WILDCE DA GRAÇA ARAUJO COSTA

**A MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
NO ESTADO DE MATO GROSSO: EVOLUÇÃO E DESAFIOS**

**Tese apresentada ao Departamento
de Prática de Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em
Saúde Pública na área de
concentração de Serviços de Saúde
Pública.**

**ORIENTADORA:
Prof^ª. Dr.^a Vitória Kedy Cornetta**

**São Paulo
2000**

**A minha mãe Augusta,
a minha eterna gratidão.**

**Aos meus amados filhos, André Luís
e Gustavo, meus inspiradores.**

**E ao meu companheiro Ediney, pela
cumplicidade na vida a dois e na vida
profissional e que como eu luta e
acredita na concretização de um
sistema de saúde equânime, capaz de
fazer justiça social.**

AGRADECIMENTOS

São muitos os incentivadores, os colaboradores que proporcionaram a concretização desse projeto, entretanto, não posso deixar de mencionar algumas pessoas cuja participação foi fundamental.

Agradeço, às funcionárias das Câmaras Municipais de Sinop e Nova Mutum, a contadora Priscila e Carmem Casagrande, Giovana assessora do prefeito de Cláudia, ao contador de Cláudia e União do Sul Adenor, Ticiane, Maciel e Julio, pela prestação no fornecimento do material a ser analisado.

Aos servidores das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, do Hospital Regional de Sorriso que forneceram as informações necessárias para que este estudo que fosse realizado.

Aos Secretários Municipais de Saúde: Dejair José Pereira (Sorriso), Edson Nascimento (Sinop), Marli (Lucas do Rio Verde), Demétrio (Nova Mutum), (Vera) , Paulo (Santa Carmem), Olga (Feliz Natal), Neide (Tapurah), Claudete (Nova Ubiratã).

Pela ajuda na parte final deste trabalho também sou grata ao auxílio incondicional de Marilza Cardi, Susan Basso, Luiz Augusto companheiros da Fundação Municipal de Ensino Superior de Nova Mutum.

Ao governo de Mato Grosso e principalmente ao Povo de Mato Grosso por financiar os meus estudos propiciando o pagamento dos meus salários para que eu fosse liberada das atividades cotidianas para dedicar-me com exclusividade a este trabalho.

Agradeço especialmente a Neide Maria Rodrigues da Silva minha amiga e companheira da Secretaria de Saúde de Mato Grosso, pelo apoio e estímulo nas horas difíceis.

Pelo incentivo, dedicação, receptividade, carinho e compreensão, à minha orientadora e amiga Prof^a. Dr^a. Vitória Kedy Cornetta que sempre acreditou na minha capacidade de realização desse projeto.

Um agradecimento especial à Deus, aos meus irmãos que me apoiaram e aos meu esposo e filhos que suportaram as minhas variações de humor nos dias difíceis e pelo abandono das minhas funções domésticas para dedicar-me a este projeto.

RESUMO

Este estudo tem por objeto a municipalização dos serviços de saúde no estado de Mato Grosso, no período de 1994 a 1998 e objetiva analisá-lo tendo como referência o efetivo desempenho dessa política nos 11 (onze) municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires considerados referências na saúde estadual.

Trata-se de um estudo descritivo utilizando-se dos procedimentos técnicos do delineamento do tipo documental, onde a municipalização dos serviços de saúde nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires é analisada a partir da evolução capacidade física instalada, da produção de serviços, da capacidade financeira, dos gastos com saúde e da situação dos recursos humanos no sistema municipal de saúde.

O entendimento da municipalização como estratégia política de descentralização e de organização dos serviços de saúde e transformação do modelo de atenção a saúde impõe a discussão dos aspectos conceituais da municipalização, o resgate da história recente da saúde no cenário regional e nacional.

Descreve ainda, o estado de Mato Grosso, a partir da caracterização geográfica, ocupação territorial, evolução econômica e demográfica recente e os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires nas dimensões geográfica, econômica, demográfica e de condições de vida.

A análise dos dados é quantitativa no que diz respeito a capacidade da rede física, a produção dos serviços de saúde, a situação dos recursos humanos e o grau de autonomia financeira municipal em relação as outras esferas de governo.

A descrição do processo histórico da municipalização e do efetivo desempenho dessa política nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires permite mostrar os avanços e apontar as tendências e os desafios da municipalização da saúde no estado de Mato Grosso proporcionados após a implantação da Norma Operacional Básica (NOB) 01/93, referência da municipalização no Brasil.

ABSTRACT

The subject of this study is the municipalization of health service in Mato Grosso State, from 1994 to 1998 and intend to describe and to analyze having with reference the effective performance this policies in 11 (eleven) town council of Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires considered reference in the regional health.

Treat about a descriptive subject utilizing techniques proceedment of the delineament of the documental type, where the municipalization of health service in the town council of Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, is analyzed from the evolution of physical capacity settle down, of service production, of financial capacity, of expense with health and the situation of human resorts in the municipal system health.

The understanding of municipalization, as policies strategy of decentralization and organization of health service and transformation of attention model to health, establish the discussion of municipalization aspects conceptual, the ransom of recent health history in the regional and national scenery.

Describe, yet, the Mato Grosso State, from the geographic characterization, territorial occupation, recent economic and demographic evolution and the town council of Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires in the geographic , financial, demographic dimension and the life conditions.

The basis analyze is quantitative when talk about the capacity of the physical trap, the production of the health services, the situation of the human resorts and the grade of municipal financial autonomy in relation to others government spheres.

The description of historic process of municipalization and the effective performance of this policies in the town council of Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires consent to show the advances and to point the tendency and the challenges of municipalization of health in the Mato Grosso proportionated after to implant the Norma Operacional Básica (NOB) 01/93, reference of municipalization in the Brazil.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	i
Lista de Figuras	iii
Lista de Siglas	vii
1. Introdução	1
2. Objetivos	5
3. Metodologia	6
3.1. Objeto de Estudo.....	6
3.2. Local do estudo	6
3.3. Tipo de Pesquisa.....	8
3.4. Coleta de Dados.....	8
3.5. Análise e Interpretação de Dados	10
4. Municipalização: Estratégia Política de Descentralização.....	13
4.1. Concepções Ideológicas sobre a Descentralização	13
4.2. Dimensões e Formas da Descentralização	18
4.3. Limitações e Possibilidades da Municipalização	21
5. Municipalização da Saúde no Brasil.....	24
5.1. Antecedentes: Centralização e Dualidade.....	24
5.2. A Municipalização nas Ações Integradas de Saúde (AIS).....	27
5.3. A Municipalização no Sistemas Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).....	30
5.4. A Municipalização no Sistema Único de Saúde (SUS).....	33
6. Municipalização e Organização de Serviços de Saúde.....	44
6.1. Sistemas Locais de Saúde (SILOS)	45
6.2. Distrito Sanitário	47
6.3. O Modelo Assistencial no Processo de Municipalização.....	48
7. O Estado de Mato Grosso.....	56
7.1. Caracterização Geográfica.....	56
7.2. O Processo de ocupação	56
7.3. Evolução Demográfica e Econômica Recente	57
8. Os Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires.....	61
8.1. Localização	61
8.2. Características Demográficas	62
8.3. A Evolução Político – Administrativa	63
8.4. Caracterização Econômica.....	65
8.5. Condições de Vida	66

9. O Processo Histórico da Municipalização dos Serviços de Saúde no Estado de Mato Grosso	69
9.1. Os Primeiros Movimentos da Municipalização	69
9.2. SUDS: A Pré – Municipalização	72
9.3. A Municipalização da Rede Básica de Saúde	77
10. A Municipalização dos Serviços de Saúde nos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires	83
10.1. Breve Histórico	83
10.2. A Evolução da Capacidade Física Instalada da Rede Pública de Saúde nos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires.....	86
10.3. A Evolução da Produção Ambulatorial dos Serviços Municipais de Saúde nos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires...	97
10.4. A Expansão dos Recursos Humanos na Rede Municipal de Saúde nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires.....	108
10.5. A Evolução da Capacidade Financeira nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires.....	117
10.6. Evolução dos Gastos com Saúde nos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires.....	122
11. AS TENDÊNCIAS E OS DESAFIOS DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO	129
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141
14. ANEXO 1	149

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Classificação dos Índices de Condições de Vida (ICV) e Índice Médio de Valor Adicionado (IMVA), segundo o município do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1998.....	7
Tabela 2	Evolução Político-administrativa e Demográfica do Estado de Mato Grosso, período de 1960 a 1998.	59
Tabela 3	População Residente , Urbana e Rural, Mato Grosso, 1960-1991.....	59
Tabela 4	Distribuição de Municípios, segundo a população, Mato Grosso, 1998	60
Tabela 5	Distância dos municípios do Consórcio da Região Teles Pires à Cuiabá e Sorriso.	62
Tabela 6	Evolução da população, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.	63
Tabela 7	Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, segundo o tempo de emancipação política e a origem, 1998.....	64
Tabela 8	Classificação do Índice Médio de Valor Adicionado, segundo o município da região do Teles Pires, no período de 1995 a 1997	66
Tabela 9	Índices de Condições de Vida dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1991	67
Tabela 10	Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde da Rede Pública de Saúde existentes no ano da municipalização, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso.....	83.
Tabela 11	Evolução da Capacidade Física Instalada da Rede Pública de Saúde, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, na municipalização e 1998	88.
Tabela 12	Distribuição de Hospitais e Leitos do SUS, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994.....	90

Tabela 13	Distribuição de Hospitais e Leitos do SUS, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1998.....	92.
Tabela 14	Distribuição dos Exames de Patologia Clínica e do Percentual em relação ao Número de Consultas Médicas (CM) segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato grosso, 1994 e 1998.....	101

LISTA DE FIGURAS

Mapa 1	Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1998.....	61.
Mapa 2	Índice de Condições de Vida dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1991.	67
Gráfico 1	Evolução da Capacidade Física Instalada da Rede Hospitalar e Ambulatorial Pública de Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, Mato Grosso, na municipalização e 1998.	87
Gráfico 2	Evolução da Capacidade Física Instalada da Rede Ambulatorial Pública nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo o Tipo de Unidade, Mato Grosso, na municipalização e 1998.	89
Gráfico 3	Evolução da Capacidade Física Instalada da Rede Hospitalar nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.....	91
Gráfico 4	Capacidade Instalada de Leitos da Rede Hospitalar do SUS nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo a natureza, Mato Grosso, 1994 – 1998.	93
Gráfico 5	Distribuição dos Leitos da Rede Hospitalar do SUS nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo a especialidade médica, Mato Grosso, 1998.....	93
Gráfico 6	Evolução do Número de Leitos por 1000 habitantes segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato grosso, 1994 – 1998.....	94
Gráfico 7	Evolução das internações do SUS, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.	95
Gráfico 8	Evolução das Internações do SUS realizadas nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo a natureza do Estabelecimento Hospitalar, Mato Grosso, 1994 – 1998.	96
Gráfico 9	Distribuição das Internações realizadas no Hospital Regional de Sorriso, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1998.....	97

Gráfico 10	Evolução das Consultas Médicas da Rede Municipal de Saúde, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 –1998.....	98
Gráfico 11	Evolução do Número de Consultas Médicas/Habitante/Ano da Rede Municipal de Saúde, segundo os município do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso,1994 – 1998.....	99
Gráfico 12	Evolução da Produção de Exames de Patologia Clínica da Rede Municipal de Saúde segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato grosso, 1994 – 1998.	100
Gráfico 13	Evolução do Número de Exames de Patologia Clínica/1000 habitantes/Ano da Rede Municipal de Saúde segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato grosso, 1994 – 1998.....	102.
Gráfico 14	Evolução da Produção do Atendimento Odontológico (Procedimentos) da Rede Municipal de Saúde segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato grosso, 1994 – 1998.	103
Gráfico 15	Evolução do Número de atendimentos Odontológicos/ Habitante/Ano da Rede Municipal de Saúde, segundo os município do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso,1994 – 1998.	104
Gráfico 16	Evolução da Produção do Atendimento Básico da Rede Municipal de Saúde segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato grosso, 1994 – 1998.....	105
Gráfico 17	Evolução do Número de Atendimento Básico/1000 Habitantes/Ano da Rede Municipal de Saúde segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato grosso, 1994 – 1998.	106
Gráfico 18	Evolução da Produção dos Serviços de Saúde/ Habitantes/Ano da Rede Municipal de Saúde nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, 1994 –1994.	107
Gráfico 19	Composição dos Recursos Humanos da Rede Municipal de Saúde dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo o Tipo de Vínculo Empregatício, Mato Grosso, 1998	109.
Gráfico 20	Composição dos Recursos Humanos da Rede Municipal de Saúde dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo a função, Mato Grosso, 1998.....	109

Gráfico 21	Distribuição dos Profissionais de Saúde da Rede Municipal de Saúde dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo o Perfil Profissional, Mato Grosso, 1998.....	110
Gráfico 22	Distribuição dos Profissionais de Nível Superior da Rede Municipal de Saúde dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1998.....	111
Gráfico 23	Distribuição dos Médicos da Rede Municipal de Saúde dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo a Especialidade Médica, Mato Grosso, 1998.	112
Gráfico 24	Distribuição dos Recursos Humanos da Rede Municipal de Saúde dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo o Perfil Profissional e Regime de Contrato de Trabalho, Mato Grosso, 1998.....	113
Gráfico 25	Distribuição dos Profissionais de Nível Superior da Rede Municipal de Saúde dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo o Tempo de Serviço, Mato Grosso, 1998.	114
Gráfico 26	Distribuição dos Vencimentos Básicos dos Profissionais de Nível Superior dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo a Categoria Profissional e Carga Horária de Trabalho Semanal, Mato grosso, 1998.....	115
Gráfico 27	Distribuição dos Profissionais de Saúde de Nível Superior dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Segundo a Carga Horária de Trabalho Semanal, Mato Grosso, 1998.	116
Gráfico 28	Evolução da Receita Total dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo as fontes, Mato Grosso, 1994 – 1998.....	118
Gráfico 29	Composição da Receita Total nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994-1998.	119
Gráfico 30	Composição da Receita Total, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 - 1998.	120
Gráfico 31	Receita Total <i>per capita</i> , segundo os Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.	121

Gráfico 32	Evolução das Receitas Municipais, Estaduais e Federais dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.....	122
Gráfico 33	Evolução do Gasto Total com Saúde, segundo os Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.....	123
Gráfico 34	Percentual do Gasto Total com Saúde em Relação a Receita Total nos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 –1998.....	124
Gráfico 35	Gasto Total com Saúde Per Capita, segundo os Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.....	125
Gráfico 36	Evolução da Receita Total <i>Per Capita</i> (R\$) e do Gasto Com Saúde <i>Per Capita</i> (R\$) nos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 –1998.....	126
Gráfico 37	Evolução do Gasto Federal com Saúde e do Gasto Municipal com Saúde nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.	126
Gráfico 38	Evolução do Gasto com Saúde <i>Per Capita</i> Federal e Gasto com Saúde <i>Per Capita</i> Municipal nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.....	127
Gráfico 39	Evolução do Gasto Federal com Saúde e do Gasto Municipal com Saúde nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.....	128

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIH.....	Autorização de Internação Hospitalar
AIS.....	Ações Integradas de Saúde
APAC.....	Autorização de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade
BR.....	Brasil
CEBES	Centro de Brasileiro de Estudos de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIMS.....	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIPLAN.....	Comissão Interministerial de Planejamento
CIS.....	Comissão Interinstitucional de Saúde
CLIS.....	Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CLT.....	Consolidação das Leis de Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRIS.....	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CRMT	Coordenadoria Regional do Mato Grosso da FNS
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COREN.....	Conselho Regional de Enfermagem
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
DATASUS.....	Empresa de Processamento de Dados do SUS
FAM.....	Fator de Apoio ao Município
FAS.....	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FEGE.....	Fator de Estímulo a Gestão Estadual
FEM.....	Fator de Estímulo a Municipalização
FINSOCIAL.....	Fundo de Investimento Social
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FPM.....	Fundo de Participação dos Municípios
FSESP.....	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
FUNDAP	Fundação do Desenvolvimento Administrativo
FUNRURAL	Fundo de Previdência e Assistência ao Trabalhador Rural
FUSMAT	Fundação de Saúde de Mato Grosso

GED.....	Grupo Especial de Descentralização
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS.....	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
ICV.....	Índice de Condições de Vida
IMVA.....	Índice Médio de Valor Adicionado
INAMPS.....	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisas Aplicadas
IPEMAT	Instituto de Previdência de Mato Grosso
IPM	Índice de Participação dos Municípios
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
ISS.....	Imposto sobre Serviços
LAPA	Laboratório de Planejamento
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC.....	Ministério da Educação e Cultura
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NOB.....	Norma Operacional Básica
OPS.....	Organização Pan-americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso Ambulatorial Básico
PACS.....	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS.....	Plano de Cargos Carreiras e Salários
PCS	Plano de Cargos e Salários
PEAa	Programa de Erradicação do Aedes aegypti
PIASS.....	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB.....	Produto Interno Bruto
PIN.....	Programa Nacional de Integração
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POI	Programação e Orçamentação Integrada

PPA	Programa de Pronta Ação
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços de Saúde do INAMPS
PRODEAGRO	Programa de Desenvolvimento Agro-Ambiental do Estado de MT
PSF.....	Programa de Saúde da Família
REFORSUS.....	Programa de Reformas do SUS
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SILOS.....	Sistemas Locais de Saúde
SUCAM.....	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDAM.....	Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia
SUDECO	Superintendência do Desenvolvimento do Centro-Oeste
SUDS.....	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TMGIA	Taxa Média Geométrica de Incremento Anual
TFA.....	Teto Financeiro de Assistência
TFECD.....	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFVS	Teto Financeiro de Vigilância Sanitária
UCA.....	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UFMT.....	Universidade Federal de Mato Grosso
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
USP	Universidade de São Paulo

1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem por objeto o processo de municipalização dos serviços de saúde no estado de Mato Grosso, no período de 1994 à 1998.

Com esta pesquisa descritiva pretende-se investigar a operacionalização efetiva da municipalização no estado de Mato Grosso enfocando a capacidade financeira, a evolução dos gastos em saúde, a capacidade instalada e produtiva dos serviços de saúde, a situação dos recursos humanos da rede pública de saúde dos 11 (onze) municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, que ocupam uma posição de destaque entre os municípios do interior do estado.

A realização deste trabalho partiu da necessidade de aprofundar a investigação desenvolvida anteriormente na dissertação de mestrado sobre o processo de descentralização dos serviços de saúde no estado de Mato Grosso para suscitar debates que possam contribuir na implementação de ações que concretizem a municipalização no estado e no Brasil.

A importância da municipalização para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e consequentemente a melhoria dos serviços de saúde prestados à população pode ser demonstrada pelo volume da produção científica sobre a temática existente no Brasil recentemente.

Este estudo da municipalização da saúde no estado de Mato Grosso compreendida como uma forma de descentralização, representa no cenário das políticas públicas um instrumento na gestão da coisa pública, oferecendo subsídios para o processo de reestruturação de Estado nas três esferas de poder quanto aos aspectos políticos, administrativos, técnicos e financeiros.

Apesar de ter sido discutida pelo Ministério da Saúde em 1963, a municipalização da saúde no Brasil ganhou importância na década de 80 com crise econômica e o processo de democratização como uma proposta de oposição ao autoritarismo e à centralização de poderes e recursos na União.

A crise econômica do Estado Brasileiro no final dos anos 70, ao reduzir a sua capacidade fiscal e a democratização ao restabelecer a legitimidade das esferas municipais através do processo eleitoral impulsionaram na área da saúde um movimento denominado de Reforma Sanitária que propôs um novo modelo de atenção, contemplando a saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado.

Esse modelo contra-hegemônico inscrito no texto constitucional de 1988, organiza-se a partir das diretrizes de: integralidade das ações, eliminando a dicotomia entre as ações de caráter curativo e preventivo; participação da sociedade e principalmente a descentralização do poder de decisão da política.

A adoção da municipalização como a principal estratégia política da descentralização da gestão do sistema de saúde para assegurar a universalização da assistência à saúde representa não apenas uma opção para a reorganização dos serviços de saúde mas sobretudo, uma opção que possibilita ampliar os espaços de

participação da sociedade na gestão pública, visando a melhoria do nível de saúde da população.

Nesse sentido, a municipalização é entendida como a redistribuição de poder da União e do estado para os municípios, poder este que configura-se como político, técnico e administrativo.

A reestruturação do poder entre as diferentes esferas num Estado historicamente centralizador como o brasileiro, não processa-se de forma imediata, demanda tempo, pois implica aos municípios percorrerem uma seqüência de etapas vinculadas e inclusas em diferentes conjunturas sociais, cujo ritmo e especificidade são determinados pela capacidade política, técnico-administrativa e financeira.

A multiplicidade de realidades existentes no Brasil permite processos diversos de evolução de uma política nacional de saúde. Assim, o estágio em que encontra-se a municipalização depende das condições sócio-sanitárias, da organização e prestação dos serviços de saúde, do compromisso e da vontade política governamental e do grau de dependência financeira e técnica em relação as esferas de governo federal e estadual.

A responsabilidade cada vez maior dos municípios no equacionamento dos problemas de saúde, as mudanças ocorridas nos sistemas municipais de saúde e os limites impostos a atuação municipal têm instigado a realização de pesquisas sobre a municipalização em vários estados do Brasil, como na Bahia, Rio de Janeiro, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, São Paulo e outros.

No estado de São Paulo destaca-se o estudo sobre a municipalização na região de Campinas realizado por Oliveira (1995), onde as condições sócio-sanitárias e a capacidade financeira dos municípios paulistas permitem um avanço maior no processo de municipalização, uma vez que não necessitam realizar investimentos com a infra-estrutura básica.

Mas, essa condição aliada a outros fatores político - organizacionais levam esses municípios paulistas a desenvolverem um tipo de modelo de assistência denominado pela autora de *municipalista*, ou seja, onde cada município estrutura seu sistema de forma independente, inexistindo a regionalização, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A diversidade de experiências revela que os municípios adaptam a política nacional de saúde a cada realidade local e no estado de Mato Grosso esta apresenta-se num estágio de implementação diferente da região de Campinas.

A municipalização da saúde no Mato Grosso apresenta características diferenciadas de outros estados do país, pois a maioria de seus municípios foram criados após os anos 80, em virtude de um acelerado processo de ocupação territorial, impulsionado por uma ação maciça da União, tanto na estrutura econômica, quanto na estrutura social.

A redução dos investimentos federais no estado em virtude da crise econômica e social que vem passando o país associada ao acentuado processo de

urbanização, produz um aumento da demanda por serviços de saúde, exigindo respostas das estruturas estatais.

A baixa capacidade de arrecadação fiscal dos municípios mato-grossenses propicia um alto grau de dependência em relação a União e ao estado, tanto no aspecto financeiro quanto no aspecto gerencial, limitando o processo de municipalização dos serviços de saúde.

Embora, o processo de municipalização tenha obtido êxito, os municípios mato-grossenses, em sua maioria, não gerenciam serviços de atenção secundária, mas, apenas gerenciam serviços ambulatoriais básicos e parte não dispõem de leitos hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) na sua base territorial, dificultando assim, o cumprimento do princípio de integralidade da assistência, essencial para a formulação de um novo modelo de atenção à saúde.

É nesse contexto que os municípios vêm constituindo consórcios com o intuito de propiciar serviços de saúde que desenvolvam ações de maior complexidade que não seriam possíveis de serem oferecidas à população de um pequeno município de forma isolada.

Dessa forma, vem se construindo o processo de municipalização dos serviços de saúde no estado de Mato Grosso que mesmo com as adversidades, tem imprimido modificações na nova lógica administrativa, aumentando o compromisso da esfera municipal na prestação da assistência a saúde e criando novas alternativas para atender a competência de cuidar da saúde da sua população.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires criado em 1995, pioneiro no estado de Mato Grosso, é composto por 11 (onze) municípios que viabilizaram através de um esforço conjunto o funcionamento do Hospital Regional de Sorriso da Secretaria de Estado de Saúde como unidade de referência para as microrregiões do Teles Pires e Sinop.

Esse consórcio diferencia-se dos demais por ser composto pelos municípios de Sorriso, Sinop, Nova Mutum e Lucas do Rio Verde que encontram-se entre as 10 (dez) maiores economias do estado e apresentam os melhores Índices de Condições de Vida do interior.

Ainda na região encontram-se dois municípios, Nova Mutum e Tapurah, que dispõem de unidades hospitalares próprias, diferenciando dos demais que gerenciam apenas a rede básica de saúde.

Assim, a compreensão da municipalização dos serviços de saúde no estado de Mato Grosso a partir desses municípios envolve alguns temas que estão distribuídos neste estudo em dezesseis capítulos.

Nos capítulos segundo e terceiro são explicitados respectivamente os objetivos geral, específicos e a metodologia descrevendo o objeto, o local, o tipo de pesquisa e a coleta, análise e interpretação de dados deste estudo.

O quarto capítulo refere-se aos aspectos conceituais da municipalização, entendida com estratégia de descentralização da gestão dos serviços de saúde num Estado Federal. Nesse sentido, discute-se a descentralização apresentando as concepções ideológicas vigentes, as dimensões, formas, limitações e possibilidades de consolidação.

A municipalização da saúde no Brasil é relatada no quinto capítulo, recuperando as políticas desenvolvidas nas décadas de 80 e 90 que impulsionaram as transformações do setor de saúde no país.

O sexto capítulo apresenta a municipalização como estratégia para a organização dos serviços de saúde e da transformação do modelo assistencial, abordando as propostas de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), Distritos Sanitários e o modelo assistencial no processo de municipalização.

O capítulos sétimo e o oitavo descrevem o estado de Mato Grosso e os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires caracterizando-os quanto ao aspecto geográfico, demográfico e econômico e de condições de vida.

No nono capítulo relata-se a municipalização dos serviços de saúde no estado de Mato Grosso através do resgate da história recente da saúde no cenário estadual, das Ações Integradas de Saúde (AIS) ao Sistema Único de Saúde (SUS).

No décimo capítulo é descrita municipalização dos serviços de saúde nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, analisando a evolução da capacidade física instalada, da produção de serviços, da financeira, dos gastos com saúde e a expansão dos recursos humanos.

Com a descrição do processo histórico da municipalização no Mato Grosso e do efetivo desempenho dessa política nos municípios do consórcio são apontadas no décimo primeiro e décimo segundo capítulos as tendências, os desafios da municipalização da saúde no estado e as considerações finais respectivamente.

No capítulo treze são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas neste trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1.Objetivo Geral

Analisar o processo de municipalização dos serviços de saúde no estado de Mato Grosso no período de 1994 até 1998, a partir do desempenho efetivo dessa política nos 11 (onze) municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires.

2.2 .Objetivos Específicos

2.2.1.Descrever a evolução da capacidade física instalada e a produção da rede pública de saúde dos 11 (onze) municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires.

2.2.2.Verificar a evolução dos gastos com saúde da esfera de governo municipal dos 11 (onze) municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires.

2.2.3.Investigar a composição quantitativa e qualitativa dos recursos humanos da rede municipal de saúde dos 11 (onze) municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires.

2.2.4.Identificar o grau de autonomia financeira dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires em relação as esferas de governo federal e estadual.

2.2.5.Analisar as tendências e os desafios da municipalização dos serviços de saúde no estado de Mato Grosso.

3. METODOLOGIA

3.1. Objeto de Estudo

Para melhor apreender o processo de municipalização dos serviços de saúde no estado de Mato Grosso no período de 1994 à 1998, objeto deste estudo, não basta descrever o processo histórico, há que sobretudo investigar nos municípios mato-grossenses, espaços administrativos privilegiados dos acontecimentos, a capacidade para operacionalizar e conduzir as políticas de saúde.

O período de 1994 à 1998 foi eleito para analisar a municipalização da saúde em Mato Grosso devido o ano de 1993 ser um marco referencial desse processo no Brasil com a publicação do documento pelo Ministério da Saúde *A Descentralização das Ações e Serviços de Saúde : A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei* que deu origem a Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/93.

3.2. Local do Estudo

O estudo da municipalização tendo por base o universo de municípios do estado torna-se inviável, uma vez que o Mato Grosso conta atualmente com 126 (cento e vinte e seis) municípios dispersos numa área de 901.420,70 Km².

Sendo assim, optou-se por apreender o processo de municipalização ocorrido no período de 1994 a 1998 a partir de 11 (onze) municípios localizados na mesorregião norte mato-grossense.

São os municípios de Sinop, Cláudia, União do Sul, Santa Carmem, Vera, Feliz Natal, Tapurah, Sorriso, Nova Ubiratã, Lucas do Rio Verde, Nova Mutum pertencentes às microrregiões de Sinop e do Teles Pires, que constituem o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires criado em 1995 cujos os resultados positivos têm servido de exemplo para outras regiões do Mato Grosso e até mesmo para outros estados.

Esses municípios são os pioneiros no Mato Grosso a realizarem esse tipo de pacto e em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde provêem assistência hospitalar através do Hospital Regional de Sorriso, tornando-o de fato uma unidade de referência para a região, além de cumprir os princípios de integralidade, regionalização, hierarquização do Sistema Único de Saúde.

Assim, esses municípios tornaram-se referências, padrões, não só pelo pioneirismo no consorciamento na área de saúde mas também, pelas condições de vida que proporcionam aos seus habitantes, pela riqueza econômica que produzem, uma vez que seis municípios possuem os melhores Índices de Condições de Vida (ICV) no ano de 1991 e quatro destes municípios apresentam os melhores Índices Médios de Valor Adicionado (IMVA) do Estado no período de 1995 a 1997, conforme está demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Classificação dos Índice de Condições de Vida (ICV) e Índice Médio de Valor Adicionado (IMVA), segundo o município do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1998.

GRUPO	MUNICÍPIOS	ICV (1991)*	IMVA (1995-1997)
1	Sorriso	médio-alto	Alto
	Sinop	médio-alto	Alto
	Lucas R. Verde	médio-alto	Alto
	Nova Mutum	médio-alto	Alto
2	Cláudia	médio-alto	Médio
	Vera	Médio	Médio
3	Tapurah	médio-alto	Baixo
	Santa Carmem	...	Baixo
	Nova Ubitatã	...	Baixo
	União do Sul	...	Baixo
	Feliz Natal	...	Baixo

*Os municípios de Santa Carmem, Nova Ubitatã, União do Sul e Feliz Natal não apresentam ICV, pois não encontravam-se emancipados politicamente em 1991.

Fonte: Secretaria da Fazenda do Estado de Mato Grosso
PNUD /IPEA/ Fundação IBGE

A qualidade de vida da região é demonstrada pelo Índice de Condições de Vida (ICV)¹ de 1991, onde os municípios de Lucas do Rio Verde, Sorriso, Nova Mutum e Sinop apresentam respectivamente o 3º, 4º, 6º e o 9º melhores índices do estado.

Cláudia e Tapurah também apresentam ICV médio-alto, porém não encontram-se entre os dez melhores índices do estado. Já o município de Vera foi o único que apresentou ICV médio.

O Índice de Valor Adicionado (IVA) consiste numa medida econômica que dimensiona a riqueza gerada num estado e que assemelha-se ao Produto Interno Bruto (PIB).

¹ ICV inclui 20 indicadores agrupados em cinco dimensões: renda, educação, infância, habitação e longevidade. Este índice foi criado por um grupo de especialistas do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisas Aplicadas (IPEA), Fundação João Pinheiro e Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e consta do trabalho Desenvolvimento Humano e Condições de Vida: Indicadores Brasileiro publicado em 1998.

O Índice de Valor Adicionado apurado em cada município de acordo com a *Portaria Circular SEFAZ n.º 008/97, de 7.2.1997* resulta da participação deste na economia do estado e em Mato Grosso é utilizado para determinar 77% do valor do Índice de Participação dos Municípios (IPM)².

Em 1998 os municípios de Sorriso, Sinop, Lucas do Rio Verde e Nova Mutum apresentaram os maiores Índices de Valor Adicionado, constituindo respectivamente na 5ª, 7ª, 9ª e 10ª economias dentre os 126 municípios do estado.

Os municípios de Tapurah, Santa Carmem, Nova Ubiratã, União do Sul e Feliz Natal apresentam IMVA baixo em relação a região, porém em relação aos 126 municípios do estado classificam-se abaixo do 73.º.

Assim, tem-se três grupos de municípios, o Grupo 1 composto pelos municípios de Sorriso, Sinop, Lucas do Rio Verde e Nova Mutum, os melhores da região, o Grupo 2 composto pelos municípios de Cláudia e Vera e o Grupo 3 formado pelos municípios de Tapurah, Santa Carmem, Nova Ubiratã, União do Sul e Feliz Natal, mostrando a diversidade existente no estado de Mato Grosso.

Nesse estudo, o critério utilizado para a escolha dos municípios é conhecido na administração para qualidade total como *benchmarking* que Camp (1998) define como sendo *um padrão para comparação de outros objetos ou atividades. Ele é um ponto de referência a partir do qual se deve medir os outros*

3.3. Tipo de pesquisa

Para a análise do processo de municipalização dos serviços de saúde no estado de Mato Grosso no período de 1994 a 1998, a partir do desempenho efetivo dessa política nos serviços de saúde através da evolução da capacidade instalada e produtiva dos serviços de saúde, da situação dos recursos humanos e da capacidade e do grau de autonomia financeira dos municípios, optou-se por um estudo descritivo, utilizando-se dos procedimentos técnicos enquadrados por Gil (1995) no delineamento do tipo documental.

Este tipo de delineamento permite obter dados necessários para o estudo em quantidade e qualidade suficientes, a partir da análise dos documentos oficiais escritos e mantidos em arquivos de órgãos públicos, municipais, estaduais e federais e outros necessários para consecução dos objetivos.

3.4. Coleta de Dados

Primeiramente foi realizado o levantamento das fontes, através de contatos com órgãos públicos federais, estaduais e municipais, no sentido de localizar documentos institucionais.

² O Índice de Participação dos Municípios (IPM) corresponde a transferência constitucional do estado da parcela de 25% do Imposto de Circulação de Mercadorias (ICMS) que retorna para o município.

Para este estudo foram utilizados como fonte de obtenção de dados financeiros os balanços Municipais dos setores financeiros das Prefeituras Municipais e Câmaras Municipais.

Os dados referentes a capacidade instalada de rede física de saúde foram coletados junto às Secretarias Municipais de Saúde, uma vez que os dados disponíveis na Internet no Sistema de Informação ambulatorial do SUS (SIA/SUS) no Ministério da Saúde e no Cadastro da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso registram centros de saúde como postos de saúde.

As informações sobre a produção de serviços de saúde foram conseguidas através do Sistema de Informação ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) do Ministério da Saúde, disponíveis na rede mundial de computadores (*Internet*).

Foram utilizados dados relativos a quantidade produzida na rede ambulatorial e não a quantidade paga pelo SUS, por considerar estes dados restritivos.

As fontes sobre a situação dos recursos humanos foram os Cadastros de Pessoal, folhas de pagamento, planos de cargos e carreiras das Prefeituras Municipais e secretarias de saúde nos próprios municípios.

Após o levantamento das fontes foi realizada a triagem do material com a leitura sistemática dos documentos para selecionar os que continham dados primários e/ou secundários relevantes a serem utilizados no trabalho.

Nesta etapa de especificação e adequação dos dados foi efetuada a análise dos documentos verificando o conteúdo das informações.

Depois da análise documental realizou-se a avaliação dos dados contidos nos documentos, visando o estabelecimento da consistência externa e interna dos mesmos.

Segundo Richardson et al. (1989), a verificação da consistência externa serve para avaliar a autenticidade dos documentos, devendo atender as exigências de ser o dado confirmado por duas fontes confiáveis e da inexistência de relatos diferentes dos fatos por estas fontes.

Além do estabelecimento da consistência externa, este mesmo autor, recomenda verificar a consistência interna, que refere-se a determinação da exatidão da informação, a partir da avaliação dos autores dos documentos.

Neste trabalho, a ampla utilização de documentos fornecidos por órgãos públicos, faz com que estes não apresentem problemas com autenticidade, mas em relação a exatidão, sabe-se que muitos documentos, tais como os boletins de produção de serviços, que são realizados para recebimento de recursos da União não retratam a produção real.

Alguns dados para estudo foram obtidos de forma organizada para tabulação e análise quantitativa através de instrumentos padronizados constante do Anexo I coletados junto as Prefeitura Municipais.

Outros, porém foram obtidos a partir dos banco de dados e arquivos da Secretaria de Estado da Saúde e Ministério da Saúde contidos na rede mundial de computadores (*Internet*).

Em relação as fontes citadas houveram algumas divergências entre os dados do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde e nestes casos utilizou-se das fontes locais em virtude da coerência.

3.5. Análise e Interpretação dos dados

A análise dos dados é quantitativa no que diz respeito a capacidade da rede física, a produção de serviços, a situação dos recursos humanos e o grau de autonomia financeira.

A evolução da capacidade instalada da rede física municipal nos 11 (onze) municípios foi dada pelo número e tipos de estabelecimentos de saúde ambulatoriais e hospitalares e pelo número e tipo de unidades, ambulatoriais e de internações.

No caso de unidades hospitalares foram especificados o número, o tipo de leitos disponíveis, a natureza e o tipo de prestador e considerou-se que este tipo de estabelecimento apresenta dois tipos de unidade, a ambulatorial e de internação.

Considera-se atenção primária as ações desenvolvidas pelos postos e centros de saúde, unidades móveis terrestres de assistência médico-odontológica, consultórios médicos, odontológico.

Os postos de saúde são unidades que prestam assistência à saúde, utilizando-se de medidas simplificadas, operacionalizadas por pessoal de nível elementar ou médio (atendente ou auxiliar de enfermagem), podendo oferecer atendimento médico periódico.

Os centros de saúde são unidades de maior complexidade que os postos de saúde e dispõem de atendimento médico contínuo e outros profissionais de nível superior.

A atenção secundária é realizada pelos ambulatórios de especialidades, as policlínicas e os hospitais gerais.

Os hospitais especializados que realizam os procedimentos de alto custo de acordo com a tabela de procedimentos de SIH-SUS e servem de referências estaduais realizam atenção terciária.

A análise da produção de serviços foi realizada a partir do número de consultas médicas, exames de patologia clínica, atendimentos odontológicos (procedimentos) e atendimentos básicos (atos realizados por pessoal não médico)

efetuados na rede municipal de saúde e as internações hospitalares nos estabelecimentos hospitalares do SUS no município.

Os dados de produção dos serviços de saúde além de serem analisados de forma absoluta também foram analisados através da sua relação com a população, verificando a cobertura populacional de tais procedimentos.

A análise da cobertura populacional permite avaliar, ou seja, realizar comparações entre os municípios, com o modelo ideal e num mesmo município comparar a situação anterior com a atual.

A determinação da autonomia municipal em relação as outras esferas de governo foi efetuada a partir da análise da capacidade de arrecadação fiscal dos municípios.

