Avaliação da Descentralização da Assistência à Saúde no Estado de Mato Grosso

João Henrique Gurtler Scatena

Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de
Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública
da USP, para obtenção do Grau de Doutor.

Área de Concentração: Saúde Materno-Infantil

Orientador: Prof. Associado Oswaldo Y. Tanaka

São Paulo

2000

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processo fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Ítalo Bruno (in memorian) e Eulídia;

À minha esposa Yvelise e aos meus filhos Camila e
Paulo Henrique.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas e algumas instituições, direta ou indiretamente, foram envolvidas nas várias etapas de trabalho que conduziram a esta tese. A todas elas, agradeço profundamente e partilho este produto final:

À CAPES, pelo apoio financeiro que permitiu o afastamento da UFMT e a dedicação integral a este trabalho;

Aos colegas do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, pela oportunidade e pela confiança;

À CPG/PROPEP, pelo acompanhamento e administração dessa capacitação;

À FAPEMAT pela ajuda financeira na etapa de trabalho de campo;

Aos professores Eurivaldo Almeida e Rubens Adorno, pelas contribuições no processo de qualificação;

Aos professores Ana Maria Canesqui, Eurivaldo Almeida, João Yunes e José da Silva Guedes, por terem aceito fazer parte da Comissão Julgadora, pelos comentários elogiosos e principalmente pelas críticas pertinentes, as quais suscitaram modificações – para melhor, espero – nesta versão final;

À Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, aqui representada pelo Dr. Júlio Strubing Müller Neto e pela Prof. Sandra Coelho, por viabilizar os deslocamentos aéreos a três dos municípios mais distantes;

Ao Tribunal de Contas do Estado, que através de seu presidente, permitiu a consulta de alguns processos, e forneceu dados para a complementação do trabalho;

Aos funcionários do Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP/USP – Elba, Nilson, Iara, Leandro, Maria, Sônia, Meire e Yvany – que acumularam às suas funções originais, o papel de amigos, fazendo-me sentir “da casa”;

Aos funcionários do CIR/FSP, pela inestimável colaboração na busca e organização de referências bibliográficas. Mais do que isto, pelo tratamento sincero, amistoso e simpático por parte da maioria de seus quadros, aqui representados pelas “meninas”: Marcinha, Sueli (as duas), Ângela, Maria Lúcia, Vanda, Carminha, Antônia e Roberta;

Aos amigos (novos e antigos) da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, pela abertura que me deram, no processo de coleta de dados e informações: Ione, Ana Calhao, Inês, Zenaide, Rui, Adriano e Giovanna (Estatística); Amaury, Norma e Alice (CIB); Beatriz, José Mário e Janete (Vigilância Epidemiológica); Lurdinha, Marilda, Sanae, Aida (Programas); Maria Welter (Auditoria); Alexandre (Informática);

Às inúmeras pessoas que, nos municípios visitados, além de me receberem com cortesia, mostraram espírito de colaboração, abrindo-me portas ou orientando-me como fazê-lo. Agradeço especialmente àqueles que aceitaram ser entrevistados, compartilhando experiências fundamentais a este trabalho:

Água Boa: João Santino e Gelsi (SMS); Oscar (S. Finanças); José Ari e Inês (Câmara); Babete (Gabinete do Prefeito);

Alta Floresta: Vânia, Sirleide, Beto, Fátima (SMS); Edilson (S. Finanças);

Barra do Garças: Antônia e Joelma (SMS); Diva (S. Finanças);

Barão de Melgaço: Dr. Mário (SMS) Orlando (Câmara); João José Campos (Prefeitura);

Cáceres: Sandra, Gláucia, Francina (SMS); Maria Amélia e Jonésia (S. Finanças); Dra. Ana Maria, Marilena e Iracilda (CMS);

Campo Verde: Dirce e Ana Atala (SMS); Evair (Câmara); Josélia, Sr. Nico e Sassá (CMS);

Cuiabá: Hugna, Betinha, Eugênia, João de Melo, Paulinho, Erik (S.M.S); Simone (S. Finanças), Arenilce, Lúcia, Nina, Erlon, Odir, Dr. Preza, Dr. Cesarino e Edmirço (CMS);

Denise: Maria Santana (SMS); Washington (S. Finanças); Paulo (Câmara);

Mirassol D'Oeste: Maria Luíza (SMS);

Poconé: Adeildo, Larissa e Joel (SMS); Vicente (S. Finanças);

Primavera do Leste: Rose (SMS); Jair (S. Finanças); Eraldo (Promoção Social);

Rondonópolis: Mariúva, Rosana, Fátima (SMS); Manuelina (S. Finanças)

Sorriso: Dejair, Rita e Geneci (SMS); Elisandra (S. Finanças); Ivani (Câmara); Circe, Dilson, Nilda, Jurema, Camilo (CMS)

Tangará da Serra: Saria, Dirce (SMS); Dalva (S. Finanças); Hélio (S. Planejamento)

Vera: Lúcio e Alcione (SMS); Humberto (S. Finanças); Giovana (Câmara)

Vila Rica: Dra. Ângela e Jussara (SMS); Zilma (S. Finanças);

Finalmente, agradeço especialmente ao Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi Tanaka, meu orientador, que com competência, disciplina, moderação, objetividade e muita cobrança, manteve-me “ligado” o tempo todo neste trabalho. Mais que orientador, tem sido um grande amigo, parceiro e incentivador.

RESUMO

Instituído pela Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem na **descentralização** um de seus princípios, o qual, através das Normas Operacionais Básicas (NOB) tem sido, junto com o controle social, um dos elementos de sustentação deste Sistema.

Objetivando avaliar a descentralização da assistência à saúde e suas repercussões nos Sistemas Municipais de Saúde, foi estudada uma amostra de 16 municípios mato-grossenses, selecionados segundo porte, nível sócio sanitário e habilitação às NOB. Numa primeira etapa, a descentralização foi avaliada a partir dos dados quantitativos de financiamento, estrutura, produção e resolutividade dos serviços. Na segunda etapa, numa abordagem qualitativa, foram conduzidos 4 estudos de caso, que com base em análise documental e entrevistas, buscaram avaliar a descentralização sob o ponto de vista dos Conselhos Municipais de Saúde e dos conselheiros.

Os dados quantitativos mostraram que a descentralização teve impactos positivos, expressos em: maior aporte de recursos financeiros, melhor organização das secretarias e aumento da produção e da resolutividade de vários serviços, os quais resultaram em melhoria da situação sanitária dos municípios estudados.

Os dados qualitativos apontaram o fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde como instância co-gestora e de controle social do SUS em nível local.

Observou-se também que em Cuiabá e nos municípios maiores, está se desenvolvendo um modelo de atenção que prioriza a assistência médica, individualizada, com grande uso e dependência de tecnologia, que começa a comprometer a provisão e o financiamento da atenção primária. A reprodução desse modelo pode significar a inviabilidade financeira do SUS.

Palavras-chave: Descentralização, Avaliação, Financiamento do Sistema Único de Saúde, Estado de Mato Grosso.

SUMMARY

The Brazilian Health System (SUS), created by the Constitution of 1988, established **decentralization** as one of its principles. This has been, through the Basic Operational Norms (NOB), one of the sustentation elements of this System, along with social control.

With the objective of evaluating health care decentralization and its impact on the Municipal Health System, a sample of 16 of Mato Grosso State's municipalities was studied, selected according to their population, socio-sanitary level and habilitation according to the NOB. Initially, the decentralization process was evaluated through the quantitative data of health services funding, production, structure and resolutivity. Second, utilizing a qualitative approach, four case studies were carried out, based on documents and interviews, seeking to evaluate the decentralization from the perspective of the Municipal Health Council and its councilors.

The quantitative data demonstrated positive impacts of decentralization, such as the increase in financial health resources, the improvement in departmental organization, and the rise in health services production and resolutivity, all of which resulted in the improvement of those municipalities' health situation.

The qualitative data showed the strengthening of the Municipal Health Council as the institution of co-administration and social control of the SUS at the local level.

In Cuiabá and in other large cities, there was evidence of the development of a health care model that prioritizes medical care, individually, with great use of and dependence on technology, which begins to compromise primary health care supply and funding. The reproduction of this model may have important implications in SUS financial feasibility.

Key-words: Decentralization, Evaluation, Health System Financing, State of Mato Grosso

1. INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Sanitária brasileira teve seu apogeu com a VIII Conferência Nacional de Saúde (MS 1987), a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária e com a instituição do Sistema Único de Saúde, pela Constituição de 1988. Esta, a Constituição Cidadã, foi a que mais avançou no campo dos direitos sociais, consolidando ganhos pelos quais a sociedade ansiava há décadas e colocando o país, **sob o ponto de vista de aparato legal**, em um patamar mais elevado de justiça social.

