

Apresentação

Falar sobre saúde é falar sobre tudo o que nos cerca, pois saúde está diretamente ligada ao esporte, ao trabalho, à moradia, à cultura, ao lazer e à educação.

Poderíamos analisar uma cidade observando os casos de Pronto Socorro, onde atendemos os acidentes de trânsito, os ferimentos por armas e agressões, os acidentes de trabalho, as doenças transmitidas por água e esgoto ou ainda as respiratórias; também as doenças mentais e drogadição nos fazem refletir sobre as questões sociais; enfim, esse "laboratório" nos remete a diversas áreas que direta ou indiretamente transformaram o cidadão num paciente de Pronto Socorro. Falar sobre saúde é desnudar a população e seus governantes.

Paralelamente, o papel do Sistema de Saúde atual avançou e tomou a frente das prioridades dos governos nas três esferas, pois se tornou uma ferramenta de justiça social num contexto completamente adverso a essa política pública, possibilitando a avaliação e intervenção nas áreas mais carentes de forma planejada, com princípios doutrinários e organizacionais que levam a redistribuição de recursos com prioridade aos mais injustiçados socialmente.

Na saúde, não bastasse a integração entre todas as áreas numa cidade, é necessária a integração entre as cidades micro e macrorregionalmente, pois a estruturação e viabilização dos serviços exige a dependência de pólos maiores para o atendimento integral do cidadão.

O olhar para a saúde deve ser sempre generoso como o olhar no campo, onde se vê a grama da frente dos pés ao horizonte. A avaliação dos frutos nessa área deve ser feita por quem estudou e vive a transformação e evolução do Sistema de Saúde, podendo avaliar e comparar os diversos modelos organizados nas cidades.

Pela complexidade e responsabilidade dessa tarefa, a escolha feita, com clareza, pelo Prefeito Municipal Prof. Dr. Cláudio Antonio de Mauro, não poderia ser melhor. A solicitação feita à Médica Sanitarista, Doutora em Epidemiologia e Diretora de uma das principais Regionais do Estado de São Paulo, com 25 municípios e cerca de um milhão e trezentos mil habitantes, sobre organização e implementação do Sistema Único de Saúde em Rio Claro, só caberia à Dra. Marizete Medeiros da Costa Ferreira, que atua em nossa região como uma maestrina que trabalha orientando a afinação de cada instrumento para compor essa grande orquestra de forma suave, harmônica e eficiente.

Antônio Roberto Stivalli

Introdução

A aprovação do Sistema Único de Saúde – SUS na Constituição Federal de 1988 foi o passo mais importante para a sua implantação, que, enquanto um processo, vem se desenvolvendo com embates políticos e ideológicos travados por diferentes atores sociais. A descentralização da gestão do SUS é o caminho para a sua efetivação. Com a regulamentação das Normas Operacionais Básicas do SUS, NOB-91, NOB-93 e NOB-96, as condições para que os municípios efetivamente assumissem a gestão dos seus sistemas de saúde foram definidas, e um grande movimento de municipalização foi observado. Ao final do ano de 2000, a imensa maioria dos municípios brasileiros já estava habilitada em uma das modalidades de gestão prevista na NOB-SUS 96.

A municipalização da saúde, ao mesmo tempo em que trouxe novas possibilidades, trouxe também novas responsabilidades aos municípios, exigindo conhecimento técnico e visão política para promover as mudanças necessárias à busca de uma maior resolutividade dos serviços, melhores resultados na aplicação dos recursos públicos e adequada condução dos conflitos entre os vários atores envolvidos no espaço do poder municipal.

Implantar o SUS significa implantar a democracia na saúde. A experiência vivenciada por todos os envolvidos neste processo tem sido riquíssima, mais especialmente para aqueles que atuam na “ponta” do sistema, ou seja, no município. A estes atores coube o maior desafio, qual seja, a responsabilidade da reversão de um modelo de atenção que tem raízes profundas calcadas na própria concepção de saúde de cada indivíduo. Enfrentar este desafio com êxito, como no caso de Rio Claro, constitui um feito que merece ser explorado com um maior rigor técnico e embasamento teórico, o que suscita um intervalo de tempo razoável, sem limitações para que se possa, se é que é possível, discorrer de maneira mais aprofundada esta experimentação.

O que foi possível ser feito no curto espaço de tempo concedido para a execução deste trabalho, consiste em uma descrição superficial a partir das informações colhidas, sem nenhum rigor metodológico, com alguns profissionais de saúde e com o gestor municipal.

A I Parte deste tópico, **Um Breve Histórico do Processo de Construção do SUS**, tem o objetivo de contextualizar a implantação do SUS no município de Rio Claro; na II Parte, **A Municipalização da Saúde em Rio Claro**, pontuam-se os marcos históricos e legais no cenário da saúde municipal, desde a implantação dos Distritos Sanitários no final dos anos 60, até a decisão do município em assumir a Gestão Plena da Saúde em 1988. Na III Parte, apresenta-se o **Modelo de Atenção** adotado pelo município, situando-o no contexto regional,

descrevendo as estratégias adotadas, as mudanças implementadas, e os programas implantados com os principais indicadores epidemiológicos.

Na IV Parte, finaliza-se com um breve comentário sobre o relatório conclusivo da recente **Avaliação Técnica dos Municípios em Gestão Plena**, esta avaliação executada nos 160 municípios com Gestão Plena do Estado de São Paulo, compreendeu não apenas a constatação das condições atuais, mas também o levantamento das potencialidades e necessidades para que os municípios desempenhem o seu papel na proposta de reorganização do sistema de saúde.

I PARTE

UM BREVE HISTÓRICO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS

"O SUS se constrói no cotidiano de todos aqueles
interessados na mudança da saúde no Brasil.
Entendê-lo é uma boa forma de fortalecer a luta por sua construção".

A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação popular. (1)

A afirmação legal do SUS, dada na Carta Magna, foi um passo importante, mas não significou a garantia da sua consolidação.

O processo de construção do Sistema Único de Saúde vem se desenrolando com embates políticos e ideológicos travados por diferentes atores sociais. A concepção, por um longo período, de que saúde seria apenas a ausência de doenças, nos deixou como resultado um modelo de atenção à saúde que privilegia a doença como foco de atenção, gerando uma dificuldade de acesso, baixa qualidade nos serviços de saúde, insatisfação dos usuários e falta de comprometimento dos profissionais.

Com o objetivo de contribuir para um melhor entendimento da evolução do processo de construção do SUS, será feito um breve histórico, com pontuação dos fatos políticos, legais e do campo da saúde pública que vêm contribuindo para esta construção.

As ações desenvolvidas no campo da Saúde Pública, pelo Estado Brasileiro, no início do século passado, tinham como objetivo garantir os interesses do próprio Estado. Por exemplo, era importante o saneamento dos portos para garantir os interesses comerciais ligados à exportação e importação. O combate a algumas epidemias, como febre amarela, varíola, tuberculose e lepra, recebia uma atenção especial do Estado, nas áreas em que tais epidemias interferiam nas políticas de imigração ou na necessidade de ampliação da mão de obra. (2)

A partir de 1920, as atividades de saúde pública, que eram descentralizadas a nível dos estados, passam a ficar centralizadas no governo federal. Com a criação do Ministério da Saúde em 1923, esta centralização se consolida ainda mais. De maneira insignificante os governos estaduais passam a atuar também nas ações de prevenção, existindo então, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, e os

Governos Estaduais através das Secretarias Estaduais de Saúde, com uma atuação bastante empobrecida e desvalorizada nas ações preventivas, em ambos os níveis de governo. (3)

O histórico das atividades assistenciais remontam também ao início dos anos 20. A Previdência Social no Brasil surgiu em 1923, com a Lei Elói Chaves, que criou as chamadas Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). Estas CAPs surgiram como iniciativa dos trabalhadores, através de suas próprias empresas. De natureza civil e privada, financiadas e gerenciadas por empregados e empregadores, ofereciam assistência médica, medicamentos e aposentadorias. A primeira foi a dos ferroviários; posteriormente outras empresas foram criando CAPs, existindo, em 1930, 47 CAPs, que garantiam cobertura a mais de 140.000 beneficiários. (idem)

Em 1933, surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, organizados não mais pelas empresas e sim por categorias profissionais. Surgem então o Instituto de Aposentadoria dos Marítimos – IAPM, Instituto de Aposentadoria dos Comerciantes – IAPC, o Instituto de Aposentadoria dos Industriários – IAPI etc. Além da diferença na organização, em relação as CAPs, os IAPs tinham ainda, a participação do Estado no seu financiamento e também a participação dos empregados e empregadores. É importante ressaltar a criação do Ministério do Trabalho e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), como um marco legal e político deste período. Em 1937, é criado o Serviço Nacional de Febre Amarela; em 1939, o Serviço de Malária do Nordeste; em 1942, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), sendo desta época considerada como o auge do “sanitarismo campanhista”.

No período de 1945 a 1966 o cenário político é marcado pelo fim do Estado Novo, considerado o período populista, ocorrendo a redemocratização do país nos primeiros anos, com um acelerado processo de urbanização e industrialização em um segundo momento. As correntes migratórias decorrentes do processo de industrialização alteraram de maneira muito rápida o perfil epidemiológico da população. O grande êxodo rural proporcionou um inchaço dos grandes centros urbanos, ampliando as áreas de favelas e as chamadas sub-habitações, com um aumento da incidência de doenças infecciosas e parasitárias, disseminação de endemias como Chagas e Esquistossomose e o aumento do número de acidentes de trânsito e de acidentes de trabalho.

No cenário legal os marcos importantes foram: a Constituição de 1946, incorporando a assistência sanitária à Previdência Social; em 1960, a promulgação da Lei Orgânica da Previdência – LOPS, uniformizando os direitos dos segurados de diferentes institutos, com extensão ao conjunto dos segurados de um plano extremamente amplo de benefícios e serviços (habitação, empréstimo e alimentação). Em 1964, ocorre o Golpe Militar.

Em 1966, os IAPs se fundem no Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, centralizando em definitivo todos os fundos. Este período é caracterizado por uma acentuada diminuição da captação de recursos, e já neste primeiro momento estes recursos são destinados a outros fins, principalmente para financiar os projetos governamentais desenvolvimentistas e para manter e ampliar a força de trabalho em uma sociedade que estava, naquele período, vivendo grandes transformações sociais, e com isto acentuando as grandes distorções no modelo de saúde então vigente. Os gastos da Previdência crescem, com elevação das despesas, diminuição de saldos e esgotamento das reservas, com déficit orçamentário como resultante. (3)

O nascimento do “sanitarismo desenvolvimentista” representou uma contribuição significativa deste período na concepção de saúde e a relação estabelecida entre saúde e economia. Os sanitaristas da época definiram a saúde de um povo como o resultado do seu desenvolvimento econômico. Apontam-se dois fatos marcantes para este período: o primeiro foi a criação da Comissão de Planejamento e Controle das Atividades Médico-Sanitárias, com a função de elaborar o plano plurianual, para ser integrado ao Plano Nacional de Desenvolvimento, e o segundo foi a realização da III Conferência Nacional de Saúde.

Nos anos 70 se consolida a privatização da saúde, com um modelo assistencial caracterizado por uma dicotomia entre a saúde pública realizada pelo setor estatal e atenção médica pelo setor privado. Na política de insumos, equipamentos médicos e medicamentos, o setor privado internacional era o grande produtor.

Neste período, observa-se um crescente papel do Estado como regulador da sociedade, cerceamento dos trabalhadores de participação do processo político e um grande arrocho salarial. A criação do INPS, no período anterior, inserido na perspectiva de modernização da máquina estatal, representou uma tentativa de desmobilização das forças políticas mobilizadas no período anterior. Porém, o modelo autoritário adotado não imprimiu nenhuma alteração em relação à política assistencialista implantada anteriormente; ao contrário, o Estado amplia a cobertura da Previdência aos trabalhadores domésticos e rurais, além de garantir a efetiva cobertura dos trabalhadores já beneficiados pela LOPS. Porém, somente para os trabalhadores formalmente registrados era garantida a assistência; aos demais, só se pagassem, ou poderiam ser atendidos na condição de indigentes nas Santas Casas, ou mesmos Hospitais Universitários, Estaduais ou Municipais.

Na assistência médica observa-se um movimento expressivo de ampliação da cobertura, com crescimento dos gastos, chegando a representar mais de 30% dos gastos do INPS em 1976. A atenção assistencialista e especializada à saúde do indivíduo é priorizada em detrimento da saúde preventiva e coletiva. O orçamento do Ministério da

Saúde representava menos de 1% dos recursos da União. As ações de saúde coletiva estavam dispersas em vários Ministérios: Agricultura, Educação, Interior, Trabalho Transportes e outros.

Em nome da racionalidade administrativa, o INPS dava prioridade à compra de serviços privados em detrimento dos próprios, levando à privatização da assistência médica, de tal modo que, em 1975, a porcentagem de serviços terceirizados representava cerca de 90% das despesas.

Em 1974, são criados o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAZ). O II Plano de Desenvolvimento Social, elaborado na mesma época, separa as ações de saúde coletiva e as ações de atenção médica, definindo como atribuição do setor estatal as primeiras, e indiretamente do setor privado, via Previdência, as segundas. (3)

Vários estudos e pesquisas realizados no decorrer da década de 70 já demonstravam que o modelo de saúde que vinha sendo implantado no país era injusto e irracional, uma vez que não atendia adequadamente às necessidades de saúde da população e gastava mais do arrecadava. Porém, em função do cerceamento das liberdades democráticas do período, tais estudos não foram divulgados. A partir de movimentos originados entre os profissionais de saúde e nas universidades, propiciado pela pequena abertura política resultante das pressões populares do final do período, surge o Movimento Sanitário, que além de fazer denúncias contra o regime ditatorial e a perversidade do modelo adotado, apresenta propostas construtivas e como alternativa um projeto de transformação do sistema de saúde vigente. O movimento se amplia, incorporando parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares.

Em 1979, é realizado o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados e o movimento do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES, que apresentou e discutiu pela primeira vez a proposta de reforma do sistema de saúde, que já era denominado Sistema Único de Saúde. Integrava-se também no processo de elaboração das propostas de mudança do modelo, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. (2)

No início da década de 80, o cenário brasileiro é marcado por um quadro político e econômico de profunda crise ideológica, com um processo inflacionário e fiscal descontrolado, com um expressivo crescimento da pressão social por melhores serviços de saúde e a reconhecida necessidade de reestruturação e ampliação dos serviços, associando-se a este cenário a repercussão das Propostas da Conferência de Alma-Ata, que teve como tema "Saúde para Todos no ano 2000", inspiram a formulação do Prev-Saúde. (3)

Em função das divergências entre os membros da equipe responsável pela formulação do projeto Prev-Saúde e alguns setores da saúde, como a Federação dos Hospitais, o mesmo não foi implementado.

Em 1981, cria-se então o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP, composto por representantes de diferentes ministérios, por representantes da sociedade civil, e por parte dos prestadores de serviços de saúde conveniados e contratados, que formulam em 1982 o plano “Reorganização da Assistência Médica no Âmbito da Previdência Social”. (idem)

Este plano, de cunho racionalizador, visava reverter gradualmente o atual modelo assistencial, além de buscar recuperar as propostas antes apresentadas no projeto do Prev-Saúde, no sentido de hierarquização, regionalização, descentralização e integração de serviços. Dentre outras, propunha também mudanças na sistemática de pagamentos, introduzia novos mecanismos de auditoria técnica e previa a utilização plena da capacidade instalada dos serviços públicos estaduais e municipais.

No cenário político do país, cresciam os movimentos oposicionistas e os movimentos reformadores da saúde. Em 1982, com as eleições municipais, assume um grande número de novos prefeitos comprometidos com as propostas de municipalização, levando a uma série de experiências de modelos de atenção à saúde bem sucedidos.

As Ações Integradas de Saúde – AIS surgem em 1983 e são consideradas como a estratégia setorial dentro da política do INAMPS e das Secretarias Estaduais de Saúde, para a reforma da saúde. Apesar do reconhecido avanço, a estratégia se consolida como uma “administração convencional”, pois o setor estatal passa a ser reconhecido como um prestador de serviços, com prioridades e restrições impostas pela União. Houve um progressivo aumento dos repasses. Em 1984, eram destinados às AIS 4% do Orçamento do INAMPS, passando para 12% em 1986. Ao lado disto observa-se também que o processo de universalização dos recursos previdenciários se tornou mais ágil e eficaz, ocorrendo a fusão dos Escritórios Regionais do INAMPS com as Secretarias Estaduais. Em 1988, as AIS atingiam todos os Estados e 2.500 dos pouco mais de 4.000 municípios existentes. (5)

Com o fim do Regime Militar e o surgimento da Nova República, em 1985, o movimento social se intensificou, com ampliação da discussão sobre os rumos que deveria tomar o sistema de saúde. A proposta das AIS é então fortalecida, com valorização das instâncias colegiadas, como as Comissões Inter-Institucionais de Saúde – CIS e Comissões Inter-Municipais de Saúde – CMS, com participação dos usuários dos serviços de saúde.

Em 1986, realiza-se em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, com uma participação de cerca de 5.000 pessoas, incluindo

trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Considerada como um marco na consolidação das propostas de mudança do modelo de saúde, foi precedida de inúmeras conferências municipais e estaduais. A Conferência discutiu a situação de saúde do país e aprovou um relatório cujas recomendações passaram a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, plenamente legitimado por segmentos sociais identificados com os interesses populares, que serviu de base para as negociações da Assembléia Nacional Constituinte, que se reuniu em 1987. (6)

Como primeira e maior novidade resultante da proposta reformadora, temos no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde "o conceito ampliado de saúde", definido como:

"resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso de serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das forma de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida."

Esta nova conceituação trouxe consigo um diagnóstico das dificuldades que o setor saúde enfrentou e enfrenta ao longo da história, para a reversão de um quadro que tem como causa os limites restritivos da noção predominante do próprio conceito de saúde.

Em 1988, a Constituição Federal aprovou a criação do SUS.

No Título VIII, da Ordem Social, Seção II da Saúde assim, definido:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

- II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade.

Além do conceito ampliado de saúde, o SUS trouxe dois outros conceitos importantes: o de sistema e a idéia de unicidade. Para o conceito de sistema temos não um novo serviço ou órgão público, mas um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo, e do setor privado contratado e conveniado interagindo para um fim comum.

Art. 199 – A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Parágrafo 1º – As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Dentro desta lógica, os serviços contratados e conveniados seguem os mesmos princípios e normas dos serviços públicos.

Da mesma forma, todos os elementos integrantes do sistema nos diferentes níveis devem se comprometer com o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo Cunha e Cunha, o SUS pode ser entendido a partir de um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários – universalidade, equidade e integralidade, e uma forma de organização e operacionalização, constituída pelos princípios organizativos – regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, e participação popular. (4)

Os Princípios Doutrinários:

Universalidade – a saúde é um direito de cidadania. Significando que as necessidades de saúde de todo e qualquer indivíduo deve ser atendida, independentemente de esse indivíduo ser ou não assegurado pela Previdência Social. Cabendo ao Estado assegurar este direito.

Equidade – este princípio busca diminuir as desigualdades. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais, e por isso têm necessidades diferentes. Equidade significa, portanto, tratamento desigual para os desiguais, investindo-se mais onde as necessidades são maiores.

Integralidade – significa que o indivíduo deve ser considerado como um todo, fazendo parte de uma sociedade, que, para o atendimento de todas as suas necessidades, as ações devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade. Este princípio pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma ação intersetorial entre as diferentes

áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Os Princípios Organizativos:

Regionalização e Hierarquização – significa que os serviços devem ser organizados dentro de uma perspectiva de atuação para uma determinada área geográfica, em níveis crescentes de complexidade e planejados de acordo com critérios epidemiológicos, respeitando-se sempre as necessidades da população. Para a garantia da hierarquização, é fundamental a articulação entre os diversos serviços existentes, garantindo-se o acesso em todos níveis de atenção, devendo ainda serem incorporados à rotina de acompanhamento mecanismos de fluxo de informações de referência e contra-referência, assegurando a integralidade da atenção com controle e racionalidade dos gastos no sistema.