Segundo Medici (1994) a autonomia municipal pressupõe a existência de recursos físicos, financeiros, tecnológicos, gerenciais e políticos para a sua sustentação, sendo assim, neste estudo foram investigados os recursos financeiros e humanos, a rede física e a sua produção, por serem estes os aspectos essenciais e os mais proclamados como limitantes para a consolidação do processo de municipalização.

Para o autor, os recursos financeiros que mantém a esfera local autônoma podem ser próprios ou transferidos, porém quando próprios aumentam a autonomia.

Com base neste conceito, foram considerados autônomos os municípios que apresentaram renda tributária própria maior que as transferências de recursos provenientes da União e do estado.

Os municípios semi-autônomos são aqueles que apresentaram renda tributária própria igual as transferências de recursos provenientes da União e do estado.

Os municípios que apresentaram renda tributária própria menor que as transferências de recursos provenientes da União e do estado serão considerados não autônomos.

Também foi utilizada para classificação do tipo de descentralização, os modelos utilizados por Medici (1994) na área da saúde, a *descentralização dependente tutelada*, a *descentralização dependente vinculada* e *descentralização autônoma*.

Na *descentralização dependente tutelada* as transferências de recursos financeiros para os municípios são negociadas e tem por base critérios muitas vezes clientelistas

A *descentralização dependente vinculada* são transferências realizadas de forma automática e estão garantidas na Constituição Federal e outros instrumentos legais, não dependendo de negociação e da interferência dos outros níveis de poder.

A *descentralização autônoma* é aquela onde os recursos financeiros provêm da arrecadação própria do município.

A evolução dos gastos em saúde dos municípios deveria ser analisada considerando o montante de recursos financeiros do tesouro municipal aplicada na área de saúde, porém tal informação não foi possível obter, pois a maioria dos municípios não discriminarem nos balanços anuais as fontes de receitas do setor saúde, sendo que apenas alguns distinguem os recursos provenientes do nível federal como Convênio SUS.

Em relação aos gastos dos municípios com a saúde foi verificado o percentual em relação a receita total dos municípios, a evolução nos municípios e na região, o valor *per capita* e a sua relação com a receita total *per capita*.

Para detectar a situação dos recursos humanos foi levantada a quantidade, o perfil profissional, o tipo de cargo, o vínculo empregatício, o regime jurídico de contratação, a carga horária semanal e o tempo de serviço dos trabalhadores da saúde na rede municipal de saúde.

Em alguns municípios houve uma certa dificuldade na obtenção de informações referentes aos recursos financeiros e humanos, mesmo sendo estas de domínio público, o acesso é restrito devido ao receio do destino e tratamento que será dado as mesmas.

Essas informações não estavam disponíveis nas secretarias municipais de saúde e dependiam dos departamentos de finanças e de pessoal das Prefeituras Municipais.

Os dados foram compilados em planilhas do programa de computação *Microsoft Excel*, a partir das quais foram realizadas as análises.

A interpretação dos dados foi realizada relacionando os resultados obtidos com a literatura sobre o tema, a legislação pertinente, tomando o cuidado de revelar o real significado dos mesmos.

4. MUNICIPALIZAÇÃO: ESTRATÉGIA POLÍTICA DA DESCENTRALIZAÇÃO

O entendimento da municipalização como estratégia política de descentralização do Estado impõe a discussão neste capítulo sobre os aspectos conceituais da descentralização abrangendo suas concepções ideológicas, dimensões, formas, limitações e perspectivas para apreender a municipalização no estado de Mato Grosso.

Inicialmente, aborda o surgimento das propostas de descentralização como a alternativa a crise do Estado na sua vertente fiscal e da relação Estado e Sociedade, além de sua interface com a democratização e participação.

Em seguida, discute-se a descentralização, nas suas dimensões básicas, funcional e territorial, as formas que assume no Estado Brasileiro de estrutura federativa.

E por último, explicita os pressupostos fundamentais para concretização do processo de municipalização, as limitações e as possibilidades.

4.1. Concepções Ideológicas Sobre a Descentralização

A descentralização tem merecido destaque no mundo, desde a segunda metade da década de 70, quando surgiu diante da necessidade e exigência de mudança na forma de atuação do Estado na área social, como alternativa a crise do Estado de Bem-Estar Social, configurada não apenas no seu aspecto fiscal, mas também, no padrão de relação Estado-Sociedade.

O Estado de Bem-Estar Social ou Estado-Providência começou a ser construído no final do século passado nos países europeus, mas consolidou-se após a segunda guerra mundial, como saída para as sucessões de crises econômicas e sociais do capitalismo.

Esse Estado, cujos princípios foram elaborados por Keynes³ em sua obra Teoria Geral, contradiz a doutrina liberal, quando admite a intervenção estatal na economia para assegurar o pleno emprego.

No dizer de Santos (1987), o Estado de Bem-Estar Social, resulta de um pacto entre o Estado, capital e trabalho, no qual o excedente dos recursos financeiros arrecadados através da tributação do capital privado e dos salários, é convertido em *capital social* pelo Estado.

O *Capital Social* é o conjunto de despesas em bens e serviços que compreendem o investimento e o consumo social.

O investimento social implica em despesas com infra-estrutura, tais como estudos, telecomunicações, formação profissional, pesquisas científicas, eletricidade, etc., que permite o aumento da produtividade do trabalho e rentabilidade do capital.

³ KEYNES apud Tomazi ND, coordenador. *Iniciação à Sociologia*. São Paulo: Atual;1993.

Já o consumo social envolve despesas com as políticas sociais, tais como saúde, educação, habitação, pagamentos de bolsa de estudos, pensões, seguros, etc.

O *capital social* ao aumentar a produtividade do trabalho, reduzir os custos de reprodução da mão-de-obra, aumentar a procura por bens e serviços permite ao Estado criar condições gerais de acumulação, ampliar mercados, além de, a partir da redistribuição de rendas, promover a harmonia social.

Desse modo, o Estado passa a exercer o papel central, nas atividades econômicas e sociais, a medida que concede direitos e assume novas funções, produz novas formas de atuação política, que ampliam e transformam o seu aparato.

Essa mudança na natureza das políticas estatais, denominadas por Offe⁴ de políticas *distributivas* para políticas *produtivas*, resulta num Estado que ao produzir, diretamente bens e serviços, aumente consideravelmente sua estrutura administrativa, como também os custos para operacionalização.

Assim, após três décadas de domínio, o Estado de Bem-Estar Social dá sinais de esgotamento. O crescimento das despesas acima das receitas estatais, aliado a redução da capacidade de arrecadação e aumento da demanda e o consumo de bens e serviços, resultam na crise fiscal do Estado.

Mas, a crise não é apenas financeira, é também estrutural. Offe⁴ adverte que as estruturas estatais por atuarem de acordo com a burocracia Weberiana, ou seja, com base nas leis, apresentam como critério de avaliação de desempenho o cumprimento as normas e não o resultado obtido. Nesse sentido, o tipo de racionalidade adotada é inadequada a execução de políticas produtivas, cujo desempenho é medido pelo resultado que no setor privado, equivale ao lucro.

Essa crise, segundo Tomazi (1993), apresenta um outro aspecto, é o rompimento do pacto assumido, por setores do capital privado, que entram em conflito por não se apropriarem de parcela substancial do fundo público gerido pelo Estado. Como a acumulação provém da privatização desse fundo, a exclusão de alguns setores geram protestos contra os gastos do Estado de Bem-Estar Social e exigem uma nova forma de atuação.

Segundo Santos (1987), o Estado de Bem-Estar Social ao procurar gerir os conflitos existentes entre as exigências da acumulação do capital, e as exigências da equidade e harmonia sociais, lança mão de estratégias com caráter racionalizadoras, que permite manter sua legitimidade.

Nesse sentido, Lenhardt e Offe (1984) apontam para os esquemas de racionalização na esfera de atuação da política social do Estado.

⁴ OFFE C apud Santos BS. O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais: o caso das políticas de saúde. *Rev Crítica de Ciências Sociais*. 1987; 23: 13-74.

O primeiro esquema de racionalização refere-se ao aumento da eficiência dessa política, a partir do incentivo de medidas de caráter preventivo para resolução dos problemas.

O segundo esquema implica em aumentar a eficácia da política social, através da flexibilização dos direitos na legislação, que podem ser definidas segundo a “oportunidade política”.

Como terceiro esquema de racionalização tem-se a substituição de prestação de serviços monetários em não monetários, ou seja, prestação de serviços através de instituições de forma gratuita ou semi-gratuita.

Já o último esquema de racionalização, envolve a contenção de recursos fiscais, através da transferência de atividades públicas *a sistemas financeiros parastatal, de um lado e as formas de organização (auto-geridas) particulares ou semi-públicas do processo decisório por outro lado*. Assim, os custos financeiros e políticos da decisão afastam-se da esfera central do Estado.

Os mesmos autores advertem:

As estratégias que conduzem a racionalização e atenuação dos problemas internos da organização estatal (ou que em todo caso são iniciados com esse objetivo), mostram no entanto em seus efeitos externos, ambivalências, características. Tais estratégias podem ser exploradas por posições com interesses sociais contrários e seus efeitos sócio-políticos factuais só vêm à tona no decorrer dessas tentativas conflitivas de utilização, não sendo, portanto, pré-determinadas pelas respectivas estratégias de racionalização política.

Nessa perspectiva, a descentralização ao buscar resolver a crise fiscal do Estado ganha força no discurso neo-liberal que passa a defendê-la como estratégia para reduzir a funções do Estado ao mínimo e deixar para o mercado a regulação da economia e da sociedade.

Nesta estratégia inclui-se a privatização, definida por Weldon⁵ como a *transferência de autoridade, decisão e poder do Estado para organizações privadas e especialmente (mas não exclusivamente) para o aparato do mercado*.

Se a privatização implica transferir bens e serviços e sua regulação e controle para organização privada ou mercado, também implica na retirada total da responsabilidade e do controle do Estado, o que diferencia substancialmente da descentralização, pois nesta apesar da transferência dos serviços, o Estado continua como responsável por eles, podendo retomá-los a qualquer tempo.

Já a transferência de poder de gestão para organizações privadas sem fins lucrativos, implica numa forma de descentralização denominada devolução social.

⁵ Weldon apud Buss PM, LABRA ME, organizadores. *Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.

Nesse caso, o Estado mantém o poder de regulação, mas a gestão, pode ser realizada pela sociedade civil organizada em cooperativas, fundações, associações, que por ser autônoma é conhecida por autogestão, que Motta (1981) conceitua como o *exercício coletivo do poder*.

Na América Latina, Laurell (1993) adverte *que a descentralização em sua variante neoliberal é um meio de desestatização que permite instrumentar novos esquemas de produção de serviços e de financiamento*.

A desestatização difere da privatização no objeto a ser transferido para o setor privado, pois enquanto a primeira refere-se aos serviços próprios do Estado ou serviços públicos a segunda envolve serviços impróprios do Estado.

De acordo com Meirelles (1994), os serviços próprios do Estado são aqueles que por atenderem as necessidades essenciais de subsistência e o desenvolvimento da sociedade só devem ser prestados pelo Estado, por permitirem o acesso universal, não sendo possível a delegação a terceiros.

Teixeira (1992) destaca que a descentralização por não se tratar de privatização ou desestatização poderá representar a médio prazo um aumento nos gastos, já que implicará em ajustes dos serviços à novas atribuições.

De qualquer forma, a privatização e desestatização promovem a redução do tamanho do Estado e ao contrário do que prega o neoliberalismo não constituem formas de descentralização.

Tavares (1993) argumenta que a redução neoliberal não resolve a crise estatal, necessitando promover o ajuste estrutural do Estado, mudando o seu padrão de financiamento e associando ao modelo de gestão e regulação pública.

Na concepção socialista, a descentralização, ao buscar redefinir novas formas de relação Estado-Sociedade, é entendida como estratégia para a democratização do Estado pois favorece, segundo Cohn (1995), *a construção da democracia e o aprendizado do exercício de cidadania, na medida em que aproxima governo e sociedade*.

A associação da descentralização à democratização surgiu na década de 70, nos países europeus, mas consolidou-se na França no início dos anos 80 com a instituição da lei da descentralização que pretendia com a readequação das estruturas do Estado no nível regional e local viabilizar a participação da sociedade no sentido de provocar reformas sociais.

Já na América Latina, a descentralização surge como meio de democratização, numa conjuntura de crise econômica, em oposição a centralização e ao autoritarismo dos regimes militares.

Embora as propostas de descentralização na América Latina, especialmente no Brasil, ganharem força em conjunturas de transição democrática, a relação entre o processo descentralizador e de democratização não é obrigatória.

Dallari (1995) assinala que a concretização do Estado Democrático implica em flexibilização da organização estatal, a fim de garantir a decisão popular nas diretrizes políticas fundamentais, na busca da preservação da igualdade de possibilidade com liberdade.

Assim, para o autor o Estado Democrático é aquele que além de promover políticas que reduzem as desigualdades sociais e propiciem o exercício de direitos sociais e políticos, também viabiliza a criação de canais para a efetiva participação da sociedade no planejamento e execução das ações estatais.

Nesse sentido, a municipalização, ou seja, a descentralização no plano político-administrativo, teoricamente significa para Jacobi (1992), *a possibilidade de ampliação de direitos, a participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública e uma potencialização de instrumentos adequados para um uso e redistribuição mais eficientes dos escassos recursos públicos.*

Já para Rofman (1990b), a descentralização é a ampliação da base para tomada de decisão, a partir da capacitação da esfera local para gestão plena e encaminhamento de soluções.

Nessa perspectiva, a descentralização tem como pressuposto fundamental a participação social, que Jacobi (1992) entende como uma forma de atuação na esfera pública, exercida de forma direta, motivada por necessidades e interesses sociais concretos, numa gestão baseada num certo nível de institucionalização das representações Estado-Sociedade.

Assim, a concretização da participação social exige a instituição de meios efetivos para que possa ocorrer e a existência de organizações sociais representativas e atuantes na localidade, além do acesso às informações pela sociedade.

A descentralização e a participação social como instrumentos de democratização do Estado, mais que aproximar Estado e Sociedade implica no seu controle, para efetuar as reformas sociais necessárias.

Jacobi (1992) comenta que não parece correto polarizar a discussão em termos ideológicos, mas sim, situar a tensão centralização-descentralização nos diversos grupos sociais e concepções políticas, destacando que mudanças na estrutura do Estado relacionam-se tanto a problemática política quanto econômica, inseridas dentro de uma problemática global, que propicie de forma simultânea o desenvolvimento econômico e o atendimento às demandas de justiça social.

Apesar da multiplicidade de concepção ideológica sobre a descentralização, esta tem como concepção genérica a distribuição de poder do nível central para os níveis periféricos da estrutura estatal.

Nessa concepção, o poder consiste na capacidade de ordenar e implica na autoridade, capacidade de decidir e expressa-se no aspecto técnico, administrativo e político.

4.2. Dimensões e Formas da Descentralização

A descentralização como distribuição do poder envolve duas dimensões básicas, a funcional e a territorial.

A concepção de descentralização de acordo com a corrente francesa discrimina descentralização administrativa de desconcentração e de descentralização política.

A descentralização funcional, conhecida também como setorial, administrativa, institucional, segundo Gúait⁶, consiste em transferência de serviços e funções estatais para uma pessoa jurídica, que apesar de transferidos continuam como de competência exclusiva do Estado, ou seja, sob sua esfera de ação.

Já a desconcentração é conceituada por Meirelles (1994) como *...a distribuição de funções ou atividades dentre os órgãos de uma mesma entidade*.

Segundo o mesmo autor a legislação administrativa brasileira comete equívocos ao considerar ações típicas de desconcentração como descentralização.

A desconcentração pode ser entendida de diversas formas em relação a descentralização. A desconcentração é entendida por Lobo (1988) como uma etapa da descentralização, por Gúait⁶ como uma gradação da descentralização, enquanto que para Medici (1994) é concebida como uma forma que *pode aumentar a acessibilidade de determinada política para a comunidade local, na medida em que permite o planejamento e a melhor visualização da execução, propiciando maior fiscalização e controle social*.

Teixeira (1991) ressalta que a diferença entre desconcentração não refere-se apenas ao grau, pois *não existe uma continuidade entre a desconcentração ou mera descentralização administrativa e a descentralização real de decisões políticas*.

Assim, a desconcentração difere da descentralização, uma vez que esta envolve o poder decisório porém, Neves (1987) considera que a efetivação da descentralização pressupõe necessariamente a desconcentração.

Meirelles (1994) aponta outra forma de execução descentralizada de serviço do Estado que pode ser realizado para atender interesse comum entre organizações estatais e privadas, sob mútua cooperação, mediante convênios e consórcios administrativos.

A prestação de serviços de interesse público compartilhada entre organizações estatais ou estas e organizações privadas, através de convênios constitui a parceria.

⁶ GÜAIT apud Van Stralen P. *O Município no Brasil e na Colômbia: um estudo comparativo*. Rio de Janeiro; 1989 [Dissertação de Mestrado – Escola Brasileira de Administração Pública da FGV].

O consórcio consiste em um acordo entre entes estatais da mesma espécie, que reunidos para prestarem um serviço ou realizarem obras, conjugam esforços técnicos, administrativos e financeiros para consecução de objetivos comuns.

No Brasil, a instituição de consórcio é usual, principalmente entre os municípios que através de uma cooperação associativa reúne recursos, permitindo assim, a execução do serviço que não seria possível de ser realizado por apenas um município.

O consórcio administrativo por não constituir-se pessoa jurídica, recomenda-se a instituição de entidade civil paralela para gerir os recursos e cumprir os objetivos propostos pelos consorciados.

Assim, a partir de um entendimento consensual entre os diversos conceitos, conclui-se de acordo com Borja (1988), que a descentralização funcional tem por objetivo tornar a gestão pública mais flexível, ágil, através da criação de entes administrativos autônomos, aproximando a administração das necessidades dos cidadãos.

Meirelles (1994) adverte para o fato dos entes serem *autônomos* e não *autonomias*, pois o primeiro administra para si e seu conceito é meramente administrativo, enquanto o segundo legisla para si e seu conceito é precipuamente político.

Dallari (1985) assinala que a descentralização administrativa aplica-se melhor ao Estado Unitário Simples que possui apenas um centro de poder político e uma única estrutura administrativa.

Para isso, identifica o Estado Unitário descentralizado como uma autarquia que exerce o poder administrativo igual ao do Estado, de acordo com ordenamentos emanados pelo próprio Estado que a criou, já que não dispõe da capacidade de ordenar-se.

No Estado Unitário complexo, que conta com vários órgãos não central para executar determinado serviço, torna-se adequado a desconcentração administrativa, que consiste na transferência de funções entre os vários organismos de uma mesma estrutura administrativa, sem contudo romper a subordinação do nível de execução pelo nível de direção.

Dallari (1985) adota como definição de descentralização territorial, a *transferência de poderes para autoridades eleitos localmente* elaborada pelo Novo Congresso Internacional de Ciências Administrativas, e a partir dela conclui que *Estado Descentralizado* significa descentralização política.

A forma mais avançada de descentralização política, de acordo com a autora, converge a uma organização estatal, onde a partir de um pacto, coexistem vários centros de poder político autônomo, ou seja, com capacidade de ordenar e decidir em nome da comunidade adstrita num espaço territorial, designado de Estado Federal.

O Estado Federal caracterizado por uma forma de organização de poder onde as estruturas federativas possuem autonomia financeira, administrativa e política para atuarem num determinado território e compartilham competência e poder político fixados numa Constituição, numa relação sem hierarquia.

Essa concepção idealizada de ausência de hierarquia e a detenção de poder e autoridade pelas estruturas federativas, faz com que, segundo Elazar (1990) não exista a relação centro/periferia, mas sim, uma não-centralização, com diluição do poder entre as várias estruturas, que o exercitam mediante outorga Constitucional.

Enquanto a não-centralização envolve a dispersão do poder pelos centros de forma matricial, a descentralização territorial ou político-administrativa, implica no deslocamento de poder do centro para periferia de forma piramidal.

Assim, apesar do Estado Federal, apresentar como característica a não-centralização, na prática, pode assumir, conforme Almeida (1994), as formas centralizada, não-centralizada e descentralizada, dependendo da relação entre as estruturas federativas e das concepções assumidas pela descentralização em cada situação.

O Estado Federal, cuja organização política original é dual (União e Estado-Membro), no Brasil constitui-se de três esferas de poder (União, Estado-Membro e Município) que partilham competência e poderes, fixados na Constituição Federal, através de uma estrutura própria e com comando único da administração, no território de atuação de cada esfera.

Assim, a integração do Município na Federação Brasileira, desde 1934, como uma peculiaridade nacional, é esclarecida por Meirelles (1994).

Em nenhum outro país se encontra o município constitucionalmente reconhecido como peça de regime federativo. Dessa posição singular, do Município Brasileiro é que resulta sua dupla autonomia político-administrativo, diversamente do que ocorre nas demais federações em que o município é circunscrição territorial, meramente administrativa.

E por ser o município, a menor unidade político-administrativa na Federação Brasileira, é que se entende a descentralização territorial ou político-administrativa como municipalização.

Apesar dessa estrutura federativa, o Brasil convive com a centralização do poder político na União, desde 1889, com a instituição da República.

Para Faoro (1958), as raízes da centralização política no Brasil, tem a ver com o legado português, de dominação patrimonialista, onde os atores sociais são subordinados a uma estrutura política pela dependência econômica e pelo sentimento de lealdade ao Estado pela sociedade.

Desse modo, o Estado Brasileiro altamente centralizado segundo o autor, constitui-se mais de *donos* do que de representantes políticos da população e a sociedade se compõem mais de *súditos* do que de cidadãos.

Mas a centralização política no Brasil não tem como causa apenas formação capitalista, mas também, o longo período de autoritarismo que Cardoso (1995) define como *um poder divorciado dos anseios populares*, uma vez que utiliza-se só da força.

Sendo assim, as mudanças na essência do poder político, segundo Ianni (1986), somente efetivará com a prática política dos atores sociais antagônicos.

Nessa perspectiva, a descentralização político-administrativa ou territorial emerge, segundo Borja (1987), como *um meio adequado para promover a socialização das classes populares e o desenvolvimento das liberdades individuais, assim como as transformações socio-econômicas de tendência igualitária*.

Com Rofman (1990a), conclui-se que a *descentralização, como um processo de redistribuição de poder de decisão estatal em suas dimensões funcionais e territoriais, não terá razão de ser se não vier acompanhada pela presença ativa da sociedade civil, receptora desse processo, para a definição, para o controle e para o acompanhamento das ações descentralizadas*.

4.3. Limitações e Possibilidades da Municipalização

A municipalização obedece a determinados princípios e condiciona-se a uma série de aspectos de ordem política, econômica e gerencial para sua concretização, uma vez que, a transferência de poder da esfera federal ou estadual para a municipal, não se impõe apenas pela existência da norma jurídica, tão importante e necessária.

Por se tratar de um processo, há que se percorrer uma seqüência de etapas em diferentes conjunturas sócio-político-culturais, cujos avanços e retrocessos dependem da ação pactuada entre os diversos atores sociais envolvidos, para consecução de apoio político.

Nesse sentido, deve-se levar em conta na implantação e implementação do processo, os princípios estabelecidos por Lobo (1988), de flexibilidade, gradualismo, progressividade, democratização da informação, participação e controle social.

A flexibilidade implica na adaptação das exigências formais a cada situação, preservando as particularidades locais, uma vez que as realidades são desiguais.

O reconhecimento da heterogeneidade local pressupõe o gradualismo que envolve o escalonamento na implantação do processo, utilizando como critério a progressividade, transferindo funções e recursos de acordo com a demanda e capacidade de absorção pelo município.

A transferência de poder ao município implica na adoção de medidas que proporcionam a transparência do processo decisório e o acesso às informações, criando canais efetivos de participação para o exercício do controle e democratização.

A municipalização impõe a definição das atribuições em cada esfera de poder, através da distribuição de competências que Rezende e Brasileiro (1984) classificam em exclusivas, exercida apenas por uma esfera, subjetiva, complementação de uma esfera por outra e concorrente exercida de forma simultânea por mais de uma esfera.

A definição de competência entre as esferas, segundo os autores deve atender os critérios de escalas espacial, econômica, financeira, técnica e político-institucional.

Desse modo, propõe a esfera local, a requisição de serviços que sejam absorvidos num menor espaço geográfico, cuja operação em escala reduzida não altere substancialmente os gastos, independam das etapas que se efetuam além dos limites geográficos e políticos locais e que exigem volume de recursos conforme a capacidade financeira.

Além disso, tais serviços devem ser passíveis de controle pela participação da comunidade, aumentando a representatividade da decisão sobre a utilização dos recursos público e a responsabilidade governamental.

A atribuição de competência, consiste em atribuir encargos e pressupõe assegurar recursos suficientes para agir com autonomia.

Para Medici (1994), autonomia das esferas locais só se sustenta quando existe meios econômicos, gerenciais e políticos para a sua manutenção.

Os meios econômicos são os recursos financeiros que mantêm a esfera autônoma, que podem ser próprios ou transferidos, porém, quando próprios aumentam a autonomia.

Os meios gerenciais envolvem os recursos físicos, tecnológicos e gerenciais, que a esfera local detém para executar os serviços de sua competência.

Já os recursos políticos consistem na capacidade de ordenação e legitimação para o exercício do poder, além da capacidade da esfera de representatividade de seus interesses perante as outras esferas de poder.

Assim, o êxito do processo de descentralização depende de dotar os níveis locais dos recursos necessários para realizarem as competências outorgadas pela Constituição.

O Estado Brasileiro, uma federação com 26 Estados-Membros, um Distrito Federal e mais de 5000 Municípios, rege-se pela Constituição Federal, Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais, apresenta ampla extensão territorial, grandes desigualdades e problemas gerenciais complexos, cuja unidade é mantida segundo Camargo (1992), por vários pactos, ao longo da sua história, por compensações econômicas e políticas.

Embora a Constituição Federal de 1988 reconheça três esferas de poder com autonomia político-administrativa, do ponto de vista fiscal Fiori (1993) identifica que o

seu principal defeito está na preservação do sistema de competências exclusivas com transferências governamentais, sem atribuir aos outros governos o verdadeiro poder de produzir e movimentar recursos próprios.

O autor mostra que cerca da metade dos municípios brasileiros não dispõem de uma base tributária importante, sendo que menos de 50 municípios produzem na sua própria base, mais de 50% de suas receitas fiscais.

Somada a questão Fiscal, a não transferência de encargos, em grande parte por resistência das burocracias do nível central em contexto de recessão econômica, produziu uma redução de recursos, que muitos atribuem de forma genérica à Constituição descentralizadora.

Como resposta a questão federativa, Fiori (1993) propõe a descentralização do poder e recursos, para construir uma verdadeira federação, como alicerce de uma organização do poder do Estado. Esta descentralização deve incluir principalmente, a gestão de políticas e serviços públicos sociais, mas sob a rigorosa coordenação centralizada do nível federal.

Oszlak et al. (1990) reforça este posicionamento quando refere que *a descentralização é um processo que não pode ser adotado às expensas do par que a complementa: a centralização*, sendo assim, descentralização de um lado implica na centralização por outro.

Porém, a municipalização não apresenta como limitações apenas questões de ordem econômico-financeira, mas também, a sua efetivação como democratização.

Nesse sentido, O'Donnel (1991) assinala que o processo democrático no Brasil tem como fatores restritivos a profunda heterogeneidade social associada ao padrão de desenvolvimento econômico e de autoritarismo que conduzem a privatização do Estado e a exclusão social, impedindo o desenvolvimento da democracia como valor na cultura política do país.

Esses fatores, acrescidos da incipiente capacidade de mobilização e organização política dos segmentos populares e da instabilidade do sistema político, promovem a centralização do Estado, obstando a descentralização.

É certo que a institucionalização democrática obteve algum avanço no Brasil, porém O'Donnel (1992) revela que a consolidação democrática emerge, fortalece e legitima com práticas adequadas e instituições sólidas, que demandam tempo e envolvem um complexo processo de aprendizagem.

Segundo Costa (1997), *assim como a democratização, a municipalização é o caminho possível e longo, de mão única, estreito, e repletos de obstáculos. Porém, não permite retorno, já que o acesso a centralização e ao autoritarismo encontra-se impedido.*

5. A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

5.1. Antecedentes: Centralização e Dualidade

A municipalização da saúde no Brasil foi proposta pelo Ministério da Saúde, na III Conferência Nacional de Saúde realizada em 1963.

A proposta ministerial, segundo Luz (1986), consistia na Municipalização das atividades de saúde, como alternativa para resolução dos problemas de saúde, a partir da articulação entre a União e os municípios e da centralização da execução e da decisão de atividades comuns de saúde pública. Para tanto, seria organizada uma Rede Nacional de Saúde, constituída de estruturas permanentes para atender a população.

A descentralização não se restringe apenas as ações de caráter preventivo, mas também, as de caráter curativo, conforme consta no Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social.

Assim, a descentralização das ações curativas implicaria em transferências de subsídios federais para reforçar os órgãos estaduais e municipais, obedecendo critérios de complexidade dos problemas de saúde locais, da escassez de recursos e densidade demográfica.

A descentralização também compreendia transferências de subsídios para entidades assistenciais privadas, subordinadas aos critérios gerais de coordenação.

Assim, no dizer de Luz (1986), *a descentralização (geográfica e executiva) viabiliza desta forma, a centralização institucional do Estado.*

Contudo, a proposta de municipalização da saúde não prosseguiu, pois o golpe militar de 1964 bloqueou o processo que só emergiu nos anos 80.

Após 1964, o regime autoritário promoveu a centralização reduzindo os poderes dos Estados, municípios e reforçou o modelo de assistência à saúde, baseado em ações curativas de cunho individual.

Esse modelo consolidado na década de 70, denominado Médico-Privatista apresentava como característica a centralização, a dicotomização das ações de saúde, a discriminação da assistência médica, com a prestação do serviço privatizada, com financiamento público e totalmente desvinculado das reais necessidades da população.

Constituíam-se de dois eixos, de um lado as ações de caráter curativo individual prestada pelo setor privado e regido pela lógica do lucro e por outro as ações de caráter preventivo prestada pelo Estado.

As ações de caráter curativo compreendiam basicamente a assistência médica individual que era prestada pela Previdência Social, através do Instituto

Nacional de Previdência Social (INPS)⁷, de forma direta pelos hospitais e ambulatorios próprios e indireta pela compra de serviços do setor privado, mediante contrato e convênio.

Tais serviços caracterizados pela alta complexidade e incorporação tecnológica geraram altos custos e pouco impacto na saúde coletiva, pois eram oferecidos apenas a população inserida no mercado formal de trabalho.

As ações de caráter preventivo eram prestadas pelo Ministério da Saúde, através da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Essas ações compreendem o desenvolvimento de programas de saúde pública destinados aos grupos vulneráveis da população, que segundo Cohn (1996) dá ao setor público um caráter complementar, suprimindo a ausência do setor privado onde este não tem interesse por inviabilidade de retorno econômico.

A autora destaca ainda que na assistência médica, dada a primazia do setor privado lucrativo sobre os serviços públicos, há um reforço da desigualdade regional existente no país, concentrando equipamentos de saúde nos primeiros centros urbanos dos estados mais ricos e industrializados.

O Estado não mantém apenas os custeios do setor privado através da compra de serviços, mas também, proporciona investimentos através do Fundo de Apoio de Desenvolvimento Social (FAS) viabilizando uma forte capitalização.

Essa situação gerou no interior da burocracia federal esforços no sentido de universalização da assistência médica, ampliando o atendimento aos trabalhadores rurais através do Fundo de Previdência e Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e estendendo aos indigentes da área urbana o atendimento de urgência através do Programa de Pronta Ação (PPA), ambos financiados pelo INPS.

Com a promulgação da Lei n.º 6.229 de 17 de julho de 1975, criando o Sistema Nacional de Saúde, reforça-se a dicotomia existente entre a assistência médica individual e curativa e a assistência a saúde coletiva, atribuindo ao Ministério da Saúde a formulação da Política Nacional de Saúde e a promoção e execução de ações de caráter coletivo e ao Ministério da Previdência e Assistência Social o atendimento médico-assistencial individualizado.

A expansão de cobertura também se deu pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que coordenado pelo Ministério da Saúde visava criar uma rede de serviços de saúde pública em localidades onde as secretarias de saúde não apresentaram condições de implantá-la. Para isso, propunha uma articulação da comunidade e organização dos serviços com base nos princípios de hierarquização.

⁷ A partir de 1978 passou a denominar-se Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Apesar do PIASS ter proporcionado a expansão da cobertura, seu efeito foi mais político do que gerador de benefícios da população.

No final da década de 70, o modelo Assistencial Médico-Privatista dá sinais de fragilidade. A onerosa manutenção da assistência médica previdenciária, associada a vulnerabilidade do seu financiamento a crise econômica, devido ser a contribuição salarial sua principal fonte, conduzem a um questionamento do modelo vigente e o início do delineamento de um novo modelo.

Em 1980, convocou-se a VII Conferência Nacional de saúde que propõe além da implantação de uma rede básica de saúde a criação da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN) para coordenar as ações dos diferentes ministérios.

Assim, com base no PIASS e respaldo político da VII Conferência Nacional de Saúde é criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) por um grupo técnico Interministerial influenciado pela Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata em 1978.

O PREV-SAÚDE, propunha a universalização dos cuidados primários de saúde, através de uma articulação entre instituições públicas e privadas, organizadas segundo princípios de regionalização e hierarquização dos serviços com controle administrativo e financeiro e participação da comunidade.

Esse programa ao incluir o setor privado no sistema subordinado-o ao setor público gerou protestos de grupos empresariais ligados a assistência médica privada, não sendo implantado.

A crise do Estado configurada no seu aspecto econômico pelo esgotamento do modelo de desenvolvimento implantado desde a década de 30, pelo estrangulamento das fontes externas de financiamento e no seu aspecto político pela crise do regime autoritário impulsiona no setor saúde a busca de alternativas para organização dos serviços.

A crise econômica repercute fortemente na Previdência Social que reorienta a transferência de recursos para o setor privado dada a necessidade de redução de gastos.

Através do Decreto n.º 86.329 de setembro de 1981 cria o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), composto por vários ministérios, representantes patronais e de trabalhadores, com a finalidade de estabelecer parâmetros para a assistência médica previdenciária.

O CONASP, além de tomar medidas de curto prazo e de caráter emergencial visando a redução de gasto também, elaborou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social aprovado em 23 de agosto de 1982 pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

Esse plano apontava entre os principais problemas na prestação de serviços médicos pelo setor público, a ausência de integração interinstitucional, o pagamento pelo INAMPS de serviços prestados pela somatória dos gastos de cada ata

parcelada ou unidade de serviço e a inexistência de uma política de recursos humanos.

Assim, a partir do diagnóstico propunha a regionalização progressiva e hierarquização dos serviços de saúde, conforme a complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência com priorização das ações básicas de saúde.

Propunha ainda, a implantação de uma política de recursos humanos, o pagamento por procedimento, a montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial de saúde por uma comissão, com composição paritária do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Estado de Saúde (SES), no nível estadual.

No ano de 1982 deflagrou-se no Brasil um novo programa político com a vitória da oposição para governadores dos estados mais importantes da federação, abrindo um espaço nas secretarias de saúde para a participação dos militantes do movimento da reforma sanitária.

Foi assim que numa conjuntura de crise e democratização, a temática da municipalização emerge como resposta a excessiva centralização do Estado pelo regime autoritário e a necessidade de aproximar Estado e Sociedade tornando-o mais permeável ao controle.

5.2. A Municipalização nas Ações Integradas de Saúde (AIS)

O plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social tinha dupla função: a de reduzir os gastos previdenciários a partir da socialização e da desconcentração e a de reorganizar os serviços de saúde promovendo mudanças no modelo assistencial.

Assim, surgem em agosto de 1982 as Ações Integradas de Saúde, como um programa concretizado através de convênios interinstitucionais entre o MPAS, MS, Ministério da Educação e Cultura, governos estaduais e governos municipais.

Mendes (1995a) reconhece dois momentos nas AIS, sendo o primeiro que as caracterizam como um programa que inicia-se em 1983 e termina em 1985 com o final do governo militar e o segundo como estratégia para construção de um Sistema Único de Saúde que começa com a instalação da Nova República e termina com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

As AIS, na esfera discursiva, propunham-se a descentralização da atenção médica, a integração, a regionalização e a hierarquização das ações e serviços de saúde, estabelecendo como porta de entrada do sistema as unidades básicas de saúde.

No aspecto gerencial propunham-se as gestões colegiadas através das comissões interinstitucionais de saúde no nível local (CLIS), Municipal (CIMS), regional (CRIS), estadual (CIS), cabendo a esta última a coordenação da política de saúde do estado. No nível nacional, a Comissão Interinstitucional de Planejamento

(CIPLAN), formada em 1980 era composta pelos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, da Educação e do Trabalho.

Em relação ao financiamento, o programa objetivava o repasse de recursos do INAMPS para os estados e municípios através de convênios, priorizando o setor público.

Na prática, as AIS, no período de 1983 a 1985, propiciaram a expansão da cobertura a baixo custo, caracterizando-se, segundo Mendes (1995), num programa de atenção médica justaposto aos programas de saúde pública já executados pelos estados e municípios.

Além disso, reproduziram no setor público a lógica de repasse de recursos utilizada para o setor privado, introduzindo mecanismos de compra e venda de serviços de atenção individual reconhecendo no setor público um prestador de serviços em condições semelhantes ao do setor privado.

Contudo, a priorização do setor público não ocorreu, pois segundo Medici (1994), até 1984 os gastos com programas locais, com as AIS, não passaram de 6% do total destinado à assistência médica previdenciária.

Em 1985, o movimento pró-eleições diretas representou um marco na mobilização das forças democráticas rumo a reorganização do Estado Brasileiro. Esse esforço a despeito de não se concretizar como o idealizado (eleições indiretas de Tancredo e Sarney) permitiu no âmbito do governo a expressão política de vários setores que buscariam a viabilizar suas proposições.

No período de 1985 à 1987, com a instauração da Nova República e a ocupação de postos estratégicos nos Ministérios da Saúde, da Previdência Social e INAMPS, por militantes do movimento sanitário inicia-se uma nova fase com a viabilização da base jurídico-legal das AIS, através da Portaria n.º 01-MS/MPAS/MEC em 07 de julho de 1985.

Essa portaria reitera as AIS como *a estratégia de integração programática entre as instituições de saúde pública federais, estaduais e municipais e demais serviços de saúde, ao nível de Unidade Federada, com vistas ao desenvolvimento dos sistemas estaduais de saúde, em consonância com a política nacional de saúde e obedecendo diretrizes de universalização, descentralização e participação da comunidade.*

Nesse segundo momento, as AIS formalizam como um único instrumento de planejamento a Programação e Orçamentação Integrada (POI), que permite a integração do planejamento das Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais, INAMPS e Ministério da Saúde.

A POI ampliou a atuação das comissões interinstitucionais e exigiu a formação de grupos de trabalhos compostos por várias instituições para assessorá-las.