No que tange à saúde, se por um lado a Constituição passou a conceber saúde como “direito de todos e dever do Estado”, por outro, não conseguiu estabelecer com clareza, em seu texto – Art. 198, P. U. (BRASIL 1997) – como dar-se-ia o financiamento desse Sistema de acesso universal e igualitário. Ao refletir as contradições da própria sociedade, a Constituição de 1988 promove avanços e mantém privilégios, mas são inquestionáveis os progressos assegurados no campo da saúde, salientando-se (BRASIL 1997):

- a mudança de concepção de saúde;
- o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde;
- a mudança na forma de organização do Sistema - com destaque para a descentralização - tendo em cada esfera de governo a única responsável pela direção de seu sistema;
- a mudança da lógica curativa sobre a preventiva, ao propor o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais;
- a participação da comunidade, enquanto a alimentadora, a orientadora e controladora do sistema;
- a participação, apenas em caráter complementar, da iniciativa privada.

Passados dez anos, a impressão que se tem é que o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi consagrado pela Constituição de 88 como modelo hegemônico, não parece ser o mesmo Sistema que se tem atualmente: por volta de 25,0% da população

brasileira está vinculada ao sub-sistema privado de saúde, a concepção de saúde tendo a doença como referência e a lógica curativa parecem estar cada vez mais incorporadas pela sociedade e estão constantemente sendo questionados os princípios da universalidade e igualdade de acesso ao Sistema, bem como o da integralidade da atenção à saúde. Nesse cenário pessimista que se descortina, a descentralização e a participação popular parecem ser os únicos (e últimos) bastiões de resistência do SUS.

Constituído em 1988, o SUS somente vai ser regulamentado em 1990 e há que se ressaltar que quando foram sancionadas as Leis Orgânicas da Saúde – Lei nº 8080 (BRASIL 1990a) e nº 8142 (BRASIL 1990b) – já se vivia em outro contexto político, mais permeável à pressão de grupos de interesse corporativos e clientelísticos, não tão favorável à implantação do SUS como originalmente concebido, como expressam os vetos efetuados à Lei 8080 e analisados por SANTOS (1990) e MEHRY (1990). Regulamenta-se o SUS no final de 1990, mas o processo de descentralização da saúde se inicia, ainda que forma enviesada, a partir de 1991, com a edição da Resolução nº 273 do INAMPS – a Norma Operacional Básica 1/91 (BRASIL 1991). A essa seguiram-se a NOB 1/92, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS (BRASIL 1992), a NOB 1/93 (BRASIL 1993) e a NOB 1/96 (BRASIL 1996), estas duas últimas emitidas pelo próprio Ministro da Saúde. A própria identificação dos atores e instâncias responsáveis pela elaboração e edição destas normas já dá indicações das distintas conjunturas, concepções e responsabilidades que vão se conformando no processo de construção deste sistema e mais particularmente da descentralização.

Se o Sistema Único de Saúde tem sido tão criticado e tão desacreditado, principalmente pelos segmentos que não têm interesse na sua real implantação, há por outro lado, que se considerar que ele é o modelo (público) de saúde ao qual recorre a maioria da população do país. Além disso, foi somente nos últimos 8 anos – após a instituição das Normas Operacionais Básicas – que grande parcela dos municípios brasileiros vêm assumindo, de fato, a responsabilidade pela estruturação e gestão de seus Sistemas Municipais de Saúde.

Face ao exposto, avaliar a descentralização da assistência à saúde em Mato Grosso, como parte de uma avaliação da própria construção do SUS neste estado,

significa fazê-lo a partir de 1991 e a partir de referenciais teóricos de pelo menos duas categorias sobre as quais se pretende construir esse objeto de investigação: **avaliação e descentralização**.

1.1. Avaliação

1.1.1. Aspectos teóricos e metodológicos

Implementações nas políticas de saúde têm sido propostas e conduzidas na expectativa de mudanças nas práticas de saúde. A adoção de tais práticas (técnicas ou sociais) e sua capacidade de modificarem a situação de saúde da população tornam-nas, em sua diversidade, importantes e necessários objetos de avaliação (SILVA e FOMIGLI 1994).

Estas autoras, no entanto, identificam pelo menos três problemas que dificultam, particularmente no Brasil, o tratamento da avaliação de forma sistemática: a) a enorme diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre o tema; b) a não preocupação dos autores que conduzem trabalhos de avaliação, com a definição dos termos empregados; e c) na prática cotidiana dos serviços de saúde, a avaliação não é feita rotineiramente, ou quando o é, ocorre de forma incompleta, metodológica e/ou operacionalmente.

Mas o que se entende por avaliação? Na busca de definição da palavra, os dicionários da língua portuguesa, informam que avaliar significa “ato de avaliar, apreciação, cômputo” (FERREIRA 1986:205; SILVA e col. 1976:229) ou “análise, determinação da valia ou valor de” (FERREIRA 1986:205). Este pode ser considerado como um sentido amplo da palavra, que em seu sentido mais específico, segundo AGUILAR e ANDER-EGG (1994:23), ao ser conceituada a partir de sua diferenciação de outros termos, como estimação, medição, seguimento e controle, pode ser entendida como “...uma forma de valoração sistemática que se baseia no emprego de procedimentos que apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo, de maneira justificável”. É esta também a posição assumida por CONTANDRIOPOULOS e col. (1997:31), ao considerarem que:

“avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)”.

Em seus dois sentidos – lato e estrito - a avaliação implica em dar valor, em emitir um juízo de valor, o que traz embutido um forte componente de subjetividade. O que diferencia a avaliação em seus dois sentidos é o tratamento que lhe é dado para torná-la menos subjetiva. Enquanto a avaliação, feita como atividade cotidiana de qualquer um, não tem como preocupação a fundamentação do ajuizamento que a origina, na avaliação sistemática, além desta preocupação ser um princípio, ela se baseia no método científico e nos métodos e técnicas da pesquisa social, para reduzir sua subjetividade.

Foi provavelmente entre os norte americanos que a avaliação mais se desenvolveu, tornando-se inclusive uma área específica de conhecimento, com geração de uma profissão particular: a do avaliador. Muitos são os autores que têm se dedicado sobre esta área, como Banta, Patton, Scriven, House, Guba, Lincoln, Chen, Donabedian, entre inúmeros outros, cada qual aprofundando enfoques distintos e/ou propondo novas abordagens e tecnologias dentro da área. Se por um lado isto tem conferido grande crescimento e dinamismo à avaliação, por outro, tem criado tamanha diversidade de termos, de conceitos, de abordagens e de modelos, que na prática, acabam limitando ou comprometendo sua utilização.

PATTON (1982:34) salienta a necessidade e a dificuldade de conceituar avaliação e explicita a subjetividade desse processo, quando apresenta, com base em revisão de ampla literatura americana, alguns conceitos de avaliação, identificando as ênfases específicas que os orientam:

- Metas e objetivos: “avaliação é o processo de determinação da extensão com a qual as metas e os objetivos de um programa estão sendo atingidas.”
- Métodos: “avaliação envolve primeiramente a aplicação de rigorosos métodos de ciências sociais ao estudo de programas.”
- Comparação: “avaliação é o processo de comparação de custos e benefícios de

dois ou mais programas.”

- Valoração: “avaliação é o processo de julgamento de valor de um programa.”
- Decisão: “avaliação como processo de geração de dados para tomada de decisão e solução de problemas.”
- Informação

A definição elaborada por esse autor dá ênfase específica à informação, a qual varia de acordo com a necessidade e o interesse de seus usuários, mas objetiva uma ação modificadora:

“... a avaliação envolve a coleta sistemática de informação sobre as atividades, características e resultados de programas, RH e produtos à disposição de pessoas específicas, para reduzir incertezas, aumentar efetividade e tomar decisões em relação ao que esses programas, RH e produtos estão fazendo ou afetando. Essa abordagem salienta ...(a) a coleta sistemática de informações (b) sobre um amplo espectro de tópicos, (c) que estão sendo utilizados por grupos de pessoas, (d) para uma variedade de propósitos” (PATTON 1982:35).

Além dos vários conceitos, baseados em ênfases específicas, são muitos os modelos de avaliação, que se baseiam nos métodos que empregam, na abordagem utilizada, no produto avaliado, nas expectativas do cliente, entre uma infinidade de parâmetros. HOUSE (1980:21-43) organizou as abordagens de avaliação em oito modelos, assim sintetizados:

- 1. Análise de Sistemas: são definidas algumas medidas de resultados (padrões) e tenta-se relacionar as diferenças em programas ou políticas que estão sendo avaliadas, a partir das variações nos indicadores escolhidos
- 2. Objetivos Comportamentais: a partir das metas determinadas para o programa, buscam-se evidências para verificar se tais metas estão sendo atingidas.
- 3. Tomada de Decisão: propõe que a avaliação seja estruturada tendo em vista as decisões a serem tomadas.
- 4. “Livre de Meta”: parte do pressuposto que as metas enviesam a avaliação, o que faz com que, nesta abordagem, ela cubra todos os resultados sem se prender às metas.

- 5. Crítica da Arte: à semelhança da crítica de arte, o programa é avaliado a partir das referências, conhecimento e valores do avaliador.
- 6. Acreditação: a avaliação é feita a partir de exigências e critérios padronizados, com as quais o programa é comparado, por “acreditadores” externos, dando-se-lhe uma pontuação.
- 7. “Quase Legal” (ou do adversário): grupos distintos conduzem suas próprias avaliações do mesmo programa e os resultados são debatidos em “painel”, principalmente no que têm de controverso, no sentido de resolvê-los.
- 8. Estudo de Caso (ou transacional): a abordagem se concentra nos processos do programa e em como as pessoas o vêem e é desenvolvido através de entrevistas com usuários e profissionais, observação e apresentação do que se encontrou, na forma de um estudo de caso.