Descentralização e Comando Único – no SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município. Este princípio tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. O poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois quanto mais perto do problema, mais chance se tem de acertar sobre sua solução. A descentralização também aproxima os cidadãos das decisões do setor, facilitando a participação dos mesmos, nas tomadas de decisões, fiscalizando e opinando na qualidade dos serviços. Para a garantia deste princípio, faz-se necessário dotar o município de todas as condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer com responsabilidade a gestão do seu Sistema de Saúde.

O Comando Único pressupõe que cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, porém respeitando sempre os princípios gerais e a participação da sociedade. A direção do SUS é exercida no âmbito da União, pelo Ministro da Saúde, nos Estados pelos Secretários Estaduais e nos Municípios pelos Secretários Municipais ou chefes de departamentos de saúde. Estes dirigentes são denominados de "Gestores da Saúde".

Participação Popular – o SUS nasceu como expressão de um processo democrático da sociedade brasileira. A Constituição Brasileira de 1988 é considerada a "Constituição Cidadã", pois a mesma ampliou os direitos de cidadania e assegurou a possibilidade de intervenção da população no sistema político nacional. A garantia da participação popular deve estar presente no dia-a-dia da construção do sistema. Para isto é importante a Criação dos Conselhos Municipais de Saúde, que são alicerces do controle social, controlando e avaliando a execução das políticas de saúde, e as Conferências de Saúde, que têm como função propor diretrizes e formular estratégias para a execução das políticas de saúde, devendo ser realizadas em todos os níveis de governo.

A criação do SUS, pela Constituição Federal, foi depois regulamentada pelas Leis 8080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, deu a retaguarda jurídica para a aplicação dos princípios e diretrizes do SUS e pela Lei 8.142/90, que define as atribuições das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde. (7, 8)

A Lei 8.142/90 deixa claro que "os recursos do Fundo Nacional de Saúde serão repassados de forma regular e automática para estados e municípios desde que estes tenham: Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde e Relatório de Gestão".

Estas Leis definem também as atribuições dos diferentes níveis de governo com a saúde, estabelecem responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador. Formalizam o entendimento da saúde como área de "relevância pública" e a relação do poder público com as entidades privadas com base nas normas do direito público, dentre vários outros princípios fundamentais do SUS.

Outros instrumentos que têm sido utilizados para possibilitar a operacionalização do SUS são as Normas Operacionais Básicas do Sistema de Único de Saúde. Publicadas pelo Ministério da Saúde sob forma de Portaria, que por sua vez a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do Sistema, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do mesmo.

A primeira Norma Operacional Básica vigorou em 1991; a NOB-SUS 91 introduziu o conceito de municípios e estados habilitados ao SUS, mediante comprometimento com a gestão direta de serviços. Previa a formação de um fundo setorial e o funcionamento de Conselhos Comunitários. Editada no período do governo Collor de Mello, pela Presidência do INAMPS, à época recém-incorporado ao Ministério da Saúde, equiparava gestores públicos e privados, com as decisões centralizadas no nível Federal, posicionando os municípios ainda como prestadores de serviços. Em relação aos Estados, alguns assumem a gestão, a maioria permanece na condição de prestador. (9)

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1993, a NOB-SUS 93, representou um instrumento mais efetivo de indução do processo descentralização da política, ao criar as Comissões Intergestoras Bipartite – CIBs, nos estados, e a Comissão Intergestora Tripartite – CITs, no governo federal, que são considerados os mais importantes fóruns de articulação, negociação e integração entre os gestores. (10)

O triângulo abaixo é a representação esquemática das instâncias deliberativas nos três níveis de governo, tendo o Conselho Municipal de Saúde como base do Controle Social:



Além disto, a NOB-93 criava as condições de gestão incipiente, parcial e semiplena para estados e municípios, de acordo com os níveis de comprometimento e a capacidade administrativa, definia as regras de transferência regular e automática dos recursos, o que possibilitou que um número significativo de municípios assumissem a gestão semiplena, com autonomia de gestão financeira dos recursos transferidos fundo a fundo pelo nível federal, trazendo avanços significativos na construção de novos modelos assistenciais. De um total de 4.973 municípios existentes no país, em 1996, 65,09% enquadravam-se em uma das modalidades de gestão propostas pela NOB-SUS 93.

A Norma Operacional Básica de 96, instituída pela Portaria Ministerial nº 2203, de 05 de Novembro de 1996, pressupondo a Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão, tinha como finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, na função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, redefinir as responsabilidades dos três níveis de governo, os mecanismos de fluxo de financiamento, reduzir progressivamente a remuneração por produção de serviços e ampliar as transferências de caráter global e fortalecer o vínculo dos usuários com o serviço, avançando deste modo, na consolidação dos princípios do SUS. (11)

Os campos de atenção à saúde considerados na NOB 96 enquadram o espectro de atenção compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, priorizando sempre o caráter preventivo, assim definidos:

- a) o da assistência – atividades dirigidas as pessoas no âmbito ambulatorial, hospitalar e domiciliar;
- b) o ambiental – intervenções nas condições sanitárias ambientais de vida e trabalho e no controle de vetores e hospedeiros e no saneamento ambiental;
- c) o extra setorial – políticas externas ao setor saúde que interferem nos determinantes sociais do processo saúde doença.

As condições de gestão dadas pela NOB 96 aos municípios explicitavam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas de favorecimento do desempenho do mesmo. A habilitação do município em uma das condições de gestão pressupunha a declaração de compromissos assumidos por parte do gestor com os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A NOB-SUS 96 constituiu um importante mecanismo indutor da conformação de um novo modelo assistencial voltado à prevenção, criando o Piso da Atenção Básica – PAB, a Fração Ambulatorial Especializada – FAE e, especialmente, os incentivos à adoção ao Programa de Saúde Família – PSF, Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária – TFVS, e o Teto Financeiro das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD.

Com a NOB-96, as condições de habilitação dos municípios ficaram reduzidas a duas modalidades: Gestão Plena da Atenção Básica – GPAB e Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM. As responsabilidades, requisitos e prerrogativas necessárias para cada uma das modalidades de gestão foram definidas e constam como anexo 1 e 2 deste tópico.

Ao final de 2000, havia no Brasil mais de 99% dos municípios habilitados nas condições previstas pela NOB-96, possibilitando o desenvolvimento de experiências municipais exitosas, existindo atualmente, dos 5.507 municípios brasileiros, 522 habilitados em GPSM e 4.918 em GPAB; 67 não fizeram opção. No Estado de São Paulo, do total dos 645 municípios, existem 160 municípios em GPSM e 483 em GPAB, e apenas 2 não assumiram nenhuma forma de gestão do seu sistema de saúde. (12, 13)

Em relação aos Estados, observaram-se avanços significativos de diversos gestores estaduais assumindo o papel de regulador na reorganização e articulação da rede de serviços, com programação integrada nos diferentes níveis de complexidade, implantação de centrais de regulação, fortalecimento do controle e avaliação, organização de consórcios e parcerias intermunicipais, e um exercício mais consistente de formulação e implementação de planejamentos dentro de uma ótica hierarquizada e regionalizada.

Uma pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Fundação Nacional de Saúde – FNS e Ibope, em 1998, que inquiriu sobre a satisfação dos brasileiros com os serviços públicos de saúde, evidenciou que 76% dos usuários de estabelecimento público de saúde afirmaram que foram bem atendidos; 75% consideraram o atendimento médico satisfatório na rede pública; 59% consideraram satisfatória a rede pública em geral. (12)

Com o avanço da descentralização do SUS, evidenciou-se um conjunto de dificuldades para a efetiva implantação do mesmo. Além da dificuldade referente ao financiamento, aliviada com a Emenda Constitucional 29 (que será comentada mais adiante), que garantiu uma vinculação orçamentária nas três esferas de governo, diversas dificuldades operacionais foram evidenciadas. Entre estas dificuldades, ressalta-se as características do território brasileiro, com uma grande heterogeneidade dos estados e municípios, dificultando a organização de sistemas de saúde funcionais, principalmente em função das restrições de acesso a populações adscritas em territórios vizinhos, colocando-se entraves políticos e burocráticos por parte de muitos dos gestores municipais, que conceberam a municipalização da saúde como uma “prefeiturização”, ou seja se apropriaram dos equipamentos de saúde existentes no limite dos seus territórios e fecharam as fronteiras aos demais municípios. (14)

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema, os avanços obtidos e as dificuldades evidenciadas, foi elaborada a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2001, publicada pela Portaria 95 de 26 janeiro de 2001. (15)

A NOAS baseia-se nos pressupostos da NOB-96 e preconiza um conjunto de estratégias que buscam a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos enfoca os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do SUS. Neste sentido propõe uma forma de fazer regionalização, organizando os municípios em módulos e micro-regiões de saúde, de acordo com o nível de complexidade, facilitando o acesso da população adscrita em cada região ou módulo.

A NOAS define em três eixos estratégicos para a reorganização da assistência: I – Regionalização como estratégia de hierarquização de serviços e busca de maior equidade; II – Fortalecimento da Capacidade de Gestão, através da elaboração da Programação Pactuada e Integrada – PPI; III – Critérios de Habilitação e Desabilitação de Municípios e Estados.

A Programação Pactuada e Integrada representa o diferencial mais significativo da NOAS, em relação à Norma precedente, uma vez esta apresenta um Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, que deverá ser firmado entre cada Município sede e o Estado,

relacionado ao atendimento da população referenciada por outros municípios, considerando inclusive a separação das parcelas financeiras correspondentes à própria população e à população referenciada.

A NOAS redefine as responsabilidades de cada nível de governo na gestão do SUS e ressalta a importância da articulação permanente entre os diversos gestores como um dos principais elementos para melhoria de desempenho do sistema.

No momento atual, vivencia-se o processo de implantação da NOAS/SUS 2001, elaborando-se os instrumentos que contribuirão para a consolidação e implementação das práticas propostas, a saber:

- A Agenda de Saúde é um instrumento do planejamento, e tem caráter ascendente, ou seja, a partir da Agenda Nacional são elaboradas as Agendas Estaduais e Municipais. A agenda deve conter as prioridades contidas no Plano Municipal de Saúde.

- O Plano Municipal de Saúde é o principal instrumento do planejamento de saúde. Já discutido na III Parte deste tópico.

- O Plano Diretor de Regionalização é onde deve estar definida a organização da assistência com suas referências, isto é, quais são os municípios, as modalidades de gestão, quais são as referências intermunicipais, os módulos e micro-regiões de saúde com as respectivas sede. O Plano Diretor da DIR-XV, com os respectivos municípios, de acordo com a NOAS, compõe a micro-região de saúde denominada Rio Claro, sendo sede do módulo de saúde com o mesmo nome.

- O Plano Diretor de Investimento constitui o levantamento das necessidades de recursos financeiros para organizar a assistência de acordo com o Plano de Regionalização. Ambos devem estar contido nos Planos Municipais de Saúde.

- Programação Pactuada e Integrada – PPI, partindo-se da programação das próprias necessidades da assistência ambulatorial e hospitalar, vigilância sanitária e epidemiológica, esse instrumento, como dito anteriormente, representa o diferencial mais significativo da NOAS, uma vez esta apresenta um Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, que deverá ser firmado entre cada Município sede e o Estado, relacionado ao atendimento da população referenciada por outros municípios, considerando inclusive, a separação das parcelas financeiras correspondentes à própria população e a população referenciada.

- O Relatório de Gestão é a correlação entre as metas, resultados e aplicação dos recursos proposta no Plano. Os Indicadores da Atenção Básica e de Avaliação da Gestão devem fazer parte do Relatório.

Estes instrumentos são exigências para a implantação da NOAS/SUS 2001. Para tanto, executou-se uma avaliação dos Municípios Atualmente Habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal do Estado de São Paulo, o resultado dessa avaliação será discutido na IV e

última parte deste tópico, focalizando especialmente o município de Rio Claro.

II PARTE

A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM RIO CLARO

O município de Rio Claro foi habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a NOB-96, em 4 de maio de 1998. Considerando-se a história do movimento da reforma sanitária brasileira, tendo como norte a descentralização da gestão da saúde, e observando alguns fatos ocorridos na evolução da saúde pública de Rio Claro, percebe-se que em determinados momentos o município ocupou posição de vanguarda dentro deste movimento:

- Segundo Mazzioti, em *Considerações Sobre o Processo Evolutivo da Saúde*, em 1967 as atividades da Secretaria Estadual de Saúde eram totalmente dispersas e descoordenadas, voltadas ao atendimento de doenças ou grupo de doenças (15):

"A estrutura da Secretaria era caracteristicamente do tipo vertical, ou seja, estavam diretamente subordinadas de fato ao Secretário de Estado nada menos de 25 unidades administrativas. O resultado dessa estrutura se fazia sentir na falta de coordenação entre as diferentes atividades, que funcionavam com excessiva autonomia, dada a considerável autoridade, que do ponto de vista técnico era conferida aos dirigentes. Era deficiente o trabalho de equipe, condição indispensável em Saúde Pública, pois que os especialistas mostravam visão unilateral na defesa dos seus campos específicos.

Conseqüentemente, era baixo o rendimento dos serviços em relação aos recursos aplicados, principalmente devido à multiplicidade de órgãos independentes, desenvolvendo até mesmo atividades congêneres nas mesmas áreas."

- Em 1969, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo promove uma reforma administrativa, que tinha como finalidade corrigir as distorções observadas no âmbito dos serviços, através do Decreto 50.192, de 13/07/69, que eleva o Município de Rio Claro à condição de Distrito Sanitário, subordinado à Divisão Regional de Saúde de Campinas - DRS-5, que por sua vez estava subordinada à Coordenadoria de Saúde da Comunidade.

O então Distrito de Saúde com sede em Rio Claro, DS-II, era constituído pelos municípios de Analândia, Brotas, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina, Rio Claro e Santa Gertrudes, além dos princípios gerais definidos no Decreto Estadual: Integração de serviços em nível local; Descentralização Executiva e Centralização Normativa. Tinha como atribuições a coordenação, supervisão, e controle das atividades dos Centros de Saúde situados em suas respectivas áreas de jurisdição.(16)

- Em 1985, implantam-se as Ações Integradas de Saúde, buscando-se a integração dos três níveis de governo. Cria-se a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – CIMS, com o objetivo de definir a política de saúde para o município, a Comissão Intermunicipal de Saúde – CIS, com o objetivo de trabalhar a integração, o fluxo de atendimento regional (referência e contra-referência). (17)

- No período de 1987 a 1990, as AIS foram transformadas em Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, como no resto do país; tinha como objetivo colocar em prática a Reforma Sanitária, visava como estratégia agilizar o processo de descentralização, fortalecer o setor público e reduzir o papel das instâncias burocráticas centralizadoras, dentre as quais o INAMPS. (idem)

- Em 06 de abril de 1990 é promulgada a Lei Orgânica do Município, que, no Título VII, Da Ordem Social, na Seção II, da Saúde, define: (18)

Artigo 241 – O gerenciamento do Sistema Municipal de Saúde de Rio Claro se dará por meio das seguintes instâncias: Secretaria Municipal de Saúde, Conferência Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais de Saúde.

§ 1º - À Secretaria Municipal de Saúde de Rio Claro compete:

I – o comando do Sistema Único de Saúde – SUS – no âmbito do município de Rio Claro, em articulação com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;

Considerada avançada em vários aspectos, com uma extensa seção dedicada à saúde, com definições claras das atribuições nas mais diversas áreas do setor saúde, tais como vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador e assegurando a participação popular através dos Conselhos Locais de Saúde, Conselho Municipal e da Conferência Municipal de Saúde com definição das respectivas competências:

§ 2º- À Conferência Municipal de Saúde, de caráter consultivo, convocada pelo Prefeito Municipal a cada 2 (dois) anos, com ampla representação da sociedade, compete avaliar a situação de saúde do município e propor as diretrizes da política municipal de saúde.

§ 3º – Ao Conselho Municipal de Saúde, de caráter consultivo e composto por representação da Governo, dos usuários organizados em sindicatos ou associações e das entidades prestadoras de serviços de

saúde, compete a elaboração anual da proposta do Plano Municipal de Saúde.

§ 4º – Aos Conselhos Locais de Saúde, organizados em cada unidade de prestação de serviço do sistema, através da participação de seus usuários, trabalhadores de saúde da unidade e dos dirigentes institucionais locais, compete acompanhar, avaliar e indicar prioridades para as ações de saúde serem executadas pela referida unidade em consonância com o Plano Municipal de Saúde.

- Em 13 de abril de 1991 é realizada a I Conferência Municipal de Saúde, que define a criação do Fundo Municipal de Saúde e a estruturação do 1º Conselho Municipal de Saúde. (19)

- Em 27 de agosto 1991, publica-se a Lei de nº 2418, que institui o Conselho Municipal de Saúde. (20)

- Em 6 de agosto de 1992, a Lei nº 2492 define (21):

Artigo 112 – As políticas públicas devem ser vistas em seu conjunto, compreendidos a habitação, a promoção social, a saúde, a educação, a cultura, o esporte, o turismo, o lazer e a segurança.

Capítulo I

Da Saúde

Artigo 113 – A política de Saúde do Município de Rio Claro deverá ter como diretriz geral a garantia da universalização do atendimento e na atenção integral à saúde obedecendo o disposto na Lei Orgânica da Saúde e na Lei Orgânica do Município.

Parágrafo Único – O poder Público Municipal deverá desenvolver esforços para que este objetivo seja alcançado, preferencialmente preventivamente priorizando à atenção primária, depois a secundária e por último a atenção terciária.

Artigo 114 – A garantia da universalização do atendimento e da atenção integral à saúde dar-se-á através das seguintes prioridades:

I – Implantação e ampliação das Unidades Básicas de Saúde, garantindo a regionalização do atendimento em bairros com serviços de remoção de urgência a ser executado por ambulância;

II – Implantação de Pronto Socorro ao lado de hospital de porte;

III – Implementação e implantação do serviço de vigilância epidemiológica principalmente as áreas de: saúde mental e habilitação/reabilitação; vigilância sanitária; controle de zoonoses; educação em saúde e saúde bucal;

IV- Implantação do programa de saúde do trabalhador. O programa de saúde do trabalhador poderá se dar através do próprio município, em convênios com Municípios, com o Estado, com sindicato dos trabalhadores.

- Em 22 de setembro de 1993, o Decreto nº 4673 aprova o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde, discutido e aprovado na R. O. de 21/11/1991, que compete ao Conselho Municipal de Saúde – CMS definir as prioridades de saúde no município de Rio Claro, estabelecendo diretrizes e atuando na formulação de estratégias e no controle da política municipal de Saúde. (22)

- Em 1994 acontece a II Conferência Municipal de Saúde. Neste ano, o Pronto Socorro Municipal é construído anexo à Santa Casa de Misericórdia; (23)

- No ano de 1995, através da Lei nº 2720, de 23 de fevereiro, foi criada a Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro. Por esta Lei, todos os órgãos da estrutura administrativa e operacional da Secretaria Municipal de Saúde passaram para a Fundação, todo os bens móveis e imóveis, além dos recursos do Fundo Municipal de Saúde e outros, passariam a compor o patrimônio inicial da Fundação Municipal da Saúde. (24)

Mesmo apresentando um cenário político e legal que facilitava todas condições para que o município assumisse a responsabilidade do comando do seu Sistema de Saúde, foi somente a partir da realização da III Conferência Municipal de Saúde, em 1997, que se aprova como uma das diretrizes prioritárias a Gestão Plena, ocorrendo deste modo um retardo de oito anos para que fosse cumprido o que determinava a própria Lei Orgânica do Município, permitindo-se que Rio Claro ficasse numa posição atrasada em relação aos outros municípios do Estado, como apontado na proposta do Plano Municipal:

“Encontramos um sistema municipal de saúde caótico, completamente desorganizado, sem definição de prioridades, reflexo da falta de compromisso com a saúde e a forma inseqüente, autoritária e incompetente com que se administrou a saúde nos últimos anos.

A rede de saúde carece de credibilidade. Não existem programas de saúde organizados e a população não consegue acessar os diferentes níveis de atenção à saúde, mesmo os de menor complexidade. Não adotamos até hoje um modelo de atenção à saúde que produza uma nova consciência sanitária e melhore a qualidade de vida e de saúde, modificando de fato os indicadores de saúde. Aliás, carecemos inclusive de um sistema de informação que permita avaliar e interferir no perfil de morbi-mortalidade da nossa população.

