	* Não tem articulação com a Previdência Social
Participação Social	* Intensa participação a nível do Conselho Municipal de Saúde	* Fraca participação dos Conselhos Locais de Saúde.

A existência de uma política explícita de *regionalização territorial / populacional*, junto com a vontade política por parte da Prefeitura do Município, tem favorecido de maneira importante a direção do SILOS. Um fator que tem contribuído de forma relevante é o apoio que tem tido a saúde desde 1989 por parte dos programas municipais, além de sua continuidade. Independente de partido, pode-se presumir que onde houve duas gestões seguidas, com identidade de linha de trabalho e que priorizam saúde, será possível observar avanços como neste caso. No caso, o processo pode ser vislumbrar no incremento que teve o orçamento municipal para a saúde, em 1989 da ordem de 5,5% e de 15% em 1991, porcentagem esta que continua até 1995. Por outro lado, existe um grande número de *acordos e convênios* com outras instituições dentro e fora do setor de saúde. Porém, um problema que se vislumbra é que a maioria deles é feita de forma *informal*, pondo em dúvida sua eficácia e continuidade ao longo do tempo.

Em relação ao planejamento que o SILOS realiza, é importante ressaltar a participação do pessoal operativo no processo de *planejamento ascendente*, seja na programação de ações de saúde ou na elaboração do orçamento anual, é de grande valia para a definição das prioridades de cada local e sua sincronização com o Município como um todo.

O SILOS de Santos conta com uma *boa organização da rede de serviços de 1º nível de atendimento médico*. A grande dificuldade encontrada tem sido a integração deste com o 2º nível, problema que pode ser amenizado com o controle do município em relação ao repasse dos recursos federais, através da gestão semi plena. Um outro problema na organização dos serviços do SILOS, é a escassa participação que tem a Secretaria de Higiene e Saúde no manejo do saneamento ambiental, é gerenciado quase em sua totalidade pelo Estado através da SABESP.

Em relação ao *financiamento* do SILOS, quase 64% deste é advindo de *recursos da própria Prefeitura* facilitando em grande parte sua aplicabilidade contínua, diminuindo portanto o risco de interrupção ou de deterioração da qualidade dos serviços que outros SILOS, mais dependentes de financiamentos externos enfrentam, face a um eventual corte ou diminuição brusca nos recursos. Neste caso, enquanto se mantém a mesma linha de trabalho, pode-se esperar que os fundos para a saúde no mínimo se mantenham. Outro ponto relevante é o fato desses recursos serem administrados por um fundo municipal de saúde, controlado pelo CMS, facilitando a transparência e viabilidade de sua gestão, embora a representatividade possa ser questionada.

Um outro elemento relacionado com o sistema de financiamento é a participação do governo federal no repasse de verbas para o setor de saúde, o qual até outubro de 1994 ocorria diretamente aos prestadores de serviço conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de novembro de 1994, com a chamada *gestão semi plena*, as verbas começaram a ser repassadas diretamente à gestão municipal, favorecendo portanto

um controle dos recursos e articulação inter-setorial mais própria da gestão dos SILOS, principalmente com o setor privado.

Embora a gestão de pessoal de saúde esteja sob a responsabilidade da SEHIG, as contratações são feitas diretamente pela Prefeitura, demonstrando assim que ainda existe um *alto grau de centralização* no SILOS, considerando a existência de *alguns processos administrativos centralizados*.

Não existe um programa permanente de *Treinamento & Desenvolvimento* para as diversas categorias funcionais. Os treinamentos realizados são oferecidos de acordo com as necessidades surgidas e detectadas.

A implantação de *sistemas computadorizadas de informação* é uma valiosa contribuição para o SILOS, uma vez que favorece o fluxo de informações e permite potencialmente aos gerentes a tomada de decisões técnicas e administrativas de maneira oportuna e objetiva. Porém não existe uma retro-alimentação adequada das informações às regiões de saúde a nível local, dificultando em grande parte as interpretações gerenciais dos dados. Um outro problema relacionado com os sistemas de informação a nível local é a *falta da utilização de informações* sobre os registros dos pacientes nas unidades médicas para o controle da qualidade do sistema de assistência médica.

Existe uma *boa coordenação e articulação* com as outras Secretarias do Município, devido a uma política de integração da própria Prefeitura, favorecendo em grande medida a direção do SILOS. Entretanto, a Previdência Social, como parte integrante importante de todo o SILOS, e o SILOS de Santos propriamente dito não apresentam coordenação ou articulação entre si.

A *participação social à nível municipal* como um todo, é um dos destaques do programa, uma vez que existe uma grande participação da comunidade nos processos de programação, decisão, controle e avaliação das ações de saúde, através do Conselho Municipal de Saúde, o seja através da *alta cúpula*. Porém, não se verifica a mesma *participação de base a nível local* das quatro regiões de saúde. Em duas delas (Região Noroeste e dos Morros), a participação da comunidade é moderada, enquanto que nas outras duas regiões (da Orla e do Centro), os *comitês locais de saúde se encontram ociosos*.