O Comitê de Padrões da Sociedade de Pesquisa em Avaliação (apud PATTON 1982:44) assim identifica as seis categorias (ou tipos) de avaliação, que não são necessariamente excludentes e podem representar os vários passos de uma mesma avaliação:

- 1. Análise de Pré Instalação: “Acontecem anteriormente à instalação de um programa, para prover direcionamento no planejamento e implementação no programa ou para decidir se ele deve ser implementado”.
- 2. Determinação de Viabilidade: “Este tipo de trabalho de avaliação inclui atividades voltadas para a determinação da viabilidade dos vários métodos e abordagens de avaliação. A intenção da avaliação, questões técnicas, limitação do desenho e parâmetros de custo são estabelecidos através da determinação da viabilidade, anteriormente à deflagração de uma avaliação mais formal, principalmente de resultados do programa”.
- 3. Avaliação Formativa (ou do processo): “Estas avaliações são voltadas para o levantamento de informações para a melhoria, modificação e gerenciamento do programa”
- 4. Avaliação dos Impactos (somativa ou dos resultados): “Estas avaliações são dirigidas para a determinação dos resultados e dos efeitos do programa, especialmente com o propósito de tomada de decisão quanto à continuidade,

expansão, redução e financiamento do programa”

- 5. Monitoramento do Programa: “Provavelmente a menos reconhecida, mas a mais praticada categoria de avaliação. Os tipos de atividade envolvidos nesta avaliação variam largamente, da checagem periódica de acordo com a política até um franco seguimento dos serviços oferecidos e contagem de clientes”.
- 6. Avaliação da Avaliação (Meta Avaliação): “Esta categoria inclui críticas profissionais dos relatórios de avaliação, reanálise dos dados e revisões externas de avaliações internas”.

Já AGUILAR e ANDER-EGG (1994) classificam os tipos de avaliação em relação ao tempo (ex-ante, durante e ex-post), à sua função (formativa ou somativa), aos avaliadores (externa, interna, mista, auto-avaliação) e ao objeto da avaliação (avaliação e conceitualização do plano, avaliação do processo, avaliação dos resultados)

As definições, os modelos e os tipos de avaliação expostos, são apenas uma amostra do que trata a literatura, mas a combinação dessas categorias, dá uma idéia do número de possibilidades de estudos distintos. PATTON (1982:45) enumera 33 estudos com enfoques diferentes, referindo ter encontrado mais de 100, em outra revisão. Na prática, muitas vezes as categorias apresentadas podem se somar ou se complementar e dependendo do avaliador e do contexto em que se desenvolve a avaliação, mais destaque será dado a um ou outro enfoque. É pensando na mencionada profusão de termos e de categorias, e no seu potencial limitador, na prática das pesquisas e dos serviços, que se transcrevem duas considerações, à guisa de conselhos: a) “a importância prática dos diferentes tipos de avaliação reside nos sentidos, idéias e distinção atrás dos termos, não nos próprios termos” (PATTON 1982:51) e b) “...é melhor pensar em modelos (de avaliação) não como receitas ou ideais, mas como idéias” (PATTON 1982:41).

Para avaliação voltada para assistência à saúde, como é o caso deste trabalho, a abordagem proposta por DONABEDIAN (1986, 1988, 1990, 1992, 1993) se destaca, embora se volte para a assistência médica e mais especificamente, para a qualidade desta assistência. Para o autor, a abordagem da avaliação se faz sobre três categorias: 1) *estrutura*: atributos dos recursos materiais (estrutura física, equipamentos e

recursos financeiros), recursos humanos (número, qualificação, vínculo) e da estrutura organizacional, nos quais ou pelos quais a assistência é provida ; 2) *processo*: engloba tudo que está sendo feito na dinâmica de prover e receber a assistência; 3) *resultado*: reflete os efeitos da assistência na situação de saúde de pacientes e da população. Estrutura, processo e resultado estão encadeados e nem sempre é possível identificar onde termina uma categoria e se inicia a outra. Para esse autor, o importante não é saber classificar o elemento em estudo dentro de uma das três categorias, mas sim entendê-lo dentro da dinâmica oferecida por elas. Além disso, por estarem interligadas e nem sempre dissociáveis, o mais coerente, segundo o autor, é não limitar a abordagem a uma categoria, mas combinar, no processo de avaliação, indicadores que dêem conta de mensurar tanto estrutura como processo e resultado.

Entende-se portanto, que a abordagem proposta por Donabedian não cria um conceito novo de avaliação, mas sim instrumentaliza um modo próprio de conduzi-la, identificando no que está sendo avaliado, universos particulares. Assim, na avaliação da descentralização da assistência à saúde em Mato Grosso, ao se identificar as modificações no modelo de atenção, na provisão de serviços e em sua resolutividade, o enfoque centra-se no *processo*, embora contribua para isto a avaliação da *estrutura* (principalmente do componente financiamento). Também o componente *resultado* é contemplado, ao se avaliar o impacto representado pelos serviços produzidos, em termos de redução da mortalidade infantil ou de melhoria geral do nível sócio-sanitário.

A dimensão política da avaliação é outro aspecto que merece ser ressaltado, tendo em vista o tema deste trabalho, embora não se tenha optado por essa abordagem. Destaca-se assim o que FIGUEIREDO e FIGUEIREDO (1986) elaboraram acerca de Avaliação Política e Avaliação de Políticas. Para eles, a avaliação política deve constituir uma etapa preliminar e preparatória da avaliação de políticas, uma vez que aquela pressupõe “... a análise e elucidação do critério ou critérios que fundamentam determinada política”. Segundo esses autores, se a avaliação “...se detiver no exame substantivo da política e seu produto, fica restrita à avaliação política”. “Ao entrar no mérito da efetiva apropriação de seus benefícios pela população, transforma-se em avaliação de políticas”, o que pressupõe tanto a

avaliação de processos e seus produtos (através da eficácia e eficiência), como de impactos, ou efeitos sobre a população (através da efetividade).

Independentemente da concepção que orienta o processo avaliativo, merecem ser ressaltados alguns pressupostos que a OMS (1981) salienta e que reforçam algumas das considerações apresentadas pelos autores citados anteriormente:

a) Avaliação deve ser entendida “como um meio sistemático de aprender empiricamente e de utilizar as lições aprendidas para o melhoramento das atividades em curso”, ou seja, um dos objetivos da avaliação é conhecer para melhorar;

b) Avaliação deve ser entendida como parte de um processo mais amplo, ou seja, ela faz parte do processo que inclui formulação, implantação e execução de políticas e programas de saúde;

c) Avaliação deve ser flexível e adaptável às distintas situações e circunstâncias apresentadas, além de ser um processo contínuo e dinâmico;

d) Avaliação deve utilizar informações válidas, sensíveis, simples, pertinentes, acessíveis, que permitam analisar o que está sendo avaliado de forma quantitativa e também qualitativa, através de indicadores adequados (e fidedignos), que diminuam o grau de subjetividade a que qualquer avaliação é suscetível;

e) Os resultados da avaliação, se bem conduzida, são robustos e válidos o suficiente para se constituírem em instrumentos de gestão (de reanálise, redirecionamento, reorganização).

1.1.2. O uso da Epidemiologia na Avaliação

DEVER (1988) considera três os principais usos da epidemiologia na saúde: etiológico, clínico e administrativo. No universo da administração dos serviços de saúde, independente da abordagem em que esta é concebida (funcional ou processual), o uso da epidemiologia é fundamental porque subsidia o processo de tomada de decisão, ao prover as informações nas quais este processo, considerado a essência da administração, se baseia.

Isto fica mais claro quando este autor explicita cada uma das etapas do planejamento em saúde, identificando os momentos de tomada de decisões e

conseqüente utilização da epidemiologia. Com maior ou menos destaque, a epidemiologia faz-se necessária: a) na identificação de necessidades e problemas; b) na determinação de prioridades; c) no estabelecimento de objetivos; d) na definição de atividades para alcançar os objetivos; e) na mobilização e coordenação de recursos; e) na avaliação. Na avaliação, quer ela se volte para os custos, para o processo ou para os resultados do que está sendo implementado, a epidemiologia estará contribuindo tanto na definição do modelo adotado para a avaliação, como na seleção, no uso e na interpretação dos indicadores epidemiológicos que subsidiarão tal processo. Neste sentido, a epidemiologia é instrumento que ajuda a imprimir caráter dinâmico e contínuo à avaliação.

Também GOLDBAUM (1992:69) ressalta a importância da epidemiologia para a “... orientação de estratégias na definição e implementação de políticas de saúde, bem como no processo de acompanhamento e avaliação das mesmas...”, embora reconheça que este uso ainda seja pouco desenvolvido no Brasil.

Para este autor, dentre as quatro principais possibilidades de uso da epidemiologia em serviços de saúde – estudos da situação de saúde; vigilância epidemiológica; estudos causais e avaliação de serviços, programas e tecnologias – esta última é a menos desenvolvida, no Brasil, inexistindo ou se restringindo a aspectos financeiros e contábeis de ordem genérica.