Nem ao menos o processo de municipalização da saúde, das vigilâncias e a definição de um comando único para o SUS em nossa cidade foi realizado ainda. Estamos muito atrasados em relação à maioria das cidades do Estado de São Paulo.”

Naquele ano, 55% dos municípios do Estado de São Paulo já estavam habilitados em alguma modalidade de gestão de acordo com a NOB-SUS 93. (13)

Para que o Município de Rio Claro assumisse a gestão do seu sistema de saúde, o Prefeito Cláudio de Mauro, tendo como Secretário Municipal de Saúde o Dr. José Luiz Riani Costa, formalizou o seu pleito junto à Direção Regional de Saúde-XV de Piracicaba, que após avaliação da condição do Município quanto à comprovação dos requisitos necessários de acordo com a NOB-96, e a Resolução SS-88 de 26/06/97, deu parecer favorável ao processo de nº 0215 0017/98, que foi então submetido à apreciação da Comissão Intergestora Regional – CIR, sendo então encaminhado à Comissão Bipartite, e após a assinatura do convênio pelo Secretário de Estado da Saúde foi remetido a Comissão Tripartite, sendo considerado finalmente habilitados na condição de Gestor Pleno do Sistema municipal, junto ao Ministério da Saúde, através da Portaria 2553, publicada no Diário Oficial da União em 04/05/98. (25)

A municipalização da saúde, para o Governo de Rio Claro, jamais foi entendida como um mero cumprimento de medidas burocráticas ou normativas. Desde os primeiros momentos após a habilitação do Município, o compromisso com a municipalização foi entendido como uma transferência de responsabilidade para o mesmo, para que este a partir de então passasse a gerir o seu sistema de saúde, deixando de ser um mero prestador de serviços, passando a ser de fato o GESTOR DO SUS. Ou seja, passou a ter autonomia para controlar os prestadores de serviços no âmbito do município, redefinindo as regras operacionais junto aos atores do sistema e principalmente, buscando autonomia para realocação dos recursos de acordo com necessidades de saúde da sua população, conforme definido no seu Plano Municipal de Saúde de 1997 (26):

“Municipalizar a saúde significa reconhecer a responsabilidade política do município com a saúde dos seus cidadãos. O exercício pleno desta responsabilidade requer que os recursos destinados à saúde por parte do governo federal e estadual sejam colocados sob gestão do poder municipal, que passa a assumir a formulação da política de saúde para a cidade, o planejamento, a organização, a execução, a avaliação, e o controle das ações e serviços de saúde.”

O município buscou cumprir as obrigações formais e operacionais para sua habilitação, ao mesmo tempo que, de maneira bastante oportuna, se norteou pelas responsabilidades exigidas pela NOB-96, para o seu próprio planejamento, de um modo mais ampliado, se preparando para assumir a gestão com uma maior chance de sucesso. O quadro que se segue elenca, as responsabilidades, requisitos e prerrogativas que o município de Rio Claro buscou cumprir para ser habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal:

CARACTERÍSTICAS DAS CONDIÇÕES DE GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE ACORDO COM A NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS - 96

Responsabilidades	Requisitos	Prerrogativas
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração da programação contendo inclusive a referência ambulatorial especializada e hospitalar; • Gerência das unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência; • Gerência das unidades ambulatoriais e hospitalares do estado ou da União, salvo deliberação em contrário da CIT ou CIB; • Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais e privadas); • Cadastramento de usuários do SUS dentro da perspectiva de numeração nacional; • Prestação dos serviços em seu território, inclusive serviços de referência aos não residentes e demais serviços prestados aos seus municípios quando referenciados conforme PPI; • Normatização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares; • Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços ambulatoriais e hospitalares cobertos pelo TFGM; • Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade; • Operação do SIH e do SIH/SUS; • Manutenção de cadastro atualizado das UPS sob sua gestão; • Avaliação permanente de impacto das ações sobre a saúde e meio ambiente; • Execução das ações básicas, média e alta complexidade em vigilância sanitária bem como ações do PDAVS (opcional); • Execução de ações de epidemiologia, controle de doenças e causas externas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprovar o funcionamento do CMS; • Comprovar a operação do FMS; • Participar da elaboração e implementação da PPI do estado; • Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para as ações de auditoria, controle, contratação e pagamento dos serviços sob sua gestão bem como para avaliar o impacto das ações; • Comprovar a contrapartida com recursos próprios do tesouro municipal; • Formalizar junto ao gestor estadual, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos; • Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos serviços realizados; • Apresentar o PMS, aprovado pelo CMS, contendo metas estabelecidas, integração do município na rede estadual e responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores para o acompanhamento; • Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para ações de vigilância sanitária; • Comprovar estruturação dos serviços e atividades de vigilância epidemiológica e controle de zoonoses; • Apresentar oferta em seu território dos procedimentos cobertos pelo PAB, mais serviços de patologia clínica e radiologia básicas. • Comprovar estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria. • Comprovar disponibilidade e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao teto Financeiro da Assistência(TFA); • Normatização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviço assistenciais em seu território, inclusive quanto à alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB; • Transferência regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico da Vigilância Sanitária (PBVS); • Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e de alta complexidade e remuneração pela execução do PDAVS, quando assumido pelo município; • Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais, estatais ou privadas estabelecidas no território municipal; • Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

Por outro lado, a administração municipal, tendo agora como gestor o Enfermeiro Antônio Roberto Stivalli, além de cumprir as formalidades legais ao assumir a Gestão Plena, buscou na prática ampliar as esferas de decisão e participação popular, facilitando o controle social, ao mesmo tempo em que atuou nas bases para redirecionar o Modelo de Atenção, buscando a transformação em um modelo voltado para a qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como atuou na relação da equipe de saúde com a comunidade, restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem recebe, além de assegurar a intervenção ambiental, para que pudessem ser modificados os fatores determinantes de saúde, como definido no seu Plano Municipal: (idem)

“É preciso destacar que não existem modelos prontos e acabados. A defesa dos princípios doutrinários e de organização da atenção à saúde que compõem o SUS e as experiências exitosas de administrações municipais na gestão da saúde devem ser aproveitadas como referenciais positivos, mas é necessário que Rio Claro construa propostas coerentes com a realidade e as necessidades de nossa população, levando em conta:

- os diferentes interesses políticos e econômicos em jogo;
- a caracterização geral e sócio-econômica;
- o perfil demográfico;
- o perfil epidemiológico (como morrem e adoecem os indivíduos e sua expressão na coletividade); e
- o sistema municipal de saúde, incluindo os serviços de saúde públicos e privados, e o modelo de atenção à saúde e o modelo de gestão adotados.”

O Plano Municipal de Saúde é uma exigência da NOB-96; neste aspecto deve ser entendido como um documento formal que explicita as diretrizes e prioridades, objetivos e estratégias, de cada instância gestora, no respectivo período de governo, constituindo-se a sistematização e o resultado de uma série de discussões, avaliações, propostas, e reivindicações da população de um município.

“O processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde permite um momento especial de aglutinação dos gestores, trabalhadores e usuários da área de saúde e deve ser extremamente bem utilizado para este fim. Devemos procurar tornar a construção do Plano Municipal de Saúde num processo político e pedagógico de capacitação e de comprometimento e responsabilização de todos com o seu produto final.”

Os esforços para a reorganização do modelo de atenção, em uma administração democrática, devem perseguir a ética do coletivo, que incorpora e transcende a ótica do indivíduo, suplantando o modelo que concentra a sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, com uma intervenção terapêutica armada e específica, por um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente. Foi nesta linha que Rio Claro buscou construir o seu Modelo de Atenção:

“Esse diagnóstico tem por objetivo aumentar o conhecimento da realidade sanitária local, das condições de vida, da forma de organização, distribuição e utilização dos serviços de saúde, possibilitando a elaboração de propostas, para a tomada de decisões, implementação de uma gestão transformadora, não podendo esquecer-se, entretanto, da íntima relação entre o setor saúde e as demais políticas que atuam sobre a sociedade.”

Esta tarefa exigiu, portanto, o estímulo e a garantia da participação da população, buscando sempre um efetivo controle social:

“Optamos por ampliar o debate com a sociedade e construir democraticamente o Plano Municipal de Saúde de Rio Claro. A proposta que surge do Governo é fruto do esforço dos novos gestores municipais e de especialistas, elaborada a partir de oficinas de planejamento estratégico. Será agora submetida à apreciação do conjunto da sociedade, que poderá criticar, modificar ou aperfeiçoar esta proposta. E, para tanto, será submetida ao Conselho Municipal de Saúde e à apreciação das diversas Pré Conferências e à III Conferência Municipal de Saúde, instância máxima de deliberação da política de saúde em Rio Claro. Após esse percurso, nossa cidade passará a contar, de fato, com um Plano Municipal de Saúde, fruto da expressão democrática de sua população e do compromisso do governo municipal com a saúde para todos e a defesa da vida.”

O periódico *Diário de Rio Claro*, no dia 17 de Julho de 1997, anuncia (27):

“Plano de Saúde será apresentado: “O Conselho Municipal de Saúde realiza hoje, às 20h, no Paço, um encontro onde estará divulgando o relatório Final da III Conferência Municipal de Saúde, com a Proposta preliminar do Plano de Saúde. Na Mesma oportunidade, será discutida a proposta de Reforma Administrativa. Também às 20h, mas no Salão de Audiência do Paço, haverá uma reunião com Associações de Bairros, para indicar um representante para compor a Comissão de Revalorização da Planta Genérica de Valores”.

A experiência democrática do município de Rio Claro, na municipalização da saúde, tem servido de referência para os demais municípios da DIR-XV, e também para os municípios de todo o Estado de São Paulo.

O município evidenciou significativos avanços na gestão do seu sistema de saúde, conquistando a mais alta pontuação entre os vinte e cinco municípios que compõem a DIR-XV, e a décima terceira posição entre todos os municípios do Estado de São Paulo, na avaliação recentemente realizada pela Coordenadoria de Planejamento em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. O resultado desta avaliação será discutido na Quarta parte deste tópico. Nesta terceira parte discorrer-se-á sobre o Modelo de Atenção adotado pelo Município após assumir a Gestão Plena do Sistema, enfocando-se o impacto obtido nos principais indicadores de saúde da população.

III PARTE

O MODELO DE ATENÇÃO

O Município de Rio Claro, com uma extensão territorial de 500 Km², tem uma população de 168.087 habitantes, distribuídos, em sua grande maioria, segundo estimativa do Censo IBGE, na faixa etária de 20 a 49 anos – 44,9%, seguido pela faixa etária de 10 a 19 anos – 19,5%, de 1 a 9 anos – 14,9%. Os demais correspondem aos menores de 1 ano – 1,6%; entre 50 a 59 anos – 8%; e 11,1%, 60 e mais. Possui uma taxa de urbanização de 97%, possui três distritos: Ajapi, Assistência e Batovi.

Segundo a estrutura administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Rio Claro está localizado na Décima Quinta Direção Regional, DIR-XV de Piracicaba, que é composta por mais 24 municípios. É o terceiro município em tamanho populacional da Regional.

Rio Claro é o município sede da Microrregião composta por: Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina, Santa Gertrudes e Rio Claro.

A Microrregião de Rio Claro conta com 201.693 habitantes, distribuídos em uma área geográfica total de 1.962,20 Km², conforme quadro abaixo:

MUNICÍPIO	ÁREA KM²	POPULAÇÃO IBGE/99
Analândia	327,50	3.805
Corumbataí	278,90	3.898
Ipeúna	191,00	3.689
Itirapina	565,70	11.604
Rio Claro	499,00	163.551
Santa Gertrudes	99,20	15.146
Total	1.962,20	201.693

Com atividades econômicas diversificadas entre agrícola, industrial, pecuária e serviços, destacando-se na indústria a produção de fibras de vidro, tubos e conexões PVC, produtos de linha branca, química leve, balas e caramelos. No setor agrícola, destaca-se o cultivo da cana de açúcar, citros, sendo também importante centro de produção avícola. Composto com Santa Gertrudes e Cordeirópolis o mais importante pólo cerâmico do Brasil.

Logo que assumiu a Gestão Plena do Sistema, considerando os princípios básicos de organização do SUS que fortalece a regionalização, o município se propôs à redefinição completa do seu modelo assistencial. O Plano Municipal de Saúde, aprovado na III Conferência

Municipal de Saúde, definiu o eixo norteador das realizações no âmbito do mesmo (26):

“É preciso, antes de mais nada, superar o modelo atual voltado à doença e criar condições para a construção de um novo modelo voltado à defesa da vida e da saúde para todos.”

Prioridade total foi dada à Implantação da Rede Básica:

“As UBS constituir-se-ão na porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, pois são o núcleo do novo modelo de atenção à saúde a ser implantado. São os serviços em que se dá o primeiro contato e onde se estabelece vínculo com a equipe de saúde.”

Além de proporem a reforma física, compra de equipamentos e a reestruturação gerencial, para realizarem com maior qualidade e resolutividade possível as ações e procedimentos previstos nos Planos Municipais, propõe-se também a regionalização com definição de responsabilidades dentro de um território definido:

“Será efetuada a regionalização da saúde, definindo-se a população alvo de cada UBS. Ficará claramente definido, desta forma, que cada UBS será responsável pelos riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área, capaz de identificar os problemas de saúde mais relevantes, quais os indivíduos ou grupos mais suscetíveis ao risco de adoecer e/ou morrer, assim como planejar e executar ações mais adequadas para o seu enfrentamento. Ficarão sob sua responsabilidade as escolas, creches, asilos, sociedades de amigos de bairro, ambientes de trabalho etc., que estejam localizadas em sua área de abrangência (bairro ou conjunto de bairros).”

Protocolos de rotinas foram implantados, além da ampliação do horário de funcionamento:

“Devem de fato permanecer abertas para acolher pessoas que busquem alívio para os seus sofrimentos ou resolução dos seus problemas de saúde. Desta forma, realizarão atendimentos não programados a pacientes que apresentem queixas e necessitem de atenção, encaminhando ao pronto socorro mais apenas os pacientes que procurarem a UBS com problemas de maior complexidade. Por outro lado, exigirá um esforço muito grande para reverter a cultura dos usuários de procurar diretamente o pronto socorro para problemas que poderiam e devem ser resolvidos nas UBS.

Deverão ampliar o seu funcionamento efetivo até às 21 horas, inclusive com atendimento médico-odontológico.”

Existiam em 1997 14 unidades de saúde, sendo 9 Unidades Básicas – UBS, 03 de Especialidades Médicas e 2 Unidades de Urgência e Emergência.

A ausência de áreas programáticas foi um outro determinante identificado no planejamento estratégico, conseqüentemente gerando uma preponderância dos serviços especializados, não integralidade do atendimento com baixa resolutividade das ações (01):

“Os serviços existentes em Rio Claro não constituem uma rede de saúde pois não estão organizados de acordo com o risco de adoecer e o perfil epidemiológico. Não existe também regionalização com território e clientela de abrangência definidos.

Os programas de saúde nos últimos anos foram desativados e deixaram de existir, e não há rotina clara para a realização de atendimento, coexistindo as consultas agendadas, porém desarticuladas de uma proposta de atenção programática, com pronto atendimento, onde a resposta pontual das queixas apresentadas pelos pacientes predominam. Esse modelo é oneroso, ineficaz, ineficiente e incapaz de garantir a reversão dos indicadores de saúde e promover a saúde, pois não prioriza a qualidade, a prevenção e a promoção da saúde. Além disso não existe sistema de referência e contra-referência, nem integração entre as unidades básicas e os serviços especializados, pois as atividades ambulatoriais especializadas encontram-se irracionalmente dispersas em diversas unidades (UBS da 29, Centro de Saúde, UBS Chervezon, NGA e ambulatório da Santa Casa, além do CHI e do ambulatório de Saúde Mental e de DST/AIDS).

Há baixa incorporação de tecnologia, mesmo de baixo custo. A resolutividade das unidades é pequena e inadequada à estrutura, ao grau de investimento já executado na rede de serviços e na qualidade da força de trabalho disponíveis.”

Foram implantadas mais 08 unidades, existindo atualmente 24 unidades, sendo 08 UBS, 2 unidades do PSF, 4 unidades de Urgência/Emergência e 10 unidades de Especialidades. (28)

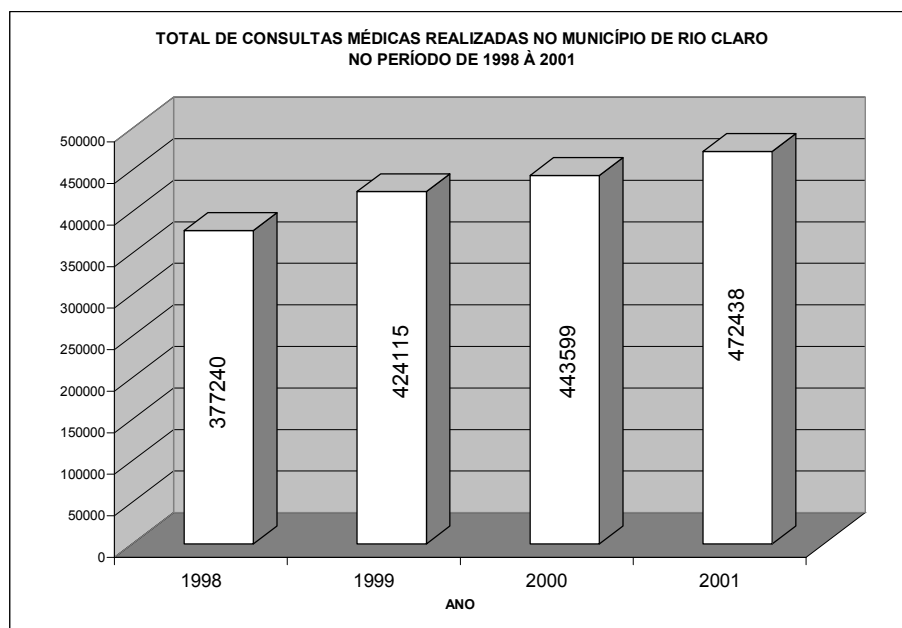
Com o objetivo de introduzir um novo modelo tecnológico de trabalho em saúde, a ação programática fundamentada na lógica epidemiológica e no enfoque de risco à saúde, integrando as atividades de promoção e prevenção e cura no mesmo serviço, a implantação dos Programas de Saúde foi definida como eixo prioritário no Plano Municipal, sendo então implantados os seguintes Programas: Materno Infantil, Combate às Carências Nutricionais, Investigação do Bebê de Risco, Correção Dentária para Crianças, Controle de Hanseníase, Detecção e Acompanhamento de Tuberculose, Atendimento Domiciliar, Planejamento Familiar, Saúde do Trabalhador, Controle de Hipertensão

e Diabetes, Prevenção de Câncer Bucal, Prevenção de Câncer de Colo de Útero e Mama, Prevenção de Câncer de Próstata, Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, Programa de Atenção Psicossocial, Atenção a Tóxico Dependentes, Atenção à Criança e Adolescente, Agentes Comunitários de Saúde – PACS, de Saúde da Família – PSF, de Erradicação do Aedes Aegypti – PEA, Habilitação em Deficiências e Reabilitação e Integração Social do Cego, além das atividades programáticas de investigação da mortalidade infantil, mortalidade de mulheres em idade fértil, orientação e educação em saúde e grupos de atividades físicas.

Para os serviços de Consultas Especializadas, Diagnósticos e Terapias, o município de Rio Claro oferece: Angiologia, Audiometria, Cardiologia, Citologia, Dermatologia, Densitometria Óssea, Endocrinologia, Endoscopia Digestiva, Eletroencefalograma, Eletrocardiograma, Ecocardiograma, Fonoaudiologia, Fisiatria, Fisioterapia, Ginecologia, Gastroenterologia, Geriatria, Hemodiálise, Hemoterapia, Homeopatia, Infectologia, Medicina do Trabalho, Mamografia, Neurologia, Neurologia Pediátrica, Nefrologia, Odontologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Oncologia, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia, Radiodiagnóstico, Reabilitação, Tisiologia, Terapia Ocupacional, Teste Ergométrico, Traumatologia, Tomografia e Ultrassonografia, Urologia.