Apesar dos pontos fracos detectados no Sistema Local de Saúde de Santos, este sistema caracteriza-se como um programa bem estruturado e em vias de aperfeiçoamento. Em relação à capacidade gerencial dentro desse sistema, o programa de Santos apresenta resultados favoráveis que o torna uma referência para implementação e avaliação de programas similares em outras cidades do mesmo porte.

Cabe aqui ressaltar a importância da participação efetiva na questão orçamentaria e financeira no sistema local de saúde, da prefeitura do Município de Santos-S.P., diferenciando-se assim de muitos sistemas de saúde, onde a participação acontece apenas a nível administrativo e operacional. Através deste estudo foi possível verificar que a participação efetiva a nível orçamentario e financeiro gera resultados qualitativos diretamente nos processos gerenciais, dentro dos SILOS.

CAPÍTULO 7

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- ABRASCO. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, novembro de 1986.
Lei em 1986.
- 2.- ABRASCO. - Um Balanço da Experiência do SUDS. Rio de Janeiro, 1989.
- 3.- ABRASCO. Pelo Direito Universal à Saúde. Rio de Janeiro, 1985
- 4.- ALMEIDA, N. DE & ROUQUAYROL, M.Z. Introdução à Epidemiologia Moderna.
Salvador-Rio de Janeiro. ED. Apce Abrasco, 1990.
- 5.- BARRENECHEA, J.J. Reflecciones en torno a la conducción e gerencia de los SILOS. Conceptos - Métodos - Experiencias. OPS, 1990.

- 6.- BARRENECHEA, J.J.; TRUJILLO, E. & CHORNY, A. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud: Salud para todos en el año 2,000. Editorial Universidad de Antioquia, Colombia, junio de 1990.
- 7.- BARROS, P. Consórcio Municipal. Ferramenta para o desenvolvimento regional. Editora Alfa-Omega. São Paulo, 1995.
- 8.- BRAGA, J.C. & PAULA, S.G. Saúde e Previdência: Estudos de Política Sociais. 2ª Ed. São Paulo. CEBES/HUCITEC, 1986.
- 9.- CAMPOS, G.W.S. & MERHI, E.E. Planejamento sem Normas. São Paulo. Hucitec, 1989.
- 10.- CAMPOS, G.W.S. Reforma da Reforma. Repensando a Saúde. São Paulo. Hucitec, 1992.
- 11.- CAPISTRANO, D. Saúde Para Todos. Desafio ao Município. São Paulo. Hucitec, 1988.
- 12.- CAPISTRANO, D. Da Saúde e das Cidades. São Paulo. Editora Hucitec, 1995.
- 13.- CASTRO, M.H. Conflitos e Interesses na Implementação da Reforma da Política de Saúde. Saúde em debate, julho de 1992.

- 14.- CERVO, A.L. & BERVIAN, P.A. Metodologia Científica. São Paulo. Ed. McGraw-Hill, 1983.
- 15.- CONASP. Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência. Brasília, 1982.
- 16.- CONASS. A Atual Conjuntura Social e da Saúde e posicionamento do CONASS. Natal, 1989
- 17.- CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE 8ª . Relatorio final: Brasília. Centro de Documentação do Ministerio da Saúde, 1986.
- 18.- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília, 5 de outubro de 1988.
- 19.- CORDEIRO, H.A. As Empresas Médicas. As transformações Capitalistas da Prática Médica. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1984.
- 20.- CORDEIRO, H.A. Políticas de Saúde no Brasil. Saúde e Trabalho no Brasil. Instituto Brasileiro de Análise Social e Econômico. Petrópolis, R.J. Ed. Vozes, 1982.
- 21.- CORDEIRO, H.A. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro. Ayuri Editorial, 1991.
- 22.- DALLARI, S. G. Municipalização dos Serviços de Saúde. São Paulo. Ed. Brasiliense, 1985.

- 23.- DECRETO Nº 94.657. Dispõe sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências. Brasília. Diário Oficial da União, 21 de Julho de 1987. p.11503.
- 24.- DEVER, G.E. A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde. São Paulo. Ed. Pionera, 1984.
- 25.- DIVILLAROSA, F.N. A Estimativa Rápida e a Divisão do Território: Série desenvolvimento de serviços de saúde Nº 11. OPS, 1993.
- 26.- EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS. Diário Oficial da União, 21 de Julho de 1987. p. 11505
- 27.- FAVERETT FILHO, P. & OLIVEIRA P.J. Universalização excludente : Reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Planejamento e políticas Públicas (3) 139:162, Junho 1990.
- 28.- FLEURY, S.T. Reforma Sanitaria: Em Busca de uma Teoria. São Paulo. Cortez/ABRASCO, 1989.
- 29.-FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Textos de Apoio Nº 1. Nucleo de Publicações e Divulgações da Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1981.
- 30.- FUNDAP. Descentralização no Setor Saúde: Antecedentes, Dilemas Atuais e Perspectivas, São Paulo, 1989.