Com base em elementos de ordem política, técnica, organizacional e social, que com maior ou menor intensidade vêm estimulando e promovendo a interação entre a epidemiologia e os serviços de saúde, o II Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil: 1995-1999 – II PDDEB (ABRASCO 1995) – identificou os principais espaços de utilização da epidemiologia, nos serviços de saúde: o estudo da situação de saúde, a vigilância de doenças e outros agravos e a avaliação dos serviços. Dentro de cada uma destas possibilidades, foram identificados os problemas sobre os quais caberiam ações específicas, sobressaindo-se entre estes (ABRASCO 1995:48):

Problema 1: Conhecimento insuficiente das condições concretas de saúde da população para permitir intervenções estratégicas, pelos serviços de saúde;

Problema 2: Incompatibilidade de alguns Sistemas de Informação em

Saúde e dificuldades de acesso às bases de dados existentes;

Problema 3: Necessidade de ampliar o escopo dos programas de Vigilância Epidemiológica, conforme previsto pela Lei 8080;

Problema 4: Insuficiência de estudos epidemiológicos que permitam avaliar a necessidade, adequação e efetividade dos serviços prestados;

No caso específico da avaliação, o problema 4 congrega vários pontos críticos também identificados no II PDDEB:

1. Desconhecimento do grau de implantação, em termos quantitativos e qualitativos, das ações programáticas nos serviços de saúde;
2. Dificuldades de obtenção de informações relativas aos serviços de saúde, que permitam aquilatar seu funcionamento e o atendimento às necessidades de saúde, visto que as informações disponíveis são de caráter contábil;
3. Insuficiente utilização das técnicas e estratégias de monitoramento de processo, na execução das ações programáticas, nos diferentes níveis hierárquicos do sistema;
4. Desarticulação entre os diferentes níveis de atenção e instituições locais, dificultando a possibilidade de se avaliar produtos e impactos das instituições;
5. Pequena inserção das instituições acadêmicas na pesquisa avaliativa da resolutividade das práticas assistenciais;
6. Ausência de abordagem interdisciplinar e multidisciplinar para o desenvolvimento de investigações nos sistemas e serviços de saúde.

As limitações listadas, na forma de pontos críticos, são também influenciadas pelos demais problemas ressaltados e pelos vários nós críticos a eles relacionados, principalmente quando se tem os municípios, e suas múltiplas realidades, como objeto de trabalho. O conjunto de limitações informa que muito ainda tem que ser feito para que os serviços de saúde incorporem plenamente a epidemiologia, como instrumento e prática de trabalho, fortalecendo-se e a ela, mutuamente. As condições atuais, no entanto são propícias e potencialmente fomentadoras desta integração, considerando-se minimamente que: a) a consolidação do SUS implica na utilização da epidemiologia na formulação, implementação e avaliação de políticas, programas e ações de saúde nos municípios; b) a direção única do SUS no nível local estimula

a articulação interinstitucional dentro e fora da esfera local de governo; c) o Sistema de Informação em Saúde, em seus vários sub-sistemas, melhorou qualitativa e quantitativamente, sendo que a informatização e a internet tornaram-no mais confiável e acessível; d) as normalizações mais recentes (NOB-93 e 96) têm praticamente exigido a incorporação da epidemiologia em serviços de saúde; e) investimentos têm sido feitos em treinamento e capacitação de gerentes municipais de saúde; f) o fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde, enquanto instância de controle social e co-responsável pela política municipal de saúde, representa mais um espaço de utilização da epidemiologia, como instrumento de conhecimento para ação.

Ainda que na prática dos serviços de saúde (em termos de publicação, pelo menos), a utilização da epidemiologia na avaliação dos mesmos não seja muito comum, ela tem sido utilizada no meio acadêmico, seja voltada a programas específicos (HARTZ 1997), à qualidade de serviços (RATTNER 1996), à política de saúde (HEIMANN e col 1998). Neste sentido, o presente trabalho, a) ao propor e calcular indicadores que quantificam o financiamento, a estrutura e os resultados (através da produção e resolutividade) dos serviços de saúde; b) ao acompanhar ao longo de oito anos, em realidades distintas, a variação destes indicadores; c) ao compará-los no tempo e entre si, buscando interpretá-los à luz do conhecimento estabelecido e das evidências empíricas e d) ao confrontá-los com as percepções subjetivas dos atores sociais envolvidos direta ou indiretamente na sua produção, além de tratar da avaliação, certamente o busca fazer através da utilização extensiva da epidemiologia.

1.2. Descentralização

A descentralização permeia vários capítulos da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, mas não deve ser entendida apenas como um produto da Assembléia Nacional Constituinte e da abertura política que permitiu sua instalação. De fato, como afirma TOBAR (1991), a descentralização está ligada ao processo de construção do Estado Moderno, aparecendo na consolidação dos regimes democráticos e desaparecendo durante as ditaduras, e mais que isto, é um dos

resultados (ou uma das conseqüências) das mudanças que vêm se operando neste último quartil de século, principalmente nos países centrais, as quais vêm repercutindo, às vezes até de forma traumática, nos demais países dependentes, entre os quais o Brasil. A emergência de uma economia pós-industrial, a crise do emprego, o aumento do desemprego e da demanda por serviços públicos, a redução do crescimento do PIB, as mudanças do perfil demográfico, a globalização, entre outros fatores (que são alguns dos elementos interligados à crise do “Welfare State”), fizeram com que fosse revisto o papel de um Estado Nacional forte, protetor e centralizado (ABRUCIO e COSTA 1998; BARROS 1997; MEDICI 1991; VIANA 1997; MENDES 1998).

ABRUCIO e COSTA (1998), num balanço das reformas realizadas nos países desenvolvidos, frente a este cenário, identificaram duas “reações” de peso: a modificação do modelo de intervenção econômica, através de privatizações, concessões e desregulamentação, tendo o Estado, neste processo, um importante papel regulador, e a adoção de novas formas de gestão, entre as quais se sobressai a descentralização. Neste sentido, a descentralização emerge como uma estratégia – de ordem gerencial – de reestruturação do Estado.

Embora nessa perspectiva a descentralização possa aparecer apenas como possibilidade de conferir maior eficácia e eficiência ao aparato estatal (na lógica do Estado mínimo), a descentralização, segundo vários autores também está associada à democratização, à centralização, à desconcentração, à autonomia, ao modelo de organização, ao princípio federativo e até mesmo à privatização. Assim, o conceito de descentralização não deve ser único ou fechado, uma vez que ele vai estar sendo construído a partir de determinadas concepções, do contexto em que está sendo utilizado e também das posições político-ideológicas de quem o está definindo e utilizando. Nesse aspecto, considera-se mais interessante apresentar e explorar sucintamente algumas das várias dimensões do termo, na busca de sua construção, que limitá-lo a uma definição fechada.

1.2.1. Descentralização e Centralização

BOBBIO e col. (1993) concebem descentralização a partir de centralização,

num universo onde ambas não podem existir em forma pura (por contrariarem - nesta forma - a própria noção de Estado), mas sempre entrelaçadas e em relação dinâmica. Para o autor, tem-se

“...centralização quando a quantidade de poderes das entidades locais e dos órgãos periféricos é reduzida ao mínimo indispensável, a fim de que possam ser considerados como entidades subjetivas de administração. (Tem-se) ...ao contrário, descentralização quando os órgãos centrais do estado possuem o mínimo de poder indispensável para desenvolver as próprias atividades” (BOBBIO e col. 1993: 330).

Tendo em vista o que referem esses autores, o poder emerge como elemento chave para a caracterização da descentralização (e da centralização), entendendo-se “poder” num sentido amplo, que engloba minimamente as dimensões política, administrativa, financeira e fiscal. Claro está que tanto a descentralização como a centralização absolutas são apenas possibilidades teóricas. Mesmo em regimes autoritários, quando o poder é centralizado, não é possível que ele o seja de modo total, de tal forma que toda uma nação seja completamente controlada por um poder central. Não seria possível afirmar, por exemplo, que a ditadura no Brasil conseguiu ter, durante 20 anos, um poder absoluto sobre todos os municípios brasileiros. Por outro lado, a descentralização absoluta provavelmente representaria o caos, principalmente para uma nação com tantas desigualdades como o Brasil. Cada esfera de governo tem seu papel definido, dentro do princípio do federalismo que vigora neste país e a cada uma delas devem ser conferidos poderes para o desempenho desses papéis. A descentralização, neste sentido, implica em transferência (ou alocação) de poder para o exercício dos respectivos papéis.

No caso da saúde, a descentralização visa a constituição de Sistemas Locais de Saúde que respondam adequadamente às demandas e necessidades da população adscrita, mas que ao invés de se caracterizarem como sistemas isolados e autônomos, sejam elementos e elos dinâmicos de Sistemas Estaduais, que conformam um Sistema Nacional. Neste sentido, a descentralização – e a centralização – têm que coexistir, de forma pactuada, para garantir o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde e não a atomização dos Sistemas Locais.