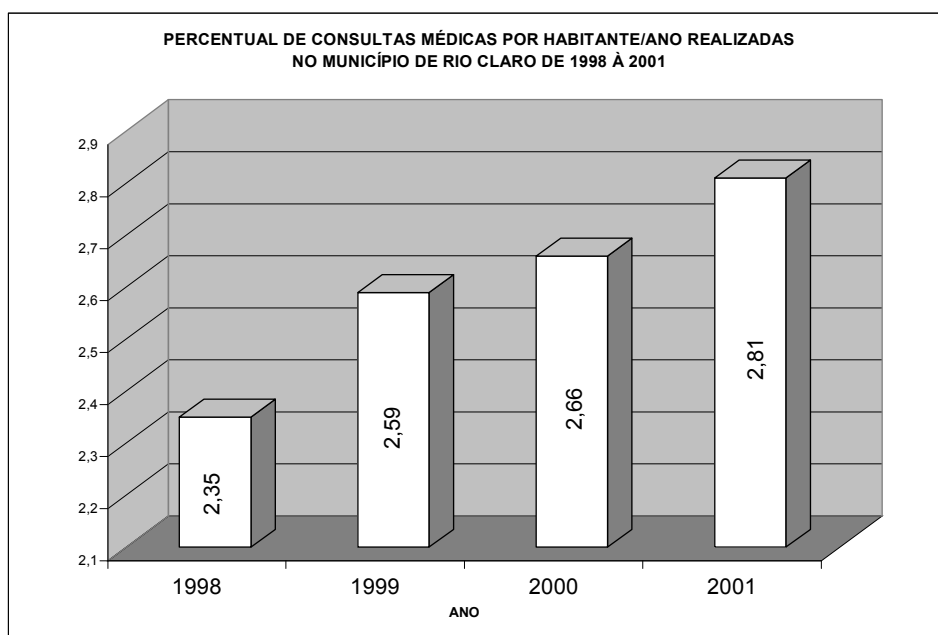
Os gráficos abaixo demonstram o número de atendimentos ambulatoriais ocorridos nas unidades e serviços de Especialidades:

Gráfico I



Fonte: UAC Municipal

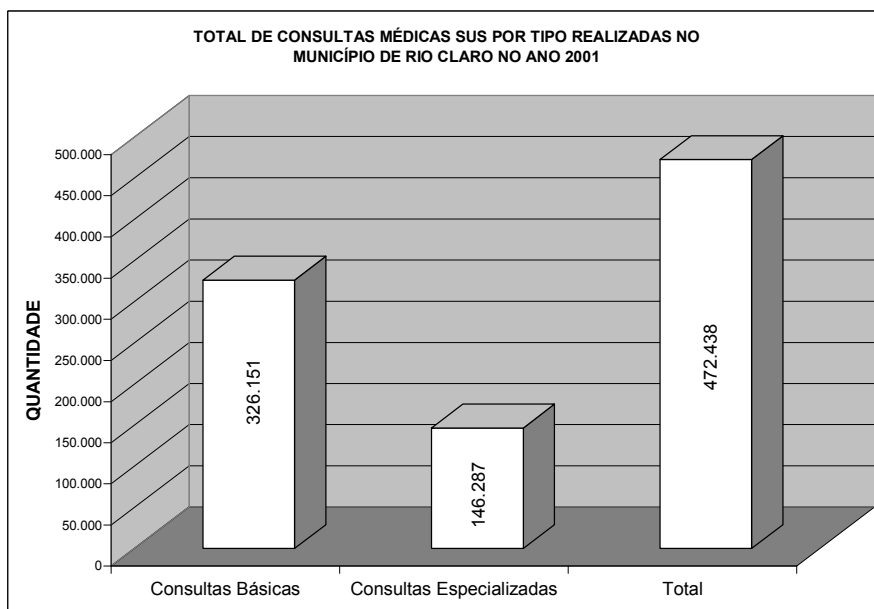
Gráfico II



Fonte: UAC Municipal

Houve aumento de 25% do nº total de consultas realizadas no município de Rio Claro, no período de 1998 a 2001, subindo de 2,35 consultas por habitante para 2,81 consultas por habitante/ano.

Gráfico III



Fonte: UAC Municipal

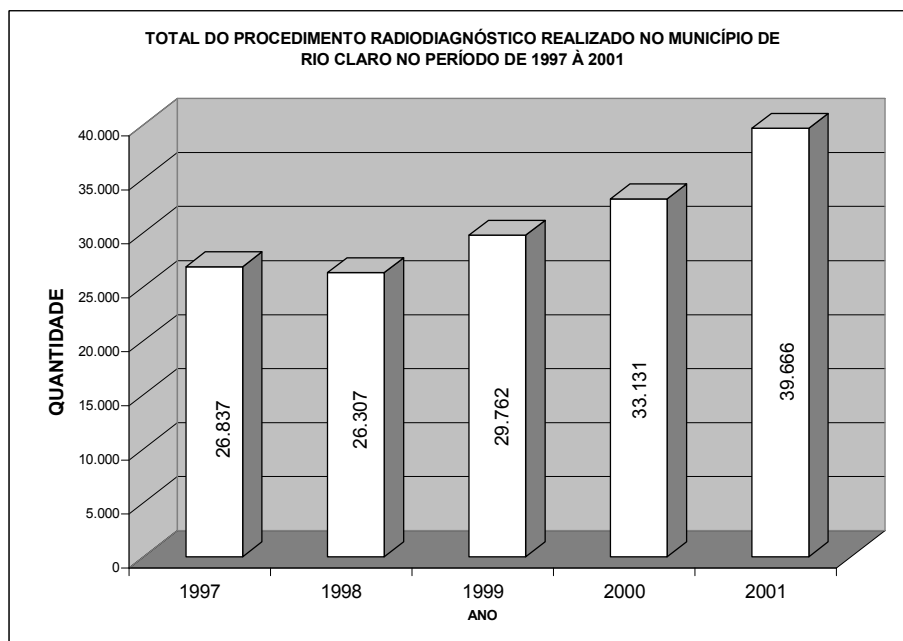
Gráfico IV



Fonte: UAC Municipal

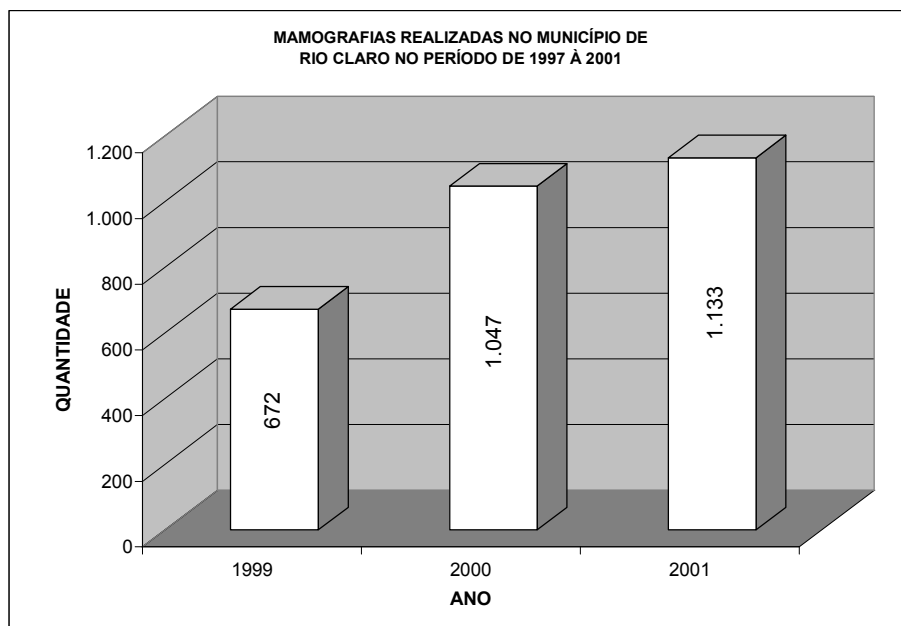
Com a reorganização dos serviços especializados, foi possível garantir uma maior oferta de consultas especializadas, correspondendo a 31% do total de consultas.

Gráfico V



Fonte UAC Municipal

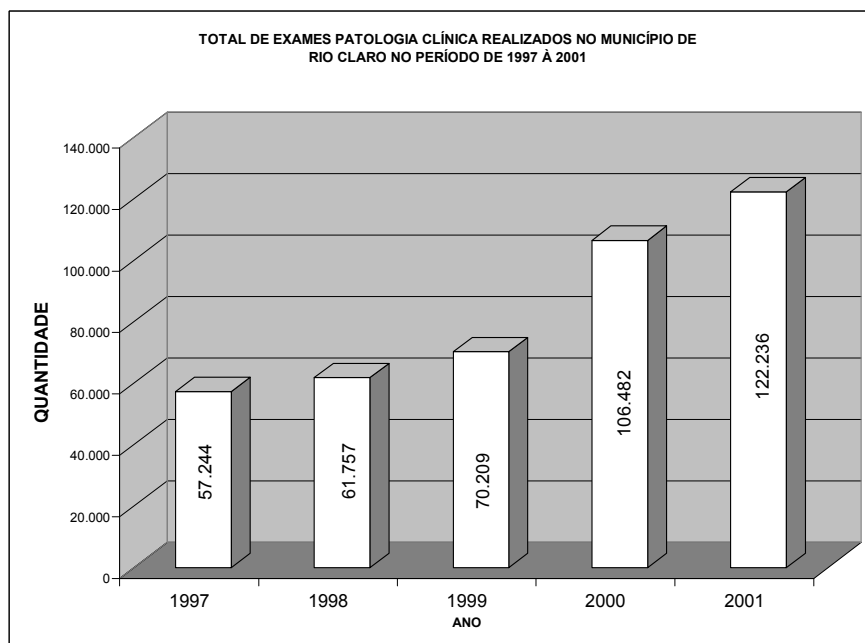
Gráfico VI



Fonte UAC Municipal

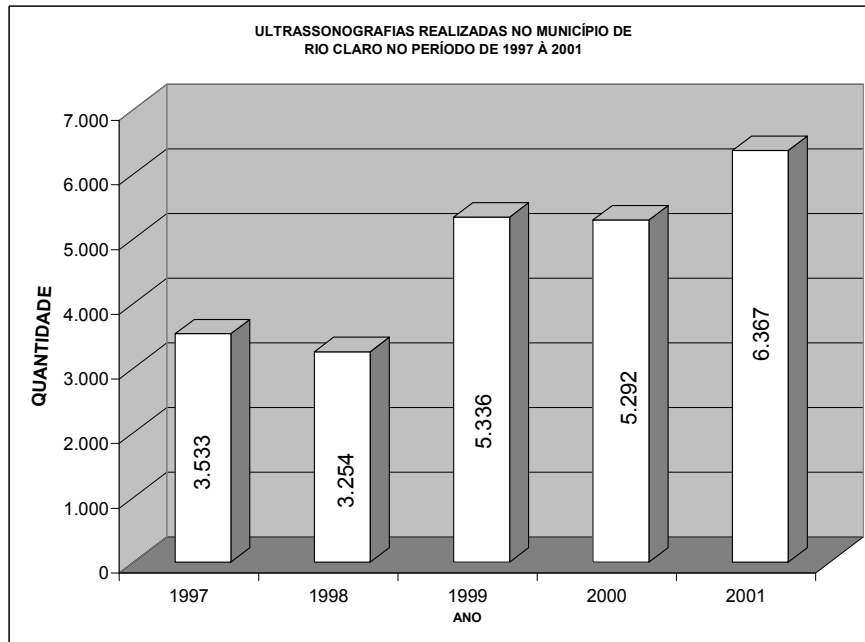
Observa-se um aumento da oferta dos serviços especializados de suporte às rotinas, priorizando-se a prevenção.

Gráfico VII



Fonte: UAC Municipal

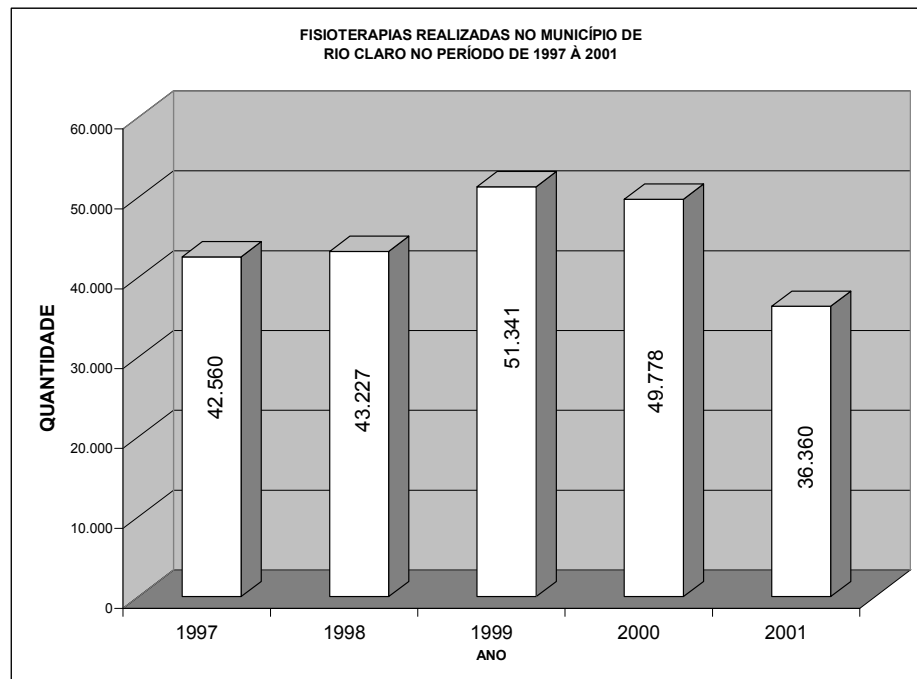
Gráfico VIII



Fonte: UAC Municipal

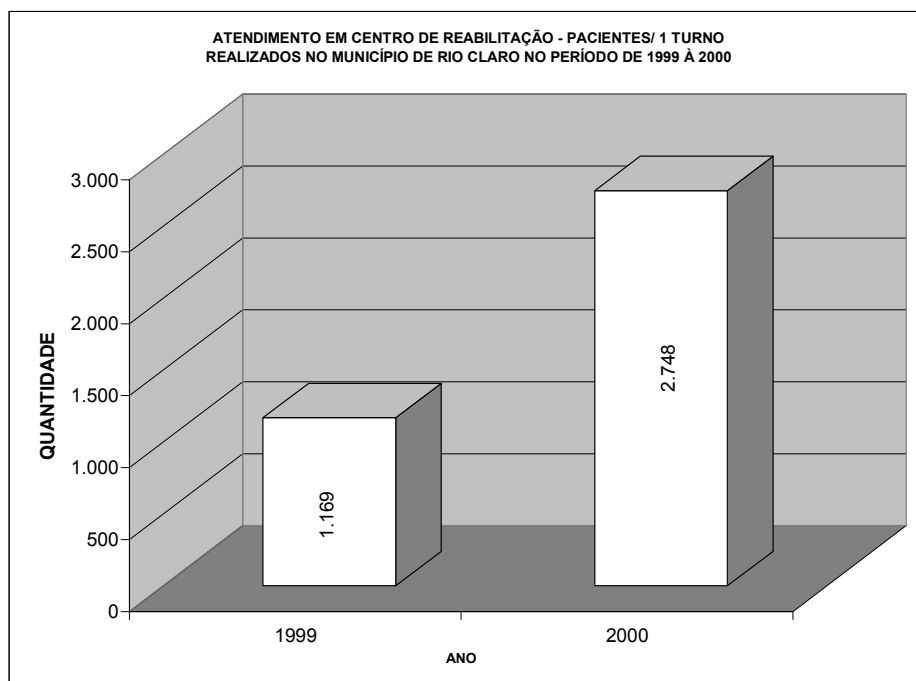
O melhor gerenciamento dos serviços e a otimização dos recursos, possibilitou a ampliação da oferta dos procedimentos, como ultrassonografia e patologia clínica, necessários às rotinas do pré-natal.

Gráfico IX



Fonte: UAC Municipal

Gráfico X



Fonte: UAC Municipal

Da mesma forma, os procedimentos especializados na área de reabilitação vêm sendo garantidos em uma escala crescente de oferta, de acordo com a necessidade de saúde da população.

VIGILÂNCIA À SAÚDE

As ações de Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica, como pressuposto da NOB-96 como responsabilidade da Gestão Plena, foram assumidas, inicialmente, pelo Município de Rio Claro dentro da área compreendida como de Vigilância à Saúde em conjunto com o Serviço de Zoonoses e Avaliação e Controle (29):

“As ações denominadas de Vigilância à Saúde compreendem áreas de atuação que, pela sua especificidade, deverão estar organizadas em núcleos que tragam em si um alto grau de independência. A Vigilância à Saúde deve ser uma divisão de ação dentro da estrutura da Gestão do SUS de Rio Claro, Compreendendo (sic) um conjunto de atividades que terão no coletivo sua expressão de ação, e estruturada sobre eixos específicos que deverão ser consolidados no processo de implantação do SUS na gestão plena em Rio Claro, que serão: ações na área de Vigilância Epidemiológica, na Área de Vigilância Sanitária, ações de Controle de Zoonoses, na área de Informação em saúde e como um último eixo de atuação as ações de Avaliação e Controle do Sistema.”

Estes eixos de ação deverão se consolidar em estruturas gerenciais competentes, com uma gerência própria, efetivando-se em uma diretoria ou similar, que possibilite eficácia administrativa para a tarefa que deverá desempenhar na estrutura do Sistema Único de Saúde de Rio Claro.

A integração horizontal destas estruturas deverá ser feita por um "coordenador" com visão do coletivo e não somente do indivíduo e agilidade gerencial para dar respostas concretas e imediatas às necessidades de implantação da NOB-96 e das demandas de intervenção sobre o perfil de morbi-mortalidade do município e da micro-região que se forma em torno de Rio Claro, fazendo o relacionamento com as instâncias estadual e federal. A função de comandar a execução de programas de saúde voltados para combater os problemas de maior importância sobre a saúde das comunidades, iniciando-se pelos que poderão de fato intervir no perfil epidemiológico através do programa de saúde da família e o programa de agentes comunitários, com financiamento próprio via Ministério da Saúde. A existência de programas enquanto um sistema que integra as diversas estruturas do SUS, racionalmente configurados, com resultados determinados por metas a serem definidas pela Conferência Municipal de Saúde, sendo estas acompanhadas e fiscalizadas pelo Conselho Municipal de Saúde. Estes programas de saúde serão a pedra angular da ação da Vigilância à Saúde no município de Rio Claro. É papel de relevância vital para a estruturação técnica do SUS que a área de vigilância à saúde desempenhe com determinação seus objetivos de geradora de informações, de articuladora de ações e programas com impacto sobre os principais problemas de saúde do município.

I – VIGILÂNCIA SANITÁRIA – VISA

O Poder Municipal, através da Lei nº 2259, de 30/12/88, adotou o Código Sanitário do Estado de São Paulo (Decreto Estadual nº 12.348, de 27/09/78). (30) (31)

Em 1992, como parte do processo de descentralização das Ações de Saúde – AIS, foi assinado um convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Prefeitura Municipal de Rio Claro, sendo municipalizadas dezessete ações da VISA.

A Vigilância Sanitária Municipal de Rio Claro foi formalmente criada pela Lei nº 2949, de 11 de março de 1998, que estabeleceu as atribuições e competências do Poder Municipal, para o desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária, de acordo com a Lei Orgânica do Município de Rio Claro. (3)

Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e

circulação de bens e prestação de serviços de interesse da saúde abrangendo:

- i- O controle de bens de consumo que direta e ou indiretamente se relacionam com a saúde, compreendidas todas as etapas do produção e consumo e controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A VISA de Rio Claro, conta atualmente, com espaço físico, veículo, equipamento de informática e linha telefônica próprios e uma equipe de treze profissionais de nível universitário e médio, incluindo-se engenheiro, agentes de saneamento, enfermeiros, biólogo e farmacêutica, executa ações nos três níveis de complexidade, ou seja, básica, média e alta.

As ações básicas de vigilância são desenvolvidas no comércio atacadista de alimentos, de correlatos, de cosméticos, de produtos de higiene e perfumes, de saneantes domissanitários, os comércios varejistas de alimentos, medicamentos (drogarias), os depósitos, entre outras.