- 31.- GONÇALVES, R.B. A Saúde no Brasil. Algumas características do processo histórico nos anos 80. São Paulo em perspectiva. janeiro/março de 1991.
- 32.- GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Sumário de Dados da Baixada Santista. Emplasa, 1992.
- 33.- GUITMARÃES, R. & TAVARES, R. Saúde e Sociedade no Brasil. Rio de Janeiro. Abrasco, 1994.
- 34.- HEIMANN, L. O Município e a Saúde. São Paulo. Ed. Hucitec, 1992.
- 35.- JUNQUEIRA, A.P. & INOJOSA, R.M. Descentralização no Modelo de Prestação dos Serviços de Saúde em São Paulo. Rev. de Administração Pública, 24 (4) : 7 - 25, 1990.
- 36.- KING, D. Theory and Society. novembro de 1987.
- 37.- KISIL, M. Programa UNE: Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesionales de la Salud. São Paulo. Fundação Kellogg, 1994.
- 38.- KLECZKOWSKI, B.M.; ROEMER, M.J. & VAN DER WERF, A. Sistemas Nacionales de Salud y su reorientación hacia la salud para todos. Pautas para una política. OPS, 1984/.
- 39.- LEI Nº 8.080. Brasília. 19 de setembro de 1990.

- 40.- LEI ORGÂNICA DA SAÚDE. Brasília, 13 de dezembro de 1989.
- 41.- LEITE, M. Políticas Sociais e Cidadania. Physis, Revista de Saúde Coletiva. 1 (1): 118:131, 1991.
- 42.- LUZ, M.T. As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia. Rio de Janeiro. Ed. Graal, 1979.
- 43.- LUZ, M.T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de "Transição Democrática" Anos 80. Rio de Janeiro. Physis 1 (1): 77-96, 1991.
- 44.- MALLOY, J. A Política de Previdência Social no Brasil. Participação e Paternalismo. Rio de Janeiro. (13) pp. 93-115, 1976.
- 45.- MARSIGLIA, R.G. Evolução da Assistência Médica na Previdência Social. São Paulo, Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, 1989.
- 46.- MEDICI, A.C. O Financiamento da Saúde e a Nova Carta Constitucional: Limites e Possibilidades. Rio de Janeiro. Abrasco, 1989.
- 47.- MEDICI, A.C. Saúde e Crise de Modernidade. Saúde e Soc. 1 (2): 49-78, 1992.
- 48.- MENDES. E.V. Distrito Sanitário. O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro. Ed. Hucitec/Abrasco, 1994.

- 49.- MENDES, E.V. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Atual Contexto da Reforma Sanitária Brasileira. Brasília. Conferência Proferida no Seminário Interinstitucional sobre a Reforma Sanitária e a Organização dos Serviços de Saúde no Rio Grande do Norte. Natal, 1987.
- 50.- MS-MPAS-SESSP-SHSMSP. Programa de Ações Integradas de Saúde na Região Metropolitana de São Paulo. São Paulo, 1983.
- 51.- MERHY, E.E. A Mutilação da Lei Orgânica da Saúde: Vitória dos que Desejam um Povo Mutilado. Saúde em Debate Nº 30 (dez): 8-9, 1990.
- 52.- MINAYO, M.C. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro. Ed. Hucitec-Abrasco, 1993.
- 53.- MOTTA, P.R. La Ciencia e el Arte de ser Dirigente. Un instrumento indispensable para el desarrollo personal y profesional de actuales y futuros dirigentes. Santafé de Bogotá, Colombia. TM - Ediciones Uniandes, 1993.
- 54.- NETO, J.A. Gestão de Sistemas Municipais de Saúde e controle de contratos de prestação de serviços de assistência médicos. Santos, 1994.
- 55.- NOVAES, H. Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde. Análise Conceitual e Apreciação de Programas Seleccionados na América Latina. São Paulo. PROAHSA, Ed. Pionera, 1990.
- 56.- OLIVEIRA, J.A. & FLEURY, S.T. Previdência Social: 60 anos da História da Previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1989.

- 57.- OMS / UNICEF. Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud. La Declaración de Alma-Alta, URSS. OMS/UNICEF, 6-12 de septiembre de 1978.
- 58.- OPS. Aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para todos para el año 2,000: Segunda Evaluación; 8° informe sobre la situación sanitaria mundial. Volumen. Análisis mundial. OPS, 1993.
- 59.- OPS - MEXICO. Marco de Referencia Subregional sobre Gerencia Estratégica Local. Proyecto subregional de desarrollo de la capacidad gerencial de los servicios de salud. México, D.F. OPS, 1991.
- 60.- OPS-OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos y Experiencias. Washington, D.C., OPS-OMS, 1990.
- 61.- OPS-OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La Administración Estratégica. Washington, D.C., OPS-OMS, 1992.
- 62.- OPS-OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Análisis de Costos, Demanda y Planificación de Servicios de Salud. Washington, D.C., OPS-OMS, 1990.
- 63.- OPS-OMS. Análisis de Experiencias. Washington, D.C., OPS-OMS, 1990.
- 64.- OPS-OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Evaluación para el Cambio, Bolivia, Haití, Rep. Dominicana. Washington, D.C., OPS-OMS, 1993.