Quando se fala em transferência de poder a cada esfera de governo (União → estados → municípios), já se está definindo qual forma de descentralização – **entre níveis de governo** – está em discussão, uma vez que outras existem (UGA 1991), tanto no sentido da administração direta para a indireta (autarquias, fundações e empresas públicas) como no sentido do Estado para a sociedade civil (através de articulação com as organizações da sociedade civil ou através da venda de empresas públicas ao setor privado).

1.2.2. Descentralização e Democracia

Há uma tendência praticamente universal de se associar descentralização à democracia. Progressistas vêem na descentralização uma estratégia para a criação de instituições onde a participação dos cidadãos – enquanto sujeitos sociais, atuantes em decisões políticas – pode ser viabilizada (BORJA apud ARRETCHE 1996). Já para os liberais, segundo ARRETCHE (1996), a descentralização representa a possibilidade de rompimento com estruturas centralizadas, liberando a capacidade de iniciativa da sociedade.

No entanto, a descentralização, por si só, não é condição suficiente para promover a democracia, pois, como afirma essa autora (1996:48): “É a concretização de princípios democráticos nas instituições políticas de cada nível de governo que define seu caráter...” . Assim, caso os princípios democráticos não estejam incorporados nas instituições que compõem um determinado município, a transferência de poder do centro para a periferia, pode significar apenas uma “mudança de endereço” da centralização e não a descentralização propriamente dita. Deste modo, associa-se à transferência de poder, a necessidade de um certo desenvolvimento democrático, para que se dê, de fato, a descentralização.

É inegável, no entanto, a possibilidade de a transferência de poder do centro para a periferia (contando esta com uma estrutura ainda precária de participação popular), funcionar como um estímulo para a constituição de instituições e incorporação de princípios democráticos, viabilizando, com o tempo, a plena descentralização. Nesse sentido, assume-se a não associação obrigatória de descentralização com democracia, mas alinha-se com o pensamento de BORJA

(apud ARRETCHE 1996), ao se admitir a possibilidade de a descentralização ser também elemento viabilizador de democracia.

Os princípios democráticos, e as qualidades da descentralização face a tais princípios (ambos sintetizados no Quadro 1) foram trabalhados por UGA (1991: 95-7), que analisou as possibilidades, bem como as dificuldades e limitações, de a descentralização conduzir aos princípios democráticos, concluindo que embora a descentralização tenha grande importância no processo de implementação da democracia, ela, por si só, não garante sua viabilização. À transferência de poder há que se somar minimamente a constituição de instituições representativas, a incorporação de princípios democráticos, o exercício da (e a educação pela) prática democrática, através da participação, tudo isto em um ambiente amplo – nacional, estadual e municipal – de democracia. Nada que não possa ser, no entanto, gradual, progressiva e continuamente alcançado, ou construído.

Quadro 1. Qualidades da Descentralização frente aos Princípios Democráticos

Princípios da Democracia ¹	Qualidades da Descentralização ²
Controle do governo pelos cidadãos; Eleições por maioria; Consideração das demandas da minoria; Processo de educação para a cidadania; Participação popular.	Fortalecimento das instituições representativas e das liberdades e direitos políticos; Maior facilidade para conversão das demandas sociais em programas e serviços; Maior controle social sobre a administração pública de nível local; Instituições representativas locais substituindo (e/ou competindo com) as oligarquias; Papel integrador das instituições locais, como elementos do Estado e comunidade; Multiplicação dos núcleos de poder político, através do fortalecimento do poder local; Redução do corpo burocrático e aumento da eficácia das políticas públicas; Atenção às demandas crescentes por participação através de instituições representativas.

1. A autora aponta estes princípios, após análise dos quatro modelos de democracia por ela tratados: democracia protetora, democracia de equilíbrio, democracia desenvolvimentista e democracia participativa.

2. Tais qualidades foram extraídas pela autora de BORJA (1989).

1.2.3. Descentralização e/versus Desconcentração

Descentralização tem significado distinto de desconcentração. A primeira, segundo TOBAR (1991) incorpora a noção de redistribuição de poder, de alteração de interesses de grupos de poder, enquanto a desconcentração envolve delegação de competências sem deslocar o poder decisório. Posição semelhante é adotada por JUNQUEIRA (1996, 1997), o qual refere que:

“A desconcentração difere da descentralização pois enquanto na primeira há apenas um deslocamento da decisão, na segunda o poder é transferido. São estratégias diversas para atingir um mesmo objetivo: levar para mais próximo da população o poder de decisão sobre as ações do poder público, com o intuito de dar maior eficácia às ações estatais, viabilizando a participação”. (JUNQUEIRA, 1997: 19)

UGA (1991) também diferencia desconcentração de descentralização, embora admita que a primeira possa estar inclusa na segunda, uma vez que descentralização implica na redistribuição de encargos (coincidindo com desconcentração) e também dos meios (poder e recursos) para executá-los.

Não é pequeno, no entanto, o número de autores que como MEDICI (1994, 1995) e TEIXEIRA (1990), não vêem a dicotomia entre ambas, identificando na desconcentração uma etapa do processo de descentralização. Segundo MEDICI (1995: 95) “...pode-se afirmar que: a) a desconcentração é condição necessária, mas não suficiente para um processo pleno de descentralização; b) a desconcentração faz parte do processo de descentralização e pode ser considerada como uma forma de descentralização”.

É também Medici que ao analisar o Financiamento do Setor Saúde, elabora o diagrama apresentado abaixo, que se baseia na taxonomia de AFFONSO (apud MEDICI 1994: 65-7), o qual também conceitua os vários “tipos” de descentralização ilustrados no diagrama.

Desconcentração financeira: a responsabilidade sobre o gasto mantém-se sob o poder das esferas centrais de governo, embora a operação seja feita por uma agência do governo central, no nível local.

Descentralização autônoma: passagem de responsabilidade da esfera de maior para a de menor hierarquia, financiada mediante recursos próprios desta última esfera.

Descentralização dependente: passagem de responsabilidade da esfera de maior para a de menor hierarquia, financiada através de transferências de recursos da esfera mais central.

Descentralização dependente tutelada: baseada em transferências negociadas de recursos financeiros.

Descentralização dependente vinculada: baseada em transferências automáticas de recursos financeiros, legalmente definidos.

Nos vários sistemas estaduais e municipais de saúde, essas diferentes modalidades estarão ocorrendo simultaneamente e essa tipologia de descentralização, mesmo que restrita ao componente financiamento do setor saúde, traz elementos importantes e que vão auxiliar no processo de caracterização das várias “descentralizações” concebidas nas distintas Normas Operacionais Básicas.

1.2.4. Descentralização, Federalismo e Autonomia.

O federalismo aparece no Brasil com a proclamação da república, em 1889 e é homologado pela Constituição de 1891, que em seu Art. 1º institui a república como “...a união perpétua e indissolúvel das antigas províncias, em Estados Unidos do Brasil” (BRASIL 1891). Embora de inspiração nitidamente americana, o federalismo

brasileiro pouco tem a ver com aquele modelo, em seus princípios básicos, ou seja, enquanto o federalismo dos EUA surge como um pacto entre os estados autônomos, suscitando o aparecimento e a organização de uma instância central federal, no Brasil a União é antecessora e criadora dos estados, que de províncias do império passam a unidades federadas, às quais são distribuídas parcelas de poder. Enquanto o modelo americano é agregador, uma vez que é sustentado por um acordo pactuado entre partes autônomas, o modelo brasileiro, embora proponha a descentralização, é desagregador, fomentando a distribuição desigual de poder aos estados, conforme o poder político e econômico dos mesmos (ABRUCIO e COSTA 1998).

A definição de um Estado Federal implica numa descentralização política, a qual segundo BOBBIO e col. (1993: 331) expressa uma idéia de direito autônomo. Para esses autores, “somente quando a descentralização assume os caracteres de uma descentralização política podemos começar a falar de federalismo ou, a nível menor, de uma real autonomia política das entidades territoriais”.

Em relação ao Brasil, há que se determinar quais são os níveis de descentralização e de autonomia políticas que têm as esferas regionais (estados) e municipais e se eles expressam, realmente, a idéia de direito autônomo. Os níveis sub nacionais tiveram sua autonomia ampliada após 1988, mas ainda se trata de uma autonomia limitada, uma vez que, principalmente em termos financeiros, grande parte dos estados e a maioria dos municípios brasileiros são bastante (e às vezes totalmente) dependentes dos repasses financeiros centrais. É óbvio que por trás dessa relativa centralização financeira (que já foi muito mais acentuada e impermeável a questionamentos) está a necessidade da existência, num Estado Federal democrático, de um governo central com papel redistributivo e redutor de desigualdades, mas também é inegável que tal situação limita a autonomia das esferas sub-nacionais de governo.

Como parte de um todo, a descentralização, enquanto princípio do federalismo, se complementa na sua relação de cooperação/competição com a centralização, definidora da alocação e/ou transferência de poder para o exercício das atribuições de competência de cada esfera de governo.

1.2.5. Princípios da Descentralização

Concebe-se a descentralização como uma estratégia ou como instrumento que possa, associado a outros, promover alterações político-institucionais. Assim, à semelhança do posicionamento assumido por TOBAR (1991), MEDICI (1995) e LOBO (1988), entre outros autores, a descentralização representa um meio para viabilizar mudanças e não um fim em si própria. Em termos amplos, a descentralização pode **auxiliar** na viabilização da democratização do Estado e de maior justiça social, enquanto no setor saúde pode ser **um dos** elementos viabilizadores da universalidade e equidade de acesso aos serviços de saúde, da mudança do modelo de atenção à saúde, da oferta adequada às necessidades e da participação e controle social, entre outros princípios de sustentação do SUS.