As ações de média complexidade incluem vigilância das indústrias de alimentos, água mineral, embalagens alimentos, cosméticos, produtos de higiene e perfumes, saneantes e domissanitários, cozinhas industriais, farmácias de manipulação, entre outros.

As ações de alta complexidade compreendem a vigilância das indústrias de medicamentos, de correlatos, serviços de esterilização, atividades de atendimento hospitalar, atendimento de urgência e emergência, atividade de laboratórios de anatomia patológica/citológica e análises clínicas, serviços de diálise, de radiação ionizante, serviços hemoterápicos, banco de leite materno, banco de órgãos, entre outros.

Rotineiramente a equipe municipal realiza vistorias conjuntas com a VISA Regional, da DIR-XV, principalmente nos serviços de Hemodiálise e Hemoterapia com roteiros específicos para avaliar adequação de acordo com as normas legais de funcionamento e rotinas.

II – CENTRO DE CONTROLE DE ZOONOZES – CCZ

Desde a sua implantação, a equipe do CCZ vem desenvolvendo um intenso trabalho preventivo e educativo no município e na região. O objetivo principal do Centro é direcionado para proteger a saúde da população, através do controle sistemático de algumas doenças dos animais (zoonozes), que podem ser transmitidas para o homem, como por exemplo a raiva, leishmaniose, toxoplasmose, leptospirose, tuberculose, brucelose, teníase, cisticercose. Além da sarna, micoses, larva migrans e outros. Muitas destas doenças são fatais para o homem. O CCZ é uma unidade importante no combate de endemias

associadas a estas doenças. O CCZ atua também no trabalho de desratização e promove campanhas educativas como forma de prevenção, neste sentido são realizadas vacinações anti-rábica, e orientação sanitária junto à população responsável pela posse dos animais.

III – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – VE

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (Lei 8080)

Segundo consta no Plano Municipal de Saúde anexado ao processo de municipalização, a Vigilância Epidemiológica foi uma das primeiras áreas a serem municipalizadas, já em dezembro de 1988. Possuindo uma estrutura física de uso exclusivo, com uma equipe formada por quatro profissionais de nível superior, três técnicos de enfermagem e dois auxiliares administrativos, e equipamentos e mobiliários adequados, além de uma viatura própria, o serviço tem por objetivo acompanhar a ocorrência de agravos à saúde no município. Com base nessas ocorrências o Serviço registra, orienta e desenvolve as ações de controle tais como: elaboração de normas técnicas, treinamento e acompanhamento dos serviços.

Entre os programas sob responsabilidade da VE no município de Rio Claro, o controle da Raiva: após 1997, observou-se a ocorrência de um caso positivo em quiróptero, intensificando-se as ações com aumento do número de tratamento e sorovacinação, culminando-se com a implantação do Centro de Controle de Zoonozes no município. Mesmo contando com uma equipe mínima, facilitou sobremaneira o envio de amostras de animais para análise ao Instituto Pasteur em São Paulo.

A cobertura vacinal da população animal, segundo a série histórica de 1990 até 1997, estava abaixo de 70%, atingindo 71,42% em 1998, ficando abaixo da meta prevista que era de 80%. No ano de 1999, houve uma concentração maior de esforços neste sentido, atingindo-se uma cobertura acima de 100%. Porém, em 2001 a cobertura não atinge a totalidade da população canina prevista, caindo para 91,02%.

Em relação à Meningite, embora tenha ocorrido aumento no número de casos de 1996 para 1997, manteve-se o coeficiente de incidência nos anos seguintes, com número de casos dentro do limite esperado. Porém ainda há necessidade de aprimorar a qualidade do diagnóstico laboratorial objetivando-se uma maior especificação do tipo de Meningite. (32)

Na epidemia nacional de Sarampo registrada em 1997, o município de Rio Claro confirmou 16 casos, com coeficiente de incidência de 10,97 casos por 100.000 habitantes.

Quanto à epidemia de Dengue, no ano de 98, a incidência foi baixa, ocorrendo um aumento do número de casos autóctones em 99, suscitando ações mais efetivas de combate ao mosquito, observando-se conseqüentemente uma diminuição do número de casos no ano de 2000, voltando novamente a crescer em 2001, com uma incidência considerada preocupante neste ano de 2002, quando neste momento (meados de maio) vivencia-se uma epidemia com um dos maiores coeficiente de incidência já registrado, 22 casos por 100.000 habitantes.

Quanto às ações de controle da Tuberculose no ano de 2000 ocorreu no Estado de São Paulo, uma campanha de busca ativa de casos de Tuberculose nos sintomáticos respiratórios, embora tenha descoberto apenas um caso durante a campanha, o município de Rio Claro foi premiado simbolicamente por atingir proporcionalmente o maior número de indivíduos investigados.

A detecção de Hanseníase está em ascensão, sendo que predominam as formas polarizadas (Virchowiana, Dimorfa e Tuberculóide), mostrando um diagnóstico tardio. No ano de 2000 foi cumprida a meta estabelecida para diagnóstico de 17 casos.

O Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas – MDDA foi implantado no ano 2000 em algumas unidades, sendo ampliado no ano 2001, atingindo 15 unidades de saúde. Foram monitorados 2.832 casos de diarréias no ano 2001, tendo ocorrido 11 surtos, com um total de 94 casos confirmados. No ano em curso, já foram monitorados 452 casos, tendo ocorrido 1 surto com 96 casos.

No ano de 2000, com exceção da vacinação para a Gripe no idoso, que atingiu uma cobertura de 63,8%, todas as outras vacinas ultrapassaram a meta de 100%.

IV – UNIDADE DE AVALIAÇÃO E COTROLE

A Unidade de Avaliação e Controle – UAC, instituída pelo Decreto Municipal 5752, em fevereiro de 1998, com uma equipe técnica composta de onze funcionários, sendo um coordenador, um enfermeiro e três médicos, quatro administrativos e dois escriturários, é responsável pelo acompanhamento, controle e avaliação do Sistema de Saúde, avaliando o desempenho dos serviços que integram o Sistema de Saúde, sob os aspectos de custo, produtividade e qualidade. Dentro de suas finalidades e ações destacam-se: (33)

- Acompanhamento da resolutividade dos serviços de saúde e a satisfação dos usuários em função da qualidade do atendimento;
- Supervisão e auditoria dos serviços de saúde;
- Processamento da produção ambulatorial e hospitalar;

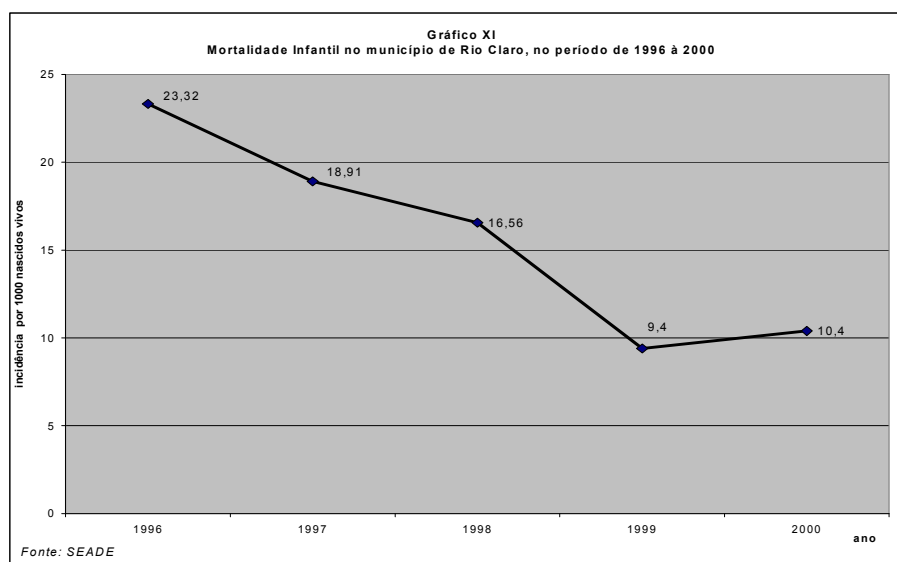
- Geração de informações estatísticas permitindo o planejamento e adequação das ações de saúde.

São utilizados como ponto de referência, os sistemas de informação existentes: SAI/SUS - Sistema de Informações Hospitalares; Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC; Sistema Nacional de agravos e Notificação - SINAM; Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN; incluindo-se o SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica.

PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA:

1 - Monitoramento da Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil tem caído a cada ano, como pode ser observado no Gráfico XI:



Esta redução foi mais significativa para a mortalidade infantil tardia, evidenciando o componente neonatal como a faixa etária de maior ocorrência. Com o objetivo de manter a tendência de redução da mortalidade infantil, novas estratégias de intervenção foram definidas. A primeira delas foi a obrigatoriedade dos pediatras passarem a assistir todos os partos na sala de parto.

Visitas domiciliares e visitas aos hospitais com levantamento dos prontuários pela vigilância epidemiológica para investigação da causas de mortalidade infantil no município: desde o início de 1998, a vigilância epidemiológica faz visitas diárias aos hospitais da cidade (particulares ou não), sendo iniciada a vacinação através da aplicação da BCG e vacina contra hepatite B, e entrega da carteira de vacina, quando são

feitas as primeiras orientações e as crianças atendidas pelo SUS são agendadas nas UBS e ou PSF mais próximos de casa dentro da primeira semana de vida. As unidades de saúde, por sua vez, deixam reservadas vagas na agenda dos pediatras para essas crianças. Também é feita a identificação dos bebês de risco, sendo preenchida uma ficha específica de avaliação que é entregue à mãe para que seja apresentada no momento da consulta.

As crianças que passam pelo Pronto Socorro Municipal Integrado e pelo Pronto Atendimento do Cervezão são atendidas por pediatras em todos os plantões e, na ausência circunstancial do pediatra, quando necessária uma internação, a criança é avaliada por um pediatra na Santa Casa imediatamente à internação.

Em junho de 2002, foi inaugurada a UTI pediátrica, totalmente construída e equipada com recursos públicos repassados pelo governo do Estado de São Paulo, garantindo suporte de vida para os recém-nascidos de risco, que não necessitarão encaminhamento para outras cidades, permitindo um acompanhamento mais próximo e com maior interação dos pais na recuperação destas crianças, humanizando assim o atendimento, como preconizado pelo SUS, o que contribuirá ainda mais para a redução da mortalidade infantil, que já é uma das mais baixas do Estado.

Em julho de 2001 foi estruturada uma equipe multiprofissional constituída por 1 médico pediatra, 1 enfermeiro, 2 assistentes sociais, 1 nutricionista, 1 biólogo que trabalha na área de educação em saúde, 1 terapeuta ocupacional e 1 auxiliar administrativo. Essa equipe coordena os programas de atenção básica à saúde com vínculo direto com as UBS, PSF e Centro de Especialidades, realizando trabalho educativo de grupos com os usuários, dentre eles, grupos de gestantes.

Uma outra intervenção consiste em identificação das crianças que freqüentam as UBS e PSF, com risco de desnutrição ou desnutridas, através do preenchimento da planilha do SISVAN, a qual é usada como base para escolha das crianças a serem incluídas no Programa do Leite em Pó do Ministério da Saúde, com distribuição de leite em pó e óleo de soja segundo os critérios do referido programa.

Existe ainda a identificação, realizada por assistentes sociais, de crianças pertencentes a famílias de baixa renda, que são incluídas no Programa Viva Leite da Secretaria de Agricultura do Estado de São Paulo.

Está em andamento o cadastramento de crianças, gestantes e nutrizes para o Programa Bolsa Alimentação do Ministério da Saúde, devendo ser implantado brevemente um trabalho de acompanhamento e formação de grupos educativos para orientação dos beneficiários e dos responsáveis pelas crianças atendidas no Programa. Há uma parceria com a Pastoral da Criança para que as famílias envolvidas neste Programa sejam acompanhadas mais de perto pelas líderes da Pastoral,

reforçando as orientações dadas nas UBS e PSF e identificando e encaminhando os beneficiários que necessitem de um atendimento profissional.

É importante ressaltar o estreito relacionamento entre os profissionais da Secretaria de Saúde do município de Rio Claro e a Pastoral, e o reconhecimento por parte dos profissionais da saúde da importância de trabalho realizado pelas lideranças pastorais. Há uma total integração na identificação das famílias pertencentes às comunidades mais carentes da cidade, com um trabalho de acompanhamento e orientação das gestantes e nutrízes e acompanhamento do desenvolvimento ponderal e neuropsicomotor das crianças até 6 anos, com discussão e busca de solução dos problemas que surgem, como por exemplo agendamento de consultas, participação das líderes nas consultas médicas das pessoas por elas acompanhadas, identificação das novas gestantes através do acompanhamento do exame de gravidez realizado nas UBS e PSF etc.

Existem serviços de atendimento mais especializados que servem de referência para o atendimento de crianças:

1 – Centro de Referência da Infância e Adolescência de Rio Claro – CRIARI: realiza o atendimento de crianças e adolescentes de 3 a 18 anos incompletos que estejam apresentando dificuldades afetivas, psíquicas, familiares e/ou sociais. O trabalho é realizado por uma equipe multiprofissional constituída por hebeatra, psiquiatra, neuropediatra, psicóloga, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, assistente social e auxiliar administrativo. Rio Claro é o único município que oferece serviço para a atenção à saúde mental da criança e adolescentes na DIR-XV.

2 – Centro de Habilitação Infantil “Princesa Vitória” (CHI): realiza o atendimento de crianças e adolescentes de zero a 14 anos que sejam portadoras de deficiência física, visual, auditiva, com malformação labiopalatal, com múltiplas deficiências ou que apresentam atraso do desenvolvimento neuropsicomotor. Com uma equipe multiprofissional constituída por neuropediatra, fisiatra, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, pedagogo especializado, professor de educação física adaptado, assistente social, técnico de enfermagem e monitores.

3 – Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS: faz o atendimento e acompanhamento de gestantes e crianças HIV positivo ou com AIDS.

4 – Centro de Especialidades Odontológicas – CEO: possui uma equipe especializada em tratamento de canal, cirurgias odontológicas, prótese dentária móvel e ortodontia, dando suporte às Unidades Básicas, Programa de Saúde da Família e rede escolar, onde realizam serviços de restauração, obturação, extração e trabalhos preventivos e educativos junto aos alunos.

SAÚDE DO TRABALHADOR

Este programa foi criado com o objetivo principal de organizar formas de intervenção sobre os principais fatores de risco à saúde, decorrentes dos diferentes processos de produção, visando à implantação de políticas e práticas de prevenção à saúde do trabalhador.

A Lei nº 8080 define como saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina, através das ações da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- I. assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II. participação, no âmbito de competência do SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III. participação, no âmbito de competência do SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- IV. avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V. informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI. participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VII. revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- VIII. a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores. Possui espaço físico e linhas telefônicas próprias, com uma equipe de cinco profissionais de nível superior: um Médico do Trabalho, um Psicólogo, um Enfermeiro, uma Fonoaudióloga e um Engenheiro de Segurança do Trabalho.

Apenas dois municípios da DIR-XV têm estruturado o Programa de Saúde do Trabalhador: Rio Claro e Piracicaba, existindo uma carência

preocupante de atividades voltadas à promoção e proteção da saúde do trabalhador na região.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF

Em Rio Claro existem duas equipes do PSF, já implantadas, e uma em fase de implantação. A primeira foi implantada no Jardim Novo Wenzel, que abrange os bairros do Bonsucesso, Novo Jardim Wenzel e região; a segunda foi implantada na Unidade Básica do Distrito de Ajapi, incorporando também o bairro rural de Ferraz. A terceira unidade irá funcionar no bairro Mãe Preta.

O PSF é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Oferece serviços com consultas médicas, vacinação, curativos, injeções, medicação, inalações, além de encaminhamentos quando necessários.

O objetivo do programa é a atenção primária, sendo a família o foco central da atenção. O enfoque assistencial é integral, considerando as necessidades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde com identificação das situações de risco.

As equipes são constituídas por médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Após receberem treinamentos para o adequado atendimento, atuam na unidade de segunda a sexta-feira, com uma escala de oito horas diárias.

O PSF inicia o seu trabalho com o cadastramento de todas as famílias do bairro. A partir desse cadastro, pode-se conhecer os moradores pelo nome, idade, escolaridade, bem como informações a respeito de variáveis que influenciam a qualidade de vida, como situação de moradia, condições de saúde etc. Essas informações, uma vez consolidadas e analisadas na unidade básica, são encaminhadas para a Secretaria Municipal de Saúde, que por sua vez envia cópia para a DIR-XV, para ser enviado ao Ministério da Saúde, responsável por parte do financiamento do Programa. O incentivo repassado pelo Ministério é variável, dependendo do nível de cobertura do programa no município. No extrato do fundo municipal, para o mês de abril de 2002, foram repassados R\$ 4.668,00 para a equipe do Programa de Saúde da Família, e R\$ 2.016,67 para o Programa de Agentes Comunitários.

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

No Programa de Saúde Mental, os serviços são distribuídos conforme as especialidades, otimizando o atendimento. O antigo ambulatório de saúde mental deu espaço a um único programa que integra as seguintes unidades:

1. Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS: este núcleo assiste os pacientes portadores de psicoses e neuroses graves, desenvolvendo ações que visam resgatar a cidadania dos portadores de sofrimento psíquico, integrando-o ao convívio social. As atividades do NAPS compreendem:
 - Urgência e Emergência com funcionamento nas 24 horas.
 - Internação Integral com permanência por um período de 24 horas;
 - Internação Parcial com permanência por um período de 12 horas;
 - Oficinas Terapêuticas;
 - Programa de Trabalho Apoiado;
 - Grupos de Familiares;
 - Atendimento Domiciliar;
 - Acompanhamento Ambulatorial.
2. Centro de Referência da Infância e da Adolescência de Rio Claro – CRIARI: atendendo a demandas sociais, afetivas, familiares e educacionais, este centro oferece um espaço clínico e um processo de acompanhamento do desenvolvimento para crianças e adolescentes com apoio familiar e escolar com atendimentos:
 - Clínico em grupos, individual quando necessário;
 - Orientação Familiar;
 - Projeto Integração Saúde e Educação;
 - Parceria com o Conselho Tutelar;
 - Parceria com a Secretaria de Ação Social;
 - Ações Preventivas.
3. Núcleo de Atenção à Toxicodependência – NAT, atende a usuários de droga e álcool e outras drogas, envolvendo os seus familiares no tratamento. Esta unidade oferece:
 - Psicoterapia individual e em grupo;
 - Atendimento médico psiquiátrico;
 - Grupos de acolhimento familiar;
 - Grupos de mulheres esposas e companheiras de alcoolistas;
 - Psicoterapia familiar;
 - Ações preventivas.

Vale ressaltar que o NAT, nas ações de prevenção, tem parcerias com a Secretaria Municipal de Ação Social e a entidade São João da Escócia, prestando atendimento aos familiares, crianças e adolescentes.

Além disto, o Programa de Saúde Mental conta com o apoio do Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico – CEAD, localizado na Rua 10 nº 152, que oferece atendimento ambulatorial para os casos de angústia e depressões leves, com atendimento em grupos.

MEIO AMBIENTE

Vários estudos epidemiológicos e demográficos evidenciaram a relação entre condições de saneamento e mortalidade de crianças, principalmente as menores de um ano. (34, 35).

Segundo a "International Foundation", "Saneamento é o modo de vida, e a qualidade de vida, expressa em condições de salubridade, com casa limpa, comércio e indústria limpos, fazendas limpas. Sendo um modo de vida, deve vir do povo, ser alimentado pelo saber e crescer como um ideal e uma obrigação nas relações humanas". (36)

As Nações Unidas designaram o período de 1981 a 1990 como a década da água potável e do saneamento básico, como objetivo de fazer com que esses elementos, os componentes mais importantes para a infra-estrutura de um ambiente saudável, estivessem cada vez mais presentes na vida das populações.

Segundo a Lei Orgânica da Saúde, é competência do SUS executar serviços de saneamento básico, devendo colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las.