Em 1986, segundo Medici (1994), as AIS já contavam com a adesão de 2.500 municípios e propiciavam cobertura para 90% a população brasileira, porém seu desenvolvimento não aconteceu de maneira uniforme, dado que estados e municípios tinham uma rede bastante heterogênea.

Apesar das restrições, as AIS conquistaram expressão nacional como eixo fundamental da política do setor contribuindo decisivamente com a expansão da rede pública e proporcionando a participação dos governos estaduais e municipais na gestão do sistema, porém não foi suficiente para ultrapassar os limites impostos pelo INAMPS quanto a descentralização e a primazia do setor privado.

Mas, ainda em 1986 realiza-se o maior evento sanitário da década, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), cuja finalidade era a contribuir na reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar subsídios para Assembléia Nacional Constituinte.

Esta conferência contou com a participação de mais de 4.000 pessoas dos diversos segmentos da sociedade civil organizada e constituiu-se no fechamento do processo de discussão iniciado nas pré-conferências preparatórias estaduais e municipais.

As transformações pretendidas no setor saúde não restringiam-se a reforma administrativa e financeira, ultrapassavam os limites do setor.

A partir de um conceito de saúde ampliava-se a ação institucional revendo a legislação, quanto à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se a reforma sanitária que Teixeira (1992) definiu como *...programa político - institucional de transformação da consciência sanitária e das instituições de saúde no sentido de resgatar a cidadania e garantir o direito universal de saúde.*

A reforma sanitária brasileira⁸ foi concebida para operar em três eixos principais.

O primeiro, conceitual e doutrinário concebia saúde como resultante das condições de vida e não apenas ausência de doença, cuja conquista se dá através de políticas econômicas e sociais que reduzam ou eliminem os riscos de agravos, mas também, pelo acesso às ações e serviços de saúde.

O segundo eixo, o político, concebia a saúde como direito de cidadania e dever do Estado de provê-la sem qualquer discriminação ou fatos condicionantes.

O último eixo, o estratégico-operacional, que propõe a reorganização do sistema de saúde, atendendo as diretrizes da integralidade das ações de saúde, participação e controle da sociedade e de descentralização, com comando único em cada esfera de governo.

⁸ ABRASCO/CEBES. *Saúde é Qualidade de Vida*. Rio de Janeiro: ABRASCO/ Brasília: CEBES; 1992.

Desse modo, a descentralização, entendida como transferência de poder, constitui-se num eixo central da reforma sanitária.

Entretanto, Teixeira (1992) assinala que enquanto a descentralização envolve apenas transferência de poder da esfera central para as esferas periféricas, a Reforma Sanitária envolve a transferência de poderes para segmentos organizados da classe trabalhadora associadas aos movimentos sociais de usuários e de profissionais de saúde.

Em decorrência da VIII CNS, constituiu-se a Comissão Nacional de Reforma Sanitária que propõe mudanças na área de saúde no sentido de criar um sistema único de saúde que atendesse aos princípios de descentralização, universalização, integralidade da assistência, regionalização, hierarquização e sob o controle da sociedade.

Para isso, propunha um único órgão responsável pela saúde no nível federal e a reestruturação das instituições no nível estadual e municipal para viabilizar o comando único.

Assim, a descentralização consolida segundo Cohn (1996) como única alternativa para a constituição de um sistema de saúde adequado às reais necessidades da população, viabilizando sua universalização e equidade. O que pressupõe, por certo, que o Estado em todos os níveis assuma a produção desses serviços, ou pelo menos grande parte dele, e exerça um rígido controle sobre o setor privado.

Tais mudanças levam uma reformulação das AIS e a criação do Programa de Desenvolvimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), assim como as AIS, uma estratégia de transição para o Sistema Único de Saúde.

5.3. A Municipalização no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)

A arrasadora vitória do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) no pleito de 1986 altera a relação de poder entre as esferas de governo. Os governos estaduais pressionam o governo federal para avançar no processo de descentralização do INAMPS, visto ser este o possuidor dos recursos financeiros.

Essa nova conjuntura política exige uma redefinição do papel INAMPS, tanto na execução, como na formulação das políticas de saúde que impulsionou a descentralização propondo a criação do SUDS em 20 de julho de 1987, através do Decreto n.º 94.567.

Assim, com o objetivo de consolidar e desenvolver qualitativamente as AIS, o SUDS estabelece as atribuições dos três níveis de governo.

Ao governo federal caberia o planejamento e o gerenciamento do Sistema Nacional de Saúde, além da regulamentação e normatização das ações e serviços de saúde, bem como o gerenciamento de serviços de referência nacional.

Aos governos estaduais caberiam a implementação de políticas determinadas pela União, o planejamento e o gerenciamento de serviços de saúde sob a responsabilidade estadual.

E por último, aos municípios caberiam a operacionalização das políticas definidas pelo nível federal e estadual, o planejamento e o gerenciamento do sistema municipal de saúde.

Em relação a gestão, reforça como instância colegiada a CIPLAN, CIS, CRIS, CIMS, CLIS, responsáveis pela coordenação da formulação e execução da (Programação e Orçamentação Integrada) POI, na respectiva esfera.

O INAMPS continua com o poder, já que a ele caberia além do financiamento das ações e serviços de saúde, o acompanhamento e a avaliação da execução da POI.

A implantação do SUDS realizou-se através de convênios firmados entre o INAMPS e as Secretarias Estaduais de Saúde que possibilitaram a transferência de competências da prestação dos serviços próprios do INAMPS às Secretarias Estaduais de Saúde, além de parte das atribuições relativas ao contrato ou convênio com o setor privado; configurando assim, num processo de *estadualização*.

A incorporação de novas atribuições pelos estados propiciou a descentralização do atendimento básico de saúde às Secretarias Municipais de Saúde caracterizando-se num processo de Municipalização.

Nessa estratégia, o município mantém um papel coadjuvante, apenas como executor de serviços básicos de saúde, mas sob normatização do nível federal e estadual.

Por não apresentar um convênio padrão, o SUDS permitiu uma diversidade de sistemas, pois a postura e políticas dos estados configuram elementos centrais para as diferentes formas de encaminhamento da municipalização.

Conforme estudo realizado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e a Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP) pode-se classificar as posturas dos estados em relação ao SUDS como: pró-ativa, adesão integral a proposta, com aprofundamento do processo (Rio de Janeiro, Paraná, Ceará, Mato Grosso do Sul e Goiás); reativa-positiva, apenas implementam as propostas do governo federal (maioria dos estados) e reativa-negativa (resistentes ao desenvolvimento do processo (Minas Gerais e Amazonas).

Nesse período, os recursos financeiros eram transferidos aos municípios mediante a apresentação de um plano de aplicação a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e não mais pela produção de serviços.

Os estados recebiam grande volume de recursos da União, convertendo assim o SUDS num poderoso instrumento político e clientelista.

Segundo Mendes (1995a), o SUDS no final dos anos 80 evidenciou pouco impacto na descentralização, na organização de serviços, dando continuidade a lógica de articulação privada e a base de financiamento.

Porém, essa não é uma posição unânime, apesar das limitações o SUDS propiciou alguns avanços como expansão da cobertura, participação da comunidade em órgãos colegiados deliberativos, além de ter propiciado a descentralização do INAMPS e alterando a correlação de forças entre as esferas de poder.

Em 5 de outubro de 1988 como resultado de acordos e sob forte pressão do movimento sanitário, o Congresso Nacional promulga a nova Constituição Federal do Brasil.

Essa Constituição incorporou no seu texto grande parte do projeto da Reforma Sanitária, reafirmando a dimensão política e social da saúde entendida como resultado de todos os aspectos que concorrem para a melhoria das condições de vida e como direito.

Ao instituir a saúde dentre os direitos sociais (art. 6º) implicou no dever do Estado, do *Estado Descentralizado*, pois atribui como competência comum da União, dos Estados e dos Municípios, o *cuidado da saúde e assistência pública* (art. 23, II), além da capacidade de legislar sobre a proteção e defesa da saúde (art. 24, XII).

No entanto, a diretriz descentralizadora se faz presente quando determina como competência do município a prestação, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, de serviços de atendimento à saúde (art. 30, VII).

Nessa Constituição, a saúde ao lado da assistência e da previdência social, compõem a seguridade social que deverá organizar-se com base na universalidade da cobertura, do atendimento e no caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, (art. 194, Parágrafo único, I, VII).

O financiamento da saúde está incluído no Sistema de Seguridade Social que prescreve a responsabilidade da sociedade, direta ou indiretamente, mediante recursos provenientes das três esferas de governo, além das contribuições sociais dos empregadores, dos trabalhadores e concursos de prognósticos (art. 195, I, II, III).

A saúde está contemplada na seção II do capítulo da seguridade social que reafirma o direito à saúde como sendo de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença, de outros agravos e ao acesso universal, igualitário às ações e serviços de saúde, para a sua promoção, proteção e recuperação (art. 196).

As ações e serviços de saúde são qualificados como de *relevância pública*, cabendo ao Poder Público a 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. 197).

Em relação a organização, diz o artigo 198 que *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: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.*

Dessa forma, está constituído do ponto de vista legal o Sistema Único de Saúde viabilizado por diversos atores que objetivando a democratização, acabaram por imprimir no texto constitucional mudanças que romperam com a lógica da centralização e do autoritarismo.

Com relação ao setor privado, admite a sua participação na prestação da assistência de forma complementar com financiamento público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Contudo, sendo livre a iniciativa privada a assistência à saúde, as organizações podem operar livremente no mercado, sob a égide de um Estado que prescreveu um sistema único, público e nacional, preservando as características híbridas e históricas do setor saúde, pautadas em modalidades assistenciais que agudizam as heterogeneidades num país de diferenças sociais tão gritantes.

Apesar dos avanços conseguidos na Constituição Federal, o período entre 1988 a 1990, o SUDS toma novo direcionamento, com a mudança ampla do INAMPS.

Segundo Mendes (1995a), a nova direção do INAMPS, com o pretexto de aperfeiçoamento e legalização do SUDS, produz uma estratégia que conduz a reconstrução do INAMPS, dificultando o processo de desconcentração abrigada no discurso de despreparo das secretarias estaduais e municipais para a gestão da saúde, reduzindo os recursos a serem repassados e atrasando a liberação de pagamentos.

Acirram-se os conflitos entre o Ministério da Saúde e o da Previdência Social, tornando mais difícil o gerenciamento do SUDS.

Apesar dos problemas enfrentados, o SUDS tem como êxito o processo de desconcentração para os estados, põe em marcha o processo de Municipalização, além de esvaziamento das competências do INAMPS.

5.4. A Municipalização no Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde instituído pela Constituição Federal de 1988 foi regulamentado com a aprovação da Lei Orgânica de Saúde (LOS), Lei n.º 8.080 em 19 de setembro de 1990, que reafirmou os princípios constitucionais do SUS, estipulando as competências das esferas de governo, o financiamento, o funcionamento do setor privado e a organização, direção e gestão do sistema.

Apesar de estabelecer as competências comuns e exclusivas dos três níveis de governo, a LOS não especifica até que ponto cada nível poderia formular uma política independente.

Quanto ao financiamento, define no artigo 35 os critérios para o repasse de recursos financeiros da esfera federal para as esferas estaduais e municipais.

Tais critérios envolvem perfil demográfico e epidemiológico, características da rede de saúde, participação do setor saúde no orçamento total, desempenho técnico, econômico e financeiro, previsão do plano quinquenal de investimentos da rede e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Os recursos destinados aos Estados e Municípios, metade será distribuída segundo o número de habitantes.

Do ponto de vista da gestão apenas refere-se a gestão financeira, mas não ao modelo a ser adotado pelas esferas.

A LOS avançou na unificação transferindo o INAMPS para o Ministério da Saúde, porém, Rocha (1994) assinala que *a política de oposição ao SUS, comandada pelos setores mercantilistas da saúde encontrou sustentação dentro da política neo-liberal do governo Collor e se traduziu no protelamento da extinção do INAMPS, na centralização das decisões, no solapamento das bases financeiras do SUS com a desregulamentação do Finsocial e nos vetos a Lei Orgânica da Saúde.*

Os vetos atingiram principalmente a instituição das formas de participação da sociedade no sistema e a transferência direta e automática de recursos aos estados e municípios, bem como os critérios para o repasse.

Após dois meses da instituição do LOS, sob forte pressão da sociedade civil o congresso nacional acabou por aprovar a segunda LOS, Lei n.º 8142 em 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação popular no SUS e sobre os requisitos para a transferência de recursos para os níveis estadual e municipal.

Assim, cada esfera de governo contará com as instâncias colegiadas, a conferência de saúde para avaliar a situação de saúde, propor as diretrizes para a formulação da política de saúde e o conselho de saúde para atuar na formulação de estratégias, no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Para o recebimento de recursos financeiros os Estados e Municípios deverão contar com: Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão, contrapartida de recursos para saúde no orçamento e comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para a implantação.

Durante os dois primeiros anos da década de 90, o processo de descentralização tomou nova direção. O Ministério da Saúde impulsionou e fortaleceu o INAMPS, ao instituir as coordenadorias de cooperação Técnica e Controle que passou a assumir o processo de descentralização nos estados, ignorando essa instância, e mantendo uma relação direta com os municípios.

Por sua vez, os estados retiveram sob seu controle a rede de serviços estaduais, as unidades recebidas do INAMPS, vão efetuando a transferência para os municípios.

Esse período foi marcado pela edição de várias portarias e a primeira editada pelo INAMPS foi a Norma Operacional Básica (NOB) n.º 1 de 1991, que implantou um sistema de pagamento com base na produção de serviços, tanto para o setor privado quanto para o setor público, estabeleceu tetos para o atendimento ambulatorial para cada estado, através das Unidades de Cobertura Ambulatorial (UCA).

Essa forma de financiamento incentiva os prestadores de serviços a optarem por procedimentos que proporcionam melhor remuneração, deixando de lado as ações de caráter coletivo.

Em fevereiro de 1992, o Ministério da Saúde editou a NOB/SUS/92, que institui novas de transferência de recursos.

Cria o Fator de Estímulo a Municipalização (FEM) e o Fator de Estímulo a gestão Estadual (FEGE) e transfere para as Secretarias Estaduais, a função de negociar com as Secretarias Municipais os recursos destinados ao investimento em saúde.

Nesse mesmo ano, os escândalos envolvendo o Ministério da Saúde provoca a saída do Ministro Alcenir Guerra, assumindo em seu lugar o Professor Adib Jatene, que convoca a IX Conferência Nacional de Saúde, que se realiza num período extremamente conturbado, *pré-impeachment* do Presidente Collor.

Essa conferência, cujo tema era *Municipalização é o Caminho*, teve o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), como grande articulador, assumindo o papel desempenhado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) no período do SUDS.

Com o *impeachment* do Presidente Collor, assume o governo, Itamar Franco e com ele, no Ministério da Saúde, o deputado Jamil Haddad, trazendo à tona, o tema da descentralização, que ganha novo alento, após cinco anos de promulgação da Constituição, com a publicação do documento pelo MS, denominado *A Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir lei*, resultante de ampla discussão e acordo entre o CONASS, CONASEMS e O Conselho Nacional de Saúde.

Com base nesse documento, o Ministério da Saúde institui a Norma Operacional Básica SUS 01/93 - NOB - SUS 01/93, através da Portaria MS n.º 545, de 20 de maio de 1993.

A NOB-SUS 01/93 estipula a transição gradualista da gestão (incipiente, parcial, semi-plena) para atingir a situação desejada, pressupõe a descentralização como redistribuição de poder e recursos, estabelece novas relação entre os níveis de governo e financiamento compartilhado e cria as Comissões Intergetores Bi e

Tripartite, para que juntos com os Conselhos de Saúde, gerenciem o processo de descentralização a nível estadual e federal.

Em relação as condições de gestão, os municípios para serem enquadradas como incipiente, terão como responsabilidade a contratação, autorização da utilização de Internação Hospitalar (AIH) e o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas.

Na condição de gestão parcial, os municípios, terão como responsabilidades, todas as estabelecidas para a gestão incipiente e como prerrogativa o recebimento mensal de recursos financeiros referente a diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado pelo nível federal aos serviços públicos e privados do sistema municipal.

No que refere-se a condição de gestão semi-plena, os municípios assumem completa responsabilidade sobre a gestão, incluído aí, o pagamento dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, através do recebimento mensal do total de recursos financeiros para o custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar.

Os estados poderão ser enquadrados nas condições de gestão parcial ou semi-plena, porém deverão respeitar as responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena.

Para o enquadramento e permanência nas condições de gestão, municípios e estados deverão atender os requisitos já previstos na Lei n.º 8.142/90, além de manifestar interesse.

Quanto ao financiamento com recursos da União, as ações e serviços de saúde ambulatoriais serão custeados através do Sistema de Financiamento Ambulatorial, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Ambulatorial (SIA/SUS); pela Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA); pelos Fator de Apoio ao Município (FAM).

As atividades hospitalares serão custeados através do sistema de financiamento hospitalar, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Para viabilizar a necessária circulação de AIH entre os municípios, criará uma Câmara de Compensação, mantida sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

O gerenciamento do processo de descentralização dar-se-á no âmbito nacional, pela Comissão Intergestores Tripartite integrada paritariamente pelos membros do Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, com a finalidade de assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

No âmbito estadual, será constituída a Comissão Intergestores Bipartite, composta paritariamente por dirigentes da Secretaria de Estado de Saúde (SES) e do órgão de representação das Secretarias municipais de saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador.

Dessa forma, com a NOB-SUS 01/93, reativa-se o processo de descentralização, porém na prática, a redução do investimento do governo federal na saúde, a manutenção do pagamento por produção privilegiando municípios e estados que possuem maior capacidade instalada, desincentivam os municípios e estados a assumirem a gestão do SUS.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em maio de 1994, dos quase 5.000 municípios brasileiros, apenas 1.666 aderiram as condições de gestão estabelecidas pela NOB - SUS 01/93, sendo 1.092 na condição incipiente, 541 na parcial e 33 na semi - plena.

Em relação ao porte dos municípios que aderiram a NOB até maio de 1994, Goulart (1994) mostra que cerca de dois terços possuem menos de 20 mil habitantes, sendo que estes tendem assumir a forma de gestão incipiente, enquanto os municípios maiores procuram assumir condições de gestão parcial e semi plena.

Quanto aos estados, apenas seis pleitearam enquadramento nas condições de gestão, sendo quatro na gestão parcial e apenas dois na semi-plena.

Com a instalação das Comissões Intergestores Bipartite nos estados, criou-se um novo espaço para debater as questões da saúde, porém, gerou conflitos com alguns conselhos estaduais que entendiam que essas comissões desempenharam competências atribuídas aos órgãos deliberativos.

A descentralização das ações e serviços desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, bem como pelas unidades estaduais e regionais de suas entidades vinculadas, deverão ocorrer de modo a não comprometer a continuidade das ações ao longo do processo.

Para isso, constitui no interior do ministério, o Grupo Especial para a Descentralização (GED), que coordenará e conduzirá no plano técnico administrativo as discussões sobre o processo de descentralização.

A despeito da NOB-SUS 01/93, a tendência ao centralismo pelo governo federal é evidenciada, não apenas por gerenciar importante parcela de recursos financeiros, mas também, por manter-se na execução e coordenação direta de ações e serviços, principalmente as relativas ao controle de endemias.

As transferências de recursos financeiros federais de forma direta e automática para os estados e municípios, são regulamentadas pelo Decreto n.º 1.232 de 30 de agosto de 1994.

Esse decreto determina que as transferências de recursos sejam efetuadas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais, independente de convênio, de acordo com critérios populacionais.

A efetuação do repasse estaria condicionada a: existência do Fundo de Saúde, apresentação do Plano de Saúde aprovado pelo conselho de saúde da respectiva esfera de governo, indicação pelas comissões Bipartites e compatibilidade das necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos.

Com esse decreto o processo de descentralização deverá inaugurar uma nova fase, regularizando o fluxo de recursos, repassando de forma negociada para os estados e municípios na condição de gestão menos avançada e da forma automática nas condições de gestão mais avançadas.

O ano de 1995, inicia com mudanças nos governos federal e estadual. Ao nível federal assume a Presidência, o sociólogo Fernando Henrique Cardoso, que dá continuidade a política econômica do seu antecessor, tendo como prioridade a estabilização monetária a um alto custo social.

No Ministério da Saúde assume novamente o Prof. Adib Jatene num contexto de crise da saúde, expressa pela ausência de eficiência, eficácia e efetividade dos serviços de saúde, tanto os públicos quanto os privados.

Com objetivo de discutir com os municípios e os novos governos estaduais sobre as diretrizes, estratégias e as dificuldades no processo de implantação do SUS, no que se refere a assistência à saúde, o Ministério da Saúde, realizou entre março e abril de 1995, vários encontros macro regionais com as Comissões Intergestores Bipartites, cujos resultados encontrou-se consolidados num relatório.

Em relação ao processo de descentralização, o relatório reitera que a descentralização da gestão do sistema consiste em transferência para os municípios de competência para planejar o sistema de saúde, relacionar com os prestadores, definir tetos e metas por prestador, bem como efetivar a gerência de todos instrumentos técnicos e administrativos da gestão.

Assim, descentralização do SUS, é transferência de gestão do sistema com organização de serviços e não apenas transferência de gerência de unidades de saúde.

Há também, o entendimento que ao estado cabe as funções de coordenação do sistema estadual de saúde; condução de políticas de saúde; auditoria, avaliação e controle dos sistemas municipais de saúde; coordenação da política de alto custo e de alta complexidade, execução de serviços de referência ou de alta complexidade, vigilância epidemiológica e sanitária; articulação interinstitucional; normatização e regulação do setor privado; bem como o papel redistributivo.

Desse modo, o delineamento do modelo de gestão do sistema gerado nos estados, faz-se através do papel exercido pelo estado no processo.

O modelo de gestão municipalizada do sistema com ênfase na regionalização, há uma forte participação do estado ao nível regional, nas funções de coordenação do processo de programação integrada, considerando a população referenciada e juntamente com a bipartite, de indutor e mediador na negociação entre gestores, além de exercer controle e avaliação sobre o sistema municipal.

No modelo de gestão municipalizada sem ênfase na regionalização, o estado tem uma fraca participação nas funções de coordenação, distribuindo apenas os tetos de recursos sem intermediar negociações entre os gestores municipais, produzindo uma *atomização* da gestão municipal.

Quanto ao modelo de gestão descentralizada por nível de hierarquia, o estado responsabiliza-se pelos serviços de maior complexidade e os de referência regional, cabendo aos municípios a gerência dos serviços da rede básica e dos hospitais de menor complexidade. Neste modelo, através da parceria entre Estado e Municípios, efetua-se a co-gestão do sistema, por nível de hierarquia.

No que se refere ao modelo de gestão descentralizada por partilha, o estado gerência diversos serviços e mantém sob seu controle a gestão de parte do sistema. Este modelo, diferencia do anterior por não haver parceria, mas sim partilha dos serviços, por interesses específicos.

E por último, na gestão centralizada do sistema, a gestão dos serviços concentra-se no estado, cabendo aos municípios apenas a prestação dos serviços.

Do total de estados da federação, 11 foram classificados no modelo de gestão centralizada, oito no descentralizado por nível de hierarquia, três descentralizado por partilha, dois municipalizado com ênfase na regionalização e dois municipalizado sem ênfase na regionalização (*atomizado*).

Em relação as instâncias colegiadas de gestão, apesar da instalação de conselhos de saúde em todos estados, alguns funcionam regularmente, porém outros apresentam muitos problemas.

Há conflitos e dificuldade no funcionamento, quando essas estâncias pretendem assumir funções que competem a Secretaria de Saúde ou Comissão Intergestores Bipartite.

Todos os estados, com exceção do Acre, apresentavam Fundo Estadual de Saúde, mas, na maioria dos estados estes existem apenas para dar cumprimento a lei.

No período de vigência NOB-SUS 01/93 tinham sido habilitados 3.078 municípios, sendo 137 na gestão semi-plena, 618 na parcial e 2.323 na incipiente. O estado de Amazonas, Roraima e o Amapá, não possuíam nenhum município enquadrados nas condições de gestão.

Os modelos de gestão gerados em cada estado, refletem, que num país como o Brasil, extenso e heterogêneo, o processo de municipalização assume características diferenciadas, conforme as peculiaridades de cada sistema estadual,

possibilitando desde modelos totalmente descentralizado até os extremamente centralizado.

Tal diversidade de modelos apresentada pelos estados trouxe à tona a discussão da municipalização versus a estadualização.

Segundo Pimenta (1993), a *estadualização* reproduz as mesmas distorções antes centralizadas nos organismos federais, por não apresentarem condições de assumirem de fato a gestão de um sistema composto de realidades locais extremamente diferenciadas.

Com a descentralização pensada como *municipalização atomizada* corre-se o risco de uma pulverização, constituindo múltiplos sistemas que não atendem os princípios da política federal, além de não propiciar a solidariedade entre municípios.

Esse tipo de municipalização implica na omissão por parte do estado, que não se responsabiliza pelos graves problemas sanitários e assistências, reduz gastos com saúde e protege-se do desgaste político.

Para Cohn (1996), a garantia de um mínimo de uniformidade e coerência das políticas de saúde e não uma tão variada que pouco se diferencia do caos, a intermediação dos estados se faz necessária.

Nesse sentido, Rocha (1994) propõe a construção de Sistemas Estaduais de Saúde, a partir de parcerias Estado-Municípios, que só se concretizará com o repasse de recursos financeiros do fundo estadual para o fundo municipal, rompendo a atual dependência dos governos municipais.

O autor ainda alerta que se a municipalização fosse efetivada teria-se uma *crise de crescimento do SUS*, pois a falta de pessoal qualificado para a gerência, torna impossível realizar o poder local como preconiza a Reforma Sanitária.

É importante ressaltar que com a NOB 01/93 foi um importante instrumento de mudanças no processo de municipalização, intensificando os debates no ano de 1996 com realização da X Conferência Nacional de Saúde que apresentava como tema central o *SUS: A aplicação de seus princípios e a busca de uma nova prática de atendimento*.

Assim, visando o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão do SUS o Ministério da Saúde apresentou na conferência uma proposta preliminar de uma nova norma operacional.

Essa proposta gerou após a conferência amplos debates entre os órgãos representativos de secretários estaduais e municipais que culminaram com a aprovação do Ministério da Saúde da Portaria n.º 2203 de 5 de novembro de 1996 que institui a NOB-01/96.

A NOB-SUS 01/96 tem por objetivo consolidar o poder municipal na gestão da atenção à saúde da sua população através do reordenamento do modelo assistencial partindo da redefinição do papel das esferas federal e estadual, da

viabilização dos instrumentos gerenciais para a superação do papel de prestador de serviços pelo município, da instituição dos mecanismos financeiros que diminuam as transferências por produção de serviço ampliando as de fundo a fundo de saúde e do estabelecimento da forma de controle e avaliação considerando os resultados com critérios epidemiológicos e de desempenho com a qualidade e vinculação dos serviços com os usuários priorizando os núcleos familiares e comunitários.

Em relação ao custeio da assistência ambulatorial, os recursos destinados aos procedimentos da atenção básica de responsabilidade municipal são transferidos de forma regular e automática de fundo a fundo tendo por base o Piso Ambulatorial Básico (PAB) calculado pela multiplicação da população do município por um valor *per capita* nacional, em média R\$ 0,86 (oitenta e seis centavos).

A norma proporciona como incentivo um percentual adicional por grupo de população efetivamente coberta pelos Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A remuneração das internações hospitalares e os procedimentos ambulatoriais de alto custo/complexidade serão pagos por serviços produzidos com base na AIH e autorização de procedimentos de alto custo/complexidade (APAC) respectivamente.

É criado também instrumentos para custeio das ações de vigilância Sanitária, de Epidemiologia e Controle de Doenças denominados de Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVS) e Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

Quanto as condições de gestão dos municípios estabelece a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal.

Na Gestão Plena da Atenção Básica o município é o responsável pela gestão da assistência ambulatorial básica, ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica, assegura a referência da assistência básica, implementa mecanismo de garantias da referência em articulação com a esfera estadual, autoriza AIH e procedimentos ambulatoriais especializados e por fim, realiza o controle e a avaliação da atenção básica.

Na Gestão Plena do Sistema Municipal o município responde pela gestão de todos os serviços e ações de saúde no seu território, ambulatorial e hospitalar executa as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, realiza o controle e avaliação, operacionaliza O Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) e o Sistema de Informação Ambulatorial(SIA-SUS), implementa mecanismo de garantias da referência em articulação com a esfera estadual e gerencia a oferta de procedimentos de alto custo/complexidade.

Para habilitação nas condições de gestão são exigidos o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, a operacionalização do Fundo Municipal de Saúde e dispor de capacidade técnica, administrativa para prover serviços e desenvolver as ações previstas para cada tipo de gestão.

Já os estados podem ser habilitados nas condições de Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema sendo que na primeira o estado coordena e formula a política de sangue, de assistência farmacêutica, de vigilância sanitária e epidemiológica, de procedimentos de alto custo, organiza câmara de compensação de AIH's e sistema de referência, realiza controle e auditoria dos serviços sob gestão estadual e elabora o Plano Estadual de Investimentos.

Para habilitação na gestão avançada o estado deve apresentar 60% dos municípios habilitados ou 40% dos municípios habilitados, desde nestes encontrem-se 60% da população estadual, além de disponibilizar 30% do teto Financeiro de Assistência (TFA) para realização de transferência regular e automática, fundo a fundo.

Na gestão Plena do Sistema estadual além das características relacionadas na Gestão Avançada o estado responde pela gestão plena de todos os serviços, opera o SIA-SUS e SIH-SUS e normatiza a complementação de pagamento dos prestadores sob sua gestão.

A habilitação na gestão plena depende do estado apresentar 80% dos municípios habilitados ou 50% dos municípios, desde que neste residam 80% da população estadual e comprometer 50% do TFA com transferência fundo a fundo.

A NOB 01/96 devido as dificuldades de criação de instrumentos de habilitação não foi operacionalizada no ano de 1997 possibilitando as enquadramentos nos modelos de gestão em 1998.

No documento lançado em março de 1997 pelo governo federal *1997 Ano da Saúde no Brasil: ações e metas prioritárias* o Ministério da Saúde propõe no enfrentamento dos principais problemas estruturais o estabelecimento de um sistema gerencial que tenha por alicerce a estabilidade das fontes de financiamento, a fiscalização permanente da aplicação dos recursos e descentralização dos serviços e reestruturação interna.

Para tanto, pretendia habilitar no ano de 1998 um total de 4.000 municípios isolados ou consórcios perfazendo 3300 na Gestão Plena da Atenção Básica e 700 na Gestão Plena do Sistema Municipal que traria benefícios a sessenta e cinco milhões de pessoas.

Dentre as medidas para assegurar a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população o ministério propõe além da habilitação na Gestão Plena com a transferência de recursos e da gestão integral dos serviços de saúde aos municípios de médio e grande porte a constituição de consórcios intermunicipais para prover serviços de maior complexidade.

Apesar dos avanços jurídico - legais, da ampliação do acesso da população a assistência à saúde e dos esforços no sentido de concretizar o processo de municipalização este não expressou em melhoria da qualidade dos serviços oferecidos a população brasileira.

Restrito ao aspecto formal e administrativo, o processo de municipalização em construção ainda não propiciou uma transformação do modelo assistencial que continua universal, mas excludente, heterogêneo e pouco resolutivo.

No que se refere ao financiamento, Medici (1994) aponta que o peso do governo federal continuará relevante por muito tempo, pois somente uma reforma a longo prazo na estrutura tributária, no aumento das receitas e a priorização na alocação dos recursos pelos estados e municípios reverteria essa situação.

De qualquer forma, segundo Barros (sd), *não alcançamos a situação desejada. Há inúmeros desafios a enfrentar , mas as experiências em curso nos fazem acreditar que é possível superar os problemas.*

6. MUNICIPALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A municipalização na saúde ganha espaço, a partir da década de 70, como alternativa a crise do Estado configurada no esgotamento do seu padrão de intervenção, inclusa no projeto maior de reforma do Estado.

Nos países da América Latina, a municipalização surgiu associada ao processo de democratização, como resposta ao autoritarismo e concentração do poder na esfera central de governo, cuja reduzida capacidade do atendimento das necessidades da população e a limitada participação da sociedade na esfera política refletiram em políticas públicas ineficientes e dissociadas dos interesses sociais.

Desse modo, a descentralização do Estado levou para o setor saúde a discussão sobre a organização dos serviços de saúde para a constituição do Sistema Nacional de Saúde, com a definição de competências tanto entre as esferas de governo, como no interior dos organismos que formulam e executam as políticas de saúde numa mesma esfera de governo.

Assim, a municipalização dos serviços de saúde, além de envolver a transferência de poder, recursos e competências entre as esferas de governo no plano político-administrativo e propiciar a participação de diversos atores envolvidos no processo no plano político-institucional, também promove a reorganização dos serviços de saúde e mudanças no processo de produção de serviços de saúde a população no plano técnico-organizativo e operacional.

As propostas de reorganização dos serviços de saúde visando a transformação dos níveis de saúde de uma população em determinado território, tendo como eixo norteador a descentralização, surgiram no cenário latino-americano a partir da realização da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata no ano de 1978, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Nessa conferência, após ampla discussão entre os países, recomendou-se aos governos participantes uma série de medidas a serem adotadas, dentre as quais se destacam: a incorporação dos cuidados primários de saúde nos planos nacionais de desenvolvimento, enfatizando a coordenação das atividades de saúde aos diversos setores; a participação da comunidade nos cuidados primários e a descentralização das organizações de saúde, transferindo poderes, recursos e responsabilidade aos níveis regional e local, para o desenvolvimento de cuidados primários.

Com base na resolução WHA 32.30 da Assembléia Mundial de Saúde realizada em 1979 que solicitou aos países a definição e execução de estratégias para atingir os objetivos e metas de *Saúde Para Todos no Ano 2000*, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 1980 define para as Américas a realização de amplas e profundas transformações nos sistemas de saúde.

A estratégia de mudanças no sistema de saúde teria como instrumento principal a atenção primária de Saúde, ordenando e articulando as funções de todo o

sistema a partir da descentralização e da relação de responsabilidade pela saúde, tanto dos serviços, quanto da comunidade.

Assim, tendo por prioridades o serviços de saúde com ênfase na atenção primária, o atendimento aos problemas de saúde prioritários de grupos vulneráveis através de programas específicos desenvolvidos pelos serviços de saúde, a OPAS inicia em 1986 a formulação de uma proposta de reorganização e reorientação dos Sistemas Nacionais de Saúde com base na descentralização e desenvolvimento local, que culmina com a proposição de desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS).

6.1.Sistemas Locais de Saúde (SILOS)

As restrições impostas pela conjuntura de crise econômica associadas as diversas experiências de organização dos sistemas de saúde com base no nível local e a convicção de ser a esfera local, o espaço de concretização das políticas e estratégias de atenção à saúde, levaram a OPAS (1989) a aprovar em 1988 na XXXIII Reunião do Conselho Diretivo, através da Resolução XV, a proposta de *Desenvolvimento e fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde nas transformações dos Sistemas Nacionais de Saúde*, como tática operacional para viabilizar a estratégia da atenção primária.

Os SILOS, definidos pela OPAS (1989) *como parte integrante do setor saúde que devem contemplar a estrutura político-administrativa de um país, definindo-se em um espaço populacional determinado, tendo em conta todos os recursos para a saúde e o desenvolvimento social existentes do mesmo, respondendo aos processos de descentralização do Estado e do setor saúde, às necessidades da população e à estrutura de rede de serviços, se organizando para facilitar a condução integral das ações.*

A partir desta definição, pode-se configurar os SILOS sob diversos aspectos. Em relação ao Estado, os SILOS apresentam-se como resposta a descentralização e a desconcentração de seu aparato, visando a democratização e a eficiência do mesmo e podem ser constituídos a partir das divisões político-administrativas do Estado, como um município, um conjunto de municípios ou parte de um município.

Sob aspecto do setor saúde os SILOS constituem parte integrante do Sistema Nacional de Saúde, caracterizada pela descentralização e desconcentração e pela capacidade de coordenar a totalidade de recursos existente para a saúde num espaço populacional definido.

Nesse sentido, os SILOS têm por objetivo a resolução de problemas de saúde dos indivíduos, das famílias, das comunidades, numa determinada área geográfica, a partir da priorização das ações de saúde de acordo com as reais necessidades da população.

Para tanto, propõem nova forma de ação criando uma rede de serviços de atenção integral à saúde, favorecendo a participação social para efetuar mudanças estruturais visando o atendimento as necessidades da população.

Do ponto de vista do desenvolvimento social comunitário, pressupõe a conjugação dos recursos do setor saúde com outros setores que participam do desenvolvimento no nível local.

O desenvolvimento dos SILOS, pressupõe a efetuação de alguns aspectos fundamentais, tais como: a reorganização do nível central para assegurar a apropriada condução do setor, a descentralização e a desconcentração, a participação social, a intersectorialidade, a readequação de mecanismos de financiamento, o desenvolvimento de um novo modelo de atenção, a integração dos programas de prevenção e controle, o reforço da capacidade administrativa, a capacitação da força de trabalho e a investigação.

A reorganização do nível central do sistema de saúde, implica em capacitá-lo para condução do setor, ampliando sua capacidade administrativa para proporcionar o apoio aos níveis operacionais.

A descentralização e a desconcentração, envolve a transferência do poder de decisão e de competências aos outros níveis do sistema nacional de saúde, visando o fortalecimento das estruturas do sistema, o aumento da capacidade resolutiva do nível local, viabilizando a participação social nas deliberações sobre os problemas de saúde e as ações necessárias para melhorar a atenção à saúde.

A intersectorialidade implica a conjugação de esforços dos outros setores sociais e econômicos no nível local, para atender de forma integral as necessidades básicas da população.

A readequação dos mecanismos de financiamento envolve a constituição de fundos públicos, a partir de recursos provenientes de rendas gerais, das diferentes formas de seguridade social e distribuídos conforme o desenvolvimento local e a descentralização, para propiciar a cobertura total a grupos populacionais mais necessitados.

O novo modelo de atenção a saúde deve contemplar serviços de todos os níveis de complexidade para satisfazer as demandas da população e produzir impacto no perfil epidemiológico, reduzindo os riscos e problemas de saúde coletivos e individuais.

Com a integração dos programas de prevenção e controle, os SILOS buscam atender as necessidades da população e o funcionamento da capacidade instalada existente para a produção dos serviços.

Os SILOS deverão possuir capacidade administrativa, para prestar adequadamente os serviços à população adstrita numa área geográfica.

O desenvolvimento e o fortalecimento dos SILOS requerem a capacitação da força de trabalho, com vista a favorecer o conhecimento e a sensibilidade dos profissionais para os problemas e necessidades de saúde da população.

Dada a necessidade de aperfeiçoar os SILOS, a investigação dos serviços de saúde deverá acompanhar todo o processo de desenvolvimento, no sentido de

avaliar a equidade, a eficácia, a qualidade, a cobertura obtida, a eficiência bem como o grau de participação social.