Também é importante salientar alguns princípios norteadores, que orientam a descentralização na consecução dos objetivos a que ela se propõe. LOBO (1988, 1990) enumera quatro desses princípios, que se sobressaem entre outros:

- **flexibilidade:** entendida como “tratamento diferenciado aos governos sub-nacionais”, ou seja, as desigualdades políticas, econômicas, técnico-administrativas e sociais – intra e extra – regionais, estaduais e municipais devem ser consideradas e tratadas de forma diferenciada. Não deve existir um “modelo” único e fixo de descentralização;

- **gradualismo e progressividade:** incorpora a flexibilidade e trata da adequação da descentralização às distintas realidades definidas no tempo e no espaço, permitindo que ela se consolide de forma gradual e contínua, não somente a partir de deliberações centrais, mas como resultado de processos pactuados de mudanças;

- **transparência no processo decisório:** como a descentralização trata fundamentalmente de transferência de poder, o exercício desse poder descentralizado implica em transparência, para que ele se legitime, se implemente e se perpetue;

- **controle social:** associado à transparência no processo decisório, o controle social é elemento de democratização do Estado, sendo ambos, princípios orientadores do futuro do processo de descentralização. A descentralização da saúde pode, por exemplo, significar uma centralização municipal, caso neste nível o

exercício de poder do secretário municipal de saúde não seja transparente e/ou as instituições de controle social – Conferência Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde (legitimamente constituído), Conselhos Gestores, Ouvidoria de Saúde – não existam, ou estejam à margem do processo decisório municipal.

1.2.6. A Descentralização e os Conselhos Municipais de Saúde

Os Conselhos Municipais de Saúde configuram-se como instâncias políticas legalmente estabelecidas, responsáveis pela participação no planejamento e gestão da saúde local, bem como no controle das ações e serviços de saúde nessa esfera de governo (PINHEIRO 1995).

Embora a origem dos Conselhos de Saúde atuais remonte às experiências sociais desenvolvidas a partir dos anos 70, relacionadas à proposta de *medicina comunitária* (CARVALHO 1995), é a Constituição de 1988, ao definir a participação da comunidade como um dos princípios do SUS (BRASIL 1997) e posteriormente as Leis Orgânicas de Saúde (BRASIL 1990a, 1990b) que instituem e normalizam os Conselhos Municipais de Saúde, os quais: a) têm caráter permanente e deliberativo; b) são órgãos colegiados compostos por governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, com representação paritária; c) são responsáveis pela formulação de estratégias e pelo controle da execução de políticas de saúde, no nível local.

Assim, ao se sobressaírem como fóruns de participação e controle social do SUS, os Conselhos Municipais de Saúde vinculam-se à descentralização, como um de seus insumos, um de seus produtos e um de seus princípios. Ao se configurar como instituições políticas, em cujo interior os princípios democráticos podem (e devem) ser desenvolvidos e/ou exercitados, os Conselhos são potenciais viabilizadores de democracia, um dos produtos desejados pela descentralização e certamente um de seus principais elementos constitutivos. Caracterizam-se como um dos princípios da descentralização ao constituírem a principal estrutura de participação e controle social dos Sistemas Municipais de Saúde.

Embora muitos autores exaltem a importância dos CMS (PINHEIRO 1995; CARVALHO 1995, 1998; CORTES 1998; BARROS 1998; VIANA 1998; O'

DWYER e MOYSES 1998; DAL POZ e PINHEIRO 1998; SILVA 1998; VALLA 1998; SOUZA 1999), há que se ressaltar que grande parte dos Conselhos, se não a maioria, foi criada “...por iniciativa dos governos e não dos setores organizados da sociedade civil” (VALLA 1998: 31), geralmente motivados por exigência normativa para repasse de recursos federais. Não é casual que o processo de criação dos Conselhos tenha se implementado a partir da edição da NOB-91 (CARVALHO 1995).

Além disso, a participação não se efetiva simplesmente pelo fato de os Conselhos Municipais terem sido criados. Entre outros, a composição dos conselhos é um dos elementos que interferem na participação. VIANA (1998: 21) identifica “...a preponderância de uma tríade de representação da política no nível local, composta por políticos, médicos e proprietários de serviços”, cuja presença e participação nos Conselhos comumente se efetiva nos segmentos representando os gestores, os provedores e algumas categorias de trabalhadores. Apenas secundariamente aparecem os usuários (embora representem 50,0% da composição do Conselho) e os demais profissionais e trabalhadores da saúde. Como palco de articulação e confronto entre poder técnico, poder administrativo e poder político, os CMS acentuam as diferenças, inclusive sociais, entre os segmentos que os compõem, caracterizando a paridade normalizada, como “paridade entre desiguais” (PINHEIRO 1995: 91).

CORTES (1998: 11) enumera, com base em revisão de literatura, sete fatores determinantes da participação, salientando a importância dos dois primeiros, embora todos eles se afetem mutuamente:

“...1) mudanças recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde; 2) organização dos movimentos popular e sindical na cidade; 3) relacionamento entre profissionais da saúde pública... ..e lideranças populares e sindicais; 4, 5, 6) posições das autoridades federais, estaduais e municipais de saúde em relação à participação; 7) dinâmica de funcionamento do Conselho.”

No segundo semestre de 1993 estavam cadastrados 2108 Conselhos Municipais de saúde, entre os 4973 municípios existentes (NESCON 1993), representando uma cobertura de 42,4%, porcentagem esta provavelmente subestimada haja vista que

muitos Conselhos existentes não estavam cadastrados à época. Em 1996, considerando-se o número de municípios habilitados a uma das três formas de gestão previstas na NOB-93, os CMS somavam pelo menos 3078 (LEVCOVITZ 1995), representando uma cobertura de 61,9%. Dados de novembro de 1999 (MS 1999) informam a existência de 5343 CMS, cobrindo 97,0% dos 5506 municípios brasileiros.

Considerando-se: a) que os Conselhos Municipais de Saúde representam núcleos de poder (no interior dos quais se estabelecem relações de poder), inseridos dentro de uma estrutura de poder constituído – governo municipal; b) o processo de criação dos Conselhos; c) a composição dos mesmos e o jogo de poder e/ou interesses que a orienta; d) os determinantes da participação acima mencionados; e) a evolução do número de Conselhos nos municípios brasileiros; já se pode evidenciar a heterogeneidade dos CMS, quer em seu processo de criação e composição, quer em seu desempenho e posicionamento frente aos projetos, problemas e reivindicações a eles apresentados.

1.2.7. A Descentralização e os Instrumentos Normalizadores

Uma vez expostos alguns dos elementos que conformam a descentralização, bem como alguns de seus princípios norteadores, suscita interesse analisar como tais elementos e princípios estão incorporados aos instrumentos que vêm orientando o processo de descentralização da saúde, após a Constituição de 1998 e a sanção das Leis Orgânicas da Saúde.

1.2.7.1. Norma Operacional Básica 01/91

Editada pelo INAMPS/MS em janeiro/91 e reeditada em julho do mesmo ano, a NOB 01/91 (BRASIL 1991) reproduz em seu texto muitos dos elementos que compõem as Leis Orgânicas da Saúde, uma vez que elas constituem as bases de implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, mas o enfoque desta Norma está basicamente direcionado à normalização de mecanismos de financiamento do SUS – repasse, acompanhamento, controle e avaliação dos recursos financeiros do INAMPS para os municípios e/ou estados –, mecanismos

estes considerados fator de incentivo ao processo de descentralização.

Chama primeiramente a atenção – e é uma evidência de que se evoluiu no processo de construção do SUS, quando se o analisa atualmente – o fato de que esta NOB tenha sido editada sob a chancela do INAMPS, revelando como são complicados, cheios de avanços e retrocessos, os caminhos de uma mudança. Desde 1990 vinculado ao Ministério da Saúde (que também contemplava um “Departamento do SUS”), o INAMPS, instituto que com esta ou outras denominações foi o mantenedor de um modelo de saúde médico-assistencial-hospitalar, continuava a manter o poder (e principalmente os recursos financeiros) para editar uma norma orientadora para o Sistema Nacional de Saúde. Não é casual, portanto, que tal Norma privilegiasse o financiamento, e mais especificamente da Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

A não ser quando essa NOB se reporta às Leis 8080 e 8142, não se evidenciam em seu texto, maiores referências a alguns dos elementos constitutivos da descentralização, como democracia, federalismo e autonomia. Já a centralização e a desconcentração financeiras são elementos que a permeiam, implícita ou explicitamente. A centralização está presente na forma extremamente fechada com que são definidos os repasses financeiros para as atividades hospitalares e ambulatoriais.