Apesar de todas as recomendações e aparato legal, verifica-se que o aumento da disponibilidade de água potável pela população brasileira foi de pouco mais de 30% nos últimos 10 anos. Em 1980, segundo dados censitários do IBGE, existiam 54,9% de domicílios ligados à rede de água; em 1991, este percentual subiu para 70,7%. Para as regiões no Norte e Nordeste, esta proporção estava abaixo de 50%. (37)

O município de Rio Claro, já em 1987, possuía 100% da população com fornecimento de água. Possui um Departamento Autônomo de Água e Esgoto - DAAE, responsável pelo abastecimento de água da cidade.

Em relação à rede de esgoto, em 2000, 90% da área urbana possuíam rede de afastamento e 10% com soluções individuais, como fossas.

O tratamento de esgoto no perímetro urbano de Rio Claro se iniciou em 1998, com a entrega da Estação de Tratamento no Jardim das Palmeiras. Oito mil pessoas foram atendidas com a obra. Atualmente vários bairros, aproximadamente 36 mil pessoas, são beneficiados com rede de tratamento de esgotos. Com a entrega da segunda Estação de Tratamento de Esgoto do perímetro urbano, Rio Claro chega a 30% de seus esgotos tratados, diferenciando-se das demais cidades do estado e do país, que não atingem 10% de tratamento do seus dejetos, sendo o esgoto doméstico a maior causa de poluição dos mananciais brasileiros.

A ampliação do tratamento de esgotos no município não beneficia apenas Rio Claro. O compromisso de preservação dos rios ultrapassa as fronteiras municipais. A visão da prefeitura de Rio Claro é que este benefício se estende a todos os municípios vizinhos da região, como por exemplo o município de Piracicaba, que capta 100% da água consumida do rio Corumbataí, onde é despejada grande parte dos esgotos de Rio Claro.

Os dejetos humanos podem ser veículos de germes patogênicos de várias doenças, dentre as quais a hepatite, cólera, diarreias infecciosas, febre tifóide, amebíase, ancilostomose, esquistossomose, teníase, ascaridíase etc. Por isso se faz indispensável afastar a possibilidade do contato dos dejetos com o homem, as águas de abastecimento, vetores (moscas, baratas) e alimentos.

Sob o aspecto sanitário, o destino adequado dos dejetos humanos tem o objetivo de evitar a poluição do solo e dos mananciais de abastecimento de água, evitar o contato de vetores com as fezes, além de propiciar a instituição de bons hábitos de higiene na população e atender ao conforto e senso estético.

Sob o aspecto econômico, a ocorrência de doenças, denominadas doenças de veiculação hídrica, ocasionadas pela falta de condições adequadas para a destinação dos dejetos, além de ter um custo direto para o sistema de saúde, relacionado com a assistência, pode levar o homem à inatividade ou reduzir sua potencialidade para o trabalho, transformando-o de uma unidade produtiva a uma carga para a sociedade. Outros aspectos devem também ser considerados, como redução dos custos do tratamento de água para abastecimento, através da prevenção da poluição dos mananciais, controle da poluição das praias, lagos, lagoas e locais de recreação, com o objetivo de promover o turismo, preservação da fauna aquática etc. Assim, as medidas de saneamento, além da redução da mortalidade infantil e diminuição dos custos desnecessários ao sistema de saúde, objetiva também preservar a capacidade de produção e a qualidade de vida do homem.

Além do compromisso com a expansão de tratamento do esgoto de Rio Claro, o município participa ativamente de entidades e fóruns de discussões e decisões a respeito da preservação ambiental. A partir de 1988, o atual prefeito foi eleito presidente do Comitê das Bacias Hidrográficas dos rios Piracicaba, Capivari e Jundiaí. O Comitê foi criado em 1991 e é uma das mais representativas entidades de gerenciamento dos recursos destinados a manutenção e preservação dos rios. O Comitê possui 21 membros titulares e 19 suplentes, com participação paritária de representantes do governo e da sociedade civil nos grupos técnicos. Atualmente o prefeito está no seu segundo mandato de presidente do Comitê.

Como um dos integrantes do Comitê, Rio Claro teve acesso a recursos do Fundo Estadual de Recursos Hídricos – Fehidro, para

investimento nas estações de tratamento dos bairros Jardim das Palmeiras e Jardim das Flores. O Fehidro é um fundo da Secretaria Estadual de Recursos Hídricos destinado a dar suporte à política estadual de recursos hídricos. Os empreendimentos financiados pelo Fehidro priorizam as indicações dos Comitês de Bacias Hidrográficas de acordo com as diretrizes do Plano Estadual de Recursos Hídricos. O objetivo é aproveitar, proteger, recuperar, controlar e conservar os recursos hídricos do Estado de São Paulo.

Quanto ao Lixo Urbano, o município possui aterro sanitário e coleta seletiva de lixo. O primeiro aterro do município para resíduos industriais é um marco no trabalho conjunto entre a prefeitura e o Centro das Indústrias do Estado de São Paulo – CIESP. Entregue em agosto de 2001, o aterro foi construído de acordo com rígidas normas de segurança, para evitar risco de contaminação, recebendo 100 toneladas mensais de resíduos industriais. O aterro possui área para receber 110 toneladas de lixo doméstico.

POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO

A Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro – FMSRC, criada por Lei Municipal no ano de 1995, entrou em operação em janeiro de 1996. O quadro funcional da instituição foi formado pelos antigos servidores da Secretaria Municipal de Saúde, através da assinatura de um termo de anuência, através do qual o trabalhador concordava em se transferir à FMSRC, tendo garantidos todos os direitos trabalhistas adquiridos durante o tempo em que exerceu suas funções naquela Secretaria.

Através dessa transferência, o servidor passou a responder pelas regras contidas no Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS – da FMSRC. Esse Plano contém explícitos os termos em que seriam regidos os contratos trabalhistas da instituição recém-criada.

Portanto, principalmente através da aprovação do PCCS, a FMSRC passou a contar com normas claras na administração de recursos humanos. Além disso, houve, com a criação da FMSRC, a constituição de uma diretoria específica para cuidar dos assuntos relativos aos recursos humanos e também uma Chefia de Recursos Humanos.

Isso, associado ao texto legal, possibilitou ao governo que assumiu a administração municipal em 1997 planejar ações específicas para executar uma política voltada aos recursos humanos em saúde.

A SITUAÇÃO EM 1997

Em 1997 a administração municipal encontrou os recursos humanos da saúde numa situação muito parecida com o quadro funcional da Prefeitura Municipal; ou seja, funcionários com o décimo

terceiro salário de 1996 atrasado, além de uma sensível defasagem salarial, o que criava uma situação de expectativa quanto aos rumos que o novo governo tomaria.

A atual administração saldou rapidamente a dívida do décimo terceiro salário com seus servidores e promoveu, ainda em 1997, um reajuste salarial total de 20% para o conjunto de trabalhadores públicos municipais.

Como a FMSRC, apesar de autonomia na admissão de pessoal e na administração de recursos humanos, não pode executar uma política salarial diferente do adotado pela administração direta, os atos relacionados a essa política ficam a cargo das diretrizes definidas pelo Prefeito, cabendo à administração da FMSRC seguir o determinado pelo governo municipal.

O quadro funcional da FMSRC continha nessa época apenas 93% de servidores que ocupavam cargos de carreira de forma irregular, ou, mais precisamente, servidores que não haviam prestado concurso público para preenchimento dessas vagas.

Com relação à carga horária, a atual administração encontrou outra situação conflitante: por determinação judicial e graças a uma política de redução de carga horária adotada pela administração passada (1992/1996), os servidores da saúde que foram contratados até 1997 têm carga horária de seis horas, o que gera uma demanda por mão de obra ainda maior.

O PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS

O PCCS proporcionou à atual administração da FMSRC a possibilidade de planejar melhor as ações de política de recursos humanos. Graças a esse instrumento legal, pôde-se dimensionar o quadro de pessoal, adequando-se as ações da municipalização à realidade funcional da instituição. Através desse trabalho, concluiu-se na Fundação que o quadro de pessoal está defasado, sendo que o atual número de funcionários é insuficiente para o desenvolvimento das atividades a que o município se propôs na área da saúde.

Verificou-se também, através da análise do PCCS, que a maioria dos servidores da FMSRC estava irregular nos cargos que ocupavam, evidenciando uma situação que a Prefeitura como um todo apresentava em 1997. Mais precisamente, a maioria dos servidores públicos municipais do Poder Executivo, nessa época, estava numa situação funcional irregular.

Isso gerava uma instabilidade nas relações entre servidores e administração, o que de certa maneira, atrapalhava o desenvolvimento da política de saúde definida pela administração municipal.

Como principal e primeiro objetivo da política de recursos humanos da FMSRC, a atual administração decidiu por fazer cumprir a

Lei, ou seja, através do explicitado no texto legal, a atual administração procurou regularizar o quadro funcional e executar as normas contidas no PCCS.

POLÍTICA SALARIAL

Apesar de a política salarial da FMSRC estar vinculada diretamente à administração direta, isso não impediu que houvesse, por força de Lei, diferenças no salário e na progressão funcional entre a FMSRC e a Prefeitura. A principal delas é que o piso salarial da FMSRC é maior que o da Prefeitura (R\$ 384,30 na Fundação e R\$ 346,50 na Prefeitura, em valores atualizados). Outra diferença é que, como a FMSRC tem um PCCS próprio, as regras para a progressão na carreira são específicas.

A progressão na carreira do trabalhador municipal da saúde ocorre de dois em dois anos, conforme a data de aniversário da contratação de cada funcionário, e corresponde a uma elevação no salário da ordem de 5%.

Essa progressão é acompanhada por uma avaliação de desempenho, instrumentos pelo qual a administração da FMSRC determina quais funcionários terão direito ao benefício, conforme especificado no texto legal (artigo 23 da Lei 2784).

A atual administração da FMSRC segue o descrito na Lei para os novos contratos, ou seja, na composição salarial dos funcionários que assumem seus cargos, pagando apenas o que a Lei determina.

REGULARIZAÇÃO DO QUADRO FUNCIONAL

Como parte da política adotada pela atual administração, procurou-se equacionar a irregularidade contida no acesso do funcionário ao quadro funcional da instituição. Em fevereiro de 1998, a FMSRC abre seu primeiro concurso público da atual administração. Esse foi um grande concurso, que objetivou regularizar a maioria do quadro, abrindo vagas para todas as carreiras da Fundação.

Esse processo se caracterizou pelo embate e pela reação contrária de setores do sindicalismo público municipal que, em resumo, considerou esse processo prejudicial aos servidores que compunham o quadro até 1997. Como resultado, o processo foi embargado pela justiça e posteriormente liberado – e considerado legal pelo Poder Judiciário – no segundo semestre de 1999.

Com o concurso público, o quadro funcional da FMSRC progressivamente foi se regularizando, chegando atualmente a 82% dos funcionários regularmente contratados segundo o que determina a Lei.

ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL

Como parte importante da política de recursos humanos, a FMSRC desde 1997 procurou investir em atualização profissional, buscando melhorar a atuação dos servidores nas atividades de saúde e valorizar o profissional que presta serviço na FMSRC.

Foram investidos em média, por ano, dez mil reais (conforme dotações orçamentárias), entre simpósios, encontros, cursos de curta duração, seminários e congressos diversos.

Em uma avaliação conclusiva, a atual administração encontrou dificuldades com o quadro de pessoal da FMSRC em janeiro de 1997 que influenciaram na implantação imediata das políticas de saúde do novo governo.

As medidas tomadas pela administração foram implementadas de acordo com o explicitado tanto na Constituição Federal, como na CLT e também no PCCS da instituição.

A política salarial da FMSRC segue os mesmos preceitos da política adotada pelo governo municipal. Os salários, de uma maneira geral, estão compatíveis com o mercado de trabalho da região de Rio Claro, somente merecendo destaque a remuneração paga aos médicos que prestam serviços nos ambulatórios do município, que apesar de não estarem muito diferentes dos pagos na região, apresentam pouco atrativo para que novos profissionais se interessem em fazer parte do quadro funcional da FMSRC.

Com relação à regularização do quadro de funcionários, o concurso realizado pela FMSRC atingiu seus objetivos. O processo de adequação do quadro às normas legais ainda não foi concluído, restando 18% dos cargos preenchidos irregularmente.

Nas ações desenvolvidas com o objetivo de atualizar os conhecimentos profissionais dos servidores da FMSRC, os investimentos destinados para esse fim pela instituição explicitam a preocupação da atual administração com a qualidade dos serviços prestados aos munícipes usuários dos serviços públicos de saúde. No entanto, verifica-se que, até o final do ano de 2001, a FMSRC não desenvolveu um programa organizado de atualização profissional, ficando a cargo das demandas das áreas específicas a decisão de aplicar os recursos em determinados eventos de atualização, não existindo um planejamento para esse fim.

Nota-se, por fim, que o principal problema enfrentado pela atual administração é a defasagem no número total de funcionários contidos no quadro de pessoal da FMSRC. Esse problema vem afetando consideravelmente o desenvolvimento dos trabalhos realizados na área da saúde do município, muito embora já tenha sido aprovada, pelo Poder Legislativo, uma proposta de aumento no número de cargos do PCCS, que regulariza o quadro existente atualmente, mas não atende à necessidade da demanda.

AS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Em Rio Claro foram realizadas cinco conferências. As duas últimas após a habilitação do município na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, como fora definido na III Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1997.

A IV Conferência Municipal de Saúde de Rio Claro, realizada nos dias 26, 27 e 28 de Novembro de 1999, tendo como tema central "Construindo o SUS em Rio Claro", contou com a participação de mais de 250 pessoas, entre convidados, delegados, suplentes, funcionários da Saúde e a população em geral. Durante os meses de outubro e novembro de 99, foram realizadas mais de sessenta pré-conferências em todas as unidades de saúde com a participação de órgãos e instituições representativas da comunidade, além dos usuários e profissionais de saúde.

Durante a Conferência, duas importantes mesas redondas foram realizadas: a primeira mesa, coordenada pelo Prefeito Cláudio Antonio de Mauro, abordou o tema "Financiamento do SUS e modelo Assistencial", tendo como convidado o Dr. Roberto Gouveia, Médico Sanitarista, Deputado Estadual e autor do Código de Saúde do Estado de São Paulo, e a Dra. Maria Luiza Jaeger, Secretária de Estado da Saúde do Rio Grande de Sul; a segunda mesa redonda teve como tema "Controle Social", e convidados o Dr. Humberto Jacques de Medeiros, Procurador da República do Distrito Federal; a Dra. Maria do Socorro Matos, Médica do Projeto Qualis SP; e Márcia Mullin, Enfermeira Sanitarista coordenadora de Movimento Populares do Estado de São Paulo. A Segunda mesa foi coordenada pelo Secretário Municipal, Antônio Roberto Stivalli.

Com uma extensa discussão das várias propostas apresentadas nos diferentes grupos temáticos, após consensuadas, foram encaminhadas à Plenária Final um total de 103 propostas, considerando as áreas Urgência e Emergência, Saúde Coletiva (Vigilância à Saúde), Saúde Mental e Portadores de Necessidades Especiais e Assistência à Saúde, que após aprovadas adquiriram caráter de Resolução da IV Conferência Municipal de Saúde de Rio Claro. ()

A V Conferência Municipal de Saúde de Rio Claro, realizada no período de 29 de novembro a 2 de dezembro de 2001. O tema principal foi "A Saúde do Cidadão com Qualidade, Financiamento e a Participação Popular", teve na sua abertura o Dr. Adib Jatene, ex-ministro da saúde, como palestrante. A palestra foi realizada no teatro do SESI, contando com a presença de 250 pessoas, entre profissionais da área de saúde, lideranças das comunidades locais e delegados eleitos nas pré-conferências. O ex-ministro durante a sua fala comentou o êxito do município de Rio Claro na redução da mortalidade infantil, com uma taxa de 9,4 óbitos por mil nascidos vivos; disse que os municípios que

conseguiram atingir este patamar dão uma demonstração inequívoca de que estão atendendo à população, especialmente a de baixa renda. Afirmou que este índice significa "um atestado de qualidade nos serviços de saúde". Dr. Adib Jatene lembrou que no Brasil a média da mortalidade infantil está acima de 30/1000 nascidos vivos, e que no Nordeste os números são ainda piores. Destacou ainda o avanço do município na área de saneamento básico, com 100% de coleta de esgoto, com uma meta para tratamento de 60% até 2004.

Além do Dr. Adib Jatene, convidados da mesma importância compareceram como palestrantes na Conferência, como o Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde. Nas mesas redondas, para o primeiro tema, "Financiamento do SUS: A responsabilidade das Três esferas de Governo", foi palestrante o Dr. Carlos Armando Lopes do Nascimento, Assessor do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de Paulo – COSEMS; Dra. Maria Luiza Jaeger, Secretária de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; Dr. Rosinha Florivaldo Fier, Médico e Deputado Federal do Estado do Paraná; Antônio Carlos Riani Costa, Diretor de Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro; Dr. José Carlos de Moraes, Médico, vice-presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo e Secretário de Saúde de Jacareí-SP.

No período que precedeu a conferência, foram realizadas 55 pré-conferências, envolvendo representantes de diversos segmentos da sociedade. Participaram das pré-conferências aproximadamente 1.400 pessoas. Em cada reunião agendada com a comunidade o número de adesões foi expressivo, sendo eleitos 120 delegados e 120 suplentes que participaram ativamente durante os quatro dias de realização da IV Conferência, sendo deliberadas 86 resoluções das propostas surgidas nos grupos temáticos: I – "Saúde do Cidadão com Qualidade"; II – "Financiamento"; III – "Participação Popular". Estas resoluções, projetadas para o período de 2002 a 2004, têm o objetivo de garantir maior sustentação ao processo de implantação do SUS, iniciado em 1997, qual seja, de fortalecimento e qualificação do sistema de saúde local, consolidando a prevenção, a promoção, a assistência e reabilitação, com participação efetiva da sociedade.

A V Conferência Municipal de Saúde de Rio Claro foi especialmente dedicada ao Médico Sanitarista Dr. David Capistrano da Costa Filho, considerado "O Guerreiro da Saúde", falecido no dia 10 de novembro de 2000. ()

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

No ano em que assumiu a gestão plena do sistema, o município de Rio Claro possuía cinco hospitais em seu território: a Santa Casa de

Misericórdia, o Hospital Santa Filomena, o Hospital Evangélico, o Hospital da Unimed e o Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes.

O número de leitos oferecidos, a natureza jurídica e a relação com o Sistema Único de Saúde, no que diz respeito a ter ou não convênio, está discriminado no quadro abaixo:

Tabela I: Serviços Hospitalares existentes no município de Rio Claro no ano de 1998:

Hospital	Nº Leitos	Classificação	Natureza	Conv.SUS
Santa Casa	209	Geral	Filantrópica	Sim
Bezerra Menezes	196	Psiquiátrico	Filantrópica	Sim
Santa Filomena	60	Maternidade	Privado	Não
Evangélico	20	Geral	Privado	Não
Unimed	15	Geral	Privado	Não

Fonte: Cadastro VISA/DIR XV

Com um oferta total de 500 leitos, o que correspondia à época 3,19 leitos por 1000 habitantes, considerando os leitos privados e os conveniados ao SUS, se avalia como uma oferta adequada de acordo com parâmetros de necessidades da população em condições sócio-econômicas semelhantes.

Para que se possa analisar as condições enfrentadas pelo município ao assumir a gestão, alguns fatos merecem ser levados em consideração no que diz respeito à situação da relação com serviços hospitalares.

Por decisão da Coordenadoria de Saúde do Interior da Secretaria de Estado da Saúde, à época da implementação da NOB-96, não deveriam ser priorizados na municipalização os hospitais psiquiátricos de abrangência regional. Por esta razão, mesmo estando o Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes localizado dentro do município de Rio Claro, não foi dado a este a prerrogativa de assumir a gestão do convênio SUS deste serviço, tendo sido municipalizado unicamente o convênio da Santa Casa de Misericórdia.

Àquela época, a Santa Casa de Rio Claro talvez atravessasse o período mais crítico de sua história. Desestruturada física e tecnicamente, com sérias dificuldades financeiras, encontrava-se sob intervenção municipal, intervenção esta discutível quanto à competência legal, uma vez que o gestor do convênio SUS era o Estado.