Para a OPS (1989) os SILOS concebidos não apenas como uma resposta do setor saúde aos processos de democratização e descentralização do Estado, mas sobretudo como uma resposta do próprio setor para alcançar maior equidade, eficácia e eficiência de suas ações.

No Brasil, essa concepção constituiu o Distrito Sanitário entendido como o espaço de transformação do sistema nacional de saúde.

6.2. Distrito Sanitário

O distrito sanitário consiste no espaço cooperativo do sistema de saúde e implica no estabelecimento, num determinado território, de um conjunto de serviços de saúde articulados e geridos por uma autoridade sanitária com a participação de uma população, com suas necessidades e representações.

Esse espaço do distrito sanitário definido por Mendes et al. (1995) como o processo social de mudanças das práticas sanitárias apresenta 3 (três) dimensões no campo social: a política, a ideológica, e a tecnológica.

A dimensão política é o espaço onde se manifesta os múltiplos interesses dos diversos atores sociais que compartilham o poder.

A dimensão ideológica expressa-se por modelo assistencial determinado pela concepção ampliada do processo saúde/doença.

A dimensão tecnológica que envolve a apreensão de tecnologias para sua implementação.

O Distrito Sanitário entendido como processo social, para ser implantado, pressupõe três aspectos fundamentais.

O primeiro, o território-processo, que extrapola a noção de espaço geográfico e constitui-se no espaço econômico, político, cultural e epidemiológico, que além de inacabado também é assimétrico.

Esse território permite subdivisões em território-distrito, território-área, território-microárea, para ordenar as intervenções que deverão atender as necessidades e demandas dos diversos grupos sociais existentes no seu interior.

O segundo aspecto compreende orientar as formas de intervenção através das práticas sanitárias, a partir do problema, entendido por determinado ator social como a divergência entre a realidade e o padrão aceito ou tido por referência.

A orientação por problema permite, a partir do reconhecimento no território dos principais problemas contidos ou referido por grupos sociais, uma articulação através das práticas sanitárias, dos diversos setores e disciplinas com vistas a resolvê-los.

Permite ainda o desenvolvimento da consciência sanitária da população do território, além de proporcionar o enfrentamento das causas dos problemas com discriminação positiva em relação aos grupos sociais excluídos .

O terceiro aspecto refere-se as práticas sanitárias, definidas por Mendes et al. (1995), *como o conjunto de processos de trabalho - articulados em operações - que impõe uma estratégia de ações sobre os nós críticos de um problema num território determinado.*

Assim Os problemas podem ser enfrentados de forma ocasional ou contínua, determinando assim a natureza das práticas sanitárias.

Mendes(1995b) ressalta que a transferência da gestão associada a mudança do modelo assistencial através da implantação de distritos sanitários, ou seja, a distritalização, caracteriza uma forma de municipalização compatível com os princípios da Reforma Sanitária.

Acrescenta que na municipalização- prestação de serviços não ocorre a transferência da gestão nem a mudança no modelo de atenção e o município é tratado apenas como mais um prestador.

Já na *municipalização-inampização* a transferência da gestão é realizada através de convênios, porém não há qualquer alteração no modelo de assistência.

Paim (1991) assinala, que sem a reorganização do modelo assistencial tendo por base os princípios do SUS, a municipalização da saúde tende significar transferência de responsabilidade na prestação de serviços ou mesmo repasse de recursos para prefeituras combalidas ou prósperas.

Assim, a municipalização só faz sentido se propiciar uma nova organização de serviços e a transformações do modelo assistencial.

6.3. O Modelo Assistencial no Processo de Municipalização

O modelo assistencial definido por Campos et al. como *modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las* , contém dupla concepção.

O modo de produção das ações de saúde envolve uma concepção de modelo assistencial voltado para o micropolítico, aos processos de trabalho em saúde no interior das unidades e a forma de organização dos serviços de saúde refere-se à esfera macropolítica .

No Brasil o modelo assistencial ainda é dual, compondo-se do modelo assistencial sanitarista e do modelo médico-assistencial privatista.

O modelo sanitarista restringe-se a saúde pública e enfrenta os problemas de saúde da população através de ações de caráter preventivo de cunho coletivo, como campanhas e programas básicos e especiais.

Paim (1994) assinala que esse modelo, não enfatiza a integralidade das ações e não estimula a descentralização na organização dos serviços.

Já o modelo Médico-Privatista hegemônico no país executa ações de caráter curativo e individual e encontra-se centrado no atendimento da demanda espontânea, enfrentando os problemas de saúde de forma ocasional.

Esse modelo, também encontra-se presente no setor público e tem respondido de modo insatisfatório as necessidades da população.

Segundo Costa et al (1997) para atender as demandas e necessidades em saúde da população há que se desenvolver estratégias macro e micropolíticas que permitam organizar os serviços no nível local, com modelos assistenciais alternativos ao vigente.

Na esfera macropolítica algumas estratégias são essenciais para resolução da situação, pois influenciam a reorganização dos serviços e as formas de produzir ações de saúde no interior dos serviços.

Nesse sentido, torna-se primordial segundo Vianna (1992) que o processo de municipalização não tenha como *locus* final o município, mas as Unidades Básicas de Saúde, pois a capacidade de decidir e a autonomia neste nível são elementos essenciais para a construção do novo modelo.

Para o autor, o fato da Lei n.º 8.080 / 90 não contemplar no seu texto a autonomia das unidades de saúde e dos Distritos Sanitários faz com se tenha o entendimento da municipalização como forma extrema da descentralização.

Outra estratégia macropolítica proposta por Cecílio (1996) implica na flexibilização dos princípios de hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, pensando o sistema como um círculo, e não como uma pirâmide com preconizado pelo SUS.

Segundo o autor, conceber o sistema na forma circular implica na qualificação de todos os serviços de saúde, sejam eles básicos ou complexos, para a conversão em *locus* privilegiados de acolhimento e reconhecimento dos grupos populacionais mais expostos ao risco de adoecer e morrer.

A reestruturação dos serviços de saúde envolve operar mudanças na forma de organização do trabalho para produzir ações de saúde, porém tais transformações só ocorrerão se houver uma revisão no processo de formação e de capacitação dos trabalhadores em saúde pelo aparelho formador.

Sendo assim, Cornetta et al (1996) propõe que *a elaboração de propostas ou currículos para a formação de profissionais para o setor saúde requer a identificação prévia de necessidades. Isto só é possível fazer em função do perfil tecnológico da rede de serviços, das necessidades de saúde a serem atendidas e do modelo de organização dos serviços.*

Outra estratégia diz respeito a adoção de modelo de financiamento e forma de remuneração de serviços que apresentam incoerência com o modelo de atenção à saúde que atenda aos princípios da Reforma Sanitária, sendo necessário garantir um modelo estável de financiamento que contemple outras fontes de recursos para a saúde.

A solução para a crise de financiamento do SUS implica, na aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169 que institui uma vinculação no orçamento da seguridade social destinando 30% do orçamento federal e 10% dos orçamentos dos estados e municípios ao Sistema Único de Saúde.

Em relação a forma de remuneração dos serviços prestados à população, o sistema ainda mantém o pagamento por produtividade, que não estimula a qualidade da atenção e a resolutividade dos serviços .

Há que se destacar a questão da regionalização não como uma opção ou condição para a municipalização, mas como um pressuposto da descentralização dos serviços de saúde no Brasil.

A regionalização não implica em criação de um poder regional, mas, na disposição de ações e serviços de saúde organizados num espaço geográfico delimitado, para atender a uma população definida e que permite a consecução da integralidade da assistência, da resolutividade, bem como a racionalização dos recursos .

Dentre as formas de organização dos serviços que tem possibilitado a consecução da regionalização encontra-se o consórcio de saúde, uma modalidade de oferta e prestação de serviços de saúde à população que pode contrapor às idéias de atomização que o processo de municipalização suscita.

Segundo Mendes (1996) o consórcio de saúde é *uma estratégia de organização dos níveis secundário e terciário dos sistemas microregionais de saúde mediante parceria entre estado e municípios, sustentada organizadamente, no território do distrito sanitário, por uma Comissão Intergestores Bipartite Microregional.*

Com esse conceito o autor diferencia consórcio de saúde, do consórcio intermunicipal de saúde pois este consiste em um acordo apenas entre entes estatais da mesma espécie, ou seja, municípios, enquanto o primeiro implica na cooperação também dos estados.

Na área da saúde, a instituição de Consórcios Administrativos Intermunicipais tem sido estimulada após a sua contemplação na Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080 / 90) como opção não apenas para reorganização do sistema de saúde com intuito de racionalizar recursos mas, principalmente como instrumento de descentralização , redistribuindo poder e recursos entre as esferas de governo de forma mais justa e equilibrada .

Segundo o Ministério da Saúde (1990), a primeira experiência bem sucedida na prestação de serviços de saúde ocorreu em 1.987 com a constituição do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis que congregava 7 municípios da

região noroeste de São Paulo e que já haviam participado de outros consorciamentos nas áreas de recuperação de várzeas, de informática, alimentos e merenda escolar.

Além disso, esta modalidade de oferta e prestação de serviços de saúde à população poderia contrapor às idéias de atomização que o processo de municipalização suscita à medida que reforça e fortalece a regionalização da saúde.

Tal fato propiciou a ascensão das propostas de consórcios intermunicipais em vários estados estimuladas pelas secretarias estaduais de saúde inclusive assumindo um papel nuclear na gestão do SUS.

Com base na experiência brasileira Mendes (1996) classifica os consórcios em monofinalísticos ou polifinalísticos, unicêntricos ou policêntricos, autônomos ou planejados e institucionalizados ou programáticos.

Os consórcios monofinalísticos são aqueles que constituídos para resolução de um problema específico, enquanto os polifinalísticos têm por objetivo a consecução de vários serviços.

Quanto a concentração dos serviços, os consórcios podem ser unicêntricos, quando os serviços canalizam para um município polo, ou policêntricos, onde os serviços estão distribuídos nos diversos municípios do consórcio.

Quanto a forma de organização, os consórcios podem ser autônomos, ou seja, surgem a partir dos municípios, ou planejados que resultam de uma política nacional e estadual de estruturação da atenção secundária e terciária no SUS.

Os consórcios institucionalizados são os que organizam uma nova estrutura, com personalidade jurídica para possibilitar a capacitação e a gestão dos recursos envolvidos.

As formas mais conhecidas de consorciamento são: autarquia, regida pelo Direito Público, empresa pública, fundação e sociedade civil regidas pelo Direito Privado .

A escolha de qualquer uma destas formas depende da natureza dos serviços a serem prestados. Assim, para o consórcio de saúde, recomenda-se a instituição de sociedade civil paralela pela simplicidade de sua constituição exigindo apenas registro de seus atos em cartório de títulos e documentos .

Um aspecto a ser levantado é que esta forma deveria apresentar como vantagem a flexibilidade administrativa e financeira, reduzindo os entraves burocráticos exigidos pela administração pública e conseqüentemente agilizando os procedimentos .

Porém, a flexibilidade dos consórcios intermunicipais na gestão não ocorre, pois, segundo Mendes (1996), há um entendimento em São Paulo e Minas Gerais que estes devem ser fiscalizados pelos tribunais de contas no tocante à gestão financeira

e contábil, na realização de licitação, contratos e convênios e contratação de recursos humanos.

Apesar de ser uma sociedade civil regida pelo Direito Privado , com formas de contratação de pessoal para prestação de serviços de saúde de pessoa física através das normas contidas na Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), há possibilidade que os funcionários possam adquirir estabilidade.

Por todos esses problemas que Mendes (1996) indica o Consórcio programático como alternativa, onde há um pacto entre o estado e municípios e destes com organizações não governamentais.

São muitos os entraves na esfera macropolítica a serem superados e que demandam tempo , porém não implicam em imobilismo por parte dos gestores e dos profissionais de saúde, que podem no espaço micropolítico transformar o agir em saúde.

A reorganização dos serviços impõe a reestruturação do nível de atenção primária envolvendo mudanças na forma de organização do trabalho para produzir ações de saúde com qualidade para a população no interior das unidades, no espaço micropolítico.

O processo de municipalização dos serviços de saúde , tem possibilitado aos municípios formas de organização e produção de ações de caráter coletivo e individual mais condizentes com a realidade, contemplando uma diversidade de modelos assistenciais orientados pelos princípios da integralidade, da resolutividade e do acesso universal, envolvendo as práticas de saúde instrumentalizadas tanto pela saúde coletiva quanto pela clínica.

Dentre os modelos propostos está o *Modelo da Ação Programática em Saúde* que se baseou na reforma administrativa da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, no final da década de 70, fundamentado na medicina comunitária e no planejamento.

Esse modelo proposto por um grupo de docentes da Faculdade de Medicina da USP, segundo Schraiber (1993) é uma forma de organização do trabalho em saúde fundamentada na integração sanitária, utilizando-se de tecnologias de base epidemiológica.

Consiste em normatização de um conjunto de atividades de atenção à saúde a toda população a qual se oferece o serviço, encaminhando a demanda espontânea às ações programáticas organizadas a partir da importância epidemiológica que possuem e pelo tipo de atendimento específico exigido .

A prevenção é a sua característica principal e o trabalho sobre o coletivo predomina e norteia a prática , utilizando uma quantidade maior de profissionais não médicos nos programas de atenção integral à saúde.

No *modelo da oferta organizada das ações* proposto por um grupo de docentes da área de saúde coletiva da Universidade Federal da Bahia a unidade de saúde

proporciona a *oferta organizada de ações* a partir dos principais problemas de saúde e dos grupos populacionais prioritários identificados pela Epidemiologia, atendendo as necessidades de saúde da população num determinado território, promovendo impacto e redirecionando a demanda espontânea.

Assim, aos usuários que demandam espontaneamente os serviços seriam ofertadas ações organizadas por grupo de população ou problema na unidade e comunidade com o objetivo de controlar problemas em áreas de risco para adoecer ou morrer.

Para Paim (1994) nesse modelo há uma compatibilização entre a demanda espontânea e a oferta organizada, resgatando os níveis de prevenção em função do paradigma da história natural das doenças, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O modelo *Em defesa da vida* criado no Laboratório de Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP- LAPA no final de década de 80 a partir de experiências teórico-práticas desenvolvidas em alguns municípios na região de Campinas propõe, segundo Campos (1992), mudar a forma de produção das ações de saúde com a democratização da gestão.

A partir das alterações na gestão reestrutura-se o processo de trabalho com definição de novas bases de relação entre a instituição e o usuário, proporcionando um acolhimento humanizado, assistência e vigilância à saúde.

O acolhimento significa o atendimento de todas as intercorrências que chegam aos serviços, a assistência com ampliação da clínica e a vigilância à saúde envolve o desenvolvimento de ações de caráter coletivo desenvolvidas por equipe multiprofissional que deverão planejar, mas também realizar assistência com vistas a restituir a capacidade da saúde coletiva em intervir no processo de trabalho da unidade.

Segundo Silva Júnior (1996), esse modelo reforça a interdisciplinaridade das ações, atuando na promoção, prevenção e cura, assegurando a integralidade, repensando a clínica principalmente nos aspectos relacionados ao seu compromisso com a vida e autonomia do paciente.

O modelo da *Vigilância da Saúde*, teorizado por Mendes (1996), visa mudanças nas práticas sanitárias com base em três eixos básicos: o território, o problema de saúde e a intersetorialidade.

O problema de saúde orienta as ações, pois quando do seu reconhecimento no território ou por referência dos grupos sociais, desencadeia – se ações de promoção da saúde, de prevenção das enfermidades e acidentes e de atenção curativa organizadas e articuladas intra e intersetorial.

Outra forma de atuar em saúde que vem sendo desenvolvida pelos municípios com apoio do Ministério da Saúde é o Programa Saúde da Família (PSF) que segundo Mendes (1996) consiste numa estratégia de organização da atenção primária

que visa a criação de unidades de saúde com uma equipe de saúde atuando num determinado território e desenvolvendo ações orientadas para a saúde e dirigidas à família e seu meio de forma contínua.

Para o autor, apesar de ser denominado programa este não se constitui como tal, mas sim, em estratégia que *procura instituir como prática social, o novo paradigma da produção social da saúde*, estando referida pela saúde e não apenas pela medicina.

Com a instituição do Programa Saúde da Família pretende-se atender as necessidades em saúde de forma totalizadora, transformando processo de trabalho em saúde e a humanização da assistência, para tanto deve segundo Mendes (1996) atender alguns princípios na sua organização.

O primeiro princípio diz respeito ao *impacto* que as ações devem causar, transformando qualitativa e quantitativamente os níveis de saúde da população.

Para causar impacto as ações de saúde devem ter uma *orientação por problemas* que consiste na descrição e explicação dos mesmos para atuar sobre as causas .

O fato de que os problemas de saúde são determinados por vários fatores, extrapolando o setor saúde implica noutro princípio que é o da *intersectorialidade*.

O *planejamento e programação local* deve acontecer obedecendo uma nova metodologia que permita resgatar o território como unidade de atuação.

As ações e os serviços de saúde devem ser organizados com base na *hierarquização* que se refere a possibilidade de resolutividade de cada nível de atenção, a estruturação de um sistema de referência e contra-referência e a *complementaridade* de um nível pelo outro.

A unidade de saúde como *primeiro contato* constitui na utilização do PSF como porta de entrada do sistema.

O princípio da *longitudinalidade* determina assistência continuada à população e não mais de forma ocasional.

A *integralidade* refere no reconhecimento de uma prática totalizadora, promovendo, protegendo, recuperando e reabilitando a saúde de forma integrada.

A *adstrição* tem como base o território e estabelece a *co-responsabilidade* com a saúde entre a equipe de Saúde da Família e a população adstrita.

Uns dos principais princípios do PSF é a *humanização* que implica na realização de ações que diminuam o sofrimento e que não permitam transformar a pessoa humana em objeto.

A *heterogeneidade e a realidade* implicam na possibilidade de aplicação dos demais princípios adequando-os a cada realidade local e na organização da Saúde da Família de acordo com as necessidades e os recursos disponíveis no território.

A diversidade de modelos operacionalizados nos municípios brasileiros que atendam aos princípios do SUS demonstra a inexistência de um padrão único a ser seguido por todos, pois segundo Paim (1997) modelo não deve ser entendido como um exemplo ideal, mas, sim , como *um espaço técnico em que se faz uma intervenção política e um espaço político onde se faz uma intervenção técnica*.

Outra questão refere-se ao fato de um único modelo não responder às todas as demandas e necessidades de saúde da população, uma vez que necessidades para o autor, não envolvem apenas doença , risco e carências, mas sobretudo , *uma união de projetos de vida, que não são definidos nem pela clinica e nem pela epidemiologia , mas pelos saberes e práticas que as pessoas vão definindo em cada sociedade*.

7. O ESTADO DE MATO GROSSO

7.1. Caracterização Geográfica

O estado de Mato Grosso cuja capital é Cuiabá, centro geodésico da América do Sul, localiza-se na região Centro-Oeste do Brasil, fazendo fronteiras com o Mato Grosso do Sul, Goiás, Tocantins, Pará, Amazonas, Rondônia e Bolívia.

É dividido em 5 (cinco) mesorregiões, a do norte-matogrossense, do nordeste mato-grossense, do sudoeste mato-grossense, do centro-sul mato-grossense e do sudeste mato-grossense.

Segundo estimativa do IBGE para 1998, o estado possui uma população de 2.331.663 habitantes distribuída numa área de 901.420,70 Km².

Apresenta dois tipos climáticos, o Tropical e o Equatorial, sendo que o primeiro tem temperaturas médias anuais que oscilam entre 22º e 25ºC, uma estação seca e outra chuvosa, inverno e verão respectivamente, com taxa pluviométrica variando entre 1500 e 2000 mm anualmente.

O clima Equatorial predomina na região norte do estado, área que corresponde a Amazônia legal com temperaturas médias anuais oscilando entre 24º a 26ºC, a precipitação pluviométrica variando de 2000 a 2500 mm anuais, com chuvas praticamente em todas as estações do ano.

Possui três ecossistemas bem definidos: Floresta Equatorial, localizada no norte do estado, o complexo do pantanal e os cerrados.

O estado é banhado pelas bacias hidrográficas Amazônica, Tocantins-Araguaia e do Paraguai, que possui vital importância no seu desenvolvimento desde a sua origem.

7.2. O Processo de Ocupação

A ocupação de Mato Grosso teve início no século XVIII com a fundação dos aldeamentos em virtude da mineração.

Com a perda da importância do extrativismo mineral em relação as novas formas de exploração econômica, o estado durante vários anos manteve-se praticamente esquecido, sendo que seu processo de desenvolvimento se deu de forma lenta e esporádica.

As grandes distâncias e as dificuldades de acesso aos grandes centros mais evoluídos e os problemas para adaptar a região às novas necessidades restringiram sua exploração e desenvolvimento.

Somente no governo getulista nas décadas de 40 e 50 foi novamente despertado o interesse pelas terras mato-grossenses, através da *Marcha para o Oeste*, que visava o assentamento de colonos provenientes do sul do Brasil com

experiência no trato com a terra, uma mentalidade empresarial européia e, sobretudo, com um pecúlio que os auxiliavam na organização inicial do empreendimento.

7.3. Evolução Demográfica e Econômica Recente

A grande especulação de terras gerou altos níveis de desemprego do homem do campo, que terminava ocupando, na forma de “posseiro”, terras abandonadas e improdutivas, isto porém, criou graves problemas sociais.

Frente a esse problema, o governo da União resolveu estimular a colonização e nos anos pós 60 foi criado o projeto de *Integração Nacional*, o qual objetivava esvaziar as tensões existentes na região Sudeste e integrar a região Norte e Centro-Oeste.

Para isto, seria fundamental investir em obras de infra-estruturas, tais como: ferrovias, rodovias, colonização, reforma agrária, etc., sendo criado pelo governo Medici o Plano de Integração Nacional (PIN).

A partir desse plano foram construídas a BR 163 (Cuiabá/Santarém) e a BR 364 (Cuiabá/Porto Velho) que tinham a finalidade de ligar a região Amazônica à região sul do estado.

Segundo Siqueira et al.(1990) a partir dessa rodovia e frente aos múltiplos incentivos dados aos pioneiros, chegaram na região grandes empresários que aplicaram o capital em Mato Grosso e na Amazônia criando empresas lucrativas nas áreas da pecuária, agricultura, madeiras, extração de metais e em outras atividades.

Para permanência nas terras eram necessários investimentos e para tanto nas décadas de 60 e 70 foram criados órgãos governamentais que contribuíram e contribuem para o desenvolvimento da região.

O estado de Mato Grosso recriado em 1977 torna-se beneficiário de vultosos projetos de desenvolvimento agrícola, muitos dos quais se estenderam para a primeira metade da década de 80 apresentando um dinamismo econômico e demográfico notável.

O crescimento agrícola apresentado pelo estado foi significativo, particularmente no Norte e Nordeste do estado, fundamentado principalmente na agricultura intensiva, onde a soja teve e ainda tem um papel preponderante.

Uma das características desse tipo de expansão é justamente a de ocupar pouca gente na área rural, embora possa gerar empregos nos setores formais e informais das áreas urbanas.

Galindo e Santos (1995) assinalam que a partir dos anos 50 ocorreram transformações importantes na estrutura produtiva do estado. O setor primário caracterizado de um lado pela atividade agropecuária, apresenta um forte caráter comercial que conduz a modernização e a diversificação e por outro lado, pelo extrativismo que impulsiona a abertura de novas frentes de desenvolvimento.

As atividades do setor primário impulsionam a consolidação do setor secundário, a partir do beneficiamento da matéria-prima, gerando produtos alimentares, madeireiros e minerais.

Os autores ressaltam que a reduzida capacidade do setor secundário em absorver a massa de trabalhadores urbanos, associada a diminuição da participação do setor primário na geração do produto evidenciam a relevância do setor terciário sobre o processo de urbanização cujas atividades são de serviços em instituições financeiras, administração pública, aluguéis e turismo.

Souza (1995) lista uma diversidade de programas e órgãos que atuam ou atuaram no estado com o intuito de desenvolver a região, refletindo o volume dos investimentos do governo federal no estado nas décadas de 70, 80 e 90, porém alguns dos programas e órgãos merecem destaques.

O Programa de Integração Nacional (PIN) objetivava a abertura de rodovias de integração nacional e colonização sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) ao longo dessas rodovias.

A Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM), subordinada diretamente ao Ministério do Interior atua dentro da Amazônia Legal subsidiando grande projetos de colonização tendo como principal objetivo a ocupação e integração da Amazônia com o resto do país.

A Superintendência do Desenvolvimento do Centro-Oeste (SUDECO), tem por objetivos principais a avaliação do potencial econômico da região, o fornecimento de subsídios para a pecuária e agricultura, a elaboração de planos para a expansão da economia regional através do reconhecimento dos recursos florestais e de um programa de colonização racional.

O Programa de Desenvolvimento Agro-Ambiental do Estado de Mato Grosso (PRODEAGRO) tem por finalidade a promoção do desenvolvimento auto-sustentado do estado, garantindo a conservação da rica biodiversidade de Mato Grosso através das seguintes fontes de financiamento: Governo do estado de Mato Grosso, Governo federal e Banco Mundial.

Em 1993 e 1994 foram aplicados, aproximadamente, 28 milhões de dólares em todo o estado, sendo previsto 285 milhões de dólares para a execução de todo o programa numa primeira etapa.

As vantagens governamentais, via política de incentivos fiscais e de programas de colonização do Mato Grosso, foram decisivas para tornar o estado a partir dos anos 70 um dos principais do país em termos de dinâmica populacional e evolução político-administrativa, conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 2 - Evolução Político-administrativa e Demográfica do Estado de Mato Grosso, período de 1960 a 1998.

ANOS	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	TM G I A*
1960	64	889.539	6,12
1970	84	1.597.090	6,64
1980	38	1.138.691	5,36
1991	95	2.022.524	-
1998	126	2.331.663	-

*Taxa Média Geométrica de Incremento Anual na década.

Fonte: Fundação IBGE, Anuário Estatístico do Brasil-1993.

A evolução político-administrativa do estado é demonstrada pelo número de municípios criados e instalados a partir da divisão do estado em Mato Grosso e Mato Grosso do Sul ocorrida no final da década de 70 revela a sua recriação e recolonização.

Em 1980 o estado apresentava 38 municípios, evoluindo para 95 em 1991 e 126 em 1998, triplicando o número, instalando 88 municípios em 18 anos, sendo destes 31 nos últimos 7 anos.

O estado apresentava em 1960 uma população de 889.539 habitantes, passando para 1.597.090 habitantes em 1970, 1.138.691 habitantes em 1980. Cabe ressaltar que a redução da população em 1980 refere-se a divisão do estado e não a um crescimento negativo. A partir de 1980 a população teve um incremento de 883.833 habitantes atingindo em 1991 um contingente de 2.022.524 habitantes. A estimativa do IBGE para 1998 é de 2.331.663 habitantes em 1998 indicando uma tendência de redução no nível de crescimento populacional na década de 90.

O desenvolvimento da agropecuária com incorporação tecnológica impulsionou o rápido processo de urbanização no estado, porém o elevado nível de crescimento da população ocorreu, principalmente, em função da rápida expansão de suas áreas urbanas e um certo crescimento em sua área rural, entretanto, este envolveu um contingente absoluto de 57.712 mil pessoas enquanto o incremento urbano era de 826.121 mil pessoas, durante a década de 80 (Tabela 3).

Tabela 3 - População Residente , Urbana e Rural, Mato Grosso, 1960-1991.

ANO	URBANA	RURAL
1960	343.569	545.970
1970	684.189	912.901
1980	654.952	483.739
1991	1.481.073	541.451

Fonte: Fundação IBGE, Anuário Estatístico do Brasil – 1993.

Pela Tabela 4 pode-se verificar em 1998 que dos 126 municípios do estado, 61(48,41%) possuem de 5.001 a 15.000 habitantes, portanto são considerados pequenos, 02(1,59%) apresentam de 100.001 a 300.000 habitantes e apenas 01(0,80%) com mais de 300.000 habitantes.

Observa-se também que 34,59% da população do estado concentra-se nesses 03 municípios(2,39%) e que 92 (73,01%) municípios possuem até 15.000 habitantes e respondem por apenas 28,62% da população do estado.

Tabela 4 – Distribuição de Municípios, segundo a população, Mato Grosso, 1998.

POPULAÇÃO (Habitantes)	MUNICÍPIOS		POPULAÇÃO	
	N.º	%	N.º	%
Até 5.000	31	24,60	101.381	4,35
5.001 a 15.000	61	48,41	565.938	24,27
5.001 a 30.000	22	17,46	441.295	18,93
30.001 a 100.000	09	7,14	416.653	17,86
100.001 a 300.000	02	1,59	359.006	15,40
300.001 a 500.000	01	0,80	447.390	19,19
TOTAL	126	100,00	2.331.663	100,00

Fonte: Fundação IBGE – Estimativa Populacional 1998.

8. OS MUNICÍPIOS DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO TELES PIRES

8.1. Localização

Os 11 (onze) municípios que constituem o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires representam 13,86 % do total de municípios, uma área de 82.152,58 Km² perfazendo 9,11% da extensão territorial do Mato Grosso e localizam-se na mesorregião do Norte – Mato-grossense e abrange duas microrregiões: Sinop e Teles Pires. (Mapa 1)

Mapa 1- Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1998.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso.

O acesso a região é realizado pelas rodovias federais BR 163 que liga Cuiabá – Santarém e BR 364 que liga Cuiabá – Porto Velho, os principais eixos de desenvolvimento do estado.

O município – sede do consórcio, Sorriso está a 412 Km da capital, sendo que Nova Mutum o município mais próximo da capital encontra-se a 250 Km e União do Sul o mais longínquo dista 672 Km de Cuiabá. (Tabela 5)

Tabela 5 – Distância dos municípios do Consórcio da Região Teles Pires à Cuiabá e Sorriso.

MUNICÍPIOS	DISTÂNCIA		
	CUIABÁ	SORRISO	SEM ASFALTO
Sorriso	412	-	-
Sinop	500	88	-
Lucas Rio Verde	352	60	-
Nova Mutum	250	150	-
Cláudia	578	200	90
Vera	458	46	20
Tapurah	410	150	90
Santa Carmem	522	110	30
Nova Ubitatã	472	80	80
União do Sul	672	260	160
Feliz Natal	538	146	100

Fonte: Prefeituras Municipais

Os municípios de Tapurah, Vera, Nova Ubitatã, Santa Carmem, Cláudia, Feliz Natal e União do Sul encontram-se afastados do eixo da BR 163 e o acesso até eles se dá em rodovia estadual ainda não pavimentada.

Em relação as distâncias dos municípios do consórcio até a sede verifica-se que Lucas do Rio Verde é o mais próximo (60 Km) e União do Sul o mais distante (260 Km), com 160 Km de estrada sem asfalto.

A grande extensão territorial aliada a inexistência de infra-estrutura em transportes do estado explica as distâncias entre os municípios e o acesso dificultado pela ausência de pavimentação diferenciando-o muito dos estados do sul e sudeste do país.

8.2. Características Demográficas

A população da região de abrangência do Consórcio está estimada pelo IBGE para 1998 em 201.730 habitantes, perfazendo 8,65% da população do estado.

No período de 1994 a 1998 a população da região passou de 144.425 para 201.730 habitantes, um incremento de 57.305 habitantes em 04(quatro) anos. (Tabela 6)

Cabe destacar o município de Sorriso que no período teve um incremento populacional de 11.811 habitantes (61,42 %) mesmo tendo sofrido um processo de desmembramento com a criação do município de Nova Ubitatã, passando de uma população de 18.803 para 30.614 habitantes.

Esse crescimento é justificado por ser Sorriso o município que apresenta o melhor Índice Médio de Valor Adicionado de 1995 a 1997, superando o município de Sinop, sede regional.

O município de Vera apresenta em 1997 uma redução de sua população em 5.031 habitantes em virtude da criação dos municípios de Feliz Natal e Nova Ubiratã no final do ano de 1995.

Tabela 6 – Evolução da população, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 –1998.

MUNICÍPIO	1994	1995	1996	1997	1998
Sorriso	18.803	19.367	26.711	28.218	30.614
Sinop	42.352	43.610	54.306	60.394	65.523
Lucas Rio Verde	7.813	8.045	12.647	13.692	14.573
Nova Mutum	7.224	7.443	8.388	8.707	8.975
Cláudia	10.022	10.321	12.751	11.026	11.735
Vera	12.562	12.935	13.473	7.379	7.531
Tapurah	8.559	8.813	8.816	9.151	9.433
Santa Carmem	3.041	3.129	3.536	3.715	3.983
Nova Ubiratã	...	...	...	4.072	4.251
União do Sul	...	...	...	3.078	3.278
Feliz Natal	...	...	...	3.847	3.926
REGIÃO	144.425	148.728	175.648	189.805	201.730

Fonte: Fundação IBGE – Relatório de Estimativas Populacionais, 1994-1998.

Dos 11 municípios do consórcio 04 (quatro) municípios (Santa Carmem, Nova Ubiratã, União do Sul, e Feliz Natal) são considerados muito pequenos pois possuem menos de 5.000 habitantes.

Os 05 (cinco) municípios (Nova Mutum, Tapurah, Vera, Cláudia e Lucas do Rio Verde) são considerados pequenos pois possuem população entre 5.001 e 15.000.

Apenas 02 (dois) municípios (Sorriso e Sinop) são considerados médios, pois possuem população entre 30.001 e 100.000 habitantes, concentrando quase a metade da população da região.

8.3. A Evolução Político - administrativa

A mesorregião norte mato-grossense foi colonizada na década de 70 e o seu desenvolvimento tomou grande impulso após 1977 com a divisão do estado de Mato Grosso e a implantação de grandes projetos de colonização financiados pelo governo federal.

A colonização dos municípios da região do Teles Pires foi realizada principalmente por migrantes dos estados do sul (Paraná, Santa Catarina e Rio

Grande do Sul) atraídos pelas ampla extensão de terras para cultivo de grãos, pecuária extensiva e o extrativismo de madeira.

O processo de colonização intensa pode ser visualizado pelo surgimento de novos municípios que na região do consórcio da região do Teles Pires tem em média 11 anos de emancipação política.(Tabela 7)

Tabela 7 – Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, segundo o tempo de emancipação política e a origem,1998.

MUNICÍPIOS	EMANCIPAÇÃO POLÍTICA (ANOS)	MUNICÍPIO DE ORIGEM
Sorriso	12	Nobres
Sinop	19	Chapada dos Guimarães
Lucas do Rio Verde	10	Diamantino
Nova Mutum	10	Diamantino
Cláudia	10	Sinop
Vera	12	Sinop
Tapurah	10	Diamantino
Santa Carmem	7	Sinop
Nova Ubiratã	3	Sorriso
União do sul	3	Cláudia
Feliz natal	3	Vera
Região (média)	9	-

Fonte: Prefeituras Municipais

O município de Sinop , com 19 anos de emancipação política, é a sede da mesorregião norte mato-grossense e teve sua colonização iniciada em 1972 pela Sociedade Imobiliária do Noroeste do Paraná (SINOP) e a sua instalação como município em 1979, tornando-se um modelo de colonização para outros grandes projetos do norte mato-grossense.

Em 1986, 1988 e 1991 Sinop sofre desmembramentos dando origem aos municípios de Vera, Cláudia e Santa Carmem respectivamente com 12, 10 e 7 anos de emancipação política.

Os municípios de Vera e Cláudia por sua vez dão origem em 1995 aos municípios de Feliz Natal e União do Sul, com 3 anos de emancipação política.

O município de Sorriso surgiu do desmembramento do município de Nobres em 1986 e encontra-se com 12 anos de criação e em 1995 dá origem a um novo município, de Nova Uiratã, com 3 anos em 1998.

O município de Diamantino deu origem em 1988 aos municípios de Nova Mutum, Lucas do Rio Verde e Tapurah, com 10 anos de instalação.

8.4. Caracterização Econômica

A agropecuária é a base da economia principalmente para os municípios da microrregião do Teles Pires que possuem extensas áreas cultivadas de arroz, soja, milho, mais recentemente o algodão, grandes rebanhos bovinos, suinocultura, avicultura, piscicultura e contam com algumas agroindústrias.

A agricultura desenvolvida na região utiliza-se de técnicas racionais e modernas de cultivo com mecanização do plantio e da colheita, ocupando pouca mão de obra.

O município de Sorriso destaca-se na produção de grãos com uma safra em 1998 de 961.000 toneladas de grãos colhidos em 350.000 hectares, respondendo por mais de 15% da produção do estado e 2% da produção nacional, recebendo assim o título de maior produtor de grãos.

Os municípios de Lucas do Rio Verde e Nova Mutum também possuem alta produção de grãos, mas destacam-se também na suinocultura, avicultura, piscicultura e a fruticultura, sendo que Nova Mutum possui dois frigoríficos, um de suínos (o maior do estado), o outro de aves, além de ser um dos pioneiros no cultivo de uva.

Já os municípios de Tapurah e Nova Uiratã além da agropecuária, destacam-se no extrativismo vegetal e beneficiamento da madeira.

Os municípios Sinop, Cláudia, Santa Carmem, Vera, Feliz Natal e União do Sul que constituem a microrregião de Sinop têm como principal atividade econômica o extrativismo vegetal e a indústria de transformação da madeira, sendo que Sinop, a sede regional apresenta também um forte setor terciário, sendo o provedor de serviços.

A Tabela 8 mostra o Índice Médio de Valor Adicionado (IMVA) de 1995 a 1997 e verifica-se que os municípios que tem por atividade econômica principal a agricultura apresentam valores mais altos do que os com atividade de extrativismo de madeira, com exceção de Sinop que é sede da região norte.

Os maiores Índices de Valor Adicionado da região pertencem a Sorriso com 3,003090 seguido de Sinop com 2,985613, municípios considerados de porte médio em relação a população.

Cabe destacar os municípios de Lucas do Rio Verde e Nova Mutum que em relação a população são considerados pequenos, mas possuem valores considerados altos de Índice de Valor Adicionado.

Os municípios que apresentam valores médios do IMVA como Cláudia e Vera são pequenos, sendo Tapurah o único nessa categoria que apresenta Índice de Valor Adicionado baixo, aproximando-se dos municípios de porte muito pequeno.

Mesmo apresentando o menor IMVA da região com 0,235277, o município de Feliz Natal possui índice maior que 54 municípios do estado.

Tabela 8 – Classificação do Índice Médio de Valor Adicionado (IMCV), segundo o município da região do Teles Pires, no período de 1995 a 1997.

MUNICÍPIOS	IMCV	CLASSIFICAÇÃO
Sorriso	3,003090	Alto
Sinop	2,985613	Alto
Lucas do Rio Verde	2,198741	Alto
Nova Mutum	1,758910	Alto
Cláudia	0,802241	Médio
Vera	0,666763	Médio
Tapurah	0,485449	Baixo
Nova Ubiratã	0,354687	Baixo
Santa Carmem	0,347426	Baixo
União do Sul	0,324302	Baixo
Feliz Natal	0,235277	Baixo
REGIÃO	1,196591	-

Fonte: Secretaria da Fazenda do Estado de Mato Grosso.