Para as atividades hospitalares, o pagamento é feito diretamente do INAMPS ao estabelecimento provedor do serviço. Também é o nível central que define os critérios – demográficos, epidemiológicos e de estrutura física – que orientarão o repasse de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) aos municípios e aos estados. Aos municípios que preenchem os critérios prescritos na lei Nº 8142, cabe o encargo da distribuição das AIH aos prestadores públicos, filantrópicos e contratados. Neste sentido, apenas uma atribuição administrativa foi transferida aos municípios, caracterizando uma desconcentração. Além disso, a parcela de AIH dos municípios “não habilitados” – provavelmente os de menor porte e mais deficitários em termos de estrutura e provisão de serviços –, somada a 20,0% do total de AIH calculadas com base na população de cada município, são alocadas nas Secretarias Estaduais, as primeiras para serem gerenciadas por esta instância e as segundas compondo o “fundo de compensação de demanda”. Desnecessário dizer que tal

estratégia transforma as AIH em instrumento de poder (o “cheque em branco”), que acaba favorecendo os municípios política e estrategicamente mais importantes, ou socialmente organizados, o que quase sempre exclui os municípios mais carentes.

Para as atividades ambulatoriais, mais uma vez é o INAMPS que estabelece os valores das Unidades de Cobertura Ambulatorial (UCA) para cada estado, que segundo aquele órgão, baseiam-se nos critérios: população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico, econômico e financeiro da rede em períodos anteriores. Uma parcela de 10,0% dos recursos para atividades ambulatoriais é mantido no nível estadual, enquanto os 90,0% restantes são destinados (proporcionalmente a sua população) aos municípios, recebendo-os em seus Fundos Municipais de Saúde, os municípios habilitados e indiretamente, via Secretarias Estaduais, os demais municípios. Os critérios definidores da UCA acabam também perpetuadores de desigualdades, uma vez que tendem sempre a favorecer as regiões mais desenvolvidas do país. Já o repasse direto de recursos financeiros para os municípios habilitados representa uma descentralização dependente vinculada, um avanço em termos de municipalização, ainda que limitado pela insuficiência destes recursos e principalmente pela carência de outros (materiais e humanos).

A NOB 01/91 também propõe recursos para investimento na rede, através das Unidades de Capacitação da Rede (UCR) numa tentativa de diminuir as desigualdades regionais (principalmente na estrutura de provisão de serviços), que as rubricas anteriores (assistência hospitalar e ambulatorial) reproduzem. Assim, os estados cuja UCA tem o maior valor, receberiam um incentivo correspondente a 1,0% deste valor para “reposição, e modernização tecnológica dos equipamentos da rede pública estadual e municipal”, enquanto aqueles cuja UCA tem o menor valor, receberiam, a título de UCR, incentivos correspondentes a 5,0% daquele valor. Estes recursos, transferidos e administrados pelas Secretarias de Estado, deveriam ser utilizados contemplando os projetos previstos no consolidado estadual dos Planos Municipais de Saúde. Salienta-se que a diferença de 4,0% entre a menor e maior UCR representa valores insuficientes para corrigir distorções regionais muito grandes, o que associado à não inclusão, no consolidado estadual, dos planos municipais de saúde daqueles municípios que não têm condições de elaborá-los, somente acentua a desigualdade na provisão de serviços de saúde e na estruturação

dos Sistemas Municipais de Saúde.

Finalmente são propostos estímulos à municipalização do SUS e às ações de saúde coletiva, através do Fator de Estímulo à Municipalização (FEM), que corresponde a 5,0% do valor da UCA, transferidos mensalmente àqueles municípios que atenderam os 7 requisitos básicos previstos na lei Nº 8142. De todos os recursos financeiros definidos nesta NOB, estes são os únicos, que embora insuficientes, dão aos municípios certa autonomia, pois não estão vinculados a uma contraprestação de serviços, apenas ao cumprimento de preceitos definidos nas LOS, ficando a critério dos municípios o emprego destes recursos. Neste sentido, pode-se falar de uma descentralização (financeira) dependente vinculada. Não sem razão, dá-se após esta NOB – e provavelmente incentivado pelo FEM –, o crescimento do interesse dos municípios em “municipalizar-se”, criando os Conselhos e Fundos Municipais de Saúde, elaborando Planos Municipais de Saúde, Programação e Orçamentação de Saúde e Relatórios de Gestão, constituindo Comissão de Elaboração do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e aumentando sua contrapartida financeira para a saúde.

Quanto aos princípios norteadores da descentralização, são pouco freqüentes na NOB 01/91 as cláusulas que incorporam *flexibilidade* e *gradualismo/progressividade*. O financiamento das atividades hospitalares, através das AIH, permitem apenas às Secretarias Estaduais de Saúde, com muita limitação, efetuar algumas correções, através de um fundo de compensação de AIH. O financiamento de atividades ambulatoriais são baseados nas UCA, com critérios que, se adequados do ponto de vista técnico administrativo, não contemplam, com justiça, as desigualdades regionais e estaduais. Apenas observa-se uma tentativa de flexibilidade quando da proposição do financiamento para investimento na rede e para incentivo à municipalização e às ações de saúde pública, embora as percentagens propostas e as diferenças que elas representam sejam ainda pequenas e insuficientes para desfazer desequilíbrios estaduais e municipais.

A *transparência* e o *controle social* estão contemplados no item II da NOB – Acompanhamento, Controle e Avaliação – mas de forma a dar muito mais ênfase aos processos burocráticos de prestação de contas (são 17 sub-itens que tratam desse assunto) que às orientações com vistas ao fortalecimento de instituições políticas

viabilizadoras da transparência e controle social.

A NOB 01/91 teve seu papel histórico no processo de construção do SUS e destacou-se como o primeiro instrumento a regulamentar os inúmeros “espaços abertos” deixados pelas Leis Orgânicas da Saúde. Sua grande limitação é derivada de sua orientação pelos princípios do INAMPS e de seu enfoque dirigido fundamentalmente ao financiamento, com valorização das atividades hospitalares e ambulatoriais, perpetuando a lógica de privilegiamento da assistência médica (e da concepção de saúde tendo a doença como referência), que sempre orientou o INAMPS. Além disso, a forma convenial que permitia a municipalização – entre INAMPS e prefeituras, excluindo as Secretarias Estaduais – e o controle exercido pela Coordenadorias Regionais do INAMPS, representaram uma barreira à habilitação para a grande maioria dos municípios brasileiros.

1.2.7.2. Norma Operacional Básica 01/92

A NOB 01/92 (BRASIL 1992) foi editada pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SNAS/MS), instância à qual se encontrava subordinado o “Departamento do SUS”. Ela inova em relação à sua predecessora por alguns aspectos:

- É produto de um consenso entre SNAS/MS, INAMPS, CONASS e CONASEMS, cenários onde atuam distintos atores, representando interesses e expectativas diversos e não raro antagônicos;

- Inclui em seu texto uma introdução que destaca os elementos fundamentais da Constituição de 88 (Capítulo da Saúde) e das leis Nº 8080 e 8142, ressaltando o caráter processual da construção do SUS;

- Recupera, principalmente em sua Introdução e nos itens 1 (Planejamento), 6 (Processo de Municipalização) e 8 (Disposições Gerais), elementos constitutivos da descentralização (não entendida como desconcentração) tais como autonomia e democracia, e sua concorrência com a centralização, além de princípios norteadores como *flexibilidade, gradualismo/ progressividade, transparência e controle social*.

No entanto, quando essa NOB trata do financiamento, praticamente mantém o que a NOB anterior regulamentava. É priorizado o financiamento da assistência

médica curativa (atividades hospitalares e ambulatoriais) com repasses baseados em dados populacionais (para as AIH) e além desses, em estrutura física e desempenho financeiro prévio (para as UCA).

Os municípios que cumprem os requisitos enumerados pela Lei 8142 passam a ter uma “autonomia limitada”, frente à assistência hospitalar e ambulatorial. Eles podem administrar a distribuição das AIH (80,0% delas, pois 20,0% compõem o Fundo de Compensação), mas o pagamento continua sendo feito pelo nível central. Têm-se, deste modo, apenas uma desconcentração, no caso da assistência hospitalar, uma vez que somente os encargos são redistribuídos aos municípios. A NOB ainda estabelece alguns critérios para a distribuição das AIH alocadas nas Secretarias de Estado de Saúde (AIH dos municípios não habilitados + Fundo de Compensação), sugerindo que o planejamento integrado tenha precedência sobre o critério populacional, mas como a maioria dos municípios, entre os quais os mais carentes, continuam sem condições de se habilitar, e portanto inserir-se ativamente no planejamento integrado, continuam a valer os critérios populacionais e políticos, reprodutores de desigualdades.

Os municípios habilitados também podem administrar os serviços ambulatoriais públicos e conveniados, desde que respeitados os tetos de recursos financeiros definidos centralmente (SNAS/MS e SES), para repasse aos municípios. Neste sentido, esta NOB é mais centralizadora que a anterior, pois reduziu a parcela a ser transferida para o nível local, enquanto aumentou a parcela sob controle das Secretarias de Estado. Mesmo considerando a limitação financeira, tem-se uma parcial descentralização dependente vinculada, no caso da gerência das atividades ambulatoriais, pois aos municípios habilitados são repassados os encargos e os meios, estes últimos parcialmente, haja vista a insuficiência dos recursos financeiros e a não inclusão dos recursos materiais e humanos.