- 65.- OPS-OMS. Seminario Regional sobre Planificación Estratégica en los SILOS. Santiago de Chile. OPS/OMS. octubre de 1991.
- 66.- OPS-OMS. Talleres Subregionales - Experiencias e Conclusiones. 1989.
- 67.- OPS-OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos y Experiencias. Washington, D.C., OPS-OMS, 1990.
- 68.- OPS-OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Temas de discusión. Washington, D.C. OPS/OMS, 1993.
- 69.- OPS-OMS-FUNDAÇÃO KELLOGG. Avaliação para a Transformação. OPS-OMS-W.K. KELLOGG. São Paulo, 1994.
- 70.- PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e a Municipalização. Saúde e Soc., 1 (2): 29-47, 1979.
- 71.- PONTE, R. Organización y Funcionamiento del nivel jurisdiccional. El cambio estructural. Desafíos ante la consolidación del sistema nacional de salud; fortalecimiento de los SILOS; jurisdiccionales y municipales. México. SSA/OPS 1988.
- 72.- PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS. Sumário de dados da Prefeitura Municipal de Santos. Número3, Santos, 1994.
- 73.- REIS, A de. Construindo o Sistema Único de Saúde em Santos. Santos, 1992.

- 74.- RIVERA, F.J. Planejamento e Programação em Saúde: Um Enfoque Estratégico. Rio de Janeiro-São Paulo. Ed. Abrasco, 1993.
- 75.- RODRIGUEZ, J. Participação Comunitária e Descentralização dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro. Rev. de Administração Pública Nº 26 (3): 1 19-29, jul/sep, 1992.
- 76.- RODRIGUEZ, J. Políticas Públicas e Políticas Sociais. São Paulo em Perspectiva 5 (1), janeiro - março, 1991.
- 77.- ROSEN, G. Da Política Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro. Ed. Graal, 1980
- 78.- ROSSI, S.S. A Constituição do Sistema de Saúde no Brasil. São Paulo. Departamento de Medicina Social da Santa Casa de São Paulo, 1980.
- 79.- RUIZ, E.A.C. Propostas de Integração das Instituições de Saúde. São Paulo. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, 1989.
- 80.- RUIZ, J.A. Metologia Científica. Guia para eficiência nos estudos. São Paulo. Ed. Atlas, 1980.
- 81.- SEADE. Censo Demográfico de População. São Paulo. SEADE, 1991.
- 82.- SEADE Anuário Estatístico de São Paulo. SEADE. São Paulo, 1993.

- 83.- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. O SUDS/SP Antes e Depois. São Paulo, fevereiro de 1989.
- 84.- SECRETARIA DE SALUD DE MEXICO. Proyecto: Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias Tipo. México, D.F. SSA, 1990.
- 85.- SECRETARIA DE SALUD DE MEXICO. Sistemas Locales de Salud em México: Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias. México, D.F. SSA, junio de 1993.
- 86.- SECRETARIA DE SALUD DE MEXICO. Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Proyecto de desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias. México, D.F. SSA, 1994.
- 87.- SEHIG. 3ª Conferência Municipal de Saúde. Santos, 1994.
- 88.- SEHIG. Resolução da 2ª Conferência Municipal de Saúde. Santos, 1992.
- 89.- SEHIG. 1ª Conferência Municipal de Saúde. Santos, 1990.
- 90.- TANAKA, O.Y. ET. AL. A Municipalização dos Serviços de Saúde no Estado de São Paulo. Saúde em Debate, Nº 33, (dez).
- 91.- TORRES, F. & OCHOA, J. Los elementos y momentos del diagnostico, en la logica de la planificación de la salud. Metologia del diagnostico integral de los SILOS. INSP. México, 1989.

- 92.- TORRES, F.; CHACON, F. & MORENO, J. Administración de Servicios de Salud. Um modelo para el analisis de los SILOS. Rev. Higiene, mayo, 1990
- 93.- VARGAS, F.M. Gerencia de Servicios de Salud. ICAP, 1990.
- 94.- YEPES, F. & ARENAS, L. Bases Conceptuales para una Gestion Empresarial de los Sistemas Locales de Salud. Revista de Salud Publica de México.