8.5. Condições de Vida

A maioria dos municípios do estado de Mato Grosso apresenta em 1991 Índice de Condições de Vida (ICV) que variam entre 0,50 – 0,65 (médio), índices que encontram-se abaixo do ICV do Brasil de 0,723.

Os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires apesar da criação recente apresentam em 1991 Índices de Condições de Vida que variam de 0,50 – 0,65 (médio) a 0,65 - 0,80 (médio – alto), os melhores resultado no estado de Mato Grosso. (Mapa 2)

Mapa 2 – Índice de Condições de Vida dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1991.

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)
Instituto de Pesquisas Aplicadas (IPEA)

A tabela 9 mostra Índice de Condições de Vida (ICV) dos municípios da região e seus componentes, destacando como melhor Lucas do Rio Verde com 0,78 seguido de Sorriso com 0,726 que obtiveram índices acima do verificado para o Brasil 0,723.

Tabela 9 – Índices de Condições de Vida dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1991.

MUNICÍPIOS	ICV – Índice de Condições de Vida					
	ICV	Longevidade	Educação	Infância	Renda	Habitação
Lucas do Rio Verde	0,738	0,745	0,678	0,770	0,834	0,665
Sorriso	0,726	0,734	0,648	0,723	0,847	0,678
Nova Mutum	0,719	0,741	0,613	0,716	0,855	0,671
Sinop	0,712	0,736	0,610	0,724	0,867	0,621
Cláudia	0,685	0,731	0,544	0,591	0,886	0,674
Tapurah	0,670	0,755	0,559	0,572	0,809	0,655
Vera	0,648	0,706	0,531	0,535	0,845	0,624
Brasil	0,723	0,691	0,576	0,747	0,793	0,758

Fonte : PNUD /IPEA

Os municípios de Cláudia e Tapurah apresentam ICV médio-alto de 0,685 e 0,670 respectivamente, porém não encontram-se entre os dez melhores do Mato Grosso.

Apenas o município de Vera apresenta índice médio com ICV de 0,648. Para os municípios restantes não há dados disponíveis, pois em 1991 ainda não estavam criados.

Em relação a longevidade, todos os municípios apresentam índices maiores que o do Brasil (0,691), porém o melhor índice da região pertence a Tapurah (0,755) e o pior a Vera (0,706).

Os índices da educação e da infância apresentados pelos municípios de Lucas do Rio Verde, Sorriso, Nova Mutum e Sinop são maiores que índice do Brasil, com destaque para Lucas do Rio Verde, o melhor dentre os melhores. Já os municípios de Tapurah, Cláudia e Vera apresentam índices menores que do Brasil, sendo que este último possui os menores da região.

Todos os municípios da região apresentam índices de renda maiores que a média brasileira, porém o maior encontra-se em Cláudia e o menor em Tapurah.

No caso do índice da habitação, o melhor encontra-se em Sorriso e o pior em Sinop, porém todos os municípios apresentam índices menores que o brasileiro, provavelmente pelo fato das habitações no início da colonização serem de madeira, matéria - prima abundante na região e a ausência de saneamento básico, como água encanada e esgoto.

9. O PROCESSO HISTÓRICO DA MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO

9.1. Os Primeiros Movimentos da Municipalização

A integração institucional, preconizada pelas AIS, ocorre durante o governo Júlio Campos (1983 – 1986), cujo plano de ação governamental apresentava como áreas prioritárias a educação, a energia e o transporte, não sendo a saúde contemplada como prioridade de governo.

Nesse período, o estado experimentava acelerado crescimento demográfico devido ao recebimento de migrantes provenientes do sul do país para assentamento em áreas de colonização e ocupação de uma nova fronteira agrícola, o norte-matogrossense.

O processo migratório, que segundo Carvalheiro (1986) altera o perfil epidemiológico das áreas de recepção de migrantes, aliado a impotência do governo estadual de prover infra-estrutura social para propiciar assistência adequada a população, evidenciam bem a insuficiência e deficiência da rede de assistência à saúde.

Tal situação é agravada mais ainda pela distribuição irracional dos recursos existentes; a ausência de integração programática inter e intra-institucional dos serviços a cargos das diferentes instituições públicas; a irregular distribuição na rede básica de saúde; inadequada utilização de recursos materiais e humanos; a falta de credibilidade dos serviços públicos perante a população; a baixa resolutividade dos serviços e uma política de recursos humanos que privilegia a dupla militância, demonstra a fragilidade do sistema estadual de saúde.

Assim, a necessidade de estabelecimento de um sistema de saúde com maior racionalidade que atendesse aos princípios de regionalização, descentralização, hierarquização levou as instituições prestadoras de serviços de saúde articularem em 1983 a implantação das AIS no estado.

As AIS-MT, cujo convênio firmado entre o MPAS, MS, MEC e governo do estado, com interveniência do INAMPS, da SES e Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), foi assinado em 27 de setembro de 1.984.

Através da AIS, o governo estadual pretendia estabelecer o Sistema Estadual de Saúde, adequando e ampliando a rede básica de saúde, visando aumentar substancialmente a cobertura da população.

Para tanto, propunha-se reorganizar serviços públicos e privados, integrar as ações institucionais, racionalizar recursos materiais, financeiros e humanos disponíveis, criar condições para a participação comunitária e propiciar acesso da população a serviços mais resolutivos.

A gestão das AIS no estado era realizada pela Comissão Institucional de Saúde (CIS), cujas deliberações eram obtidas por consenso, composta pelo secretário estadual de saúde, presidente da comissão, o reitor da UFMT, como

representante do MEC, o superintendente regional do INAMPS como representante do MPAS e o delegado federal de saúde como representante do MS.

A CIS, através da Resolução Conjunta N.º 01 de 27 de setembro de 1984, institui o regimento interno e cria as Comissões Regionais e Locais Interinstitucionais de Saúde (CRIS e CLIS), e a Secretaria Técnica, como órgão executor de assessoria a CIS, composta de técnicos representantes das instituições envolvidas.

As CRIS's seriam criadas nos cinco Pólos Regionais de Saúde existentes no estado e deveriam exercer a coordenação das AIS no âmbito regional e sendo constituídas das instituições envolvidas no programa, subordinando-se a CIS.

No nível local ou municipal seriam instituídas as CLIS's ou CIMS's que além de serem constituídas pelas instituições envolvidas nas AIS contavam com representantes da comunidade e eram subordinadas as CRIS's.

A primeira etapa de implantação das AIS abrangia apenas os municípios de Cuiabá e Várzea Grande, área onde aplicariam também os recursos do Finsocial.

A escolha de Cuiabá e Várzea Grande se baseava nas condições precárias de assistência à saúde, no fato das instituições envolvidas possuírem serviços nesses municípios e por concentrarem um terço da população estadual.

A segunda etapa seria desenvolvida ainda em 1984 e abrangeria os municípios da Baixada Cuiabana e a terceira etapa envolveria os municípios de Chapada dos Guimarães, Colider, Nova Brasilândia, Paranatinga e Sinop.

A cobertura total só se realizaria em 1985 e seus programas prioritários consistiriam de: assistência à saúde da mulher e da criança, controle de doenças transmissíveis, educação em saúde, saúde escolar, odontologia sanitária e saneamento básico.

A proposta para as AIS não implicava construção de unidades sanitárias, no primeiro ano, mas sim, reestruturar as existentes para executar os programas prioritários, independente das instituições pertencentes.

A expansão da rede física era proposta para o segundo e terceiro ano nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande e a integração institucional deveria consolidar-se no quarto ano a partir de um plano de cargos e salários que proporcionasse salários justos e homogêneos para toda a rede.

Apesar do projeto, as AIS foram implantadas em doze unidades do município de Cuiabá em outubro de 1984, sendo que somente em 1986 foi estendida a todas as unidades do estado.

Segundo relatório de atividades da SES, no período de 1983 a 1986 verifica-se um aumento nos serviços produzidos pelas unidades de saúde estaduais, tendo o número de consultas médicas passado de 466.530 para 823.892 consultas, aumentando em 76,6% a produção de consultas médicas. Além disso, cresceu o

número de unidades da SES de 126 em 1984 para 177 em 1986, significando um incremento de 40,48%.

Tal aumento na produção de serviços e no número de unidades, propiciando a expansão da cobertura, no estado de Mato Grosso, não pode ser inferido apenas pela implantação das AIS, pois até 1985, o estado ainda recebia volumosos recursos provenientes dos grandes projetos de desenvolvimento.

As AIS apresentaram dificuldades para serem implantadas devido ao atraso na liberação de recursos pelo MS, mudanças na administração superior que em quatro anos de governo teve quatro secretários estaduais de saúde e principalmente pela ausência de entrosamento entre a equipe encarregada da implantação no estado.

As AIS, além das dificuldades descritas não contavam com serviços de atenção secundária para promover a integralidade do atendimento, pois o setor privado continuava privilegiado pelo INAMPS em detrimento do setor público.

Em 1987, dos 84 municípios do estado 33 assinaram o termo de adesão as AIS e 25 apresentaram propostas de adesão. Há que se ressaltar que do total de municípios existentes no estado 26 haviam sido criados nesse ano.

Um dos principais pontos de estrangulamento referia-se a rede municipal, que apresentava 120 unidades de saúde, sendo na sua maioria postos que funcionavam de forma precária. Do total de unidades destaca-se que mais de 50% delas encontravam-se nos municípios de Cuiabá e Rondonópolis, que contavam também com unidade de emergência.

Assim, as AIS em MT não viabilizaram os seus objetivos propostos, ao contrário do que se pretendia, acabaram por centralizar o poder decisório nos órgãos gestores da saúde no estado, propiciando o fortalecimento do nível federal através de instituição de unidades sanitárias da FSESP e manutenção das ações de combate à endemias pela SUCAM e da assistência médica pelo INAMPS.

Mas, as AIS foram importante para abertura de espaços de participação popular nas decisões sobre a política de saúde.

Em 1986 o estado realizou-se a I Conferência Estadual de Saúde que contou com participantes de todas as regiões do estado e teve a frente da coordenação do evento a Delegacia Federal de Saúde que continha em seu quadro sanitaristas militantes no movimento sanitário mato-grossense.

Essa conferência além de discutir os temas centrais propostos pela VIII CNS, também discutiu temas específicos referentes a estruturação do Sistema Estadual de Saúde.

Destacam-se no relatório, o Modelo médico-privatista como o hegemônico no estado, sendo a assistência hospitalar predominantemente privada, caracterizando o sistema de saúde como pouco eficaz e eficiente; a inadequação de uma política de recursos humanos e a dificuldade de implantação das AIS pela desarticulação intra e

interinstitucional; centralização de recursos humanos e financeiros e a verticalidade das ações determinadas pela cúpula estadual.

Para mudar essa situação no estado propõe-se uma política de recursos humanos que viabilize a implantação de um plano de cargos e salários (PCS) único para o setor e a realização de concurso público.

Propõe ainda, a criação de um sistema estadual que atenda aos princípios de descentralização, integração, regionalização, hierarquização, promovendo a cobertura universal, a participação e o controle comunitário, com financiamento público.

A implantação desse sistema deveria iniciar-se por municípios periféricos que não possuísem infra-estrutura mínima para a atenção primária, secundária e terciária, enfatizando a participação comunitária em todos os níveis da organização dos serviços de saúde.

9.2. SUDS: A Pré-Municipalização

Com a vitória do PMDB em 1986, assume o Governo de Estado o ex-prefeito de Rondonópolis, Carlos Bezerra cujo plano de ação de governo priorizava a área social como saúde, educação, saneamento básico, justiça, segurança e habitação.

Para a saúde, propunha privilegiar as ações de caráter preventivo, porém, Matsubara (1994) observa que apesar de reconhecer como necessárias essas ações, destina os escassos investimentos as ações de caráter curativo desenvolvidas pelos serviços estaduais.

Neste período os cargos estratégicos dos órgãos de saúde federais e estaduais passaram a ser ocupados pelos partidos de esquerda, incluindo aí, INAMPS, FSESP, SUCAM, UFMT, além das prefeituras das principais cidades do estado, como Rondonópolis, Cáceres e Cuiabá.

Com o governo Carlos Bezerra abriu-se a oportunidade de se ter pela primeira vez um sanitarista como secretário, porém a escolha recaiu sobre um médico neurologista, professor da UFMT, Nei Moreira da Silva que havia exercido cargo estratégico na Superintendência do INAMPS com as mudanças na direção central do órgão.

Na Fundação de Saúde de Mato Grosso (FUSMAT), órgão de execução das ações de saúde no estado, assume como superintendente o médico sanitarista, Benedito Cesarino Fernandes.

A nova gestão propunha mudar a situação de saúde do estado priorizando a ampliação da rede básica, a construção de unidades mistas de modo a aumentar a cobertura, proporcionando a integralidade das ações, aumentando a resolutividade.

Para tanto, intensificaria a estratégia da integração intra e interinstitucional além da intersetorial, a partir da proposta governamental de reorganização do

planejamento, descentralização e participação popular, dá nova configuração aos pólos regionais passando de 05 (cinco) para 09 (nove).

Com a nova regionalização a SES acreditava que poderia facilitar a organização dos distritos sanitários a medida que implantasse as sedes dos pólos regionais de saúde e aparelhasse os novos municípios para a assistência básica à saúde.

Assim, pretendia concretizar o modelo assistencial, enfatizando a atenção básica pelos municípios e a assistência hospitalar, pelo estado e União, com a construção de unidades mistas, hospitais regionais como referências para a rede.

Em relação a política de pessoal, pretendia reorganizar o quadro de lotação, instituir o concurso público, melhorar os níveis salariais e impedir os atrasos no pagamento de salários que vinham acontecendo desde o governo anterior.

Também, propunha investimento na área de capacitação, formando novos sanitaristas e educadores em saúde, além de manter em conjunto com outras instituições de saúde e a UFMT um serviço de capacitação permanente.

As prioridades e estratégias no gerenciamento eram o fortalecimento da *estadualização da saúde* e a promoção da *municipalização* dos serviços básicos de saúde.

A descentralização e a participação da comunidade não se restringia ao setor saúde, era antes de tudo, uma postura governamental, presente em todos os setores, com a instituição dos Conselhos Municipais de Desenvolvimento.

A conjuntura política do estado permitiu emergir ainda em 1987 a proposta da CIS do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), cujos os objetivos eram: a universalização da assistência; a melhoria da qualidade dos serviços prestados; a integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde; a efetivação da descentralização por meio da municipalização e de outros instrumentos para incrementar as responsabilidades dos níveis locais e regionais.

Também visava aperfeiçoar a POI como instrumento para unificação e descentralização; consolidar as instâncias colegiadas gestoras, garantindo a participação popular; ampliando a discussão sobre o Sistema de Saúde a toda sociedade e servidores e adotar um plano de cargos e salários.

O SUDS, previa como estratégias de implantação: criar uma comissão estadual de saúde que contasse com representatividade da sociedade e incorporar a Superintendência Regional do INAMPS, FSESP, SUCAM, após ampla discussão com a sociedade, sendo que a FSESP e a SUCAM manteriam a organização administrativa, mas teriam suas atividades sob a coordenação da CIS.

Quanto ao Hospital Universitário Júlio Müller/UFMT, deveria manter sua organização administrativa e o gerenciamento do convênio MEC/MPAS, devendo a CIS criar uma comissão que deverá contar com um membro da CIMS-Cuiabá para constituí-lo como serviço de referência estadual.

Em relação a integração das instituições de assistência social ao SUDS dependerá da CIS e da CIMS em cada município.

A CIS deveria criar uma comissão multissetorial para agilizar a integração do Instituto de Previdência do Estado de Mato Grosso (IPEMAT) ao SUDS.

A Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa, órgão de execução das ações de reabilitação da SES, seria uma das unidades de saúde mantida no convênio co-gestão e com recursos assegurados pela POI. O Centro Formador de Recursos Humanos seria gerenciado pela SES por ser de referência estadual.

O processo de municipalização deveria ocorrer após a assinatura do protocolo de intenções do convênio co-gestão, competindo as instituições repassadoras de recursos a manutenção do custeio do serviço.

O plano de municipalização seria elaborado pela Secretaria Técnica para os municípios que não aderiram a proposta.

O setor privado filantrópico que optou pelo convênio de assistência universalizada passará a integrar o SUDS e participará na CIMS. Já o setor privado lucrativo continuará vinculado ao INAMPS até a consolidação do SUDS.

A política de recursos humanos pretendia estabelecer o PCS tendo por princípio a isonomia salarial, o acesso por concurso público, incentivando o trabalho em tempo integral, a dedicação exclusiva e a interiorização. O remanejamento dos servidores das instituições integrantes do SUDS somente ocorreria após parecer das CIMS e homologação da CIS.

O financiamento dar-se-ia pela co-participação das entidades, sendo que estas não poderão manter um percentual de recursos menor do que os vigentes na época.

A destinação dos recursos teria por prioridade o setor público, depois entidades filantrópicas e por último o setor privado.

A manutenção das unidades transferidas ficaria a cargo da entidade de origem até a criação de um fundo único para o sistema.

O controle e a avaliação do SUDS seriam realizados por um sistema de supervisão acompanhamento e avaliação em articulação com programas de educação continuada.

Assim, ainda em 1987, o governo de Mato Grosso assina o protocolo de intenção com o MPAS e o MS visando estabelecer os procedimentos e mecanismos necessários a implantação do SUDS - MT.

Com a assinatura do convênio a SES passou a incorporar gradualmente as atividades executadas pelos serviços próprios do INAMPS, bem como o gerenciamento de procedimentos administrativos e financeiros em relação ao setor privado.

O SUDS no Mato Grosso apresenta duas etapas diferenciadas, sendo que a primeira refere-se aos anos de 1987 e 1988 e a segunda de 1989 a 1990.

Nesta primeira fase, reestruturou-se os serviços de saúde existentes, independente da instituição a que pertencia, alocando recursos materiais e humanos da SES em instituições federais como FSESP, UFMT e outras.

Dos 5 (cinco) novos pólos regionais de saúde criados pelo governo do estado, apenas os de Juína, Porto Alegre do Norte, Tangará da Serra, foram implantados.

As regionais de saúde neste período foram equipadas e capacitadas para desenvolverem atividades de cooperação técnica com os municípios.

Para atingir os objetivos propostos foram criados para assessorar a CIS os Grupos de Trabalho (GT's) com a finalidade de viabilizar as políticas de medicamento, recursos humanos, saúde do trabalhador, etc., promovendo a integração interinstitucional.

A política de recursos humanos que desde as AIS é priorizada nos planos, nesta primeira etapa toma nova direção. Constitui-se uma comissão para elaborar o PCS, ao mesmo tempo que o GT de recursos humanos promove o terceiro Curso de Especialização de Saúde Pública no estado, privilegiando os profissionais que executavam serviços nas regionais e nos municípios.

Apesar da não realização do concurso público pelo governo de estado, o ingresso na Fundação de Saúde de Mato Grosso (FUSMAT), órgão executor das ações de saúde no estado, passou a ser realizado por meio de processo seletivo, mudando a prática clientelista e admitindo em seu quadro uma multiplicidade de ideologias.

A isonomia salarial, ponto crucial da política de recursos humanos foi realizada pela CIS inicialmente para a categoria médica, trazendo sérios problemas a gestão de recursos humanos. Após ampla discussão estendeu-se as outras categorias profissionais.

À medida que consolidava o papel de condutora da política de saúde, a SES realizava movimentos de descentralização para os municípios e regionais.

Cabe destacar a criação do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), em 20 de maio de 1986 em assembléia geral do I Encontro Estadual de Secretários Municipais de Saúde, realizado em Rondonópolis. Este, passa a compor a CIS e ganha o papel essencial, de impulsionador do processo de descentralização.

Em 1989, ocorre mudança na direção da SES, e assume o médico Carlos Botelho que anteriormente ocupava a Superintendência Regional do INAMPS, que propõe a municipalização em duas etapas: pré-municipalização e municipalização propriamente dita.

Nessa gestão implanta-se em maio de 1989 a pré-municipalização que consistia, através de convênio de adesão ao SUDS transferir aos municípios o gerenciamento da rede básica de saúde, porém, com recursos humanos, materiais e financeiros e assessoria da SES, por um prazo de 180 dias para a sua vigência.

Para expor a proposta da pré-municipalização realizaram-se reuniões políticas e técnicas nos Pólos Regionais de Saúde para provocar a discussão da municipalização e a adesão dos municípios.

Dos 95 municípios, 94 aderiram a pré-municipalização assinando o termo aditivo N.º 01/89 ao termo de adesão N.º 01/88, ao SUDS, cuja gestão deveria ser realizada pela CIMS e as práticas de saúde dar-se-iam através dos distritos sanitários.

Para readequar as estruturas da SES ao momento, o Secretário de Estado da Saúde passa ocupar simultaneamente o cargo de Superintendente da FUSMAT, realizando assim, a extinção da FUSMAT de fato, mas não de direito o que ocorreu somente em 1992.

Em 1989, através do decreto N.º 1595 de 16 de junho é criado o Conselho Estadual de Saúde (CES), órgão colegiado de decisão superior de caráter deliberativo, consultivo, normativo, recursal, que tem por objetivos fixar diretrizes, supervisionar as atividades de planejamento, coordenação, controle de política estadual de saúde.

Esse conselho possuía composição paritária entre os seguimentos representativos de prestadores de serviços públicos e privados, trabalhadores do setor saúde e usuários.

Ainda em 1989, é aprovado a Constituição Estadual em 5 de outubro que além dos direitos da Constituição Federal acrescenta no seu artigo 222 como instância deliberativa do SUS os Conselhos de Saúde Estadual e Municipais, compostos paritariamente, por um terço de representantes de trabalhadores do setor saúde, um terço de entidades representativas de usuários e um terço de representantes de prestadores de serviços de saúde.

Ainda prevê como competência dos conselhos a proposição das políticas de saúde elaborada por uma conferência de saúde, convocada pelo respectivo conselho; a proposição do orçamento do SUS no nível respectivo e a deliberação sobre questões de coordenação, gestão e normatização e acompanhamento das ações e serviços de saúde.

Visando ampliar as conquistas das Constituições Federal e Estadual, a UFMT desenvolve através do Núcleo de Desenvolvimento da Saúde (NDS), um seminário com a participação de vereadores, secretários municipais e profissionais de saúde para propor um anteprojeto para o capítulo da saúde nas Leis Orgânicas municipais.

O NDS também firmou convênio com o COSEMS e SES para elaborar estudos pesquisas e projetos para dotar as secretarias municipais de mecanismos gerenciais eficazes, capacitando-as nas áreas de planejamento e administração,

esta proposta foi desenvolvida nos anos de 1990 e 1991 em diversos pólos de saúde.

Em 1990, ocorre nova troca de comando na SES e assume o ex-secretário municipal de saúde de Rondonópolis, Elmo Bertinette, que dá continuidade ao processo de municipalização da gestão anterior, que consistia na organização do modelo assistencial e do sistema de referência e contra-referência.

Para tanto propunha a constituição de grupos com a participação do pólo regional e das secretarias municipais para atuarem junto as referências na organização do sistema e na elaboração dos planos de saúde.

Em relação aos serviços privados contratados e conveniados o CES determinou aos municípios a constituição de equipes de supervisão para verificar as condições dos atendimentos prestados e a ocorrência de pagamentos realizados por usuários.

Em novembro de 1990 consolida através da assinatura do Convênio de Municipalização a transferência definitiva do gerenciamento das unidades de saúde do estado para os municípios.

Mesmo com a adesão de quase todos os municípios, única exceção Sinop, ao convênio de municipalização, muitos de fato não assumiram o gerenciamento das unidades estaduais, gerando sérios problemas aos usuários que não tinham a quem responsabilizar pela ausência dos serviços.

Apesar das dificuldades encontradas, muitos avanços foram obtidos pelo SUDS principalmente no tocante a participação da comunidade na gestão dos serviços, a execução de serviços básicos pelos municípios que não realizavam atividades de saúde e a consolidação do arcabouço jurídico.

9.3. A Municipalização da Rede Básica de Saúde

A partir de 1990, como consequência da recentralização promovida no nível federal, o processo de descentralização toma novos rumos no nível estadual, com o ressurgimento da estrutura regional do INAMPS que passa a ser o novo articulador do processo e a criação da Fundação Nacional de Saúde (FNS), com a junção da SUCAM e FSESP.

Além da conjuntura nacional desfavorável, em 1991 assume o governo estadual, o ex-prefeito de Várzea Grande, Jaime Campos e com ele a SES, o médico e vereador de Cuiabá, Artur Bastos Jorge, que refaz o CES, alterando a sua composição.

Esta arbitrariedade leva os membros do CES a impedir a posse dos novos conselheiros, pois o conselho não poderia ser criado por decreto, uma vez que havia sido determinado pela Constituição Estadual que sua regulamentação dar-se-ia apenas por lei complementar.

A ausência de estância colegiada perdurou até 1992, quando foi regulamentado o conselho no Código Estadual de Saúde através da Lei Complementar N.º 22 de 9 de novembro de 1992.

A política de investimentos proposta pelo governo consistia em construir e terminar os hospitais regionais e locais iniciadas na gestão anterior, visando o aumento do número de leitos públicos e redistribuindo-os em localidades descobertas de assistência médico-hospitalar e reestruturar o Hospital Adauto Botelho, que dispunha de leitos públicos para a psiquiatria.

A SES sofreu nova reforma administrativa para adequar-se ao seu novo papel no sistema estadual de saúde, criando a Coordenadoria de Administração Ambulatorial para gerir a compra e pagamentos de serviços ao setor privado e público.

Ainda em 1991 assume a SES o médico Filinto Corrêa da Costa que convoca, pelo Decreto N.º 535/91, a II Conferência Estadual de Saúde, cujo tema central era *Saúde : Municipalização é o caminho*, teve por finalidade promover a reflexão, o debate da implantação do SUS em MT, analisando e orientando o processo de descentralização tendo como e contou com 220 delegados, 90 participantes credenciados, um total de 310 eleitos nas etapas regionais e municipais que a antecederam.

Dentre as principais deliberações da conferência merecem destaque: a gestão de todos os serviços de saúde pelo município em sua jurisdição; a reestruturação no nível federal com a extinção da FNS, INAMPS, e no nível estadual do IPEMAT e FUSMAT; a reestruturação e capacitação dos pólos regionais de saúde para assessoramento na municipalização; atuação do CES fiscalizando e deliberando sobre o repasse de recursos próprios do estado para os municípios; descentralização de todas as ações de capacitação e formação de recursos humanos e instituição do PCS único com isonomia salarial nos três níveis de governo.

Os municípios que pretendessem receber recursos financeiros deveriam atender os pressupostos da Lei N.º 8.142/90 e os processos seriam analisados e encaminhados pelas Coordenadorias de Cooperação Técnica e Controle, para serem aprovados pelo MS, ignorando completamente a SES como gestor do sistema estadual.

A FNS, a partir de 1992, inicia a transferência do gerenciamento das unidades sanitárias situadas no norte do estado, pertencentes a extinta FSESP, mantendo sob seu controle, ainda, uma unidade mista e as ações de combate a endemias.

Apesar disso a SES constituiu em 1992 o Grupo Técnico de Municipalização pela portaria N.º 26/92 de 9 de julho que tinha como competências: a prestação de assessoria técnica no processo de organização e funcionamento do sistema municipal; capacitação e assessorar na elaboração dos planos municipais de saúde e programações orçamentárias; dar pareceres sobre os requisitos estabelecidos na Lei 8142/90 e realizar outras atividades compatíveis com o processo de municipalização e consolidação do SUS.

Determinava também esta portaria uma forma de articulação e encaminhamento dos processos já em tramitação, junto a Coordenação de Cooperação Técnica do INAMPS e estipulava um novo fluxo de tramitação do processo de municipalização e o tempo máximo de 30 dias.

Os processos seriam encaminhados à Secretaria Executiva do CES, que encaminharia ao Grupo de Municipalização que devolveria após análise e parecer ao CES, para ser encaminhado ao CNS que formalizaria o processo e assinatura do convênio de municipalização. O grupo de municipalização da SES era composto por militantes do movimento sanitário estadual e remanescentes da gestão anterior.

O Grupo de Municipalização, apesar da escassez de recursos desenvolveu nove oficinas de trabalho em todos os pólos de saúde visando capacitar os gerentes municipais para as ações de planejamento e gerência. Esse grupo após a saída do secretário Filinto Corrêa da Costa, foi praticamente dissolvido.

Com a aprovação do Código de Saúde, constitui-se o novo CES, cuja composição é de 50% de usuários e 50% de representantes do governo, trabalhadores do setor de saúde e prestadores de serviços, sendo o Secretário de Estado de Saúde, presidente nato, que volta a funcionar em 1993 na gestão do ex-deputado federal Joaquim Sucena.

O código também prevê em relação ao processo de municipalização, que ao município, unidade geopolítica e social com autonomia para decidir seus peculiares interesses, serão transferidos ações e serviços de saúde para aqueles que tenham condições e vontade política para assumi-los como componente estratégico para descentralização e da implantação dos distritos sanitários, com respectiva transferência de recursos garantindo assessoria técnica.

Assim, prevê critérios para repasse de recursos ao município, levando em conta, na razão inversa a situação sanitária, a receita municipal *per capita*, a cobertura dos serviços de saúde e na razão direta o desempenho do sistema local de saúde participação do setor social no orçamento municipal e os gastos diretos do estado na prestação de serviços de abrangência local.

Em 1993 e 1994, sob o auspício da SES foi realizado três conferências estaduais; a de Recursos Humanos, a de Conselhos Municipais de Saúde e a de Saúde do Trabalhador, sendo estas preparatórias aos eventos nacionais.

Com a publicação da NOB - SUS 01/93 é instalada a Comissão Intergestores Bipartite dentro do SUS-MT através da portaria N.º 017/93, com função consultiva ao CES, composta de: secretário estadual de saúde, 5 (cinco) coordenadores da SES e 5 (cinco) secretários municipais de saúde e o presidente do COSEMS, que ao assumir o gerenciamento da descentralização no estado entra em conflito com o CES.

Em 1994 assume o governo estadual, Dante de Oliveira e com ele a SES passa a ser dirigida pelo ex-secretário de saúde de Cuiabá, Júlio S. Müller Neto, militante do movimento da reforma sanitária e reconhecidamente um municipalista.

Essa gestão estipula como diretrizes para a política estadual de saúde: democratização e participação social, com fortalecimento dos conselhos de saúde; priorização das ações de vigilância à saúde; aumento da oferta direta de serviços assistenciais descentralização e novos modelos assistenciais e integralidade da atenção; políticas de ciência e tecnologia e de recursos humanos e redefinição do papel da SES e novos modelos de gestão e organização.

Quanto ao processo de municipalização propõe reaver a capacidade de intervenção pela SES, priorizando como estratégia a cooperação técnica, o planejamento e gestão regionalizados, a partir da reestruturação dos pólos regionais.

Até maio de 1995 o estado de Mato Grosso com seus 117 municípios contava com: um município na gestão semi-plena, 33 na gestão parcial e 23 na gestão incipiente, perfazendo um total de 57 (48,7%) habilitados pela NOB-SUS 01/93.

O estado, segundo o MS encontra-se enquadrado no modelo descentralizado por nível de hierarquia, assumindo os serviços de maior complexidade deixando para os municípios a execução das ações básicas de saúde.

Em 1996 foram realizadas 90 Conferências Municipais de Saúde que precederam a III Conferência Estadual de Saúde com a participação gestores, profissionais de saúde e usuários perfazendo um total de mais de 500 delegados discutiram e deliberaram sobre o tema central que era o *SUS: a aplicação de seus princípios e a busca de uma nova prática de atendimento*.

Em relação a descentralização foram aprovadas as seguintes propostas: municipalização das ações de Vigilância Sanitária, do controle de endemias e demais ações atualmente gerenciadas e executadas pela FNS.

Nessa conferência discutiu-se o modelo de atenção a saúde, que ainda encontra-se baseado na assistência médico-hospitalar e propõe como estratégias, que já estão em curso, a instituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF), dando início ao processo de construção de um novo modelo de atenção a saúde e gerenciamento do sistema.

Levantou-se também os avanços e os limitantes, sendo que os pontos de estrangulamentos para a consolidação do SUS no estado, estão as questões referentes aos recursos financeiros no tocante as formas de aplicação e investimento incompatíveis com os princípios do SUS, a formação e qualificação de recursos humanos para implantação do modelo assistencial e de gestão dos serviços e a ausência da intersetorialidade para resolução dos problemas de saúde.

Mas, há alguns avanços no processo de concretização do SUS como a reestruturação da SES que assume o seu papel de coordenador no sistema, a realização do planejamento a partir do nível local e regional, o tratamento equânime do governo estadual e municipal, além de prover espaços para participação popular.

Em 1996, ainda na vigência da NOB 01/93, dos 117 municípios existentes 25 (21,3%) municípios estavam habilitados no tipo de gestão incipiente, 35 (30,0%) na condição de gestão parcial, 01 (0,8) na gestão semi-plena e 56 (47,9%) não estavam habilitados.

A partir de meados da década de 90 a SES vem passando por uma reestruturação para cumprir o seu novo papel dentro do processo de municipalização, de formular e coordenar a política estadual de saúde e de cooperar tecnicamente com a municipalização e organização dos sistemas municipais de saúde.

Em 1995 constitui-se o primeiro consórcio, Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires com 11 municípios, para viabilizar o funcionamento do Hospital Regional de Sorriso, pertencente ao Estado, implanta em 10 municípios de risco para mortalidade infantil o PACS e em 05 (cinco) municípios o PSF na tentativa de reverter o modelo de atenção a saúde.

A partir de 1997 inicia-se o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária e controle de endemias mantidas ainda pela FNS e da Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa.

Em relação ao controle social é estabelecido pelo Conselho Estadual de Saúde um programa de capacitação técnica e política de conselheiros municipais, para um melhor exercício da função participação 735 pessoas, entre conselheiros e representantes da Sociedade Civil.

Em 1998, o estado já conta com 09 (nove) Consórcios Intermunicipais de Saúde implantados, com 100% dos municípios cobertos com o PACS e PSF em 18 municípios e com 22 equipes.

Também foram implantadas as câmaras de compensação de AIH's, regionalizadas, nos Pólos Regionais de Saúde, estabelecidos parâmetros estaduais para a produção e critérios para a implantação do Sistema Municipal de Auditoria.

Houve um grande investimento na capacitação de recursos humanos tanto do nível médio como superior, sendo que para esses foram realizados 06 cursos de especialização com a UFMT nas áreas de Saúde Pública, Saúde de Família, Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde e Vigilância Sanitária, com 184 participantes.

Em 1998, todos os municípios do interior estão habilitados pela NOB 01/96 na condição de gestão Plena da Atenção Básica, sendo Cuiabá, a capital, o único na gestão Plena do Sistema.

Segundo Müller Neto⁹,... *a SES exercerá a plenitude suas atribuições e seu novo papel e permanece determinada a estabelecer uma relação de cooperação*

⁹ Müller Neto JS. Of. Circular n.º 06/SES/GS/97, de 26.02.97. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso; 1997.

aberta e transparente com a nova direção do Cosems (Conselho de Secretários Municipais de Saúde) para consolidar a implantação do SUS em Mato Grosso. Afinal, no SUS estamos todos no mesmo barco. Se o mesmo afundar, naufragamos todos.

10. A MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO TELES PIRES

10.1. Breve Histórico

O processo de municipalização dos serviços de saúde nos municípios da região iniciou com a transferência de estabelecimentos de saúde estaduais e federais para os municípios nos anos de 1990 e 1992.(Tabela 10)

A municipalização ocorrida em 1990 consistia na transferência de estabelecimentos (prédio e equipamentos) e de pessoal da Secretaria de Estado da Saúde para o Prefeitura Municipal realizada através do Termo de Cessão das Unidades Sanitárias, Cedência de Pessoal e Convênio de Implantação do SUS.

A municipalização ocorrida em 1992 refere-se à transferência de Unidades Sanitárias e cedência de pessoal da Fundação Nacional de Saúde consolidada após a assinatura do Protocolo de Intenções assinados pelas Prefeituras Municipais.

Tabela 10 – Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde da Rede Pública de Saúde* existentes no ano da municipalização, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso.

MUNICÍPIOS	ANO	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE			
		M	E	F	MUNICIPALIZADA
SORRISO	1990	01	-	01	-
SINOP	1992	-	02	-	02
LUCAS DO R. VERDE	1992	01	-	01	01
NOVA MUTUM	1992	01	-	01	01
CLÁUDIA	1990	-	01	-	01
VERA	1990	-	01	-	01
TAPURAH	1990	-	01	-	01
SANTA CARMEM	1990	-	01	-	01
REGIÃO	-	03	06	03	08

*Rede Pública de Saúde: Municipal (M), Estadual (E), Federal (F)

FONTE: Fundação Nacional de Saúde – CR - MT
Secretarias Municipais de Saúde

A Rede de Pública de Saúde na região no ano da municipalização era composta de 12 estabelecimentos, sendo 03 (25%) da Rede Municipal, 06 (50%) da Rede Estadual e 03 (25%) da Rede Federal.

A Rede Estadual, com maior número de estabelecimentos, transferiu as 06 (seis) deles para os municípios e a Rede Federal transferiu 02 (dois) para os

municípios e um estabelecimento para o estado, perfazendo um total de 08 (oito) estabelecimentos transferidos para os municípios.

Assim, a municipalização dos serviços de saúde na região consistiu na junção dos estabelecimentos existentes no município com os transferidos pelo estado e pela União, porém essa transferência ocorreu de forma distinta nos municípios da região.

Pode-se verificar que se denominou de municipalização efetuou-se de três formas na região. O município de Sorriso possuía um estabelecimento de saúde municipal, porém a transferência de serviços da rede federal fez-se para a estadual.

Os municípios de Lucas do Rio Verde e Nova Mutum apresentavam estabelecimentos de saúde e receberam outros transferidos pela União e por fim, a maioria dos municípios da região que não dispunham de estabelecimentos de saúde municipais, constituindo a rede a partir da transferência efetuada pelo Estado.

Apesar da transferência dos serviços de saúde ter sido realizada formalmente nos anos de 1990 e 1992, período este conturbado no panorama nacional e estadual em face da recentralização das ações pelo governo federal o processo municipalização foi impulsionado a partir de 1993, com a instituição da NOB 01/93.

10.1.1. Sorriso

O município de Sorriso, sede do consórcio, assinou o convênio de municipalização em 1990 porém, não houve transferência de unidades de saúde, pois o estado não dispunha de serviços no local.

No início da década de 90 dispunha de uma unidade mista pertencente a Fundação Nacional de Saúde (FNS) que não estava em pleno funcionamento, operando apenas a unidade ambulatorial.

Com a FNS responsável pelas ações básicas de saúde na zona urbana, a Secretaria Municipal de Saúde passou a prestar assistência na área rural, com atendimento médico periódico em um posto de saúde, no distrito de Nova Ubiratã.

A partir de 1992, a unidade mista foi transferida para a Secretaria de Estado da Saúde, pois a operacionalização da unidade de internação estava inviabilizada pela impossibilidade de realização de concurso público para contratação de pessoal, proibido pelo governo Collor.