O Prefeito Cláudio de Mauro, sensível à situação da Santa Casa, tão logo assumiu a administração, no seu primeiro mês de governo, em janeiro de 1997, suspendeu a intervenção. No ano seguinte, uma vez habilitado na condição de gestão plena e detentor da competência legal do convênio, busca restabelecer uma relação de parceria, com o

objetivo de promover a integração do mesmo ao sistema local, dentro das diretrizes maiores do SUS, conforme consta na proposta para a Assistência Hospitalar, do Plano Municipal de Saúde: ()

“O hospital não deve ser entendido como o mais importante equipamento do SUS, responsável pelo principal atendimento à saúde, estando acima dos demais serviços. Nem tão pouco como serviço paralelo, distante e mesmo marginal do sistema público de saúde do município.

Pelo contrário, deve ser parte integrante do sistema municipal de saúde envolvido com as diretrizes gerais deste sistema e estar organizado para dar conta da assistência hospitalar, em toda sua complexidade, de acordo com as necessidades de saúde da população. Deve ainda respeitar as discussões realizadas em todas as instâncias onde se exerce o controle social na cidade (conferência, conselho municipal de saúde, conselhos locais) e também as características epidemiológicas dos problemas de saúde da população.

Entretanto, a política de financiamento desenvolvida pelo Governo Federal para o SUS, devemos reconhecer, não consegue cobrir os custos dos serviços prestados.

A legislação do SUS garante, quando esgotada a capacidade do serviço público, prioridade aos serviços filantrópicos, já que estes não têm fins lucrativos.

Apesar de, em inúmeras ocasiões, as entidades filantrópicas perderem as suas características e até a finalidade de benemerência, lutando pela sobrevivência, devemos lembrar que foram construídas e superam suas crises com o apoio da comunidade, sendo portanto autênticas “instituições comunitárias”.

É natural portanto que o principal parceiro da Prefeitura e dos cidadãos de Rio Claro, na questão da assistência hospitalar, seja a Santa Casa.

E é de fundamental importância que o poder público municipal consiga estabelecer uma relação próxima com a Santa Casa de Rio Claro, no sentido de otimizar os serviços realizados pela instituição, integrando-a ao SUS, e obter o apoio necessário de toda a comunidade para garantir a saúde financeira da instituição.

O sistema de saúde do município não pode prescindir do atendimento hospitalar e é necessário que estes serviços estejam em concordância com as diretrizes do SUS a nível municipal”.

Por decisão da própria Santa Casa, no final do ano de 1997, o número de leitos ofertados ao SUS foi reduzido, levando a um reajuste a menor, no valor financeiro considerado no convênio, uma vez que este valor é calculado de acordo com a capacidade instalada, ou seja,

número de leitos multiplicado pelo valor da diária de internação por clínicas específica de acordo com uma tabela nacional.

Desta forma, quando o município assume a gestão plena, o teto financeiro para o custeio das internações SUS que constava no convênio entre a Santa Casa e a Secretaria Estadual havia sofrido um corte aproximado de R\$ 60 mil/mês, equivalente a um total anual de R\$ 720.000,00 que deixou de ser incorporado ao Teto Financeiro Global do Município (que será detalhado mais adiante).

O Gestor Municipal, procurando garantir mais recursos para restabelecer uma oferta adequada de leitos aos seus munícipes e também aos munícipes das demais cidades que compõem a micro-região, se empenha junto ao nível regional da Secretaria Estadual de Saúde, Dir-XV, na busca de soluções imediatas e muito articuladamente junto aos fóruns decisórios, como o Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS e Conselho Nacional de Secretários – CONASS, trabalha na busca de soluções definitivas para financiamento da saúde no nosso país.

No dia 4 de agosto de 1998, o *Diário de Rio Claro* traz na página 9, a seguinte manchete:

“Pavilhão Central 1 é desativado totalmente

Falta de médicos, abandono e desesperança é o que encontram os pacientes que procuram atendimento pelo Sistema Único de Saúde na Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro, único hospital que atende pelo Sistema.”

Na mesma página do *Diário*, em destaque a seguinte matéria:

“DIR acena com esperança para verbas atrasadas

O secretário municipal da Saúde, Antônio Roberto Stivalli recebeu formulários da DIR XV (Divisão Regional) para que seja calculada e registrada diferença entre o valor repassado pelo Ministério da Saúde e o valor produzido pela Santa Casa de Misericórdia. Os formulários devem ser entregues de volta a DIR, durante nova reunião a ser realizada na próxima quarta-feira em Piracicaba.

Por outro lado, também o prefeito Cláudio de Mauro esteve reunido com o coordenador da Saúde no interior, Luiz Muzolino, em São Paulo, levando a ele o problema que o déficit gerado pelo SUS vem ocasionando em Rio Claro.

Stivalli declara que somando-se tudo isso às esperanças que teve em São Paulo, no último final de semana, o resultado é uma tônica para a Saúde em Rio Claro: “Com todas essas tentativas, existem esperanças de que entre dinheiro “novo” para reverter a situação atual” revela Stivalli.

No último Domingo, cerca de 120 secretários de Saúde participaram do 1º Cosems/SP (Congresso de Conselho dos Secretários Municipais da Saúde do Estado de São Paulo), que decidiram organizar-se com o objetivo de pressionar o Congresso para a votação, ainda este ano, de um projeto que garanta aos municípios uma verba fixa anual para o sistema Único de Saúde (SUS).

Embora deva oscilar um pouco, não deixa de ser uma verba fixa, com a qual poderemos contar nos próximos anos”, declara Stivalli. A aprovação instituirá garantias orçamentárias aos secretários para desenvolvimentos de projetos e investimentos na área.

Três propostas estão tramitando no congresso.

Uma delas é o projeto de emenda constitucional 169/96 do deputado federal Eduardo Jorge (PT/SP), que prevê a vinculação de receitas para o Sistema único de Saúde (SUS). O projeto elaborado por Jorge prevê a vinculação de receitas para o SUS, com destinação de parte da receita de seguridade social (30%) e dos governos federal estadual e municipal (10% cada) para a saúde pública.

“Outra proposta do ministro da Saúde, José Serra, permitirá um aumento gradativo de recursos na área da Saúde. Dos R\$ 25 bilhões destinados à saúde este ano, pularemos para R30 bilhões no próximo ano e 39 bilhões em 2003”.

Defendida pelo deputado Ursicino Queiroz (PFL/BA) a idéia é de que a verba para a saúde venha da contribuição sobre o lucro (uma parte do imposto das empresas) da contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), 15% dos municípios e 12% dos estados.

A terceira proposta é do Conselho Nacional de Saúde. O projeto é semelhante ao proposto por Queirós, mas com a equidade da contribuição dos Estados e Municípios em 13%.

Com a aprovação de qualquer uma das propostas, os municípios brasileiros terão cerca de 11 bilhões a mais para entrar no orçamento do ano que vem.

Stivalli admite que o que se gasta com Saúde no Brasil é muito pouco: “No Brasil, o gasto da saúde por habitante é de R\$ 150,00 por ano, mais R\$ 90,00 no setor privado, enquanto que o Uruguai gasta R\$ 400,00 por habitante, a Argentina R\$ 600,00, Canadá R\$ 2.000,00 e os Estados Unidos R\$ 4.000,00”, encerra.

Com a aprovação de qualquer uma das propostas, os municípios brasileiros terão cerca de R\$ 11 bilhões a mais para entrar no orçamento do ano que vem. Assim, a verba da Saúde aumentaria de R\$ 150,00 anual por habitante para R\$ 250,00.”

Analisando-se a primeira parte da matéria jornalística acima, quanto à possibilidade de verbas atrasadas, considerados como passíveis de serem reincorporados ao Teto Financeiro Global do município de Rio Claro, após avaliação dos valores constantes nas

planilhas enviadas à DIR pelo município e após garantias de retomada do atendimento ao SUS por parte da Santa Casa, decidiu-se, em conjunto com a Coordenadoria de Saúde do Interior da Secretaria de Estado da Saúde, pelo acréscimo de R\$ 70.000,00/mês equivalente a R\$ 840.000,00 por ano, o que foi anunciado pelo Secretário Estadual de Saúde, Dr. José da Silva Guedes durante a inauguração do Centro de Nefrologia da entidade, conforme noticiado no *Jornal de Rio Claro*, em 22 de agosto de 1998.

Além deste acréscimo financeiro, o Município decidiu considerar do seu próprio orçamento a título de subvenção o valor de R\$ 100 mil/mês. Repasses outros foram feitos para custeio ou investimentos por parte do Estado ou União para que a Santa Casa se reestruturasse (vide tabela). Verbas que possibilitaram a construção da UTI adulta e pediátrica, Centro de Hemodiálise, compras de equipamentos ambulâncias e uma ambulância UTI. Porém, não existem evidências de reconhecimento por parte do Hospital, pois este tem sido um dos pontos críticos que o gestor local tem enfrentado para a viabilização das propostas de integração do seu único prestador hospitalar ao seu sistema de saúde. Com constantes ameaças de interrupção de atendimento, que são veiculadas na mídia local e regional, gerando um instabilidade para a população usuária, e um descrédito nas políticas públicas que em nada contribui para o fortalecimento do SUS.

Para uma melhor tomada de decisão quanto à revisão dos termos de convênio e visando à melhoria da qualidade dos serviços hospitalares, o gestor municipal tem recorrido a consultorias especializadas. O resultado recente demonstrou, através de análise da situação baseada nos controles internos, custos dos serviços e fluxos dos serviços prestados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro à Fundação Municipal de Saúde, concluiu-se que os lançamentos contábeis apresentados pelo hospital propiciam confusão no seu entendimento e, principalmente, induzem a uma avaliação tendenciosa, que subestima os repasses públicos decorrentes dos convênios com o SUS, facilitando a formação de falso juízo sobre os reais valores que custeiam o hospital.

Comparando-se os valores pagos pelo SUS com os valores dos seguros privados através da análise de convênios, balanço patrimonial e financeiro, ficou evidente a importância do Convênio SUS para a própria sobrevivência da Santa Casa.

A tabela abaixo apresenta os valores médios das internações SUS, realizadas nas demais Santas Casas que possuem convênios com SUS localizadas no âmbito da DIR-XV:

Tabela II: Valor Médio de internação por Hospital da Região da DIR XV Piracicaba, no período de Janeiro a Julho/2000:

Hospital	Valor médio de internação
Irm. Santa Casa Mis. De Araras	585,21
Santa Casa de Miser. De Capivari	277,91
Irm. Da Santa Casa de Mis. De Leme	294,47
Sociedade Operária Humanitária	221,92
Irm. Da Santa Casa de Mis. De Limeira	549,61
Irm. Da Santa Casa de Mis. De Piracicaba	607,54
Assoc. Fornec. Cana Piracicaba Seção Hospital	764,20
Irm. Santa Casa Mis. De Rio Claro**	606,03
*Incluindo valores do código 7	
**Incluindo R\$ 100 mil de repasse do Tesouro municipal	

Fonte – SIH/SUS

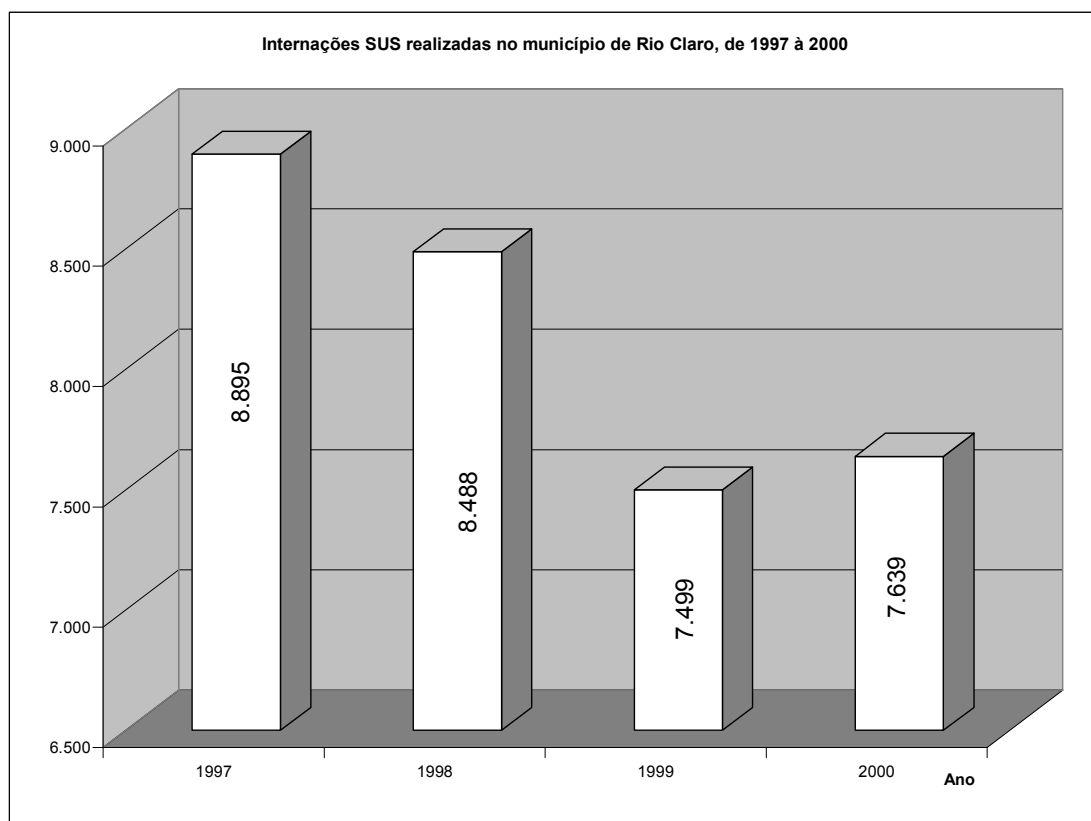
A Santa Casa de Rio Claro, de acordo com a complexidade dos serviços oferecidos, é classificada em nível II. Igualmente para as Santas Casas de Leme, Humanitária de Limeira e de Capivari. As demais, por oferecerem serviços de maior complexidade são consideradas de nível III. Tomando os valores apresentados pela tabela acima, percebe-se que os custos das internações realizados pela Santa Casa de Rio Claro estão muito acima dos valores médios dos outros hospitais do mesmo nível de complexidade, se aproximando do custo médio das internações da Santa Casa de Piracicaba e Hospitais dos Fornecedores de Cana, que oferecem serviços de altíssima complexidade tais como cirurgia cardíaca, transplantes de rim e outros.

Considerando-se outros pontos da matéria jornalística, é importante lembrar que nesta época conviviam-se com freqüentes atrasos nos repasses por parte do governo federal, em função da instabilidade do orçamento da saúde, chegando algumas vezes a atrasos de mais de 60 dias. Após uma intensa movimentação de vários representantes do setor saúde, e de vários parlamentares, foi aprovada pelo Congresso Nacional e promulgada pelo Senado Federal, no ano de 2000, a Emenda Constitucional 29, que promoveu a vinculação de recursos para a saúde nos orçamentos das três esferas de governo, assegurando um percentual mínimo para a saúde, obrigando os estados e municípios alocarem, a partir de 2000, pelo menos 7% da receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais para a área da saúde. Este percentual deverá crescer gradualmente até atingir 12% para os estados e 15% para os municípios. A união deveria dispensar 5% a mais do que dispensou em 1999, e para os anos seguintes, o valor apurado no ano anterior deveria ser corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB. (38)

O Gráfico a seguir demonstra a evolução do número de internações realizadas pela Santa Casa de Rio Claro no período de 1998 a 2000.

GRÁFICO XII

Fonte: SIH/SUS



Observa-se uma queda acentuada do número de internações, o que pode ser creditado à reestruturação da Rede Básica, já demonstrado pelo aumento do número de consultas (Gráficos I e II). Faz-se necessária uma comparação da evolução dos repasses financeiros, queda das internações e complexidade dos serviços oferecidos no momento da revisão dos termos de convênio.

Financiamento

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, aos respectivos fundos de saúde.

De acordo com o artigo 194 da Constituição Federal, a saúde integra a Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social.

O artigo 195 determina que a Seguridade Social será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de Contribuições Sociais.

As principais fontes de recursos para a Seguridade Social incidem sobre a Folha de Salários, o Faturamento e o Lucro Líquido. Outras fontes específicas e transitórias para o financiamento SUS têm sido consideradas, como o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira – IPMF, criado em 1994, e depois transformado em Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF. Pela segunda vez a CPMF é causa de intenso debate legislativo sobre sua prorrogação, já não sendo contribuição exclusiva da saúde.

A Emenda Constitucional nº 29, de 2000, determina a vinculação dos recursos destinados pelos diversos níveis de governo – União, Estados e Municípios, garantindo fontes de financiamentos estáveis para atender às demandas da população, como dito anteriormente, obrigando os estados e municípios a alocarem, a partir de 2000, pelo menos 7% da receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais para a área da saúde, percentual este deverá crescer gradualmente até atingir 12% para os estados e 15% para os municípios. A união deverá dispensar pelo menos 5% a mais do que dispensou em 2000.

A tabela a seguir demonstra o financiamento do SUS no município de Rio Claro, no período de 1998 a 2000, com os valores dos três níveis de governo, com respectivos percentuais:

Tabela III: Totalidade do Financiamento do SUS, conforme origem, no município de Rio Claro, nos anos de 1998 a 2000:

ORIGEM	1998	%	1999	%	2000	%
Federal	2.531.099,88	23	4.651.540,04	33	4.105.177,00	26
Estadual	1.244.563,42	11	1.790.341,92	13	3.009.420,31	19
Municipal	7.188.027,18	66	7.465.479,17	54	8.859.236,20	55
Total	10.963.690,48	100	13.907.361,13	100	15.973.833,51	100

Fonte : DATASUS/SIOPS e DIR XV

Na análise dos dados, observa-se um aumento expressivo das receitas no período de três anos, da ordem de 45%. Faz-se necessário esclarecer que somente para os recursos oriundos do nível Federal ocorre o

repassa direto ao Fundo Municipal de Saúde. Na composição da receita estadual, foram considerados os recursos destinados a custeio pessoal e encargos, medicamentos, vacinas e insumos, hemodiálise, órteses e próteses, além dos repasse diretos de custeio e investimento para a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro.

O Fundo Municipal tem a finalidade de ser o receptor único de todos os recursos destinados à saúde. A gestão do Fundo é de responsabilidade do poder executivo municipal (gestor da saúde) sob a fiscalização do Conselho Municipal.

ORÇAMENTO PARTICIPATIVO

O compromisso em consolidar a Promoção à Saúde é um processo político e social que requer o envolvimento de cada uma e de todas as pessoas. Isto significa compromisso público local com a implantação de políticas saudáveis, que contemplem fortalecer a capacidade da comunidade para melhorar a qualidade de vida, visando inclusive à participação decisória em todas as etapas do processo. A elaboração do orçamento participativo é uma evidência deste compromisso.

Em 1998, a Prefeitura de Rio Claro implantou com a participação da população o Orçamento Participativo, quando foi organizada uma comissão composta por várias secretarias municipais, com o objetivo de criar as condições para que a população fosse ouvida a respeito do orçamento municipal. Para organizar a participação do Conselho foi elaborado e aprovado um regimento interno, pelo primeiro Conselho do Orçamento Participativo eleito.

Para facilitar a participação da população, o município foi dividido em 16 regiões. Nas reuniões regionais que acontecem de abril a junho, são levantadas as necessidades de investimento em cada bairro que compõem a região, estabelecendo-se três prioridades por bairro. Nessas reuniões são eleitos dois representantes por bairro, que participam de uma reunião plenária que acontece no mês de julho, para selecionar três prioridades por região e eleger os 16 conselheiros e seus suplentes que representarão cada região no Conselho do Orçamento Participativo.

Após deliberação das prioridades elencadas em cada região, definem-se os investimentos prioritários e passíveis de serem contemplados no orçamento, que são incorporados à peça orçamentária, sendo então encaminhado à Câmara de Vereadores para aprovação. No ano seguinte, o Conselho acompanha a aplicação dos recursos.

CONTROLE SOCIAL

Implantar o SUS em Rio Claro significou também criar condições para a participação da comunidade no gerenciamento de seus recursos.

A efetivação do controle Social sempre foi uma preocupação do atual gestor municipal, buscando cumprir o que determina a Lei 8142, de 28/12/90, vale dizer, o tema da IV Conferência Municipal de Saúde.