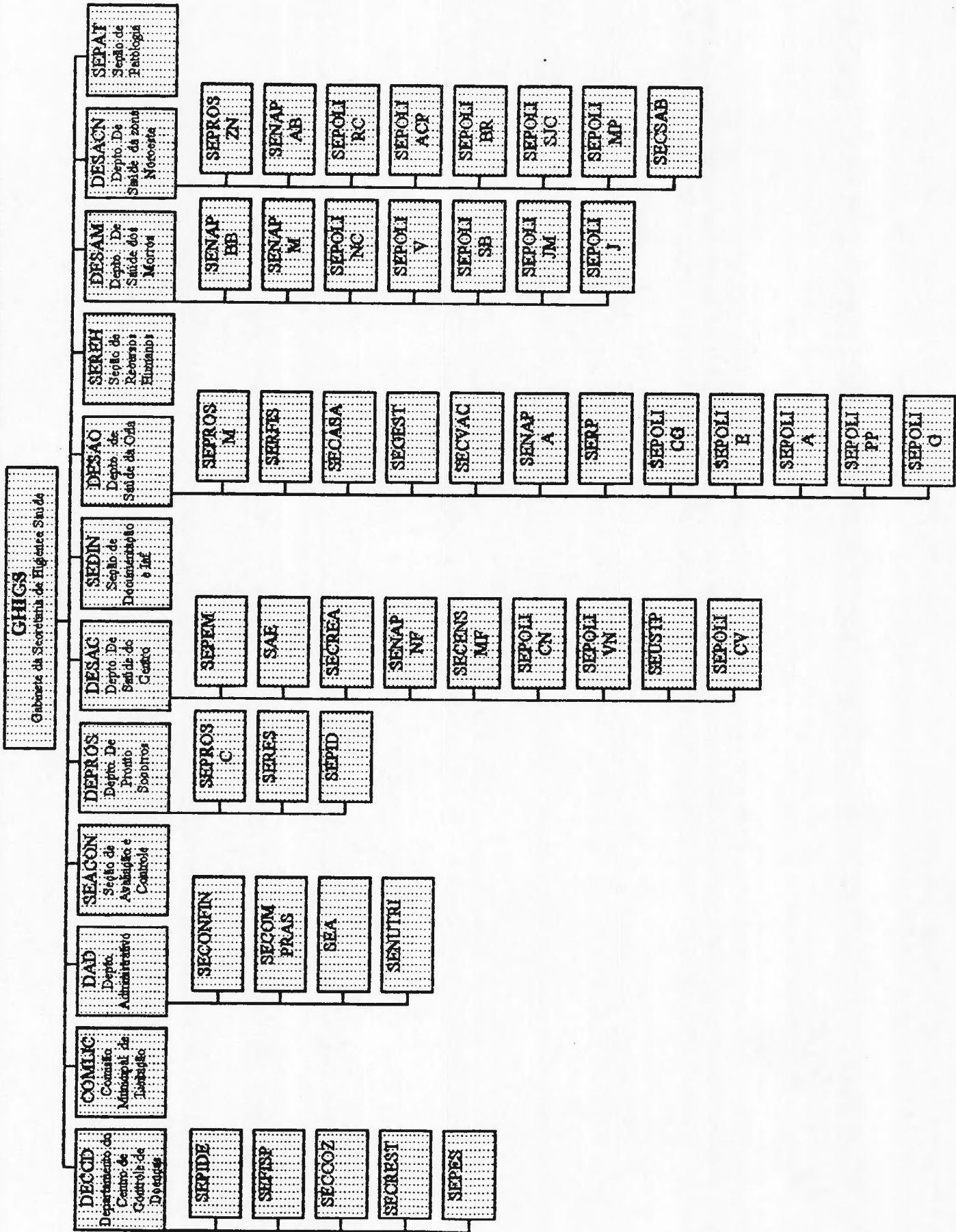
CAPÍTULO 8

ANEXOS

ANEXO 1

ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE HIGIENE E SAÚDE DE SANTOS

QUADRO XXX: ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE HIGIENE E SAUDE



ANEXO 2

MAPA

Ambulatório de Especialidades	1
Centro de Práticas Alternativas em Saúde	2
Centro de Referência em AIDS	3
Centro de Saúde Martins Fontes	4
NAPS do Centro	5
Policlínica do Centro Velho	6
Policlínica dos Trabalhadores do Centro	7
Policlínica da Vila Mathias	8
PS Central	9
Unidade de Reabilitação e Fisioterapia	10
Unidade de Saúde dos Trabalhadores do Porto	11

NAPS do Marapé
 Policlínica do Jabaquara
 Policlínica do José Menino
 Policlínica do Morro da Nova Cintra
 Policlínica do Morro São Bento
 Policlínica do Valongo

Casa de Apoio e Solidariedade ao Paciente de AIDS	10
Casa da Gestante	19
Centro de Referência-Saúde do Trabalhador	20
Centro de Valorização da Criança	21
Lar Abrigado	22
NAPS da Orla	23
NAPS da Vila Belmiro	24
Policlínica de Aparecida	25
Policlínica do Campo Grande	26
Policlínica do Conselheiro Nóbres	27
Policlínica do Embaré	28
Policlínica do Gonzaga	29
Policlínica da Ponta da Praia	30
PS do Macuco	31
Unidade de Reabilitação Psicossocial	32