Com a estadualização, a unidade mista transformou-se no Hospital Regional de Sorriso, promovendo mudanças na forma de atuar da unidade ambulatorial que funcionava como um centro de saúde nos moldes da Fundação SESP.

Essas transformações exigiram do poder público municipal investimentos para estruturar a rede básica para prover ações e serviços de atenção primária a toda população do município.

Em 1998 o município encontra-se habilitado pela NOB 01/96 no tipo de gestão plena da atenção básica e destaca-se no estado em relação a gestão e forma de organização para prover a atenção primária.

10.1.2. Sinop e Santa Carmem

Já o município de Sinop teve um processo conturbado de municipalização no início, sendo o único município que recusou a assinar o convênio da municipalização em 1990.

Somente a partir de 1992 que Sinop aderiu ao convênio da municipalização, assumindo a gerência dos centros de saúde pertencente a Secretaria de Estado da Saúde.

Apesar de ser sede regional, o município possuía uma rede pública incipiente que não atendia a demanda, tendo iniciado a estruturação da rede básica de saúde a partir de 1993.

Em 1994 o município preencheu os requisitos para habilitação na NOB 01/93, sendo enquadrado no tipo de gestão parcial e em 1998 também encontra-se habilitado pela NOB 01/96 no tipo de gestão plena da atenção básica.

O município de Santa Carmem desmembrou-se de Sinop em dezembro de 1991 mas já possuía uma unidade do estado, aderindo ao convênio de municipalização a partir de 1992.

Foi enquadrado na NOB 01/93 em 1994 na condição de gestão incipiente e em 1998 encontra-se habilitado pela NOB 01/96 no tipo de gestão plena da atenção básica.

10.1.3. Lucas do Rio Verde

No município de Lucas do Rio Verde, o centro de saúde existente pertencia a FNS, o primeiro a ser implantado no eixo da BR 163 e que desenvolvia ações nos moldes da FSESP.

A transferência da unidade e cedência do pessoal foi realizada após análise do protocolo de intenções aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e discussões com os servidores, com intuito legitimar o ato.

O grande problema enfrentado pelo município foi a transferência da unidade com insuficiência de recursos humanos para operacionalizá-la, principalmente a ausência do profissional médico.

Em 1994, preencheu os requisitos para enquadramento na NOB 01/93, sendo enquadrado no tipo de gestão parcial e em 1998 encontra-se habilitado na NOB 01/96 na condição de gestão plena da atenção básica.

10.1.4. Nova Mutum

Em 1988 com a promulgação da Constituição Federal quando a diretriz política era a municipalização e no estado desencadeava-se um processo de pré-municipalização, o município de Nova Mutum transferiu para a Fundação SESP sua unidade básica de saúde.

Até 1992 o município contava com um centro de saúde da FNS realizando atividades de assistência médica, preventivas de saúde e a Fundação Hospitalar de Saúde Municipal de Nova Mutum que provia o atendimento emergencial e hospitalar.

A partir desse ano, com a adesão ao termo de cooperação mútua entre o município e a Fundação Nacional de Saúde (FNS) ocorre o repasse em comodato ao município dos recursos materiais do centro de saúde, com a assessoria necessária para dar continuidade as ações de saúde já desenvolvidas pela unidade. Esse repasse se fez num momento em que a FNS não mais dispunha de recursos humanos para desenvolver as ações.

Com a instituição da NOB 01/93 o município não assina o convênio, sendo enquadrado na gestão incipiente, mesmo gerenciando todas as unidades de saúde existentes.

10.1. 5. Cláudia , Vera e Tapurah

Nos municípios de Cláudia, Vera e Tapurah onde existiam serviços de saúde da SES o termo de adesão a municipalização foi assinado em 1990.

No início do processo esses municípios destacaram-se na região pela militância no movimento de consolidação da municipalização no estado através do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso.

Em 1994, somente município de Vera estava habilitado pela NOB 01/93 na condição de gestão incipiente, mas em 1998 os três municípios se encontram habilitados na NOB 01/96 no tipo de gestão plena da atenção básica.

10.2. A Evolução da Capacidade Física Instalada da Rede Pública de Saúde nos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires

A capacidade física instalada da rede pública de saúde nos municípios do consórcio na data da municipalização era de 13 unidades, sendo uma de internação e 12 ambulatoriais¹⁰.

A partir da municipalização houve um crescimento muito significativo da capacidade física instalada da rede pública nos municípios do consórcio passando de 13 para 60 unidades em 1998.

¹⁰ Unidades Ambulatoriais compreendem :posto de saúde, centro de saúde, ambulatório de unidade hospitalar, unidade odontológica móvel, centro odontológico, unidade de saúde da família, centro de reabilitação, pronto atendimento, laboratório de análises clínicas.

A capacidade instalada de unidade de internação aumentou de uma para 03 (três) unidades e a capacidade ambulatorial passou de 12 para 58 unidades em 1998 ficando demonstrado o predomínio da rede ambulatorial no setor público. (Gráfico 1)

Gráfico 1 – Evolução da Capacidade Física Instalada da Rede Hospitalar e Ambulatorial Pública de Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, Mato Grosso, na municipalização e 1998.

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde

A evolução da capacidade física instalada da rede pública de saúde nesses municípios revela que houve aumento dos investimentos do setor público na saúde após 1992, principalmente do município que precisa atender, em virtude da municipalização, as demandas por serviços e ações de saúde pressionadas pelo processo de urbanização. (Tabela 11)

A capacidade instalada da rede pública que na municipalização era de 13 (treze) unidades, sendo 04 (quatro) unidades municipais, 06 (seis) estaduais e 03 (três) federais, mostrando que a União e principalmente o estado eram os responsáveis pela assistência à saúde nos municípios.

Em 1998, a rede pública atinge 61 (sessenta e um) unidades, com 57 (cinquenta e sete) unidades municipais, 04 (quatro) estaduais e nenhuma unidade federal, mostrando que a União e do estado não constituem os principais provedores de serviços de saúde.

Em todos os municípios da região houve um crescimento da capacidade física instalada da rede municipal, mostrando que de fato os municípios assumiram a gestão plena atenção básica, porém merece destaque o município de Tapurah que na municipalização contava com uma unidade estadual e em 1998 com 12 (doze) unidades municipais, um aumento de 11 (onze) unidades.

Tabela 11 – Evolução da Capacidade Física Instalada da Rede Pública de Saúde, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, na municipalização e 1998.

MUNICÍPIOS	REDE PÚBLICA DE SAÚDE					
	Municipalização			1998		TOTAL
	M	E	F	M	E	
SORRISO	01	-	01	08	03	11
SINOP	-	02	-	07	-	07
LUCAS R.VERDE	01	-	01	09	01	10
NOVA MUTUM	02	-	01	07	-	07
CLÁUDIA	-	01	-	03	-	03
VERA	-	01	-	03	-	03
TAPURAH	-	01	-	12	-	12
SANTA CARMEM	-	01	-	02	-	02
NOVA UBIRATÃ	-	-	-	04	-	04
UNIÃO DO SUL	-	-	-	01	-	01
FELIZ NATAL	-	-	-	01	-	01
REGIÃO	04	06	03	57	04	61

*Tipos de Gestão: Municipal (M), Estadual (E), Federal (F)

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde de Mato grosso
Fundação Nacional de Saúde – CR-MT

10.2.1. A Evolução da Capacidade Física Instalada da Rede Ambulatorial

A evolução da capacidade física instalada da Rede Ambulatorial Pública mostra que o crescimento após a municipalização não se deu apenas na quantidade, mas também nos tipos de unidades.(Gráfico 2)

No ano da municipalização a rede compreendia com 12 (doze) unidades ambulatoriais, sendo 04 (quatro) postos de saúde, 07 (sete) centros de saúde e um ambulatório de unidade hospitalar.

Em 1998 o número de unidades ambulatoriais amplia para 58 que passa contar com 24 postos de saúde, 17 centros de saúde, 05 (cinco) centros de reabilitação, 03 (três) unidades de saúde da família, 02(duas) unidades odontológicas móveis, 02 (dois) centros odontológicos, 03 (três) ambulatórios de

unidade hospitalar, 01 (um) laboratório de análises clínicas e 01 (um) pronto atendimento.

Gráfico 2 – Evolução da Capacidade Física Instalada da Rede Ambulatorial Pública nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo o Tipo de Unidade, Mato Grosso, na municipalização e 1998.

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde

Observa-se que nos municípios da região houve uma priorização na expansão da rede básica de saúde ampliando em mais 20 postos de saúde, 10 centros de saúde e 03 (três) unidades de saúde da família, ratificando o setor público como provedor da atenção primária, que importa um custo menor da assistência.

Os postos de saúde superaram em número todas as outras unidades, pois em alguns municípios que possuem grande extensão territorial da área rural, os projetos de assentamento resultantes da reforma agrária exigem uma infra-estrutura mínima para fixação do homem no campo.

A unidade de saúde da família é a grande novidade na rede básica, mostrando que 03 (três) municípios já fizeram opção pela estratégia para reorganizar a atenção básica que vem sendo incentivada pela SES e Ministério da Saúde através de financiamento das ações.

Há também uma maior diversificação de unidades verificada com o número de unidades ambulatoriais especializadas como os centros de reabilitação (05) que

surgiram em virtude da política de descentralização da Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa desencadeada após 1995.

10.2.2. Evolução da Capacidade Física Instalada da Rede Hospitalar

A capacidade instalada da rede hospitalar do SUS nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires em 1994 era de 10 hospitais, com um total de 304 leitos, apresentando um coeficiente de 2,1 leitos/1000 habitantes. (Tabela 12)

Tabela 12 – Distribuição de Hospitais e Leitos do SUS, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994.

Municípios	Hospitais						Leitos					
	Públicos		Privados		Total		Públicos		Privados		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Sorriso	01	10	01	10	02	20	42	13,8	23	7,6	65	21,4
Sinop	-	-	04	40	04	40	-	-	148	48,7	148	48,7
Lucas Rio Verde	-	-	01	10	01	10	-	-	16	5,2	16	5,2
Nova Mutum	01	10	-	-	01	10	31	10,2	-	-	31	10,2
Cláudia	-	-	01	10	01	10	-	-	21	6,9	21	6,9
Vera	-	-	01	10	01	10	-	-	23	7,6	23	7,6
Região	02	20	08	80	10	100	73	24	231	76	304	100

Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS

Dos 10 (dez) hospitais existentes apenas dois (20%) eram públicos, sendo um municipal, localizado em Nova Mutum e a outro estadual com sede em Sorriso, com um total de 73 leitos públicos, perfazendo 24% do total dos leitos do SUS.

O município de Nova Mutum, era o único que dispunha de um hospital municipal apresenta o maior coeficiente com 4,3 leitos/1000 habitantes, valor este superior ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 4,0 leitos/1000 habitantes para os países desenvolvidos.

Esse hospital cuja gestão está a cargo da Fundação Hospitalar de Saúde Municipal de Nova Mutum, pessoa jurídica de direito privado, por ser único no município presta serviços médico-hospitalares não só aos usuários do SUS, mas também, aos usuários dos planos de saúde privados e a particulares.

Sinop era o detentor do maior número de hospitais (04), com 148 (48,7%) leitos disponíveis para o SUS na região, seguido de Sorriso (02), com 65 (21,4%) leitos, apresentando coeficientes iguais de 3,5 leitos/ 1000 habitantes, acima do coeficiente médio para a América Latina de 3,0 leitos/1000 habitantes.

Os municípios Lucas do Rio Verde, Cláudia e Vera apresentavam a menor quantidade de leitos disponíveis para o SUS, com coeficientes de 2,1, 2,0 e 1,8 leitos/1000 habitantes respectivamente, abaixo do preconizado pela OMS, porém Lucas do Rio Verde apresenta valor igual a média da região de 2,1 leitos/1000 habitantes.

Apenas os municípios de Santa Carmem e Tapurah não dispunham de unidades hospitalares em 1994 e Nova Ubiratã, União do Sul e Feliz Natal ainda não estavam emancipados politicamente.

A capacidade física instalada da rede hospitalar do SUS na região no período de 1994 a 1998 sofre uma redução significativa, passando de 304 para 254 leitos, um total de 50 leitos. (Gráfico 3)

Assim, no ano de 1998 a capacidade instalada da rede hospitalar do SUS nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde passa ser de 08 (oito) hospitais, com um total de 254 leitos, apresentando coeficiente de 1,3 leitos/ 1000 habitantes.

Gráfico 3 – Evolução da Capacidade Física Instalada da Rede Hospitalar nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

A redução da rede hospitalar ocorreu principalmente no município de Sinop, mas também no município de Sorriso. (Tabela 13)

Sinop concorreu com a maior redução, 58 (22,8%) do total de leitos do SUS na região, em virtude do fechamento de um hospital e o descredenciamento voluntário de outro, participando em 1998 com 90 (35,4%) leitos do total disponível para o SUS na região.

Houve também uma redução de 23 (9,1%) leitos do SUS no município de Sorriso, com descredenciamento do hospital privado contratado, após a constituição do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires em 1996.

Assim, a redução de leitos do SUS nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde no período de 1994 a 1998 foi de 81 (31,9%) do total de leitos, sendo estes todos privados contratados.

A participação do setor privado no total de leitos SUS na região que era de 76% em 1994 passa a ser de 59% em 1998, um redução de 17%. Mas, se o setor privado reduziu a sua participação na atenção secundária na região, o setor público, por sua vez aumentou em 17%, passando de 24% em 1994 para 41% em 1998.

Tabela 13 – Distribuição de Hospitais e Leitos do SUS, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1998.

Municípios	Hospitais			Leitos		
	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total
	N.º %	N.º %	N.º %	N.º %	N.º %	N.º %
Sorriso	01 12,5	- -	01 12,5	51 20,1	- -	51 20,1
Sinop	- -	02 25,0	02 25,0	- -	90 35,4	90 35,4
Lucas Rio Verde	- -	01 12,5	01 12,5	- -	16 6,3	16 6,3
Nova Mutum	01 12,5	- -	01 12,5	31 12,2	- -	31 12,2
Cláudia	- -	01 12,5	01 12,5	- -	21 8,3	21 8,3
Vera	- -	01 12,5	01 12,5	- -	23 9,0	23 9,0
Tapurah	01 12,5	- -	01 12,5	22 8,7	- -	22 8,7
Região	03 37,5	05 62,5	08 100	104 41,0	135 59,0	254 100

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

O crescimento de leitos públicos fez-se com o hospital municipal de Tapurah e ampliação do Hospital Regional de Sorriso, aumentando em 22 os leitos municipais e 9 os estaduais, um total de 31 leitos.(Gráfico 4)

Apesar do crescimento da capacidade instalada de leitos do setor público, este não foi suficiente para suprir a perda dos 81 leitos privados.

O aumento de leitos públicos, principalmente municipais indica as mudanças que estão ocorrendo no sistema de saúde de alguns municípios da região que tendem a prover a integralidade das ações de saúde na sua base territorial, já que as distâncias até a Sorriso (referência regional) e Cuiabá (referência estadual) não são curtas e o acesso é dificultado pela ausência de pavimentação das estradas.

De uma forma geral o setor público vem nos últimos anos aumentando o número de leitos buscando reduzir a dependência do setor privado, porém ainda não são suficientes sendo necessário a complementaridade do setor privado, principalmente nos serviços especializados e de maior complexidade.

Gráfico 4 – Capacidade Instalada de Leitos da Rede Hospitalar do SUS nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo a natureza, Mato Grosso, 1994 – 1998.

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

Em relação a especialidade médica, os leitos do SUS nos municípios distribuem-se de uma forma geral nas quatro grandes áreas básicas, 41,73% em clínica médica, 19,29% em clínica cirúrgica, 22,05% em obstetrícia e 14,57% em pediatria, contando ainda com leitos para psiquiatria e fora de possibilidades terapêuticas (FPT) ambos com 1,18%. (Gráfico 5)

A região não dispõe de leitos especializados e em relação a psiquiatria, onde há uma tendência a desospitalização, existindo apenas 03 (três) leitos para atendimento de emergência pois, o único serviço de referência encontra-se em Cuiabá.

Gráfico 5 – Distribuição dos Leitos da Rede Hospitalar do SUS nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo a especialidade médica, Mato Grosso, 1998.

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

No período de 1994 a 1998 a disponibilidade de leitos do SUS na região reduziu de 2,1 para 1,3 leitos/1000 habitantes pois o rápido crescimento da população, a criação de novos municípios aumentam a demanda por serviços hospitalares e o sistema de saúde não tem sido capaz de prover os leitos para assistência necessária.(Gráfico 6)

Gráfico 6 – Evolução do Número de Leitos por 1000 habitantes segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato grosso, 1994 – 1998.

Fonte : Ministério da Saúde - DATASUS

Os municípios de Tapurah e Vera apresentaram um aumento do coeficiente de leitos, de 0 (zero) e 1,8 para 2,3 e 3,1 leitos/1000 habitantes respectivamente, sendo que o crescimento de Vera deve-se a diminuição da população em virtude da criação do município de Nova Ubiratã e União do Sul em 1995.

Lucas do Rio Verde é o município da região que possui o menor coeficiente 1,1 leitos /1000 habitantes em 1998 e Sinop o que apresentou a maior queda de 3,5 para 1,4 leitos / 1000 habitantes.

O município de Nova Mutum também teve reduzido o seu coeficiente de 4,3 para 3,5 leitos/1000 habitantes em função do aumento populacional, porém ainda apresenta o maior coeficiente dentre os municípios.

Sorriso, o município onde está instalado o Hospital Regional, objeto do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, também apresentou uma redução no coeficiente passando de 3,5 para 1,7 leitos/1000 habitantes, mesmo considerando os leitos estaduais apenas disponíveis para população local.

Para uma melhor análise da assistência hospitalar da região, não basta verificar a capacidade instalada de leitos, faz-se necessário acrescentar algumas

informações sobre as internações que permitam verificar como tem sido o acesso aos leitos disponíveis para SUS na região. (Gráfico 7)

Gráfico 7 – Evolução das internações do SUS, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

No período de 1994 a 1998 o número total de internações na região reduziu de 13.674 para 11.994, em função da redução de leitos privados em Sinop e Sorriso, do aumento populacional, mas também pela insuficiência de recursos humanos, principalmente médicos, para operacionalizar o Hospital Regional de Sorriso

Apesar da grande perda de leitos do SUS nesse período, as internações na região não diminuíram na mesma proporção apresentando uma queda de 1.680 internações, sendo compensada pelo sistema de saúde com o aumento do número de internações/leito/ano que passou de 45 para 50 internações/leito/ano.

Essa compensação foi realizada pelo setor público que aumentou significativamente o número de internações a partir de 1995, passando de 2.554 para 4.971 internações em 1998, um crescimento de 2.417 (94,6%).(Gráfico 8)

No ano de 1998 o coeficiente de 1,3 leitos/1000 habitantes para região além de estar bem abaixo do recomendado pela OMS também encontra-se abaixo do coeficiente estadual de 2,1 leitos/1.000 habitantes e do nacional de 2,57. leitos/1000 habitantes.

Considerando como parâmetro estabelecido pela Resolução CIB 025/98¹¹, não como o ideal, mas como o necessário por município, a região precisaria em 1998 realizar 14.121 internações para atender a necessidade porém com 254 leitos realizou 11.994 internações, um *déficit* de 2.127 internações.

É importante ressaltar que essas internações correspondem ao número de guias de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pagas pelo SUS, cujo teto estabelecido para pagamento não tem sido suficiente para cobrir a necessidade da região.

Gráfico 8 – Evolução das Internações do SUS realizadas nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo a natureza do Estabelecimento Hospitalar, Mato Grosso, 1994 –1998.

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

Essa situação mascara a realidade e faz com que os serviços hospitalares públicos pressionados pela demanda atendam além do limite pago, como acontece com o Hospital Regional de Sorriso que em 1998 realizou 4.259 internações, sendo pagas apenas 3.542 AIH's e o excedente de 717 internações foi absorvido pela SES e pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Assim, a Secretaria de Estado da Saúde em parceria com o Consórcio Intermunicipal de Saúde vem tentando sanar a deficiência da assistência hospitalar nos municípios da região.

Em 1998, do total de internações realizadas pelo Hospital Regional de Sorriso, 53% eram de Sorriso, local onde está sediado o hospital, seguido de Sinop com 17% que pela proximidade e acesso supre a sua necessidade de atenção secundária referenciando ao hospital. (Gráfico 9)

¹¹ Resolução Comissão Intergestores Bipartite n.º 025/98 aprova os parâmetros para assistência hospitalar para o Mato Grosso.

Os municípios de Nova Mutum e Tapurah que possuem hospitais respondem juntos por apenas 4% das internações, utilizando principalmente como referência para os serviços de cirurgia, traumatologia e neurologia.

Gráfico 9 – Distribuição das Internações realizadas no Hospital Regional de Sorriso, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1998.

Fonte: Hospital Regional de Sorriso / SES - MT

10.3. A Evolução da Capacidade de Produção Ambulatorial dos Serviços Municipais de Saúde nos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires

A capacidade de produção dos serviços municipais de saúde como consultas médicas, atendimento básico, atendimento odontológico (procedimentos) e patologia clínica nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde acompanhou de forma geral o crescimento da rede pública de saúde nos últimos cinco anos.

10.3.1. A Evolução da Produção de Consultas Médicas dos Serviços Municipais de Saúde

Em relação as consultas médicas¹² verifica-se no Gráfico 10 que após 1994 houve uma marcante expansão da produção em todos os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Nos municípios de Cláudia, Santa Carmem e Vera onde o crescimento da capacidade física ambulatorial foi menor, a maior expansão ocorreu de 1994 para 1995 e nos dois últimos anos tem-se uma certa estabilização.

¹² O número de consultas médicas utilizada nesse estudo é o referente a quantidade apresentada pelos municípios e não a quantidade paga pelo SIA-SUS.

Observa-se que o município de Tapurah que obteve a maior expansão da capacidade física ambulatorial, também obteve um crescimento significativo na produção de consultas médicas, passando de 12.939 em 1994 para 51.990 em 1998 consultas, sendo que nesse último ano o crescimento foi maior devido principalmente ao funcionamento do hospital municipal e a instituição de atendimento médico periódico nos postos de saúde da zona rural.

Gráfico 10 – Evolução das Consultas Médicas da Rede Municipal de Saúde, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 –1998.

Fonte: Ministério da Saúde - DATAUS

Para uma melhor análise da evolução da produção de consultas médicas que permite uma comparação entre esses municípios e num mesmo município ao longo do tempo verificou-se o número de consultas realizadas em relação a população, ou seja a cobertura. (Gráfico 11)

Considerando o parâmetro estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde de 2,0 consultas médicas/habitante/ano os municípios Sorriso, Cláudia, Vera, Nova Uiratã apesar do crescimento da produção não alcançaram tal marca, apresentando em 1998 coeficientes que variam de 1,3 a 1,5 consultas/habitante/ano.

Sinop é o município que apresenta os menores parâmetros nos anos de 1994 e 1998, respectivamente 0,3 e 1,0 consulta/habitante/ano, produção esta insuficiente para atender a demanda na rede municipal.

O município de Tapurah que em 1997 já apresentava um coeficiente de 3,1 consultas/habitante/ano atinge em 1998 o maior coeficiente da região de 5,5

consultas/habitante/ano, ano este de inauguração do hospital municipal com atendimento ambulatorial 24 horas, mostrando que cria-se demanda com a abertura de serviços.

Já o município de Nova Mutum que também possui um ambulatório hospitalar municipal que funciona 24 horas, apresentou uma queda no coeficiente em 1997 com 1,6 consultas/habitante/ano devido a reestruturação da rede municipal de saúde, porém recuperou em 1998 com a implantação do Programa Saúde da Família e a contratação de médicos para atendimento em outro centro de saúde alcançando um patamar de 3,1 consultas/habitante/ano.

Os municípios de Lucas do Rio Verde, Santa Carmem e Feliz Natal apresentam parâmetros dentro do estabelecido para estado de 2,0 e 1,9 consultas/habitante/ano e União do Sul não foi possível verificar por indisponibilidade de dados.

Gráfico 11 – Evolução do Número de Consultas Médicas/Habitante/Ano da Rede Municipal de Saúde, segundo os município do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

A impossibilidade de provimento de atendimento médico pela rede municipal faz com que aumente a procura em outras unidades do SUS como ambulatórios de hospitais, principalmente do Hospital Regional de Sorriso, que no ano de 1998 atendeu 50.999 consultas, sendo que destas 32.502 (63,7%) referentes a Sorriso,

7.909 (15,5%) a Sinop e 10.588 (20,8%) são dos outros municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde e de outras áreas do estado.

10.3.2. A Evolução da Produção de Exames de Patologia Clínica dos Serviços Municipais de Saúde

Quanto aos exames de patologia clínica verifica-se no Gráfico 12 que após 1994 expansão da produção de exames não acompanhou a de consulta médica em todos os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Tapurah foi o único município que também apresenta um grande aumento de produção de exames de patologia clínica com 53.447 exames em 1998.

Sorriso e Sinop tiveram um crescimento notável na produção de exames passando de 21 e 2.698 em 1994 para 20.287 e 32.646 exames em 1998.

O município de Lucas do Rio Verde também aumentou a produção de exames de 2.607 em 1994 para 11.103 em 1998, em virtude da instalação de um laboratório a partir de 1995.

Já Nova Mutum apresentou a maior queda, após uma grande produção no período de 95 a 97, porém em 1998 efetua 8.349 exames retornando a produção de 1994, isso devido a redução de recursos humanos.

Gráfico 12 – Evolução da Produção de Exames de Patologia Clínica da Rede Municipal de Saúde segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato grosso, 1994 – 1998.

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

Os exames de Patologia Clínica devem manter uma relação de proporcionalidade com a produção de consultas médicas, uma vez que estes são essenciais para complementar o diagnóstico clínico, porém isso não é observado em todos os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires.

Sendo assim, a Secretaria de Estado de Saúde¹³ estabeleceu que o parâmetro de produção de exames de patologia clínica consiste num percentual de 15% das consultas médicas para uma população de até 5.000 habitantes, 20% de 5.000 a 10.000, 25% de 10.000 a 50.000 e de 30% de 50.000 a 100.000 habitantes. (Tabela 14)

Tabela 14 – Distribuição dos Exames de Patologia Clínica e do Percentual em relação ao Número de Consultas Médicas (CM) segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato grosso, 1994 e 1998.

Municípios	Parâmetro % CM	1994		1998	
		Exames	%CM	Exames	%CM
Sorriso	25	21	0,3	20.287	46,0
Sinop	30	2.698	21,9	32.646	52,4
Lucas do Rio Verde	20	2.607	44,2	11.103	38,1
Nova Mutum	20	8.373	138,6	8.349	29,2
Cláudia	20	142	3,4	7.062	41,5
Vera	20	4.602	90,1	7.457	74,5
Tapurah	20	3.419	26,4	53.447	102,8
Santa Carmem	15	225	4,4	2.970	37,9
Feliz Natal	15	...	...	5.007	68,1

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

Em 1994, os municípios de Sorriso, Cláudia e Santa Carmem apresentam o percentual de exames de patologia clínica em relação ao número de consultas médicas realizadas no mesmo período bem abaixo do estabelecido pelo parâmetro.

Nova Mutum produziu em 1994 o maior número de exames em relação a consulta médica 138,6%, seguido de Vera com 90,1%.

No ano de 1998 todos os municípios apresentam o percentual de exames de patologia clínica em relação ao número de consultas médicas acima do parâmetro

¹³ Estudo para parâmetros de necessidade para cobertura ambulatorial e Hospitalar no estado de Mato Grosso realizado pela Coordenadoria de Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Coordenadoria de Planejamento Controle e Avaliação.

preconizado pela SES, sendo o maior Tapurah com 102,8% e o menor Nova Mutum com 29,2% das consultas médicas realizadas no ano.

A produção de exames de patologia clínica na maioria dos municípios ultrapassa em muito o necessário, indicando uma distorção provavelmente pela forma de financiamento das ações básicas de saúde, pagamento por produção.

Considerando o parâmetro da Portaria 3.046/82¹⁴ de 1,4 serviços complementares de patologia clínica/1000 habitantes/ano, apenas o município de Tapurah apresenta coeficiente acima do estabelecido, 5,7 exames/1000 habitantes/ano. (Gráfico 13)

Feliz Natal possui coeficiente próximo ao preconizado de 1,3 exames/1000 habitantes/ano porém os outros municípios possuem coeficientes abaixo do parâmetro variando de 0,5 a 1,0 exames/1000 habitantes/ano.

Gráfico 13 – Evolução do Número de Exames de Patologia Clínica/1000 habitantes/Ano da Rede Municipal de Saúde segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato grosso, 1994 – 1998.

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

¹⁴ Portaria 3.046 de 20 de julho de 1982 do Ministério da Previdência e Assistência Social estabelece parâmetros par credenciamentos, contratos e convênios na área de assistência médica da Previdência Social.

10.3.3. A Evolução da Produção de Atendimentos Odontológicos dos Serviços Municipais de Saúde

Em relação aos atendimentos odontológicos verifica-se no Gráfico 14 que após 1994 houve uma expansão da produção em todos os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Nos municípios de Cláudia e Santa Carmem o crescimento da produção foram os menores da região e nos três últimos anos tem-se uma certa estabilização.

Observa-se que o município de Tapurah obteve a maior expansão da produção passando de 8.079 atendimentos em 1994 para 36.923 atendimentos odontológicos em 1998, sendo que nesse último ano o crescimento foi maior.

Gráfico 14 – Evolução da Produção do Atendimento Odontológico (Procedimentos) da Rede Municipal de Saúde segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato grosso, 1994 – 1998.

Fonte : Ministério da Saúde - DATASUS

Para uma melhor comparação entre esses municípios realizou-se a análise da evolução do número de atendimentos odontológicos em relação a população.(Gráfico 15)

Nenhum município do Consórcio Intermunicipal de Saúde apresenta parâmetros recomendados pela Secretaria de Estado da Saúde que é de 7,0 procedimentos/habitante/ano.

Os municípios de Tapurah e Nova Mutum são os que apresentam os melhores coeficientes 3,91 e 3,28 procedimentos/habitante/ano respectivamente em 1998.

Cabe ressaltar que o município de Nova Mutum foi agraciado com o prêmio da Organização Mundial de Saúde devido ao trabalho desenvolvido nesta de odontologia e destaca-se no estado por fornecer a todos seus habitantes da zona urbana água fluoretada.

Lucas do Rio Verde e União do Sul possuem os piores coeficientes com 0,51 e 0,68 procedimentos/habitante/ano respectivamente em 1998.

Os municípios em sua grande maioria não atingem o coeficiente recomendado pois restringem o atendimento odontológico apenas a pré-escolares e escolares, sendo a população adulta atendida em caráter emergencial.

Gráfico 15 – Evolução do Número de Atendimentos Odontológicos/ Habitante/Ano da Rede Municipal de Saúde, segundo os município do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

10.3.4. A Evolução da Produção de Atendimentos Básicos dos Serviços Municipais de Saúde

Em relação aos atendimentos básicos verifica-se no Gráfico 14 que de modo geral após 1994 houve uma expansão da produção até 1996 nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde, com tendência a estabilização em alguns e queda em outros a partir de 1997. (Gráfico 16)

Nos municípios de Cláudia e Vera houve uma queda da produção de atendimentos básicos nos dois últimos anos, sendo que tal queda pode ser explicada pela redução na população devido a desmembramento do município em 1995.

Observa-se que o município de Tapurah obteve a maior expansão da produção passando de 27.610 atendimentos em 1994 para 245.009 atendimentos básicos em 1998, sendo que nesse último ano o crescimento foi maior.

Os municípios de Nova Mutum, Lucas do Rio Verde e Sorriso vem mantendo a produção de atendimento básico, mesmo com adesão aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF).

Já os municípios recém-criados aumentaram a produção de atendimentos básicos, pois como possuem uma rede de saúde ainda incipiente compensam a deficiência de outros procedimentos provendo ações básicas.

O município de Sinop que apresenta uma expansão de produção até 1996 tem decréscimo significativo passando de 529.560 para 272.876 atendimentos básicos.

Gráfico 16 - Evolução da Produção de Atendimentos Básicos da Rede Municipal de Saúde segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato grosso, 1994 – 1998.

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

O número de atendimentos básicos em relação a população mostra melhor a realidade e permite verificar de fato a cobertura dos serviços de saúde.(Gráfico 17)

De modo geral, os atendimentos básicos mostram uma tendência em estagnação e mesmo redução da cobertura populacional, situação não verificada com outros procedimentos.

Em relação aos municípios recém-criados, Nova Ubitatã, Feliz Natal e União do Sul obtiveram crescimento importante sendo que Feliz natal apresentou o maior crescimento de 2,6 para 9,7 atendimentos básicos/1000 habitantes/ano.

Gráfico 17 - Evolução do Número de Atendimentos Básicos/1000 Habitantes/Ano da Rede Municipal de Saúde segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato grosso, 1994 – 1998.

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

Tapurah também apresenta o maior coeficiente em relação ao atendimento básico em 1998 com 26 atendimentos/1000 habitantes/ano, produção esta que apesar de exacerbada pode ser atribuída ao funcionamento de postos de saúde na zona rural e o funcionamento do hospital municipal.

A diminuição significativa da produção de atendimentos básicos no município de Vera deve-se mesmo a desmembramento para criação de União do Sul e Nova Ubitatã, sendo que além de transferir população, no caso de Nova Ubitatã também transferiu três postos de saúde.

Em 1996 Sinop que produzia 9,8 atendimentos /1000 habitantes /ano tem uma redução de 6,9 em 1997 e 4,2 atendimentos/1000 habitantes em 1998, valor este abaixo do preconizado pela SES.

Dentre os municípios da região além de Sinop, Sorriso, Cláudia, Santa Carmem e União do Sul não atingiram em 1998 o parâmetro de cobertura da SES de 6,0 atendimentos básicos/1000 habitantes.

Essa situação levanta uma questão em relação ao modelo de atenção a saúde que está sendo implantado nos municípios, pois com a municipalização a explosão de atendimentos básicos pode significar atendimento precário, mas também uma redução dos mesmos pode indicar uma transformação das ações desenvolvidas na rede básica.

Em relação a tendência da produção dos serviços de saúde da Rede Municipal de Saúde na região pode-se concluir analisando o Gráfico 18.

Gráfico 18 – Evolução da Produção dos Serviços de Saúde/ Habitantes/Ano da Rede Municipal de Saúde nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, 1994 –1994.

Fonte: Ministério da saúde - DATASUS

Observa-se também que há uma tendência de ascendente do desempenho da Rede Municipal de Saúde em relação a consulta médica, exames de patologia clínica e atendimento odontológico, configurando uma transformação no modo de produção das ações de saúde principalmente na Rede Básica de Saúde, indicando um novo delineamento do modelo assistencial.

O aumento de consultas médicas, de exames de patologia clínica e do atendimento odontológico resultou numa maior cobertura da população da região, triplicando após a municipalização, porém os coeficientes de consultas médicas e atendimento odontológico/habitante encontram-se distantes do considerado suficiente para proporcionar cobertura na região.

O crescimento nas consultas médicas deveriam elevar também o número de atendimentos básicos, porém verifica-se uma redução da concentração dos atendimentos básicos/1000 habitantes após a municipalização reforçando que a

Rede Básica de Saúde vem funcionando muito mais como unidade de pronto-atendimento do que centro de saúde.

A instituição do Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes comunitários de saúde (PACS) em três municípios da região, além de prover recursos financeiros aos municípios pela adesão tem funcionado como uma forma de reverter o modelo assistencial ainda médico-privatista, denominando os antigos centros de saúde de unidades de saúde da família e estabelecendo como prioridade das ações de promoção e proteção da saúde.

10.4. A Expansão dos Recursos Humanos na Rede Municipal de Saúde nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires

A expansão da capacidade física instalada da rede municipal de saúde exigiu também uma expansão do quadro de recursos humanos nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em alguns municípios onde foi possível verificar o quadro de pessoal na municipalização observa-se que a rede estadual e a federal de saúde já apresentavam insuficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos para operacionalizar as unidades de saúde que já haviam incorporado servidores municipais para suprir essa deficiência.

No município de Vera onde funcionava uma unidade estadual, na municipalização existia 01 (um) médico 01(um) técnico de enfermagem, 01 (um) auxiliar de laboratório e 01 (um) auxiliar de serviços gerais, todos com vínculo empregatício com o estado, porém já contava com 03(três) servidores municipais, 01 (um) odontólogo, 01(um) auxiliar e 01(um) atendente de enfermagem.

O município de Cláudia na municipalização contava com uma unidade de saúde estadual, com 01(um) odontólogo com vínculo apenas com o estado, 01 (um) médico, 01(um) atendente de enfermagem, (01) um auxiliar de serviços gerais, sendo todos com duplo vínculo (estado/município) e 01 (um) médico, 01 (um) auxiliar de serviços gerais com vínculo apenas com o município.

A unidade de Lucas do Rio Verde que pertencia a Fundação Nacional de Saúde quando foi transferida para o município dispunha de 02 (dois) auxiliares de enfermagem, 01 (um) auxiliar de laboratório, 01(um) visitador sanitário e 01 (um) auxiliar de administração.

A unidade de saúde de Nova Mutum gerenciada pela FNS, cujo prédio já pertencia ao município quando foi municipalizada não tinha no seu quadro nenhum servidor federal, apenas um enfermeiro com vínculo com o estado e o restantes dos funcionários vinculado ao município.

As equipes de saúde dessas unidades eram restritas e contavam com um ou dois profissionais de nível superior, sendo a maioria de nível auxiliar.

Em 1998, após a municipalização, o quadro de recursos humanos na rede municipal de saúde encontra-se muito diversa. Verifica-se no Gráfico 19 que nos

municípios do consórcio ocorreu uma importante expansão de recursos humanos com vínculo empregatício com o município (94,8%), e uma redução dos servidores com vínculo empregatício com o estado (2,8%) e a União (1,0%).

Observa-se que com a municipalização o contingente de servidores do Estado e da União deixaram as unidades municipalizadas, transferindo para outros municípios ou para unidades próprias.

Gráfico 19 – Composição dos Recursos Humanos da Rede Municipal de Saúde dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo o Tipo de Vínculo Empregatício, Mato Grosso, 1998.

Fonte : Secretarias Municipais de Saúde

Cabe ressaltar que há uma baixa percentual de trabalhadores em saúde com duplo vínculo (1,4%) e tal situação acontece por conta das diferenças de remuneração pagas e de carga horária, fazendo com que o município efetue uma complementação.

Em relação a função dos trabalhadores na rede municipal de saúde têm-se que 24% estão na função administrativa, desenvolvendo atividades meio, de apoio ao trabalho de saúde e 76% são profissionais de saúde que trabalham na assistência ou no gerenciamento dos serviços de saúde proporção essa semelhante a encontrada no Brasil. (Gráfico 20)

Gráfico 20 – Composição dos Recursos Humanos da Rede Municipal de Saúde dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo a função, Mato Grosso, 1998.