Quando assumiu no seu primeiro mandato, em 1996, a atual administração já contava com um Conselho Municipal de Saúde, formalmente criado em 1991. Entretanto sua estrutura organizacional não era paritária e o mandato de seus membros estava vinculado ao mandato do Prefeito, ou seja, o mandato dos membros do Conselho terminava quando acabava o mandato do Prefeito.

Iniciou-se então um amplo processo de discussão com os conselheiros da época, processo este que culminou com a reestruturação do Conselho aprovada na III Conferência Municipal de Saúde, em 1997. Propôs-se a partir daquela data um conselho paritário tripartite, com representantes de usuários, representantes das instituições da sociedade civil e dos trabalhadores da saúde.

Este novo grupo de conselheiros buscou reformular a legislação que os instituía e apresentou ao Poder Executivo uma nova proposta de redação para a Lei Municipal de 1991, que criou o Conselho Municipal de Saúde de Rio Claro. Nesse sentido, em 19 de novembro de 1999, a Câmara Municipal de Rio Claro aprovou a Lei de nº 3072, formalizando legalmente a nova estrutura organizacional que estava se montando, o que veio trazer avanços importantes em relação à participação da comunidade na gestão do SUS em Rio Claro. Por exemplo, diferentemente da maioria dos municípios, o Presidente do Conselho não teria que ser, necessariamente, o Secretário Municipal de Saúde. Esta responsabilidade passou a ser dividida entre os membros do Conselho, desde que eleito com a maioria dos votos pelos demais conselheiros. Atualmente, iniciou-se a segunda gestão de uma presidência exercida por um conselheiro que não é o secretário.

Outro aspecto importante da atual legislação refere-se ao mandato dos conselheiros. Parte deles passou a ser renovado pelas Conferências, de dois em dois anos, e não mais com o fim do mandato do Prefeito. Isto vem garantindo que o Conselho Municipal de Saúde de Rio Claro, no seu processo histórico, acumule conhecimentos em relação ao SUS, permitindo com isso maior participação nas decisões em relação às prioridades de investimento na área da saúde.

Além disso, a nova legislação estabeleceu diretrizes para a criação dos Conselhos Gestores de Unidades ou Conselhos Locais de Saúde. Esses Conselhos deveriam se constituir com a participação de 50% de usuários, 25% de representantes da administração e 25% de representantes de trabalhadores. Isto permitiu que se iniciasse um amplo debate com as comunidades locais, sobre a importância da criação desses Conselhos para o melhor funcionamento das unidades de saúde.

Como consequência desses debates, além do Conselho Gestor do Ambulatório de Saúde do Trabalhador, que fora criado no bojo do processo de discussão da formação do novo Conselho Municipal, foram criados os Conselhos Gestores da Unidade Básica de Saúde de "Oreste Giovanni", da Unidade Básica de Saúde da Vila Cristina e da Unidade Básica de Saúde Jardim das Palmeiras, totalizando cinco Conselhos Gestores de Unidade de Saúde.

Outro Conselho importante que se formou no Município, embora não esteja diretamente ligado à estrutura da Saúde, foi o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência – CONDIP, organizado a partir da experiência do Conselho Municipal de Saúde. Embora já houvesse na cidade um conselho voltado às necessidades da pessoa portadora de deficiência, sua legislação era centralizadora, dificultando a participação das pessoas. Em reunião com as entidades prestadoras de serviços nessa área ou que representavam portadores de deficiência, chegou-se à conclusão que a legislação que criava este conselho precisava ser modificada. Assim, este grupo de entidades entregou uma proposta de legislação ao Prefeito, e este a enviou à Câmara Municipal que, em outubro de 2001, aprovou a Lei Municipal que criou o CONDIP, que vem se reunindo mensalmente para discutir questões relacionadas às pessoas com necessidades especiais.

IV PARTE

Avaliação Técnica dos Municípios em Gestão Plena

Em continuidade ao processo de descentralização do SUS, foi aprovada a NOAS-SUS 01/2001, já citada na primeira parte deste tópico. Neste momento todas as três esferas de governo, federal, estadual e municipal, estão empenhadas na tarefa de implantação desta Norma.

Como citado anteriormente, a NOAS redefine as responsabilidades de cada nível de governo na gestão do SUS e ressalta a importância da articulação permanente entre os diversos gestores como um dos principais elementos para melhoria do desempenho do sistema.

O Processo de avaliação, sob coordenação geral da Coordenadoria de Planejamento em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e coordenação técnica do Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria, contando com uma equipe formada por técnicos da Coordenação dos Institutos de Pesquisa, das Direções Regionais de Saúde, e de representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, foi executado nos meses de Agosto, Setembro e Outubro de 2001, incluiu todos os municípios. Habilitados na Gestão Plena.

Atualmente existem no Estado de São Paulo 160 municípios habilitados em Gestão Plena. Esta avaliação constitui uma etapa fundamental do processo de qualificação destes municípios, já que a NOAS estabelece, como pré-condição para uma micro-região/região qualificar-se, que os municípios sede de módulos assistenciais estejam habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, condição de Rio Claro, e que os demais estejam habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica. Assim, após a definição dos municípios capacitados para sede de módulos e dos municípios a eles adscritos, a Secretaria de Estado da Saúde, através da Comissão Bipartite, deverá promover o processo de atualização e habilitação dos municípios de acordo com o preconizado com esta Norma.

O resultado final da avaliação foi apresentado na reunião ordinária da Comissão Bipartite de Março de 2002. Portanto, os dados a seguir, além de atuais, são considerados de alta qualidade, uma vez que foram realizados por técnicos gabaritados da área de Saúde do Estado de São Paulo.

Além da avaliação *in loco* da disponibilidade de equipamentos e recursos humanos necessários, compatível com a capacidade para atender aos compromissos programados e pactuados, foi aplicado um questionário com questões que possibilitassem a aferição dos 17 (dezessete) critérios definidos previamente, com pontuação equivalente: 0,2 = inadequação; 0,4 = inadequação com possibilidades imediatas de adequação; 0,6 = adequação parcial; 0,8 = adequação total e 1 = excelente.

Os critérios definidos foram:

- 1- Controle Social;
- 2- Gestão Orçamentária e Financeira;
- 3- Relatório de Gestão;
- 4- Organização e Liderança;
- 5- Plano Municipal;
- 6- Atenção Básica;
- 7- Rede Própria, Contratada/Conveniada e Regionalização;
- 8- Planos e estratégias;
- 9- Usuários e Sociedade;
- 10- Gestão de Informações;
- 11- Gestão de Pessoas;
- 12- Cartão SUS, Informatização, Regulação, Controle e Avaliação da Assistência;
- 13- Vigilância Epidemiológica;
- 14- Vigilância Sanitária;
- 15- Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria
- 16- Gestão de Processos;
- 17- Resultados.

A Planilha a seguir apresenta o resultado com a classificação final dos municípios. Por razões técnicas, serão apresentados somente os resultados dos municípios que compõem a região da DIR-XV:

Avaliação dos Municípios Plenos do Estado de São Paulo segundo critérios de adequação da Gestão.

	ARARAS	CONCHAL	PIRACICABA	LEME	LIMEIRA	ITIRAPINA	R.PEDRAS	RIO CLARO	SÃO PEDRO
Controle Social	0,4	0,6	0,6	0,4	0,8	0,4	0,4	0,8	0,4
Gestão Orçamentária e Financeira	0,4	0,6	0,6	0,6	0,8	0,2	0,4	0,6	0,2
Relatório de Gestão	0,6	0,8	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,8	0,6
Organização e Liderança	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,2	0,2	0,8	0,2
Plano Mun. Saúde/ Prog. e Projetos	0,6	0,6	0,6	0,6	0,8	0,2	0,2	0,8	0,2
Atenção Básica	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,2	0,2	0,6	0,2
Rede Própria, Cont. Conven. e Regional.	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,2	0,6	0,6	0,6
Planos e Estratégias	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,2	0,2	0,8	0,2
Usuários e Sociedade	0,6	0,6	0,8	0,6	0,8	0,6	0,2	0,8	0,2
Gestão de Informações	0,6	0,6	0,6	0,6	0,8	0,2	0,2	0,8	0,2
Gestão de Pessoas	0,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,2	0,6	0,8	0,6
Cartão SUS, Informat., Reg., Cont. e Av. Assis.	0,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,2	0,2	0,6	0,2
Vigilância Epidemiológica	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,6	0,8	0,8	0,8
Vigilância Sanitária	0,6	0,8	0,8	0,6	0,8	0,6	0,8	0,8	0,6
Comp. Muni. Do SNA	0,6	0,6	0,6	0,6	0,8	0,2	0,6	0,6	0,6
Gestão de Processos	0,6	0,4	0,6	0,6	0,6	0,2	0,2	0,8	0,2
Resultados	2	2	2	2	2	0	1	2	0
	11,4	12	12,2	11,6	12,8	5	7,4	13,8	6
CLASSIFICAÇÃO	PARCIAL	PARCIAL	PARCIAL	PARCIAL	PARCIAL	INADEQ	INADEQ	PARCIAL	INADEQ

Segundo dados da Planilha acima, o Município de Rio Claro apresenta a mais alta pontuação na classificação dos Municípios da DIR XV.

Classificando-se com Adequação Total para a maioria dos critérios avaliados, com exceção dos critérios de Atenção Básica, Rede Própria Contratada/Regionalizada, Cartão SUS, Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação de Resultados, para os quais obteve pontuação equivalente à adequação parcial.

Considerando os critérios nos quais o município de Rio Claro apresenta adequação parcial:

- Critério 6, relativo à Atenção Básica, inexistem mecanismos formais para garantia de fluxos de referência e contra-referência intra-municipal, dificultando a regionalização da rede, o que poderia gerar uma maior proporção de atendimentos no Serviço de Urgência, quando comparado com o atendimento nas UBS. Esta proporção é de 53,15%. Os Conselhos Gestores Locais foram implantados somente em 38% das Unidades Básicas.

- Quanto ao critério 7 – a regionalização da rede própria/contratada/conveniada, não existe no município um sistema eficiente de regulação da rede própria ou da contratada/conveniada para o atendimento ambulatorial e hospitalar. É importante o empenho do Gestor para a implantação de Sistema de Regulação nos moldes do SISREG/MS ou similar.

- No Critério 12 – Cartão SUS, o município aderiu ao programa, porém ainda não tinha iniciado o processo de cadastramento. Por esta razão obteve uma classificação de adequação parcial.

- No Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria – Critério 15 – esta é uma dificuldade inerente aos três níveis de gestão do SUS. O componente federal do Sistema Nacional de Auditoria foi recentemente criado, existindo uma carência de profissionais capacitados, tanto em qualidade quanto em quantidade. Nenhum dos municípios avaliados no Estado de São Paulo recebeu pontuação de adequação total.

- O Critério 17 está relacionado ao sistema de informações, ou seja, um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informações necessárias para se organizar e operar os serviços de saúde e também para investigação e planejamento com vistas ao controle dos agravos. O município carece da estruturação de um sistema de informação. O sistema de informações em saúde não deve ser confundido com a informatização das informações em saúde. A informatização é hoje uma realidade incorporada ao cotidiano das atividades gerenciais, não somente do setor privado mas também do setor público. Dentre os objetivos de um sistema de informações destacam-se o apoio ao planejamento para tomada de decisões em todos os níveis de organização do SUS – político-estratégico, gerencial e

organizacional, e também subsidiar a avaliação das relações de eficiência e efetividade das políticas, das estratégias e das ações de saúde, bem como o processo de comunicação dos órgãos do setor de saúde com a população, compreendidos os conselhos e entidades e a população em geral.

Embora tenha sido definido por Lei Municipal como atividade da UAC, o Sistema de Informações, além de não se constituir em uma atribuição desta área, na prática não se observa uma atuação voltada a este objetivo, ou seja, utilização das informações para tomada de decisões.

Segundo informações da Dra. Marília Prado Louvison, Coordenadora Técnica do Projeto de Avaliação, nenhum município do Estado de São Paulo obteve critério de excelência em todos os itens. No ranqueamento estadual o município de Rio Claro ocupa a décima terceira posição.

Os municípios considerados inadequados, segundo o resultado da avaliação, deverão ser rebaixados para condição de Gestão Básica, sendo classificados nesta condição os municípios de São Pedro e Rio das Pedras.

Na avaliação geral para a Gestão Plena do Sistema de Saúde, o município de Rio Claro apresenta práticas adequadas e eficazes para os requisitos de transformação da gestão pública, sendo algumas pró-ativas e inovadoras, com uso continuado e maturidade para muitas áreas e processos principais, apresentando tendências favoráveis e desempenho similar às comparações na maioria dos itens.

O Município já detém resultados positivos na mudança do modelo assistencial, na autonomia administrativa dos seus recursos e na implementação dos níveis de participação social.

A redução da mortalidade infantil, as altas taxas de cobertura vacinal, a redução do número de internações, o controle da Tuberculose e da Hanseníase são exemplos de indicadores que demonstram a efetivação de um modelo assistencial voltado ao coletivo e à prevenção.

Nas ações relativas à promoção à saúde e ao controle social, vêm induzido os indivíduos e a população a transformação dos seus hábitos e estilos de vida, construindo comportamentos inovadores com base no exercício da cidadania.

Como observação final deve ser ressaltado o importante papel que o gestor municipal vem desempenhando na relação e gestão intergovernamentais, com alto grau de articulação com os demais gestores municipais e o nível regional da gestão estadual, com participação efetiva em todas instâncias colegiadas como a Comissão Intergestora Regional – CIR, sendo membro da diretoria do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS do Estado de São Paulo. Essa imprescindível participação fortalece o poder de negociação do município, além de possibilitar o acesso às informações propiciando o

compartilhamento das diferentes experiências municipais no processo de construção dos SUS.

Referências Bibliográficas:

- 1 BRASIL, Constituição (1998) Constituição da República Federativa do Brasil: Promulgada em 05 de Outubro de 1988. GOUVEIA, R. ., in Saúde Pública, Suprema Lei. A Nova Legislação para a conquista da saúde, 1ª ed., São Paulo : Mandacaru 2000. 185 p.
- 2 BUSS, P.M., Labra, M. E. (org.) Saúde e Desigualdades in Sistema de Saúde – continuidades e mudanças, São Paulo, Hucitec , 1995. 61-202 p.
- 3 TEIXEIRA, S. M. F. & OLIVEIRA, J.A.A. A Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1976. 330 p.
- 4 CUNHA, J. P.P. & CUNHA, R. E. P.. Sistema Único de Saúde : Princípios em Gestão Municipal de Saúde – Textos Básicos. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro. 2001, 344 p.
- 5 MENDES, E.V. . Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo : Hucitec/Abrasco, 1993
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde – VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986. Relatório.
- 7 BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, in Gestão Municipal de Saúde: Leis, normas e portarias atuais. Brasil, Ministério da Saúde, 2001. 232 p
- 8 BRASIL. Lei 8142 de 28 novembro de 1990. in Gestão Municipal de Saúde: Leis, normas e portarias atuais. Brasil, Ministério da Saúde, 2001. 232 p
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, Portaria Número __, 1991. Diário Oficial da União.
- 10 BRASIL. Ministério da Saúde, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Portaria n.º 545 de 20 de maio de 1993. Diário Oficial da União.
- 11 BRASIL. Ministério da Saúde, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Portaria n.º 2203 de 06 de novembro de 1996. Diário Oficial da União.
- 12 COSTA, M. R. . A Descentralização do Sistema Público de Saúde no Brasil, balanço e perspectiva. in : NEGRI, B. & Giovanni G. Di (org.) Brasil : Radiografia da Saúde, Campinas, SP, UNICAMP – I E, 2001. 588 p.
- 13 SÃO PAULO. Secretaria Executiva da Comissão Intergestora Bipartite do Estado de São Paulo. Cartilha de Habilitação dos municípios na NOB-SUS/96. São Paulo, 1996. 61p.
- 14 BRASIL, Ministério da Saúde, Norma Operacional de Assistência à Saúde. Portaria n.º 95 de 26 de Janeiro de 2001. Diário Oficial da União.

- 15 MAZZIOTTI, N. . Considerações sobre o Processo Evolutivo da Saúde. in: Rio Claro Sesquicentenária – Arquivo do Museu Histórico e Pedagógico “Amadeu Bueno da Veiga”, Rio Claro: 1975. 123-173 p.
- 16 SÃO PAULO. Governo do Estado. Decreto n.º 50192 de 13 de junho de 1969. SÃO PAULO: Diário Oficial do Estado de São Paulo.
- 17 STIVALLI, A. R. e all. Seminário sobre gestão de Governo. Grupo de Saúde. Rio Claro: 19 de Novembro de 1996. 21 p. Impresso
- 18 RIO CLARO. Prefeitura Municipal. Lei Orgânica do Município de Rio Claro: 06 de Abril de 1990. Jornal da Cidade de Rio Claro: 05 de março de 1992. 9-14 p.
- 19 RIO CLARO. Secretaria Municipal de Saúde I Conferência Municipal de Saúde, Rio Claro: 13 de Abril de 1991. Relatório.
- 20 RIO CLARO. Prefeitura Municipal, Lei n.º 2418 de 27 de Agosto de 1991. Institui o Conselho Municipal de Saúde. Rio Claro: Diário Oficial do Município, 1991.
- 21 RIO CLARO. Prefeitura Municipal, Lei n.º 2492 de 06 de Agosto de 1992. Define a Política de Saúde com comando único. Rio Claro: Diário Oficial do Município, 1992.
- 22 RIO CLARO. Prefeitura Municipal, Decreto n.º 4673 de 22 de Setembro de 1993. Aprova Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde. Rio Claro: Diário Oficial do Município, 1993.
- 23 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO. II Conferência Municipal de Saúde. Rio Claro: 1994. Relatório.
- 24 RIO CLARO. Prefeitura Municipal, Decreto n.º 2720 de 23 de Fevereiro de 1995. Institui a Fundação Municipal de Saúde. Rio Claro: Diário Oficial do Município, 1995.
- 25 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2553 de 04 de Maio de 1998. Habilita os municípios do estado de São Paulo na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal. Brasília: Diário Oficial da União. Seção I, vol. 1. 60-61 p.
- 26 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO. III Conferência Municipal de Saúde. Rio Claro: Julho 1997. 171 p. Relatório.
- 27 DIÁRIO DE RIO CLARO. Rio Claro, 17 de Julho de 1997.
- 28 FUNDAÇÃO/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO. Guia dos Serviços Municipais de Saúde de Rio Claro. 2001/2004. 35 p. Impresso.
- 29 RIO CLARO. Prefeitura Municipal, Lei n.º 2449 de 11 de Março de 1998. Estabelece atribuição e Competências de Vigilância Sanitária Municipal. Diário Oficial do Município, 1998.
- 30 RIO CLARO. Prefeitura Municipal, Lei n.º 2259, de 30 de Dezembro de 1988. Adota o Código Sanitário do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Município, 1988.

- 31 SÃO PAULO. Governo do Estado: Código Sanitário do Estado: Decreto Estadual n.º 12348, de 27 de setembro de 1978, São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo.
- 32 SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde, Boletim Epidemiológico da DIR XV Piracicaba. Piracicaba: Setembro de 2001. Ano II. N.º 1. 20p.
- 33 RIO CLARO. Prefeitura Municipal, Decreto n.º 5752, de 13 de Fevereiro de 1998. Institui a Unidade de Avaliação e Controle e defini atribuições. Diário Oficial do Município, 1998.
- 34 VETTER, D. e SIMÕES C. C.. Acesso aos serviços de saneamento e suas relações com a mortalidade. Revista Brasileira de Estatística. Hucitec, 12, 128 vol. 33, 1982.
- 35 SIMÕES, C.C.. Estudos dos diferenciais de mortalidade infantil segundo algumas características sócio-econômicas in: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil. UNICEF. Rio de Janeiro: 1992. Relatório.
- 36 MINISTÉRIO DA SAÚDE, Fundação dos Serviços de Saúde Pública. Manual de Saneamento, 2 ed., Rio de Janeiro: 1981, 250 p.
- 37 MELLO, J. M. H. P. . As condições de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 280p.
- 38 NEGRI, B. E. & GIOVANNI Di G.. Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas, SP: UNICAMP. IE 2001. 588 p.