NAPS da Zona Noroeste	33
Policlínica de Alemoa/Chico de Paula	34
Policlínica do Bom Retiro	35
Policlínica do Jardim Castelo/Arela Branca	36
Policlínica do Jardim Rádio Clube	37
Policlínica do Jardim São Manoel/Piratiníngia	38
Policlínica da Vila São Jorge/Caneleira	39
PS da Zona Noroeste	40

Alcoólicos Anônimos (coordenação)	41
Ambulatório de Saúde Mental de Areia Branca	42
Centro de Controle de Zoonoses	43
Centro de Reabilitação Profissional INSS/Sehlg	44
Centro de Referência-Saúde do Trabalhador	45
Centro de Saúde do Trabalhador (Cesat)	46
Centro de Valorização da Vida	47
Cesab	48
Era5/52	49
Fundação Nacional de Saúde	50
Hospital Ana Costa	51
Hospital Estadual Guilherme Álvaro	52
Hospital dos Esalvadores	53
Hospital Santo Antônio (Beneficência)	54
Instituto Adolfo Lutz	55
PAM/Aparecida	56
Posto Portuário de Vig. Sanitária	57
Sabesp	58
Santa Casa de Misericórdia de Santos	59
Secretaria de Higiene e Saúde (Sehlg)	60
Serviço de Perícias Médicas	61



ANEXO 3

POLICLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE SANTOS

POLICLÍNICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
<i>Policlínica do Centro Velho</i>	<i>7:00 - 19:00</i>	<i>Plantão de emergência de 2ª a 6ª de 19:00 - 7:00 hrs. e sábados, domingos e feriados às 24:00 hrs.</i>
<i>Policlínica da Vila Mathias</i>	<i>7:00 - 18:00</i>	
<i>Policlínica do Jabaguara</i>	<i>7:00 - 20:00</i>	
<i>Policlínica do José Menino</i>	<i>7:00 - 22:00</i>	
<i>Policlínica do Morro da Nova Cintra</i>	<i>7:00 - 19:00</i>	
<i><u>Policlínica do Morro São Bento</u></i>	<i><u>7:00 - 19:00</u></i>	<i>Emergência aos sábados, domingos e feriados de 7:00 - 19:00 hrs.</i>
<i><u>Policlínica do Valongo</u></i>	<i><u>7:00 - 19:00</u></i>	
<i>Policlínica da Aparecida</i>	<i>7:00 - 19:00</i>	
<i>Policlínica do Campo Grande</i>	<i>7:00 - 22:00</i>	
<i>Policlínica da Conselheiro Nêbias</i>	<i>7:00 - 19:00</i>	
<i>Policlínica do Embaré</i>	<i>7:00 - 22:00</i>	<i>Plantão odontológico aos sábados, das 7:00 - 19:00 hrs.</i>
<i>Policlínica do Gonzaga</i>	<i>7:00 - 20:00</i>	
<i>Policlínica da Ponta da Praia</i>	<i>7:00 - 22:00</i>	
<i>Policlínica da Alemoa/Chico de Paula</i>	<i>7:00 - 22:00</i>	
<i>Policlínica do Bom Retiro</i>	<i>7:00 - 18:00</i>	
<i>Policlínica do Jardim Castelo/Areia Branca</i>	<i>7:00 - 21:00</i>	<i>Plantão sábado de 7:00 - 19:00 hrs</i>
<i>Policlínica do Jardim Rádio /Clube</i>	<i>7:00 - 21:00</i>	
<i>Policlínica do Jardim São Manoel/Piratininga</i>	<i>7:00 - 18:00</i>	
<i>Policlínica da Vila São Jorge/Caneleira</i>	<i>7:00 - 20:00</i>	
<i>Centro de Saúde Martins Fontes</i>	<i>7:00 - 17:00</i>	
<i>Unidade de Saúde dos Trabalhadores do Porto</i>	<i>7:00 - 19:00</i>	

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

PRIMEIRA PARTE

1.- INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS

1.1 Número absoluto e porcentagem do orçamento público no SILOS para o setor saúde (em US \$).

1.2 Que porcentagem é dedicada à atenção de indivíduos e qual à atenção do meio ambiente?

1.3 Qual é o valor do salário mínimo local (em USD \$)

1.4 Qual é a porcentagem de desempregados ou dependentes da economia informal?

1.5 Qual é o número e a porcentagem de pessoal alfabetizada (homens e mulheres maiores de 10 anos)

1.6 Número e porcentagem de habitações com água potável e esgoto.

1.7 Quais outros indicadores sócio-econômicos pode sugerir para este SILOS?

2.- CONTEXTO POLÍTICO

2.1 Existe uma política explícita de regionalização territorial/populacional?

2.2 Descreve, em resumo e seqüencialmente, o processo de planejamento institucional a nível municipal para a implementação de políticas públicas locais.