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde

Os profissionais de saúde da rede municipal em relação ao perfil profissional está distribuído em Superior, Técnico, Auxiliar e Elementar e relaciona-se com atividade que desenvolvida e guarda uma relação com a escolaridade.

Os profissionais nível elementar com 149 (39,2%) encontram-se em maior número na rede municipal seguidos pelos profissionais de nível superior que somam 129 (33,9%), nível auxiliar 88 (23,2%) e por fim o nível técnico com 14 (3,7%). (Gráfico 21)

Gráfico 21 – Distribuição dos Profissionais de Saúde da Rede Municipal de Saúde dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo o Perfil Profissional, Mato Grosso, 1998.

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde

O nível técnico apresenta o menor contingente, pois a pouca disponibilidade de profissional com esse perfil no mercado (que necessita de formação profissional específica e do 2.º Grau completo) e a exigência de uma remuneração maior que a do nível auxiliar, faz com que a rede municipal de saúde não disponha desses cargos em seus Planos de Cargos e Carreiras.

Os profissionais de nível elementar na saúde são aqueles que não tem uma capacitação formalizada pela educação e realizam atividades elementares no serviços de saúde como os agentes comunitários de saúde, agentes de combate a endemias e atendentes de enfermagem e constituem parcela importante dentre os profissionais de saúde a partir do incentivo financeiro dado aos municípios pelo Ministério da saúde para a implantação do PACS e do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa) em 1998.

Entre os profissionais de nível auxiliar, a esmagadora maioria é de auxiliares de enfermagem (69) e o restante divide-se em auxiliares de consultório dentário (14) e auxiliares de laboratório (5).

Verifica-se que o esforço da SES em formação de pessoal de nível médio e elementar pela Escola Técnica de Saúde do Mato Grosso e a regulação da profissão realizada pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) tem produzido resultados, uma vez que em todos os municípios encontra-se apenas 16 atendentes de enfermagem, sendo que estes em sua maioria trabalham na zona rural.

Há oito anos atrás a grande preocupação dos gestores de saúde era a baixa qualificação da força de trabalho dos serviços de saúde e composição da equipe de saúde que restringia-se a médicos e atendentes de enfermagem, somando essas duas categorias cerca de 70% do pessoal empregado em estabelecimentos de saúde, hoje os agentes e os médicos constituem 51,3% da força de trabalho em saúde, mostrando que ainda vigora no sistema de saúde um modelo de atenção de baixo custo.

Quanto aos profissionais de nível superior, os médicos constituem a maior parcela com 35,1%, seguidos pelos odontólogos (23,7%) e enfermeiros (15,3%) e farmacêutico bioquímico (9,9%) e restante (16%) divididos entre outros profissionais.(Gráfico 22)

Considerando como baixa a capacidade de recursos humanos do SUS no Mato Grosso, de 5 médicos para 10.000 habitantes, a rede municipal que possui 46 médicos encontra-se bem abaixo do coeficiente estadual com 2,3 médicos para 10.000 habitantes.

Para dar cobertura as unidades de saúde os médicos na maioria dos municípios trabalham em mais de uma unidade, com divisão de carga horária.

Gráfico 22 – Distribuição dos Profissionais de Nível Superior da Rede Municipal de Saúde dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1998.

Fonte: Prefeituras Municipais/ Secretarias Municipais de Saúde

Na região, o município que tem o maior número absoluto de médicos é Sinop, porém o único que possui coeficiente maior que o estadual é Nova Mutum com 5,6 médicos /10.000 habitantes.

Em relação aos odontólogos e enfermeiros, a situação ainda é pior, pois na rede municipal da região há 1,5 odontólogos/10.000 habitantes e apenas 1 enfermeiro/10.000 habitantes, quando a capacidade estadual é de 8 odontólogos e 2 enfermeiros para 10.000 habitantes.

Apesar da maioria dos médicos ser contratada como clínico (72%), a rede municipal de saúde dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde mostra uma mudança ocorrida após a municipalização no que refere a especialidade médica. (Gráfico 23)

A rede de saúde dos municípios de Sinop, Sorriso e Lucas do Rio Verde já dispõem de médicos ginecologista (15%) e médicos pediatras (9%) e Tapurah, Lucas do Rio Verde, Nova Mutum possuem médicos ultra-sonografistas.

No caso das ultra-sonografias, estas são realizadas fora do serviço público de saúde, em consultórios particulares, portanto não possuem carga horária de trabalho determinada, atendendo quando referenciada a clientela.

A grande novidade está na contratação de médicos para auditoria do SUS e Sinop destaca-se por ser o único município que dispõe de um profissional exclusivamente para esse fim.

Os outros municípios, como Nova Mutum possuem médicos que trabalham na rede municipal de saúde, porém acumulam as funções de assistência e auditoria.

Gráfico 23 – Distribuição dos Médicos da Rede Municipal de Saúde dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo a Especialidade Médica, Mato Grosso, 1998.

Fonte: Prefeituras Municipais/ Secretarias Municipais de Saúde

Mas, o que chama atenção em relação aos recursos humanos é o regime de contrato de trabalho dos trabalhadores da rede municipal de saúde dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde. (Gráfico 24)

O regime de contrato de trabalho dos trabalhadores em saúde é bem diversificado principalmente no nível superior e elementar dos profissionais de saúde que revela a forma de acesso nos serviços municipais de saúde.

O acesso aos serviços públicos de saúde de acordo com a Constituição Federal dá-se após aprovação em concurso público e o regime de contrato de trabalho após aprovação da reforma administrativa brasileira em 1998 pode ser realizado através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ou de Estatuto próprio.

Dos municípios da região apenas Feliz Natal fez opção pela CLT(6) porém estes são concursados, situação esta diferente de Nova Mutum que contrata pela CLT (29) os servidores da Fundação Hospitalar Nova Mutum, mas sem concurso público.

Os estatutários, que nesse estudo são servidores concursados concentram-se no nível auxiliar (74%) e na função administrativa (79%) sendo que no nível superior (19%) em sua maioria são profissionais de saúde com vínculo com a União ou com o Estado.

O baixo percentual de concursados no nível superior deve-se ao fato da baixa remuneração que constam nos planos de cargo e salários dos municípios e que são limitados pelo salário do chefe do poder executivo.

Gráfico 24 – Distribuição dos Recursos Humanos da Rede Municipal de Saúde dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo o Perfil Profissional e Regime de Contrato de Trabalho, Mato Grosso, 1998.

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde

Apesar da legislação em vigor, a maioria dos profissionais de saúde de nível superior da rede de saúde dos municípios tem sido contratada sem concurso público como prestador de serviços por tempo determinado, contrato temporário (40%) ou como cargo comissionado (37%), considerado de livre nomeação e exoneração.

Com o nível elementar dos profissionais de saúde acontece o mesmo, no caso dos agentes de saúde e de combate a endemias parte é contratada como prestador de serviços por tempo determinado ou como cargo comissionado.

Entre os profissionais de nível superior os profissionais médicos diferenciam dos demais, pois são contratados através de pessoa jurídica para prestar o serviços e que além de não criar vínculo, reduz os gastos com a previdência social e pode negociar a remuneração além do proposto para a pessoa física.

Tal fato ocorre devido a dificuldade dos municípios de fixar nos serviços públicos de saúde profissionais de nível superior com a remuneração que consta das tabelas e planos salariais municipais que geralmente são únicos para todos os servidores municipais.

Essa forma de contratação, torna a relação trabalhista frágil e faz com que não haja uma maior vinculação do profissional de saúde com o serviço de saúde e vice-versa, propiciando uma rotatividade de pessoal e com isso a descontinuidade das ações e impossibilitando a construção do modelo assistencial.(Gráfico 25)

Gráfico 25 – Distribuição dos Profissionais de Nível Superior da Rede Municipal de Saúde dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo o Tempo de Serviço, Mato Grosso, 1998.

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde/ Prefeituras Municipais

Observa-se que mais da metade (53,1%) dos profissionais de nível superior tem até 02 (dois) anos de serviço na rede municipal de saúde e os profissionais com mais de 05 (cinco) anos de serviço são os profissionais estatutários com vínculo empregatício federal ou estadual e alguns profissionais dos municípios de Nova Mutum (06), Vera (05) Tapurah (02).

Como não existe vinculação do profissional de nível superior pela forma de contrato de trabalho, este troca de município a medida que encontra uma condição

melhor, tanto em relação a remuneração quanto pela infra-estrutura que a cidade pode oferecer.

Os municípios pequenos e muito pequenos, de criação mais recente tem mais dificuldade em fixar profissionais de nível superior, principalmente o médico e utilizam como atrativo remuneração bem acima do mercado.

No Brasil Girardi (1995) mostra que 54,7% dos empregos médicos estão em média acima de 10 salários mínimos mensais, na região 100% dos empregos públicos de médicos são superiores a 13,3 salários mínimos¹⁵.

Essa situação encontra-se demonstrada no Gráfico 26, onde são apresentadas os vencimentos médios das categorias profissionais pela carga horária semanal de trabalho na rede municipal.

Gráfico 26 – Distribuição dos Vencimentos Básicos dos Profissionais de Nível Superior dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo a Categoria Profissional e Carga Horária de Trabalho Semanal, Mato Grosso, 1998.

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde

Os médicos são os profissionais de nível superior que apresentam diversidade de horário de trabalho e os maiores vencimentos, em média R\$ 1.729,21 para 10 horas, R\$ 2.635,16 para 20 horas, R\$ 3.086,65 para 30 horas e R\$ 6.455,70 para 40 horas de trabalho semanal, mostrando a supremacia da categoria em relação as outras nos serviços de saúde da rede municipal.

Apesar de muito requisitado pelas secretarias municipais de saúde, o enfermeiro é o que apresenta o menor vencimento, em média R\$ 1.471,53 para uma carga horária de trabalho de 40 horas semanais, mostrando que a importância dada ao profissional não reflete na remuneração, sendo o salário médio dos médicos 4,4 vezes maior que os dos enfermeiros.

¹⁵ Salário Mínimo utilizado = R\$ 130,00

Segundo Girardi (1995), a média salarial dos médicos empregados no Brasil é 3,3 maiores que os dos enfermeiros e observa que isso ... *pode ter alguma utilidade, pelo menos no sentido negativo, quer dizer, no sentido de que não se pratique nos planos de cargos do setor público da saúde, maiores "desigualdades" que as praticadas no mercado.*

Os profissionais de saúde de nível superior do Estado que estão cedidos não apresentam salários diferenciados por categoria e o vencimento base inicial é de R\$ 420,00 acrescido de 100% de gratificação de produtividade plena, percebendo um total de R\$ 840,00 para uma carga horária semanal de 30 horas, valores esses bem abaixo dos pagos pelos municípios, daí a complementação.

Em relação a carga horária dos profissionais de nível superior há uma tendência em todas categorias em optar por 40 horas semanais. (Gráfico 27)

Gráfico 27 – Distribuição dos Profissionais de Saúde de Nível Superior dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Segundo a Carga Horária de Trabalho Semanal, Mato Grosso, 1998.

Fonte: Prefeituras Municipais/ Secretarias Municipais de Saúde

A maioria dos médicos (32,6%) é contratada por 40 horas semanais, uma mudança substancial, pois os contratos com carga horária integral vêm crescendo ultrapassando o número de médicos (28,3%) contratados por 20 horas, demonstrando a preferência por um único vínculo empregatício.

Nota-se também a instituição de outra carga horária de trabalho, a de 10 horas semanais para odontólogos e médicos, principalmente para contratação de pediatra e ginecologista.

Quanto aos odontólogos, a maior parcela está contratada por 20 horas semanais (45,1%) e os outros profissionais (52,4%), enfermeiros (75%) e farmacêuticos são contratados a maioria por 40 horas de trabalho semanais.

10.5. A Evolução da Capacidade Financeira nos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires¹⁶

A evolução da capacidade financeira nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde é realizada neste estudo a partir da análise das receitas transferidas da União e Estado e a arrecadação fiscal dos municípios.

Esse aspecto é importante pois permite verificar a efetividade do processo de municipalização estabelecido pela Constituição Federal de 1988 em relação as competências tributárias das três esferas de governo.

De forma geral a receita municipal é composta pelas transferências constitucionais da União, Fundo de Participação do Municípios (FPM), do Estado, Índice de Participação do Município (IPM) e pela Renda Tributária Própria, receita proveniente de impostos e taxas coletados no próprio município.

O FPM corresponde a 22,5% da receita líquida arrecadada com o Imposto de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), sendo que deste total 86,4% é distribuído aos municípios do interior e 10% as capitais.

O FPM dos municípios do interior é distribuído através de um coeficiente que tem por base a população divulgada pelo IBGE, variando de 0,6 a 4,0.

Os municípios de Nova Mutum, Tapurah, Vera, Feliz natal União do Sul, Nova Ubiratã, Santa Carmem que possuem até 10.188 habitantes, têm coeficiente 0,6.

Já os municípios de Vera e Cláudia que apresentam de 10.189 a 13.584 habitantes têm coeficiente de 0,8 e Lucas do Rio Verde cuja população está entre 13.585 e 16.980, apresenta índice de FPM igual a 1,0.

Sinop e Sorriso apresentam índices de 2,2 e 1,4 respectivamente, sendo que o primeiro encontra-se na faixa de 50.941 a 61.128 habitantes e o segundo entre 23.773 a 30.564 habitantes.

O IPM do Estado de Mato Grosso é apurado a partir dos seguintes critérios: 77% refere-se ao percentual do valor adicionado ocorrido no município, 8% com base na receita tributária própria do município, 4% com base na população, 2% refere a área ocupada pelo município e 9% corresponde ao componente percentual fixo.

A renda tributária própria é composta de Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre Serviços (ISS), taxa de distribuição de água, lixo e iluminação pública entre outros coletados na base territorial.

Na análise da receita total nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde demonstrada pelo Gráfico 28 verifica-se que esta triplicou no período de 1994 a 1998.

¹⁶ Na análise da capacidade financeira dos municípios não consta dados referentes ao município de Tapurah e União do Sul.

Gráfico 28 – Evolução da Receita Total dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, segundo as fontes, Mato Grosso, 1994 – 1998.

Fonte: Balanços Municipais

Verifica-se também que há um crescimento maior das transferências da União no período, aumentando em quatro vezes em 1998, praticamente equiparando-se com as transferências do Estado.

As transferências do Estado também duplicaram nesse período, porém este aumento foi bem menor que o da União e da renda tributária própria dos municípios que triplicou nos últimos 5 (cinco) anos

O gráfico 29 mostra a composição da receita total dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde no período de 1994 a 1998 e revela que no conjunto dos municípios a participação dos municípios não superou o percentual de 15,9% e que a maior participação ainda é do Estado em média 48,7 % nos cinco anos, sendo que a União apesar de ter o maior crescimento participa com 37,5%.

Assim, considerando que a autonomia é maior quando os recursos financeiros dos municípios são próprios, a região não é autônoma pois apresenta mais de 80% dos recursos transferidos da União e do estado, não produzindo na própria base os recursos disponíveis.

Essa situação ocorre com a grande maioria dos município brasileiros e no caso de Mato Grosso os municípios grande produtores de grãos, onde há comercialização, com exceção de Sorriso, são os que apresentam o maior volume de recursos transferidos pelo estado e os municípios muito pequenos em relação a população têm a maior parcela de recursos transferidos pela União.

Gráfico 29 – Composição da Receita Total nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994-1998.

Fonte : Balanços Municipais - 1994 – 1998

A evolução da composição da receita em cada município do Consórcio Intermunicipal de Saúde apresenta algumas variações em virtude da atividade econômica e do tamanho da população que podem ser visualizadas no Gráfico 30.

Os municípios de Nova Mutum, Lucas do Rio Verde, Cláudia considerados como pequenos em relação a população apresentam a maior parcela de recursos transferidos pelo estado através do IPM com 63,3%, 81,1% e 56,1% respectivamente, sendo estes provenientes da produção e comercialização de grãos e madeira no caso de Cláudia, .

O município de Sorriso, de porte médio em relação a população, apresenta como receita significativa as transferências da União com 53%, apesar de ter o maior produção de grãos e comercialização, apresenta comportamento semelhante aos dos muito pequenos Nova Ubiratã (49,3%), Santa Carmem (56,4%) e Feliz Natal (63,9%) quanto a composição da receita total.

Os recursos federais tendem a beneficiar os municípios muito pequenos, enquanto as transferências estaduais apresentam maior importância em municípios pequenos e médios.

Gráfico 30 – Composição da Receita Total, segundo os municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 -1998.

Fonte: Balanços Municipais

Sinop e Vera destacam-se pelo maior percentual de renda tributária própria com 20,5% e 17,5% respectivamente no período de 1994 a 1998.

O município de Nova Ubiratã apresenta o menor percentual de renda tributária própria com 1,8%, sendo a parcela de transferências do Estado e da União praticamente equivalentes com aproximadamente 50%.

Em relação a receita total *per capita*, a média da região nos últimos cinco anos é de R\$ 239,84 e o crescimento de 1994 a 1998 foi de 129%, passando de R\$ 136,57 para R\$ 312,95. (Gráfico 31)

De forma geral houve crescimento da receita total *per capita* em todos municípios, sendo que em 1998 o município de Vera é que apresenta a maior renda *per capita*, com R\$ 742,98 em virtude do decréscimo da população pela criação dos municípios de Nova Ubiratã e Feliz Natal.

Dos municípios do grupo 1 que destacam-se quanto ao aspecto econômico no estado, Sinop apresenta a menor receita total *per capita* com R\$ 258,28, abaixo da média da região no ano de R\$ 312,95 e Sorriso com R\$ 527,32 e Lucas do Rio Verde com R\$ 483,14 apesar de acima da média regional, classificam-se abaixo dos outros municípios.

Destaca-se nesse grupo o município Nova Mutum que em 1994 apresenta a maior receita total *per capita* com R\$ 340,72, valor este 2,5 vezes maior que a média regional para o ano de R\$ 136,57, com um crescimento gradativo e regular nos cinco anos, alcançando em 1998 a segunda maior receita total *per capita* de R\$ 656,25.

Gráfico 31 – Receita Total *per capita*, segundo os Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 –1998.

Fonte: Balanços Municipais

Nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires verifica-se que o maior volume de recursos financeiros provêm de transferências de outras esferas de governo, caracterizando, segundo Médici (1994) uma *descentralização dependente vinculada*, pois as transferências são realizadas de forma automática e estão garantidas na Constituição Federal e outros instrumentos legais, não dependendo de negociação e da interferência dos outros níveis de poder.

Essa forma apesar de não ser a ideal, *descentralização autônoma*, onde os recursos financeiros provêm da arrecadação própria do município, é melhor que a *descentralização tutelada*, onde as transferências de recursos tem por base critérios muitas vezes clientelistas.

Para Médici, essas formas são complementares podendo o município receber recursos ora de forma tutelada, ora vinculada, porém o importante é investigar o grau de dependência, verificando quais as conseqüências advindas ao município se tais recursos deixassem de ser repassados.

Nesse sentido, pode-se concluir que há um alto grau de dependência dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde Região Teles Pires em relação a União e o Estado.

A Constituição Federal de 1988 redefiniu competências e ampliou as transferências intragovernamentais para os municípios visando o fortalecimento da esfera local, porém, tal aumento foi acompanhado de encargos, principalmente na área da saúde e cortes das transferências voluntárias, agravando a crise fiscal.

Em relação a repartição do ICMS, imposto indireto de maior arrecadação da economia brasileira, cuja competência de coleta é do Estado, apresenta distorção, pois como tem por base o valor adicionado, transfere muito mais para os municípios ricos e muito pouco para os municípios carentes.

A correção das distorções geradas pelo Sistema Tributário Nacional, permitirá reduzir as desigualdades existentes entre os municípios, otimizando a arrecadação própria do nível local, portanto acelerando as mudanças nas tendências das receitas municipais. (Gráfico 32)

A evolução das receitas estaduais, federais e municipais há uma tendência de retração das transferências estaduais, expansão das receitas federais e um crescimento gradativo das receitas municipais.

Gráfico 32 – Evolução das Receitas Municipais, Estaduais e Federais dos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.

Fonte: Balanços Municipais

10.6. A Evolução dos Gastos com Saúde nos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires

O gasto total com saúde no conjunto dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires no período de 1994 a 1998 teve um

aumento muito significativo de 393% passando de R\$ 2.038.024,21 para R\$ 9.238.825,52 valor este 4,5 vezes maior que o de 1994.

Esse comportamento verificado nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, também tem acontecido em outros municípios brasileiros pois, segundo Medici (1994) a partir do final da década 80 duas esferas de governo tem investido no setor saúde, a esfera federal e municipal.

Apesar de ter um gasto com saúde absoluto maior que outros municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde, Sinop é o município da região que apresenta o menor crescimento, 182% dentre os municípios do grupo 1 e 2, superando apenas os municípios de Nova Ubiratã e Feliz Natal recém criados.

O Gráfico 33 mostra que todos os municípios aumentaram os gastos com saúde, porém de forma diversa, com destaque para o município de Lucas do Rio Verde que obteve o maior crescimento de R\$ 1.059.657,08 (1.024%), passando de R\$ 103.479,61 para R\$ 1.163.136,69.

Gráfico 33 – Evolução do Gasto Total com Saúde, segundo os Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.

Fonte: Balanços Municipais

De modo geral o gasto total com saúde na região obteve um crescimento de 4,3%, passando de 10,3% em 1994 para 14,6% em 1998, porém esse crescimento não ocorreu na mesma proporção da receita total, que no mesmo período foi de 220%.(Gráfico 34)

Segundo Medici (1994), em 1990 os gastos municipais com saúde no Brasil era de 8,2% das receitas totais municipais, portanto o gasto da região do Consórcio Intermunicipal de Saúde encontra-se no nível do gasto nacional.

O mesmo autor observa que o gasto com saúde no Brasil não tem sido capaz de prover universalização e o acesso equânime num sistema descentralizado, sendo que uma das formas de obter algum aumento seria a elevação para 20% da receita total dos municípios aliada a reforma tributária.

Gráfico 34 – Percentual do Gasto Total com Saúde em Relação a Receita Total nos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 –1998.

Fonte: Balanços Municipais

Mas, uma visualização melhor do gasto com saúde nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde pode ser verificada no Gráfico 35 que mostra o gasto total com saúde *per capita*.

O gasto total com saúde *per capita* da região, cresceu nesse período de R\$ 14,11 para R\$ 45,80, porém este último está abaixo do gasto com saúde *per capita* do estado em 1998 que é de R\$ 77,98.

O maior gasto total per capita com saúde em 1994 e 1998 é do município de Nova Mutum, com R\$ 62,02 e R\$ 203,50 respectivamente, sendo que o maior crescimento ocorreu a partir de 1996, não apenas por conta do Hospital municipal, mas também pela expansão da rede básica.

Vera é o município que apresenta o maior crescimento (680%) do gasto total com saúde per capita da região, mas esse crescimento deu-se principalmente pelo decréscimo populacional.

O município de Nova Ubitatã é o que apresenta o menor gasto com saúde per capita em 1998 com R\$ 21,29 , junto com Sinop (R\$ 41,16) apresentam coeficiente menores que a região com saúde.

Gráfico 35 – Gasto Total com Saúde Per Capita, segundo os Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.

Fonte: Balanços Municipais
IBGE

Em 1994 o gasto total com saúde *per capita* no conjunto dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires era de R\$ 14,11 correspondendo a 10,3% da receita total *per capita* de R\$ 136,57.

Nota-se que no ano período de 1996 a 1997, a receita total *per capita* na região cresceu apenas 7,9%, houve uma queda no gasto total com saúde *per capita* de 0,7%, período este em que houve criação dos novos municípios.

A partir de 1997 houve uma recuperação da receita que atinge em 1998 o valor de R\$ 312,95, um crescimento de 15,8% em relação a 1997 e gasto com saúde salta de R\$ 31,16 para R\$ 45,80, um aumento de 47%.

Assim, em 1998 nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires tem-se que para R\$ 6,83 de receita total municipal gasta-se R\$ 1,00 com saúde *per capita*. (Gráfico 36)

Gráfico 36 – Evolução da Receita Total *Per Capita* (R\$) e do Gasto com Saúde *Per Capita* (R\$) nos Municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.

Fonte: Balanço Municipais

Em relação ao gasto com saúde pelas três esferas de governo, não foi possível identificar na maioria dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, os gastos com saúde das outras esferas de governo, sendo que somente nos municípios de Nova Mutum, Cláudia, Santa Carmem e Feliz Natal foi possível discriminar as transferências da União que denominamos de gasto federal com saúde. (Gráfico 37)

Gráfico 37 – Evolução do Gasto Federal com Saúde e do Gasto Municipal com Saúde nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.

Fonte: Balanços Municipais

A evolução do gasto municipal nos (05) cinco municípios da do consórcio no período de 1994 a 1998 demonstra que houve um crescimento muito significativo

(411%), passando de R\$ 456.365,99 para R\$ 2.332.578,79 do gasto com saúde municipal.

Já o gasto federal com saúde praticamente triplicou, um crescimento de 239% mas este não ocorreu na mesma proporção do gasto municipal, passando de R\$ 185.993,09 para R\$ 631.129,69.

É possível verificar ainda a tendência do gasto com saúde das duas esferas de governo, enquanto nos últimos cinco anos os governos municipais vêm aumentando o investimento em saúde, o governo federal vem retraindo as transferências para o nível local.

Quanto a transferência de recursos financeiros do governo estadual, apenas o município de Feliz Natal registra o recebimento de R\$ 46.584,62 nos anos de 1997 (R\$ 14.369,88) e 1998 (R\$ 32.214,74).

O gasto com saúde *per capita* municipal evoluiu de R\$ 22,50 em 1994 para R\$ 81,50 enquanto o gasto com saúde *per capita* federal evoluiu de R\$ 9,20 para R\$ 22,10, sendo 3,7 vezes menor que o municipal. (Gráfico 38)

Gráfico 38 – Evolução do Gasto com Saúde *Per Capita* Federal e Gasto com Saúde *Per Capita* Municipal nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.

Fonte: Balanços Municipais

Esse diferencial de com saúde gasto *per capita* federal e municipal vem distanciando desde o ano de 1996 e a tendência do gasto municipal é ascendente, enquanto a do federal de estabilização, com tendência a queda.

Enfim, pode-se concluir com o Gráfico 39 que o governo federal tem mantido com certa regularidade as transferências para as Secretarias Municipais de Saúde, porém estas permanecem num patamar bem abaixo do governo municipal.

Gráfico 39 - Evolução do Gasto Federal com Saúde e do Gasto Municipal com Saúde nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, Mato Grosso, 1994 – 1998.

Fonte : Balanços Municipais

Os municípios da região assumiram a maior parcela do financiamento da saúde, em 1994 esse montante foi de 71% dos gastos e em 1998 79% com a saúde em virtude do aumento da renda tributária própria e dos encargos incorporados após a Constituição Federal.

Há uma retração do gasto federal de 29% para 21% e uma retração total de recursos do estado e a curto prazo não há perspectiva de mudanças dessa situação, até que se efetue a tão proclamada reforma tributária.

Além disso, não há na saúde a vinculação de transferências, o modelo atual ainda é o modelo descentralizado dependente, com uma pequena parcela vinculada, como os recursos transferidos da União referentes ao Piso de Atenção Básica (PAB) estabelecido pela NOB 01/96 que em média é de R\$ 10,00/habitante/ano.

11. AS TENDÊNCIAS E OS DESAFIOS DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO

Em 1994 a situação do setor saúde em Mato Grosso caracterizava-se pela ausência de uma política de saúde que priorizasse uma ação condizente com a sua realidade social e sanitária, insuficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos nos municípios, baixa capacidade do aparato estatal para prestação dos serviços de saúde, indefinição do papel da SES e desarticulação com outras instituições prestadoras de serviços.

Esse panorama não diferenciava do nacional porém, os problemas eram agravados pelas condições dos municípios do estado que apresentavam pouco tempo de emancipação política, infra-estrutura necessária deficiente e alto grau de dependência financeira do governo municipal em relação ao governo federal e estadual, fatores estes limitantes do processo de municipalização no estado de Mato Grosso.

A municipalização dos serviços de saúde caracterizava-se apenas pela transferência da gerência das unidades básicas estaduais e federais aos municípios, continuando com a SES a gestão do sistema.

Cabe ressaltar que o estado também não havia assumido ainda a gestão total do sistema, uma vez que não conduzia a política de combate a endemias, um dos principais problemas de saúde do estado, que continuava sob a coordenação da FNS.

O modelo de gestão adotado pelo Mato Grosso era o *descentralizado por nível de hierarquia* onde o estado gerencia os serviços de maior complexidade deixando para os municípios o gerenciamento dos serviços básicos de saúde.

A gestão dos serviços de referência regional e os de maior complexidade, como hemocentro, hospitais regionais estavam a cargo da SES mas, esta não era capaz de gerenciá-los adequadamente, devido a ausência de recursos humanos capacitados para operacionalização, já que os baixos níveis de remuneração, os atrasos salariais e a falta de infra-estrutura urbana nos municípios inviabilizavam a fixação desses profissionais no interior do estado.

De fato, até 1995 houve apenas troca dos papéis, onde os municípios passaram a assumir a assistência básica, antes executada pela SES e esta passou a desempenhar o papel do INAMPS, não havendo transformação na forma de organização e no modo de produção de serviços.

Apesar das dificuldades existentes viabilizou-se também com esse processo a participação popular, através das conferências e conselhos de saúde, porém, é difícil determinar a qualidade dessa participação.

A inexistência de consistência de políticas institucionais em relação a municipalização fazia com que esta tomasse direções diversas avançando e retrocedendo dependendo da disposição pessoal do gestor estadual.

O processo de municipalização proporcionou a expansão dos serviços ambulatoriais e hospitalares na maioria dos municípios, favorecendo o acesso, aumentando a cobertura a serviços antes não providos a população em geral, mesmo com a redução da capacidade ambulatorial, segundo o sistema de informação da SES.

O SUS-MT contava em 1995 com 1.005 unidades ambulatoriais, sendo 746 (74,2%) postos e centros de saúde passando para 981 unidades ambulatoriais em 1998, com 658 (67,1%) postos e centros de saúde, um decréscimo de 88 unidades básicas (11,8%), provavelmente em virtude da reorganização do sistema e o cadastramento de unidades.

Esse comportamento não ocorreu nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, onde a capacidade instalada expandiu de 12 unidades em 1994 para 58 unidades em 1998, um crescimento de 383%.

De certa forma, para Costa (1997) a municipalização dos serviços de saúde proporcionou uma nova conformação dos sistemas municipais de saúde, permitindo apontar algumas tendências no processo no estado a partir de 1993.

A primeira tendência refere a mudança na ação do setor público tornando-o um executor em potencial das ações de caráter curativo, com a prestação da assistência hospitalar.

Nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires houve redução de 17% na participação do setor privado no total de leitos do SUS na região e um aumento na participação do setor público na atenção secundária passando de 24% em 1994 para 41% em 1998, sendo que deste total a metade (20,9 %) são municipais.

Essa situação também ocorre no estado, o setor público até o início da década de 90 só dispunha de leitos psiquiátricos e poucos leitos gerais públicos, aumentando consideravelmente o seu contingente.

Em 1995 a rede hospitalar do SUS no estado era composta de 153 unidades hospitalares com um total de 4.813 leitos, sendo 116 (75,8%) hospitais privados contratados com 3.662 (76,1%) leitos e 37 (24,2%) hospitais públicos com 1.151 (23,9%) leitos.

Em 1998 no SUS-MT a rede hospitalar aumenta em 08 unidades e passa a contar com 165 hospitais com um total de 4.879 leitos, sendo 121 (73,3%) privados com 3.519 (72,1%) leitos e 28 (16,7%) públicos com 1.360 (27,9%) leitos, sendo que destes 1.022 (75%) leitos são municipais.

Mesmo com a redução de 09 (nove) unidades hospitalares públicas verifica-se aumento de leitos públicos, principalmente municipais indicando mudanças no sistema de saúde nos municípios do estado que passam a prover atenção secundária, com o intuito de cumprir o princípio da integralidade das ações de saúde na sua base territorial, já que as distâncias num estado de dimensão

continental para a referência regional e para capital não são curtas e o acesso na maioria dos municípios é dificultado pela ausência de pavimentação das estradas.

Esse crescimento do número de leitos hospitalares públicos ocorreu em virtude da dinâmica populacional do estado, criação de novos municípios, mas também pelo fato da universalização da atenção à saúde, onde os usuários passam a demandar por serviços de saúde, pressionando o Estado mais próximo, o município, a dar resposta.

De uma forma geral, o setor público vem nos últimos anos aumentando o número de leitos também buscando reduzir a dependência do setor privado, porém ainda não são suficientes sendo necessária a complementaridade do setor privado, pois ainda existem 30 (23,8%) municípios que não dispõem de leitos do SUS na própria base territorial.

Nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde há uma tendência do próprio nível local proporcionar atenção hospitalar e de maior complexidade, como se verifica em Lucas do Rio Verde, onde está prevista a construção de um hospital municipal.

Já os municípios de Vera, Nova Ubitatã optaram por prover unidades de pronto-atendimento acopladas ao centro de saúde e em Sinop está sendo concluída a 1ª. Etapa de um hospital construído pela SES que consta de um pronto-socorro que será gerenciado pelo município.

Essa tendência dos municípios do consórcio de responsabilizarem-se por serviços de atenção secundária não resulta apenas do crescimento da população, mas também da diretriz da política local de responder as necessidades de uma classe social diferenciada, como grandes agricultores e latifundiários, com ações de maior complexidade, além de ser uma obra de maior visibilidade.

Mas, essa política ao mesmo tempo propicia a integralidade da atenção pode reforçar o modelo médico-privatista, pois coloca o hospital e os serviços de pronto-atendimento como centro do sistema antes mesmo de reestruturar a rede básica de saúde.

Além disso, a manutenção pelos municípios de tais serviços demandam muito mais recursos, tantos financeiros quanto humanos, aumentando muito os custos da assistência, fazendo com que os municípios procurem outras fontes de financiamento.

Frente aos custos elevados dos serviços para o município, em Nova Mutum, a fundação hospitalar municipal presta assistência médico-hospitalar não só aos usuários do SUS, mas também, aos usuários dos planos de saúde privados e a particulares, como forma de melhorar o atendimento público através de captação de recursos do setor privado, porém tal situação pode gerar distorções no sistema, como a priorização dos atendimentos privados.

Entretanto, a instituição de serviços de atenção secundária pelos municípios não deve perder de vista a regionalização, devendo o consórcio de saúde ampliar a sua capacidade técnica, provendo serviços especializados e de maior complexidade que os existentes nos municípios.

Enfim, a rede de serviços de saúde expandiu, a produção de serviços aumentou, porém a cobertura populacional ambulatorial e de internações hospitalares, mesmo tendo crescido, ainda é baixa.

A cobertura populacional resultante da insuficiência da oferta e produção de serviços, de recursos humanos, financeiros e materiais, ainda é um desafio para os municípios do Mato Grosso, tem limitado o desempenho e a capacidade dos sistemas de saúde dos municípios da região Teles Pires de responder às demandas e necessidades da população.

A segunda tendência refere-se a regionalização da atenção secundária, através da constituição de consórcios intermunicipais de saúde, na tentativa de conjugar esforços para prover a integralidade das ações.

A partir de 1995 a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso estabeleceu como prioridade dentre as políticas de descentralização e planejamento regional e como alternativa de gestão dos recursos, a implantação de Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Para tanto ampliou o debate sobre o tema desenvolvendo em todas as regiões do estado reuniões com a finalidade de esclarecer e sensibilizar os municípios da importância dos Consórcios Intermunicipais de Saúde e sua viabilização para prover a atenção secundária à saúde em Mato Grosso.

Em 10 de novembro de 1995 constituiu-se o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires com 11 municípios, para viabilizar o funcionamento do Hospital Regional de Sorriso como unidade de referência capaz de cobrir uma população de 201.730 habitantes.

Em 1996 surge o segundo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste, composto de 15 municípios para operar o Hospital Regional de Cáceres.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Norte criado em 1997 com a participação de 10 municípios para regularizar a assistência prestada pelo Hospital Regional de Colíder.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Alto Tapajós fundado em 1997 conta com a participação de 06 (seis) municípios e diferencia-se dos demais por ter sido o primeiro no estado que tem como unidade hospitalar de referência um hospital municipal, o Hospital Municipal Albert Sabin de Alta Floresta.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Médio Araguaia constituído em dezembro de 1997, iniciou o atendimento médico-hospitalar em março de 1998 e conta com a participação dos 6 municípios.

Os hospitais, objetos dos consórcios, oferecem serviço ambulatorial e hospitalar nas especialidades de Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, laboratório de Patologia Clínica, laboratório de Anatomia Patológica, Ergometria e Eco Doppler e Endoscopia.

Esses consórcios foram criados para uma determinada finalidade, porém, há discussões para ampliação dos objetivos em algumas regiões, podendo ser utilizado para prover insumos a rede municipal de saúde dos municípios consorciados.

Antes da instituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde os casos de média complexidade em ortopedia e cirurgia geral eram encaminhados para outros centros, para Cuiabá ou mesmo fora do estado como é caso dos municípios do leste mato-grossense, expondo os usuários do SUS a riscos e desconfortos de uma longa viagem de ambulância e em estradas não pavimentadas.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde em Mato Grosso constituem o esforço conjunto de várias esferas de governo para assegurar a integralidade da atenção à saúde, bem como possibilitar maior grau de resolutividade próximo da população a ser atendida, que não necessitam deslocar para a capital em busca da assistência.

Essa situação é demonstrada pelo Hospital Regional de Sorriso, que antes do consorciamento, em 1995, realizou 1.960 internações e em 1994 encaminhou para outros serviços 346 pacientes e em 1998 efetuou 4.259 internações referenciando para outros serviços de maior complexidade apenas 66 pacientes.

Até 1998, o estado tinha estabelecido 09 (nove) Consórcios Intermunicipais de Saúde dando cobertura a todo estado, porém há algumas dificuldades para a manutenção dos mesmos.

A outra questão em relação aos consórcios é que nem todos funcionam dentro do padrão, que seria o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires, há muita discussão entre os consorciados em relação ao volume de utilização do município sede e o recurso despendido pelo município.

Mesmo o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires enfrenta alguns problemas em relação a inadimplência de alguns municípios, principalmente aqueles que dispõem de unidades hospitalares, que já possuem um gasto maior para manutenção de serviços próprios.

Uma das formas de resolver os entraves do consorciamento consiste em desconcentrar os serviços regionais, como é realizado nos consórcios de Minas Gerais, onde alguns serviços especializados podem ser colocados em outros municípios e não apenas na sede.

A regionalização permite um uso racional dos recursos e cria um sistema que atende ao princípio de hierarquização porém, corre-se o risco dos municípios não ampliarem os serviços ambulatoriais e encaminharem a grande maioria dos casos para o nível hospitalar, colocando o hospital como centro do sistema.

Para o processo de municipalização no estado o estabelecimento de consórcios refreia a municipalização *atomização*, além de fazer cumprir o princípio da integralidade atenção.

A terceira tendência refere-se a retração dos recursos estaduais e federais em função da crise financeira por que passa o Estado e a retirada dos grandes projetos de investimentos em Mato Grosso.

Nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires foi possível visualizar que as transferências estaduais, realizadas através do IPM, vêm sofrendo nos últimos anos uma retração e que apesar do crescimento das transferências federais, estas têm sido restritas às Constitucionais, como o FPM.

Mas, a retração de recursos também ocorre na área da saúde, sendo que apenas um município, Feliz Natal, recebeu recursos estaduais e que nos outros onde foi possível verificar as transferências da União estas encontram num patamar bem abaixo dos recursos financeiros investidos na saúde pelos municípios.

As transferências de recursos financeiros pelo governo estadual para os municípios ocorreram de forma ocasional e voluntária, não sendo ainda efetuadas transferências de forma automática, utilizando critérios estabelecidos pelo Código Estadual de Saúde em 1993.

O repasse de recursos ao município que deve levar em conta, na razão inversa a situação sanitária, a receita municipal *per capita* e a cobertura dos serviços de saúde e na razão direta o desempenho do sistema local de saúde, participação do setor social no orçamento municipal e dispêndios diretos do estado na prestação de serviços de abrangência local, até o momento não foi cumprido, tanto pela indisponibilidade de recursos financeiros da SES, quanto pelo desconhecimento da maioria dos municípios da lei em vigor.

Em 1995 a execução orçamentária do SUS permite verificar que do total R\$ 111.435.818,40, os recursos do tesouro estadual somavam R\$ 30.596.433,59 (26,76%) e R\$ 80.158.811,12 (71,93%) consistiam em recursos do Ministério da Saúde e R\$ 680.573,71 (1,31%) eram recursos do PRODEAGRO.

Considerando o orçamento executado do SUS – MT, o gasto total com saúde da União e estado apresenta um valor *per capita* de R\$ 50,55, valor este muito baixo, aproximadamente o dobro do gasto total com saúde dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires que em média era de R\$ 26,04 *per capita* em 1995.

Em 1998, o orçamento executado do SUS foi de R\$ 181.818.664,97, sendo R\$ 36.020.856,23 de recursos do tesouro estadual, R\$ 132.999.845,94 recursos do Ministério da Saúde e R\$ 12.797.962,80 de recursos de convênios, rendas próprias e REFORSUS, um gasto per capita de R\$ 77,98.

Verifica-se que apenas 19,9% são oriundos recursos do tesouro estadual, sendo que desses uma grande parcela é para pagamento de pessoal, configurando a pequena participação do estado no financiamento da saúde.

Nota-se que o aumento do gasto total com saúde per capita para R\$ 77,98 não se deu as custas do aumento de recursos financeiros do tesouro estadual, mas dos recursos federais, mostrando um alto grau de dependência do estado em relação a União.

O financiamento da saúde ainda é o desafio maior a vencer pois, os recursos financeiros não estão vinculados como no IPM e FPM e as transferências não ocorrem de forma direta e automática, principalmente do estado e o custo da atenção hospitalar tem sido financiada exclusivamente pela união através do pagamento da produção de internações e outros procedimentos hospitalares.

A quarta tendência do processo de municipalização está relacionada a possibilidade de criação de modelos alternativos de atenção e de gestão adaptados a cada realidade local.

Em relação aos modelos de atenção a saúde, essa tendência foi revelada em apenas três municípios desse estudo, Nova Mutum, Lucas do Rio Verde e Sorriso que possuem implantado o Programa de Saúde da Família.

A vantagem de implantação do PSF pode ser verificada em alguns parâmetros já descritos anteriormente, como o número de internações, que pode ser verificado a partir de 1997 no município de Nova Mutum, onde apesar do crescimento da população vem mantendo estável e com tendência a queda o número de internações no hospital municipal.

Segundo Costa (1998), em Nova Mutum a implantação de um modelo alternativo ao vigente era a forma do gestor *legitimar-se perante as classes populares e salvaguardar o acesso ao hospital cujos serviços apresentam custos muito elevados*.

Outra vantagem do PSF se refere a carga horária de trabalho do profissional médico que compõe a equipe, trabalha em tempo integral e mantém uma relação mais humanitária com a população da área de abrangência.

A proposta de implantação de unidades de saúde da família permite ao município receber recursos financeiros do Ministério da Saúde como forma de incentivo o que tem feito tal proposta disseminar-se no estado.

Isso tem refletido na escolha dos municípios do tipo de modelo assistencial que mais condiz com a realidade local e faz com que haja uma padronização do modelo, tratando realidades diversas de forma igual.

A proposta teórica da saúde da família é colocada como estratégia para organizar a atenção primária, porém esta na prática vem se constituindo em programa, pois encontra-se extremamente normatizada, não permitindo aos municípios realizar determinados procedimentos que podem levar ao descredenciamento para o recebimento de recursos financeiros.

Mas, ao verificar a composição da equipe do PSF, esta é bem reduzida, sendo composta de 01 (um) médico, 01 (um) enfermeiro e 02 (dois) auxiliares de

enfermagem, o mínimo exigido pelo programa, não apresentando uma equipe multiprofissional quebrando o princípio de interdisciplinaridade.

Ainda em relação aos recursos humanos, há grande desigualdade de remuneração entre o médico e o enfermeiro, reproduzindo as desigualdades do mercado, apesar do programa colocar que as diferenças entre a unidade de saúde convencional e a unidade de saúde da família são que esta última tem como centro da equipe, a própria equipe e prioriza as ações de caráter preventivo e coletivo (saúde), enquanto a primeira tem como centro da equipe o médico e prioriza as ações de caráter individual e curativa (doença).

Essa situação demonstra que a importância dada ao profissional médico deve-se a forma de organização do processo de trabalho nas unidades de saúde da família, que ainda está voltada para o atendimento à demanda espontânea, portanto, para a consulta médica, o atendimento individual, desenvolvendo poucas atividades voltadas para a Saúde Coletiva, colocando as atividades de enfermagem apenas como complementares do trabalho médico.

No município de Cuiabá onde se implantou em algumas áreas o PSF, a desigualdade salarial existente nos municípios do consórcio não é verificada, pois este dispõe de um plano de cargos e salários que prevê a igualdade de remuneração entre os profissionais de nível superior que desenvolvem atividades no PSF, porém esta medida isolada não é suficiente para mudar o processo de trabalho em saúde.

Assim, a estratégia de saúde da família nos municípios do consórcio vem se constituindo em medicina familiar, pois a cultura do gestor, da comunidade e mesmo do profissional de saúde, ainda confunde atenção à saúde com atenção médica.

O resgate do PSF como estratégia exige um trabalho de conscientização junto à população visando o reconhecimento da realidade social em que esta insere-se, a percepção das desigualdades existentes no território e a sua participação no processo social também como sujeitos formuladores das políticas que propiciem a equidade e a construção da verdadeira cidadania.

A mudança na forma de atuar em saúde depende ainda da visibilidade política do gestor municipal e da capacitação técnica da equipe do PSF e nesse sentido a SES tem viabilizado em convênio com a UFMT curso de especialização em saúde da família visando mudar o modelo assistencial.

Em relação ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, este encontra-se em todos os municípios, mas a maioria dos profissionais está contratada por tempo determinado ou em cargos comissionados, apresentando uma relação trabalhista frágil com alta rotatividade de mão-de-obra nesse programa, comprometendo continuidade das ações do agente com a comunidade e quebrando o vínculo que é essencial para fazer o elo com a unidade de saúde.

Enfim, apenas esses dois programas estão colocados para transformar o modo produção das ações de saúde nos municípios e tem apoio da SES, portanto

não sendo desenvolvidas outras formas de agir em saúde como vem acontecendo em alguns municípios do Brasil.

Esperava-se que em 11 municípios fosse possível verificar modelos de atenção a saúde diversificados e que conseguisse romper com o modelo médico-privatista que ainda é reforçado pelo mecanismo de financiamento no SUS.

A reprodução do modelo assistencial deve-se ao fato do processo de descentralização ser entendido como municipalização, ter como ponto final, o município, não alcançando as unidades de saúde dispõem de pouco autonomia para a tomada de decisão.

O município de Sorriso, a partir da contratação de técnicos qualificados para gestão, vem trabalhando mais recentemente a distritalização da saúde, processo esse iniciado no ano de 1987 na vigência do SUDS em Cuiabá.

Para efetuar mudança na forma de agir em saúde no interior dos serviços há que efetivar a descentralização para os distritos e unidades de saúde, realizando, via consórcio de saúde, oficinas de trabalho para a discussão de propostas colocadas no cenário nacional, que permitirão a instituição de modelos não só de atenção, mas de gestão que contemplem as diversidades dos existentes e seja condizente as realidades locais.

Quanto a gestão dos serviços de saúde nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde, esta tem sido realizada pelas secretarias municipais de saúde, porém esses órgãos não dispõem na sua maioria de profissionais de saúde em quantidade suficiente e qualificado na área técnico-gerencial, sendo um empecilho para o desenvolvimento de modelos de gestão.

Na maioria dos municípios do consórcio as secretarias de saúde funcionam dentro das unidades de saúde e possuem um número reduzido de profissionais contando apenas com o secretário e um agente administrativo.

Na maioria dos municípios do consórcio o sistema de informações ainda é precário e a gestão financeira e mesma de recursos humanos é realizada pelas Prefeituras Municipais.

Nos municípios de Sinop, Sorriso e Nova Mutum as secretarias funcionam independente dos serviços e possuem um número maior de profissionais de saúde de nível superior para área gerencial.

Essa deficiência faz com que os municípios fiquem muito dependentes tecnicamente da esfera estadual, não tendo portanto um ponto essencial para a consolidação municipalização, a autonomia técnico-gerencial.

Assim, mesmo o município obtendo uma certa autonomia financeira, provendo mais de 50% dos gastos em saúde, ainda persiste uma cultura de dependência tanto em relação ao governo federal quanto ao estadual, demonstrando que o município ainda não assimilou por completo o seu novo papel no sistema de saúde.

Os Pólos Regionais de Saúde e a própria SES através dos programas, de certa forma, reforçam esse comportamento, pois ao estreitarem nos últimos dois anos relação com os municípios, as visitas de cooperação técnica mais parecem visitas de fiscalização, ainda vestígios da gestão centralizada e autoritária.

Além da capacitação de gestores e de técnicos na área de planejamento e gestão, como vem fazendo a SES e o COSEMS, precisa-se manter assessorias mais diretas para organização e reestruturações das secretarias municipais.

Tão importante quanto o financiamento é a questão de recursos humanos, que na década passada apresentava como problema central os valores salariais, na atualidade, os salários pagos pelos municípios são superiores aos pagos pelo estado e pela União, porém este componente não tem sido suficiente para assegurar a presença dos profissionais de nível superior.

Outro fato, que dificulta o processo de municipalização é a pouca disponibilidade de profissionais de saúde no interior e os aparelhos formadores de profissionais não atendem a demanda do estado, daí obtermos um baixo coeficiente de profissionais por habitante.

A inexistência de profissionais de saúde de nível superior e a ausência de critérios para o recrutamento e seleção pelas secretarias municipais, permitem que os profissionais contratados nem sempre apresentem o perfil necessário para o desenvolvimento das atividades.

Essa situação aliada ao tipo de contrato de trabalho que na maioria das vezes é precário proporciona alta rotatividade de profissional, não permitindo a implantação de modelos assistenciais alternativos ao vigente, pois para tal faz-se necessário o compromisso e a responsabilização do profissional com o usuário do serviço.

Os municípios do consórcio, Sorriso, Sinop e Nova Mutum prevêm resolver o problema realizando concurso público para o acesso aos cargos, sendo que nos dois primeiros há um movimento em manter os níveis salariais pagos como prestador de serviços e cargos comissionados elaborando uma legislação que privilegie a área de saúde.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descrição e análise do processo de municipalização dos serviços de saúde no estado de Mato Grosso no período de 1994 a 1998, a partir do desempenho efetivo dessa política nos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Teles Pires permite reconhecer que houve uma transformação nos sistemas municipais de saúde nos últimos cinco anos, porém o ritmo e o grau de como vem se processando essas mudanças dependem da realidade sócio-sanitária existente em cada município.

Na vigência da NOB 01/93, a municipalização teve um novo impulso e apesar da não habilitação dos municípios em algum tipo de gestão proposto, estes acabaram por assumir a gestão e a execução das ações básicas de saúde e mesmo apresentando autonomia político-administrativa para a organização dos seus sistemas e de certo modo uma autonomia financeira no setor saúde, optaram por articularem com seus pares e com outras esferas de governo, em especial a estadual, para proverem a integralidade da atenção, numa clara demonstração de consciência que constituem-se parte de um sistema que se propõe em manter uma unidade.

O processo de municipalização também levou a Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso a reestruturar-se para assumir o seu novo papel de formuladora e coordenadora da política estadual de saúde, fomentando o planejamento a partir do nível local e regional, a capacitação dos recursos humanos, o provimento dos espaços para participação popular e a cooperação técnica com os municípios visando a organização dos sistemas municipais de saúde.

A constituição do consórcio de saúde pelos municípios possibilitou a consecução da regionalização e propiciou a oferta e prestação de serviços de saúde à população contrapondo às idéias de atomização que o processo de municipalização tem suscitado em outras regiões do Brasil.

É possível verificar que a municipalização como estratégia de organização dos serviços de saúde efetuiu mudanças, favorecendo o acesso dos usuários aos serviços e aumentando a cobertura populacional como forma de assegurar a universalização da assistência à saúde, mas ainda não conseguiu romper com o modelo assistencial vigente na maioria dos municípios.

A transformação do modelo assistencial demanda tempo e implica na resolução de problemas essenciais como acesso e cobertura, mas apesar dos obstáculos alguns municípios já demonstram mudanças, ainda que incipientes, na forma de produção das ações de saúde no interior dos serviços.

Mas, a municipalização não se constituiu apenas como opção para a reorganização dos serviços de saúde mas sobretudo, como estratégia política de descentralização que possibilitou a ampliação dos espaços de participação da comunidade na gestão pública com a instituição de conselhos de saúde e a realização de conferências municipais.

São muitos os desafios a enfrentar como a interiorização dos recursos humanos, o financiamento das ações de saúde, a baixa capacidade técnico-administrativa para realizar a gestão, porém tem-se um alento quando levantados os avanços do processo em curso.

A expansão da capacidade da rede ambulatorial e hospitalar, o aumento da produção dos serviços de saúde prestados a população, o aumento dos gastos em saúde no âmbito municipal, a expansão dos recursos humanos em saúde e participação popular na gestão, mesmo sem transformação ainda do modelo assistencial são motivos suficientes para afirmar que a municipalização imprimiu nova configuração ao sistema de saúde fortalecendo o ideário da Reforma Sanitária Brasileira.

Este estudo apresenta limitações, uma vez que não pretendeu obter respostas fáceis e definitivas sobre um problema tão complexo como a municipalização, mas se propõe a contribuir com a construção de teorias para melhor apreensão da temática e fornecer subsídios para a realização de intervenções que transformem os sistemas municipais de saúde.

O delineamento do tipo documental permitiu obter dados em arquivos de órgãos públicos, municipais, estaduais e federais necessários em quantidade e qualidade suficientes para esse estudo, mas a identificação das fontes e a avaliação dos dados a serem utilizados exigem do pesquisador um conhecimento prévio e profundo sobre a realidade a ser estudada, para não incorrer em erros de consistência interna e externa.

A descrição e análise de determinados aspectos da municipalização realizada a partir de um recorte do Mato Grosso num período de 05 (cinco) anos, restringe os resultados desta pesquisa, mas ainda assim, permitiu nova leitura sobre o problema ao avaliar o processo, realizando comparações entre os municípios, com o modelo tido como ideal e num mesmo município o seu desempenho ao longo do tempo.

Todavia, há necessidade de promoção de novas investigações sobre a municipalização que permitam um monitoramento desse processo nas diversas regiões do estado e do Brasil, visando a partir de experiências concretas corrigir as falhas e reforçar aspectos positivos, pois só assim poderá ser dado aos usuários, profissionais de saúde, gestores e a sociedade em geral maior visibilidade social do Sistema Único de Saúde.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida MHT. *Federalismo e Políticas Sociais: Projeto Balanço e Perspectiva do Federalismo no Brasil. Redefinição de Competências entre Esferas de Governo na Prestação de Serviços Públicos na Área Social*. São Paulo: FUNDAP/IESP; 1994.

Barros MED. *Política de Saúde: a complexa tarefa de enxergar mudança onde tudo parece permanência...*[snt].

Borja J. Dimensiones Teóricas, problemas y perspectivas de la descentralización del Estado. In: Borja J. et al. *Descentralización del Estado- Movimiento Social y Gestión Local*. Barcelona: Instituto de Cooperación Iberoamericana/FLACSO/CLACSO; 1987.

Borja J. *Estado y Ciudad: descentralización política e participación*. Barcelona: PPU; 1988.

Brasil. Lei n.6229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre organização do Sistema Nacional de Saúde. *Lex - Coletânea de Legislação*, São Paulo, jul./set. p. 427- 431.

Brasil. Decreto n.94.657, de 20 de Julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados SUDS. *Lex - Coletânea de Legislação*, São Paulo, ano 39. p. 446.

Brasil. *Constituição Republica Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei n.8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Lex. Coletânea de Legislação*, São Paulo, ano 54. p. 1060 -1073.

Brasil. Lei n.8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. *Lex. Coletânea de Legislação*, São Paulo, ano 54, p.1463 -1465.

Brasil. Decreto n.1.232, de 30 de agosto de 1.994. Normatiza as condições e formas de repasse regular de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 30 ago. 1994.

Buss PM, LABRA ME, organizadores. *Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.

Camargo, A. *A Federação Acorrentada* [apresentado ao Simpósio Três Federalismo Latino Americanos: séculos XIX e XX; 1992; México].

Camp RC. *Benchmarking o caminho da qualidade total*. Trad. de N Montingelli Júnior. 3ª ed. São Paulo: Pioneira; 1998.

Campos GWS, Merhy, EE, Nunes, ED. *Planejamento sem Normas*. São Paulo: HUCITEC; 1989.

Campos GWS. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: HUCITEC; 1992.

Cardoso OF. *Introdução ao Estudo do Direito*. Belo Horizonte: Del Rey; 1995.

Carvalho JR. Processo Migratório e Disseminação de Doenças In: *Texto de Apoio: Ciências Sociais 1*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO ;1986.

Cecílio LCO. *Modelos Tecno-Assistenciais em Saúde: da pirâmide ao círculo, um redesenho necessário* [Apresentado à II Conferência Municipal de Saúde; 1996 jun. 28; Porto Alegre (RS)].

Cohn A. Mudanças Econômicas e Políticas de Saúde no Brasil. In: Laurell AC, organizadora. *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo: Cortez; 1995. p. 225 – 244.

Cohn A. A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: *Saúde no Brasil : Políticas e Organização de Serviço*. São Paulo: Cortez, 1996. p. 11 – 55.

Comissão Interinstitucional de Saúde de Mato Grosso – CIS/MT. *Resolução conjunta nº 1, de 2.9.84: institui o regimento interno e cria as Comissões Regionais e Locais Interinstitucionais de Saúde*. Cuiabá, 2 de set. 1984.

Comissão Interinstitucional de Saúde de Mato Grosso – CIS/MT. *Projeto de Implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde*. Cuiabá; 1987.

CONASS/FUNDAP. *Encontros Regionais de Avaliação do SUDS: Relatório Final*. São Paulo: FUNDAP; 1989.

Cornetta VK, Maia CA, Costa WGA. A Reorganização dos Serviços de Saúde no Sistema Único de Saúde e a Formação de Recursos Humanos. *Saúde em Debate* 1996; 51: 44 – 49.

Costa WGA. *O Processo de Descentralização dos Serviços de Saúde no Estado de Mato Grosso*. São Paulo; 1997. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Costa WGA, Maeda ST, Meira SA. *Repensando o Papel da Rede Básica de Saúde e do Distrito Sanitário*. [Apresentado ao IV Colóquio Pan-americano de Investigação em Enfermagem ; 1998 maio 19 – 22; Ribeirão Preto, Brasil].

Dallari DA. *Elementos de Teoria Geral do Estado*. 19ª ed. São Paulo: Saraiva; 1995.

Dallari SG. *Municipalização dos Serviços de Saúde*. São Paulo: Brasiliense; 1985.

Elazar D. *Exploring federalism*. Tuscalossa: University of Alabama Press; 1990.

Faoro R. *Os Donos do Poder: formação do patronato político brasileiro*. Porto Alegre: Globo; 1958.

Fiori JL. Ajuste, Transição e Governabilidade: o enigma brasileiro. In: Fiori JL, Tavares MC. *Desajuste Global e Modernização Conservadora*. São Paulo: Paz e Terra; 1993. p.127 – 193.

Fundação IBGE. *Anuário Estatístico do Brasil*: 1991. Rio de Janeiro; 1993.

Galindo O, Santos VM. Centro-Oeste: Evolução Recente da Economia Regional. In: Affonso RBA, Silva PLB. *Desigualdades Regionais e desenvolvimento, Federalismo no Brasil*. São Paulo: UNESP/FUNDAP; 1995.

Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1991.

Girardi SN. *A Situação Atual dos Recursos Humanos em Saúde no Brasil (Sinais do Mercado de Trabalho e Aspectos de sua Regulação nos anos 90): Relatório Final*, Belo Horizonte (MG); 1995.

Goulart FAA. Risco ou Oportunidade? O momento presente da municipalização da Saúde no Brasil, *Espaço para a Saúde* 1994; 3(3): 4 – 6.

Ianni O. *Classe e Nação*. Petrópolis (RJ): Vozes; 1986.

Instituto Nacional da Previdência Social. Resolução n.258, de 7.1.91: aprova a Norma Operacional Básica SUS n.º 1/91. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 15 jan.1991.

Instituto Pesquisa Econômica Aplicada. *Índice de Condições de Vida: Municípios do Mato Grosso.1970 –1996* [CD ROM].Brasília; 1998.

Jacobi P. Descentralização Municipal e Participação dos Cidadãos: Apontamentos para o debate. *Cadernos da Nona*. 1992; 1: 113-120.

Laurell AC. La Política Social en la Crisis: una alternativa para el setor salud. *Saúde e Sociedade* 1993; 2(2): 21-84.

Lenhardt G, Offe C. Teoria do estado e política social: tentativas de explicação político-sociológica para as funções e os processos inovadores da política social. In: Offe C. *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984. p. 10 – 53.

Lobo T. Descentralização: Uma Alternativa de Mudança, *Rev. Adm. Pública* 1988; 22(1):14 - 24.

Luz MT. *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal; 1986.

Mato Grosso. Decreto n.1.595, de 16 de junho de 1989. Cria o Conselho Estadual de Saúde - CES. *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso, Cuiabá*, 16 jun. 1989.

Mato Grosso. *Constituição do Estado de Mato Grosso*. Cuiabá: Assembléia Legislativa do Estado de Mato Grosso; 1989.

Mato Grosso. Lei Complementar n. 22, de 9 de novembro de 1992. Institui o Código Estadual de Saúde. *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso, Cuiabá*, 9 nov. 1992.

Matsubara MCE. *Movimentos Populares Urbanos e o Processo de Organização Social: experiência do grupo de saúde popular no bairro Alvorada*. Cuiabá; 1994. [Dissertação de mestrado - Instituto de Educação da UFMT].

Medici AC. *Economia e Financiamento do Setor Saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*, São Paulo: FSP/USP; 1994.

Meirelles HL. *Direito Administrativo Brasileiro*. São Paulo: Malheiros; 1994.

Mendes EV. As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In: Mendes EV et al, organizador. *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995a. p. 19 – 91.

Mendes EV. O Processo Social de Distritalização da Saúde. In: Mendes EV et al, organizador. *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995b. p. 93 –158.

Mendes EV, Teixeira CF, Araujo EC, Cardoso MRL. Distritos Sanitários: Conceitos-Chave. In: Mendes EV et al., organizador. *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995. p. 159 – 185.

Mendes E V. *Uma Agenda Para Saúde*. São Paulo: HUCITEC; 1996.

Ministério da Fazenda. *Fundo de Participação dos Municípios*. Brasília [documento “on line”]. Disponível [http://WWW. Stn.fazenda.gov.br/publicações/](http://WWW.Stn.fazenda.gov.br/publicações/). [1998 jun. 9]

Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria n.3.046 de 20.7.82: estabelece os parâmetros para credenciamentos , contratos e convênios na área da assistência médica da Previdência Social. *Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social*. 3.ª ed.,1983.

Ministério da Previdência e Assistência Social. *Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social*. 3ª ed. Brasília (DF); 1993.

MPAS/ MS/ MEC/ Governo Estaduais/ Governos Municipais. *Ações Integradas de Saúde*. Brasília; sd.

Ministério da Saúde. *7ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final*. Brasília; 1980.

Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde: Anais*. Brasília; 1987.

Ministério da Saúde. Secretaria de Organização das Unidades do Sistema Unificado de Saúde/SESUS. *Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde*. Brasília (DF); 1990.

Ministério da Saúde. Portaria n. 234, de 7.2.92: institui a NOB / SUS / 92. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 10 fev. 1992.

Ministério da Saúde. *Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília; 1992.

Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília (DF); 1993.

Ministério da Saúde. Portaria MS n.545, de 20.5.93: estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica SUS 01/93. *Diário da República Federativa do Brasil*, Brasília, 24 maio 1993.

Ministério da Saúde. *Relatório dos Encontros Macro Regionais da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde Com as Comissões Intergestores Bipartites*. Brasília (DF); 1995.

Ministério da Saúde. *Relatório Final da X Conferência Nacional de Saúde*. Brasília; 1996.

Ministério da Saúde. Portaria n.2.203, de 5.11.96: aprova a NOB-SUS 01/96, que trata da gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 6 nov. 1996.

Ministério da Saúde. *1997 Ano da Saúde no Brasil: ações e metas prioritárias*. Brasília (DF); 1997.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. Produção Ambulatorial do SUS 1994 -1998. Brasília [Documento *on line*]. Disponível WWW.datasus.gov.br. [1999/2000]

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Internações Hospitalares do SUS 1994 - 1998. Brasília. [Documento *on line*]. Disponível WWW.datasus.gov.br. [1999/2000]

Motta PR. Participação na Gerência: uma perspectiva comparada. *Rev. adm. Pública* 1981; 15(4): 4 -33.

Neves GH. *Descentralização ou Desconcentração dos Serviços de Saúde?*. Rio de Janeiro: IBAM; 1987.

O'Donnel G. Democracia Delegativa. *Novos Estudos* 1991; 31: 25 - 40 .

O'Donnel G. O Dilema das Transições. *Revista Nossa América* 1992.

Oliveira AMF. *Os Dilemas da Municipalização da Saúde no Contexto de uma Região Metropolitana: o caso de Campinas*. Campinas; 1995 [Tese de Doutorado – Instituto de Economia da UNICAMP]

OMS/UNICEF. *Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata 1978*. Brasília: UNICEF; 1979.

Organizacion Panamericana De La Salud. *Salud para Todos en el Año 2.000. Estratégias*. Washington ; 1980.

Organizacion Panamericana De La Salud. *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformacion de los Sistemas Nacionales de Salud*. Washigton. Washington; 1989.

Oszlak O, Boneo H, García de Fanelli A, Llovet JJ. Descentralización de los sistemas de salud: El estado y la salud Descentralización y servicios de salud. In: Paganini JM, Capote Mir RE. *Los sistemas locales de salud : Conceptos, métodos, experiencias*. Washington (D.C): Organización Panamericana de la Salud; 1990. p.59-81

Paim JS. Quando a Municipalização não é o Caminho. *Tema* 1991; 12: 27 – 28.

Paim JS. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais: a Epidemiologia na Organização dos Serviços de Saúde. In: *Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 1992 jul. 13-17; Belo Horizonte(MG). Belo Horizonte: COOPMED/ABRASCO; 1994. p.189 – 197.

Paim JS. Modelos de Proteção e Promoção da Saúde: sob o signo da Iniquidade, *Tema* 1997; 14: 20-21.

Pimenta AL. O SUS e a Municipalização à luz da experiência concreta. *Saúde e Sociedade* 1993; 2(1): 25-40.

Rezende F, Brasileiro AM. A Repartição de Encargos Públicos entre os Níveis de Governo. *Rev. Adm. Pública* 1984; 18(3): 66-87.

Richardson RJ. et al. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas; 1989. A Pesquisa Histórica: p.199 – 212.

Rocha JSY. Sistema Único de Saúde: Avaliação e perspectiva. *Saúde e Sociedade* 1994; 3(1): 3-10.

Rofman A. *Aspectos Conceptuales sobre Descentralización Político-administrativa en America Latina* [Apresentado ao Seminário -Taller sobre: Descentralización de los Servicios de Salud, como Estrategia para el Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud; 1990a maio 28 - jun.1; Quito, Equador].

Rofman A. *El proceso de descentralización en América Latina: causas, desarrollo, perspectivas*. 1990b.

Santos BS. O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais: o caso das políticas de saúde. *Rev. Crítica de Ciências Sociais* 1987; 23: 13 -74.

Schraiber LB. organizadora. *Programação em Saúde Hoje*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 1993.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. *Ações Integradas de Saúde – AIS*. Cuiabá; 1984.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. *Relatório de atividades 1986*. Cuiabá; 1987.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. *I Conferência Estadual de Saúde: Relatório Final*. Cuiabá; 1986.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. *II Conferência Estadual de Saúde: Relatório Final*. Cuiabá; 1991.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Portaria n.º 26, de 9.11.92: institui o Grupo Técnico de Municipalização do estado de Mato Grosso. *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso*. Cuiabá, 15 jul. 1992.

Secretaria de Estado de Saúde. Portaria n.º 017, de 6.8.93: cria a Comissão Intergestores Bipartite no SUS-MT. *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso*, Cuiabá, 9 ago. 1993.

Secretaria de Estado de Saúde. *Política de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes Estratégias e Projetos Prioritários*. Cuiabá; 1995.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. *III Conferência Estadual de Saúde: Relatório Final*. Cuiabá; 1996.

Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso. *Parâmetros da SES – MT Cobertura Ambulatorial*. Cuiabá; 1996.

Secretaria de Estado de Saúde. *Sistema de Informação em Saúde. Avaliação SUS/MT 1994/1995*. Cuiabá; 1996.

Secretaria de Estado de Saúde. *Saúde em Números N.º 3*. Cuiabá; 1997.

Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento. Divisão de Acompanhamento e Controle e Avaliação. *Relatório Anual 1999*. Cuiabá; 1999.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. *Saúde em Números N.º 4*. Cuiabá, 1999.

Secretaria da Fazenda do Estado de Mato Grosso. *Portaria Circular SEFAZ n.º 008/97, de 7.2.1997*: consolida normas relativas à coleta de dados necessários à apuração dos Índices de Participação dos Municípios do Estado de Mato Grosso no produto da arrecadação do ICMS, para o exercício de 1997, aprova a Guia de

Informação das Operações e Prestações Interestaduais-GI/ICMS e dá outras providências. Cuiabá (MT); 1997.

Secretaria de Fazenda do Estado de Mato Grosso. Sistema - Apuração do Índice de Participação dos Municípios. *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso*, Cuiabá, 22 dez. 1997. p. 3 – 4.

Secretaria de Fazenda do Estado de Mato Grosso. Sistema - Apuração do Índice de Participação dos Municípios. *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso*, Cuiabá, 29 jun. 1998. p. 20 – 23.

Silva Junior AG. *Modelos Tecno-Assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. Rio de Janeiro; 1996 [Tese de doutoramento - Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz].

Siqueira E M, Costa LA, Carvalho CMC. *O Processo Histórico de Mato Grosso*. 3ª ed. Cuiabá: Guaicurus; 1990.

Souza JCC. *Geografia Regional (Centro-Oeste e Mato Grosso)*. 4ª ed. Cuiabá: Idéia; 1995.

Tavares MC. *As Políticas de Ajuste no Brasil: os Limites da Resistência*. São Paulo: IESP / FUNDAP; 1993.

Teixeira CF. Municipalização da Saúde: os caminhos do labirinto. *Saúde em Debate*. 1991; 33: 27 – 32.

Teixeira SMF. Descentralização dos Serviços de Saúde: dimensões analíticas. *Cadernos da Nona*. 1992; 1: 27-37.

Tomazi ND, coordenador. *Iniciação à Sociologia*. São Paulo: Atual; 1993.

Van Stralen P. *O Município no Brasil e na Colômbia: um estudo comparativo*. Rio de Janeiro; 1989 [Dissertação de Mestrado – Escola Brasileira de Administração Pública da FGV].

Vianna SM. A descentralização Tutelada. *Saúde em Debate* 1992; 35: 35 – 38.

ANEXO I

Identificação Atual - 1998

Município:
Polo Regional de Saúde:

EMANCIPAÇÃO POLÍTICA:

Data de Emancipação:
Município de Origem:

DISTÂNCIA:

Em relação a Cuiabá:
Em relação a Sorriso:

DADOS POPULACIONAIS:

População Total (IBGE):
População Urbana (IBGE):
População Rural (IBGE):

ATIVIDADES ECONÔMICAS

Atividade Econômica Principal:
Atividades Econômica Secundárias:

**SERVIÇOS DE SAÚDE EXISTENTES NA DATA DE
EMANCIPAÇÃO/MUNICIPALIZAÇÃO:
REDE AMBULATORIAL:**

Data da Emancipação:

Data da Municipalização:

Tipo de Unidade: Posto de Saúde _____

Localização:

Urbana ☐

Rural ☐

Gestão:

Federal ☐

Estadual ☐

Municipal ☐

Gestão Municipalizada ☐

Federal/Município ☐

Data:

Estado/Município ☐

Cargo:	Número	Vínculo
Empregatício		
Agentes de Saúde ☐		
Atendentes de Enfermagem ☐		
Auxiliar de Enfermagem ☐		
Técnico de Enfermagem ☐		
Enfermeiro ☐		
Médico (periódico)		
Outros ☐ (especificar)		

OBSERVAÇÃO:

Posto de Saúde: Unidade Operacionalizada por pessoal de nível Médio, com sem atendimento médico periódico.

Vínculo Empregatício: Federal, Estadual, Municipal.

Tipo de Unidade: Centro de Saúde _____

Gestão Anterior:

Federal ☐

Estadual ☐

Municipal ☐

Gestão Municipalizada ☐

Federal/Município ☐

Estado/Município ☐

Data da Municipalização:

Recursos Humanos Existentes:

CARGOS EMPREGATÍCIO	NÚMERO	VÍNCULO
Médico ☐		
Clínico ☐		
Pediatra ☐		
Ginecologista ☐		
Sanitarista ☐		
Outros ☐		
Enfermeiro ☐		
Odontólogo ☐		
Farmacêutico/Bioquímico ☐		
Psicólogo ☐		
Técnicos de Enfermagem ☐		
Auxiliar de Enfermagem ☐		
Atendente de Enferm. ☐		
Auxiliar de Laboratório ☐		
Auxiliar de Saneamento ☐		
ACD ☐		
THD ☐		
Outros ☐ (Especificar)		

Gestão:

Federal **Estadual** Municipal **Gestão Municipalizada** ☐

Data:

Federal/Município ☐Estado/Município [illegible]

**REDE AMBULATORIAL:
SERVIÇOS DE SAÚDE EXISTENTES EM 1998.**

Data da Emancipação:

Data da Municipalização:

Tipo de Unidade: Posto de Saúde _____

Localização:

Urbana ☐

Rural ☐

Gestão:

Federal ☐

Estadual ☐

Municipal ☐

Gestão Municipalizada ☐

Federal/Município ☐

Data:

Estado/Município ☐

Cargo:	Número	Vínculo
Empregatício		
Agentes de Saúde ☐		
Atendentes de Enfermagem ☐		
Auxiliar de Enfermagem ☐		
Técnico de Enfermagem ☐		
Enfermeiro ☐		
Médico (periódico)		
Outros ☐ (especificar)		

OBSERVAÇÃO:

Posto de Saúde: Unidade Operacionalizada por pessoal de nível Médio, com sem atendimento médico periódico.

Vínculo Empregatício: Federal, Estadual, Municipal.

Tipo de Unidade: Centro de Saúde _____

Gestão Anterior:

Federal ☐

Estadual ☐

Municipal ☐

Gestão Municipalizada ☐

Federal/Município ☐

Estado/Município ☐

Data da Municipalização:

Recursos Humanos Existentes:

CARGOS EMPREGATÍCIO	NÚMERO	VÍNCULO
Médico ☐		
Clínico ☐		
Pediatra ☐		
Ginecologista ☐		
Sanitarista ☐		
Outros ☐		
Enfermeiro ☐		
Odontólogo ☐		
Farmacêutico/Bioquímico ☐		
Psicólogo ☐		
Técnicos de Enfermagem ☐		
Auxiliar de Enfermagem ☐		
Atendente de Enferm. ☐		
Auxiliar de Laboratório ☐		
Auxiliar de Saneamento ☐		
ACD ☐		
THD ☐		
Outros ☐ (Especificar)		

Tipo de Unidade: Centro de Fisioterapia_____

Gestão:

Federal ☐

Estadual ☐

Municipal ☐

Gestão Municipalizada ☐

Data:

Federal/Município ☐

Estado/Município ☐

Recursos Humanos Existentes:

Cargos:	Número	Vínculo
Empregatício		
Médico ☐		
Médico Ortopedista ☐		
Médico Neurologista ☐		
Médico Clínico ☐		
Enfermeiro ☐		
Fisioterapeuta ☐		
Psicólogo ☐		
Técnicos de Enfermagem ☐		
Auxiliar de Enfermagem ☐		
Técnico em Fisioterapia ☐		
Outros ☐ (Especificar)		

Tipo de Unidade: Centro Odontológico Regional

Gestão:

Federal ☐

Estadual ☐

Municipal ☐

Gestão Municipalizada ☐

Data:

Federal/Município ☐

Estado/Município ☐

Cargos:	Número	Vínculo
Empregatício		
Odontólogo ☐		
ACD ☐		
THD ☐		
Outros ☐ (Especificar)		

Tipo de Unidade: Laboratório de Análises Clínicas

Gestão:

Federal ☐

Estadual ☐

Municipal ☐

Gestão Municipalizada ☐

Data:

Federal/Município ☐

Estado/Município ☐

Cargos: Empregatício	Número	Vínculo
Farmacêutico/Bioquímico ☐		
Auxiliar de Laboratório ☐		
Técnico de Laboratório ☐		
Médico Patologista ☐		
Outros ☐ (Especificar)		

Gestão:

Municipal

Data:

Estado/Município

OSERVAÇÃO: Unidade Saúde da Família/ Unidade Móvel Médica ou Odontológica

Município:

Nome da Unidade:

Ano de Funcionamento:

[illegible]

Recursos Financeiros

Município:

Fonte:

	1994	1995	1996	1997	1998
Renda Trib. Própria					
Transf. Rec. Fin. União					
Transf. Rec. Fin. Estado					
Total					
Gasto com Saúde Municipal					
Gasto em Saúde Estadual					
Gasto com Saúde Federal					
Total					