2.3 Qual foi a seqüência de eventos relevantes que conduziram à decisão política de dividir o território municipal para a implementação do sistema local de saúde (SILOS)

3.- INSTRUMENTOS DE POLÍTICA

3.1 Existem acordos, convênios, leis municipais, sobre descentralização, desconcentração, coordenação entre instituições de saúde públicas, privadas e não governamentais? Se existem, numere e descreva-os brevemente (postos, centros de saúde, policlínicas, hospitais, etc.)

3.2 Numere as instituições públicas, privadas e não governamentais, cujos objetivos relacionados com a saúde estão de acordo com a política de saúde local. Quais não estão? Desenvolver um "mapa de atores" que identifique as facilidades e limitações ao desenvolvimento do SILOS.

3.3 Quais outros indicadores sobre instrumentos de política pode sugerir neste SILOS?
De que maneira cooperam?

4.- DESCONCENTRAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO

4.1 Descreve, em forma resumida, o processo de descentralização do Município , de onde o SILOS faz parte.

5.- PROCESSO DE PLANEJAMENTO

5.1 Quem realiza o planejamento a nível municipal e como este se relaciona com o planejamento local.

5.2 Qual é a relação que existe entre as prioridades nacionais e as prioridades locais?

6.- FINANCIAMENTO NACIONAL DA ATENÇÃO À SAÚDE

6.1 Descreva os mecanismos de financiamento da atenção à saúde a nível municipal e a relação que tem com os mecanismos de financiamento do SILOS.

SEGUNDA PARTE

A CONDUÇÃO DO SILOS

1.- ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

- 1.1. Identifique os atores e descreva a forma de condução gerencial do SILOS.
- 1.2. Existe um único diretor responsável pelo SILOS?
- 1.3 Desenhe o organograma formal de Direção/Coordenação do SILOS. Inclua setores como: água, saneamento, educação, agricultura, etc.
- 1.4 Quais outros indicadores de estrutura organizacional pode sugerir neste SILOS?

2.- DEFINIÇÃO DE ESPAÇOS POLÍTICOS, ADMINISTRATIVOS, GEOGRÁFICOS E POPULACIONAIS (DEMOGRÁFICOS)

- 2.1 Qual é o critério seguido para a delimitação territorial do SILOS?
- 2.2 Desenhe um mapa geográfico reduzido do SILOS, a localização de todos os serviços de saúde (postos, centros, policlinicas, hospitais públicos e privados), serviços de saneamento, recursos comunitários, etc. (anexar mapa).
- 2.3 Qual é a população total do SILOS? Descreva e justifique, se possível, as características demográficas.
- 2.4 Existe designação pacientes ou famílias aos serviços de saúde?
- 2.5 De que é a responsabilidade da atenção à saúde ambiental?

2.6 Quais outros indicadores sobre a área de responsabilidade pode sugerir neste SILOS?

3.- PROCESSOS ADMINISTRATIVOS

3.1 Existem manuais, normas ou procedimentos explícitos de operação, relação ou funcionamento dos serviços entre os níveis primário, secundário e terciário de saúde?

3.2 Igualmente, existem manuais de operação para o setor de saneamento?

3.3. Quais outros indicadores sobre processos administrativos pode sugerir neste SILOS?

4.- SISTEMAS DE FINANCIAMENTO

4.1 Qual é o orçamento global do SILOS nos últimos quatro anos? Quais foram as fontes de financiamento? Quais são os mecanismos de coordenação?

4.2 Quais são e como são distribuídas as cotas de contribuição por governos, organizações ou instituições? Converter a demanda corrente em dólares estadunidenses.

4.3 Qual é a relação entre o orçamento e o programa?

4.4 Existe pagamento de tarifas pelos usuários dos serviços?

4.4.1 As tarifas pagas pelos pacientes são calculadas em base a uma classificação econômica-social?

4.4.2 Que porcentagem representam as contribuições de pacientes para o funcionamento de um centro de saúde? E de um hospital

4.4.3 Quais são os mecanismos "informais" de financiamento dos serviços de saúde utilizados no SILOS?

4.4.4 Quem financia e/ou como são financiadas as ações de saneamento básico?

4.4.5 Descreva as formas de assistência externa (internacional) e sua participação percentual financeira no SILOS.

4.4.6 Quais outros indicadores sobre sistemas de financiamento pode sugerir para este SILOS.

5.- ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E DE PESSOAL

5.1 Quem decide sobre o orçamento para os serviços de saúde do SILOS, incluindo o hospital de referência?

5.2 Como é controlada a execução orçamentaria nos níveis de atenção médica (centros de saúde, postos de saúde, policlínicas, hospitais públicos), e no setor de saneamento?

5.3 É registado o custo ou gasto da consulta médica ou da internação hospitalar nos serviços? Quais são os valores?

5.4 Como e quais são as formas de pagamento do pessoal do SILOS.

5.5. As remunerações (salários) para cada uma das categorias profissionais são iguais independentemente da instituição de origem ou de sua localização (centro de saúde, hospitais)? Existem diferenças? Quais são?

5.6 Quem tem a autoridade para contratar pessoal ou para cancelar o contrato?

5.7 O pessoal pode ser realocado em qualquer instituição do SILOS ou em qualquer nível (centro de saúde, policlínica, hospital) independentemente da sua vinculação trabalhista com a instituição de origem? Existem convênios para isto?

5.8 Existem atividades de treinamento para o pessoal? Descreva-as

5.9 Quais outros indicadores sobre administração financeira ou de pessoal pode sugerir para este SILOS?

6.- ABASTECIMENTO

6.1 Como é realizado no SILOS a seleção e compra de materiais de consumo e medicamentos para os postos de saúde, centros de saúde, policlinicas ou hospitais (públicos ou privados)? Como é realizada a aquisição do abastecimento para o saneamento?

6.2 É permitida a realocação de recursos materiais entre os níveis de atenção médica locais (hospitais para centros de saúde e vice-versa) independentemente da instituição provedora?

6.3 Indique o orçamento alocado para a compra de medicamentos (e insumos médicos) no ano anterior; indique o gasto real efetuado no mesmo período.

6.4 Quais outros indicadores sobre abastecimento pode sugerir para este SILOS?

7.- SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

7.1 Que sistemas de informação existem no SILOS?

7.2 Que tipo de informação é analisada pela condução do SILOS para suas decisões? Descreva os indicadores utilizados.

7.3 Como é enviada e recebida (fluxo e refluxo) a informação entre níveis de atenção (centro de saúde, policlínicas e hospitais)?

7.4 Existe um expediente único (registro médico ou história clínica) por paciente ou família, para os diferentes níveis de atenção médica independentemente da instituição?

7.5 A informação sobre registro de pacientes ou história clínica é utilizada para controlar a qualidade da atenção médica? Onde? No centro de saúde? No hospital?

7.6 Qual dos serviços (pessoal, contabilidade, abastecimento) da direção do SILOS é computadorizado? Quais a nível do hospital? Quais a nível de centro de saúde?

7.7 Onde é originado e onde é processada a informação sobre saneamento ambiental?

7.8 Quais outros indicadores pode sugerir sobre o sistema de informação?

8.- FORMAS E ESTILOS DE COORDENAÇÃO E ARTICULAÇÃO INTRA E INTER- SETORIAL

8.1 Qual é a forma de articulação do SILOS com a seguridade social?

8.2 Qual é a articulação no SILOS com as entidades privadas e as não governamentais de saúde?

8.3 Qual é articulação no SILOS com outras instituições setoriais (saneamento, água) ou extra-setoriais (educação, agricultura)?

8.4 Quais outros indicadores sobre articulação intra e extra-setorial pode sugerir para este SILOS?

9.- PARTICIPAÇÃO SOCIAL

9.1.- Como você define a participação social em saúde a nível local? Como pode medir o tipo, alcance e efetividade da participação social?

9.2.- Identifique se a população tem participado nas seguintes atividades, de que forma e com que resultado?

- a.- deliberação sobre problemas e situações com atenção à saúde e promoção da saúde (como e quais são?)
- b.- coordenação de decisões;
- c.- planejamento e programação de ações;
- d.- mobilização de recursos;
- e.- controle e avaliação de processos; e
- f.- assumir responsabilidade e condução de obrigações derivas do exercício sua capacidade de tomada de decisões.

9.3.- Qual grupo e líderes comunitários estão envolvidos na promoção da saúde a nível local (organizações não-governamentais, instituições do setor saúde, instituições de outros setores, etc.)? Que papel joga cada um no apoio a atividades de promoção da saúde? Que fatores promovem e inibem a integração da saúde com outros grupos e setores?

9.4.- Quais estruturas, procedimentos e ações pode identificar que demonstram a existência e a execução de políticas para fortalecer a participação social em sistemas locais de saúde (por exemplo, comitês de saúde)?

9.5.- Que tipo de treinamento o pessoal de saúde tem ou precisa para sua preparação em facilitar a participação social em saúde? Que tipo de treinamento a comunidade precisa para o planejamento, programação e monitorização de atividades de saúde?

9.6 Que evidência existe de que o pessoal de saúde sai para o terreno e trabalha na comunidade? Que documentação é disponível sobre estas atividades (quantitativa e qualitativa)?

9.7 São realizadas atividades de pesquisa e educação participativa relacionadas com saúde? São incluídas crenças e culturas populares? Que tipo de atividades e metodologias estão sendo utilizadas e qual é o resultado? Como é retro-alimentado o novo conhecimento e informação à comunidade?

9.8 Quais os fatores que você pode identificar que promovem ou inibem a efetiva participação social em saúde, com a estrutura comunitária, com as relações entre setores e níveis)?

9.9 Quais outros indicadores pode sugerir sobre "participação"?