Encontra-se aberta a possibilidade de descentralização financeira dependente tutelada para outros investimentos e a descentralização autônoma é contemplada à medida que essa NOB reitera a necessidade de que os recursos financeiros estaduais e municipais também componham o financiamento da saúde. Novamente nessa NOB, tanto o investimento na rede como o estímulo à municipalização e às ações de saúde coletiva são contemplados com parcelas que no máximo podem atingir a 5,0%

do valor da UCA, mantendo assim, a priorização das ações curativas e não permitindo interferências substantivas no quadro de desigualdades regionais e municipais.

Mesmo mantendo a mesma orientação que a NOB anterior, no que tange ao financiamento e regulamentação de repasses financeiros – através de convênios –, a NOB 01/92, em relação à descentralização, pode ser considerada um instrumento normativo transicional, pois avança na explicitação de seus elementos e princípios. Para esta NOB, a descentralização, expressa como municipalização,

“... não deve ser entendida apenas pelo cumprimento aos critérios estabelecidos na Lei 8142/90, para repasse, de forma regular e automática, dos recursos financeiros federais para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios. Ela deve ser entendida principalmente pela nova responsabilidade do município de administrar as ações e serviços de saúde em sua área de abrangência, planejando, decidindo e gerindo os recursos humanos, materiais e financeiros. É o estabelecimento do comando único do SUS na esfera municipal” (BRASIL 1992:1587).

Em que pesem as limitações dessas duas NOB, observou-se, desde 1991, um gradual aumento no número de municípios brasileiros que se organizaram para o cumprimento dos critérios definidos lei Nº 8142 (Tabela 1). Estes municípios habilitados passam – ainda que de forma bastante limitada – a ter algum poder (ou pelo menos algum controle) sobre os seus sistemas locais de saúde.

Tabela 1. Evolução da adesão às NOB 01/91 e 01/92, de 1991 a 1993

Ano	Municípios Habilitados ¹	Nº municípios no Brasil ²	% Habilitação
1991	321	4491	7,1%
1992	886	4491	19,7%
1993	1074	4974	21,6%

1. Almeida 1995 2. Anuários Estatísticos do IBGE (FIBGE 1992, 1993b, 1994).

Em 1993, a descentralização da saúde implementava-se em mais de 1/5 dos municípios brasileiros, o que em termos populacionais tinha expressão muito maior,

haja vista que dentro deste milhar de municípios incluíam-se a maioria das capitais e dos municípios mais populosos.

1.2.7.3. Norma Operacional Básica 01/93

Algumas características diferenciam essa NOB de suas antecessoras:

1. É originária do trabalho do Grupo Especial de Descentralização (GED), o qual elaborou uma proposta de operacionalização dos preceitos legais que fundamentam o SUS, proposta esta aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em janeiro de 1993, seguida de “...um longo processo de discussão e negociação com o conjunto dos atores da área (da saúde). ...Gestores estaduais e municipais, setor privado, entidades de representação popular e sindical, instituições públicas federais, entidades científicas se dedicaram a analisar, questionar e oferecer sugestões para o aperfeiçoamento da proposta” (MS 1993b), sugestões estas que foram, em sua maioria incorporadas e redundaram na versão final do documento “Descentralização das ações e serviços de saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, aprovado pelo CNS em 15 de abril de 1993;

2. É editada pelo próprio Ministro da Saúde;

3. Busca regulamentar não apenas o financiamento, mas o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS.

O fato desta Norma ter sido editada como portaria ministerial (e não pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, ou INAMPS, como suas antecessoras) é evidência e resultado de um outro contexto político, no qual atores do movimento sanitário favoráveis à descentralização constituem grupo técnico no Ministério da Saúde e ocupam espaços políticos estratégicos – CONASS, CONASEMS – (ALMEIDA 1995), enquanto aumentam as pressões de prefeitos e secretários municipais, por condições (entenda-se poder – principalmente na forma de recursos financeiros) para assumirem a saúde em nível local. Dá-se uma grande valorização política da Saúde, embora sem uma concomitante valorização e implementação de Políticas de Saúde.

Encontram-se presentes na Introdução da NOB 01/93 os elementos que caracterizam a descentralização: redistribuição de poder (e não desconcentração);

reorganização institucional envolvendo dimensões políticas, sociais e culturais, diálogos, negociação e pactuação (democracia); redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo (descentralização concorrente com centralização e compatível com os princípios do federalismo); autonomia proporcional à capacidade de gestão. Também estão presentes tanto ao longo do texto da NOB, quanto no documento que a orienta (“A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”) pelo menos os princípios norteadores da descentralização pontuados por LOBO (1988, 1990): *flexibilidade, gradualismo/progressividade, transparência no processo decisório e controle social*.

A NOB 01/93 é a primeira a definir o gerenciamento do processo de descentralização nos três níveis de governo, através da Comissão Intergestores Tripartite, das Comissões Intergestores Bipartites e dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, bem como as condições de gestão para municípios (Incipiente, Parcial e Semi-Plena) e estados (Parcial e Semi-Plena), que buscam exatamente contemplar os diferentes estágios em que se encontram estados e municípios, em relação à descentralização.

Quanto ao financiamento, como não havia sido regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da lei Nº 8080, mantém-se nessa NOB muito do que vigorava nas NOB anteriores. O financiamento das atividades ambulatoriais é baseado nas UCA e o financiamento das atividades hospitalares nas AIH, desaparecendo a figura do convênio como reguladora das transferências de recursos financeiros. Criam-se o Fator de Apoio ao Estado (5,0% da UCA) e o Fator de Apoio ao Município (também 5,0% da UCA), para estados e municípios que se encontram em algumas formas de gestão previstas pela NOB 01/93. Mantém-se, dessa forma, a maior preocupação com o financiamento da assistência médica curativa, hospitalar (mediante desconcentração financeira ou descentralização dependente vinculada, quando da gestão semi plena) ou ambulatorial (mediante descentralização dependente vinculada).

A grande diferença da NOB 01/93 para as anteriores, em relação ao financiamento, está no fato de a forma mais avançada de gestão – semi-plena – permitir maior autonomia sobre o pagamento dos prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados, o que torna possível aos municípios sob tal forma

de gestão, ainda que com limitações, a utilização desses recursos de forma mais adequada às realidades e necessidade de distintos estados e municípios.

Além disso, o processo de adesão a essa Norma, embora tenha se iniciado somente em junho de 1994 e tenha sofrido interferências diversas (ALMEIDA 1995), pode ser considerado positivo, uma vez que, em novembro de 1995, 2750 municípios estavam habilitados nas formas de gestão da NOB-93, sendo 52 municípios na condição de gestão semi-plena (BARROS 1997). No início de 1996 os municípios em gestão semi-plena já somavam 92, representando 13,0% da população brasileira (BARROS 1996). LEVCOVITZ (1998) mostra a evolução do número de municípios habilitados, no período de 1994 a 1996, dados estes que relacionados ao número de municípios brasileiros revela uma percentagem de adesão superior a 60,0% em 1996 (Tabela 2). Este percentual, no entanto, não é homogêneo para todo o país e respeita a heterogeneidade de porte, organização e complexidade de municípios, sistemas e serviços de saúde, ou seja, enquanto nas regiões Sudeste e Sul por volta de 70,0% dos municípios são habilitados, nas regiões Centro-Oeste e Nordeste este percentual está próximo a 50,0% e na região Norte não atinge 10,0% (ALMEIDA 1995: 105).

Tabela 2. Evolução da adesão à NOB 01/93, de 1994 a 1996

Ano	Municípios habilitados pela NOB-93 ¹				Municípios do Brasil ²	% Municípios Habilitados
	Incipiente	Parcial	Semi-plena	Total		
1994	1836	537	24	2397	4974	48,2%
1995	2131	612	56	2799	4974	56,3%
1996	2323	618	137	3078	4974	61,9%

1. Levcovitz (apud HEIMANN, 1998) 2. FIBGE (1995, 1996, 1997a)

Para esse autor, a NOB 01/93 “...não é e não representa uma simples regulamentação administrativa e financeira. Significa, na realidade, a expressão de uma decisão política de procurar realizar os princípios e diretrizes do SUS, particularmente quanto à descentralização de gestão” (ALMEIDA 1995: 43). Representa assim um marco definidor no processo de consolidação do SUS, tanto por romper, ainda que de modo parcial, com a lógica do INAMPS, como por assentar os

elementos e princípios da descentralização, na proposição das Condições de Gestão e do Gerenciamento do Processo de Descentralização.

1.2.7.4. Norma Operacional Básica 01/96

A NOB 01/96, editada pelo Ministro da Saúde, em 06/11/96, pretende dar continuidade ao processo de consolidação do SUS, colocando como finalidade primordial “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do DF e da União” (BRASIL 1996). Para tal, propõe, modifica e implementa importantes aspectos, tais como:

a) O reordenamento do modelo de atenção à saúde, de modo que cada nível de governo possa melhor desenvolver as ações no campo da assistência (no âmbito ambulatorial, hospitalar e domiciliar), das intervenções ambientais (vigilâncias e saneamento) e das políticas externas ao setor saúde (emprego, habitação, educação, lazer, etc.). Este reordenamento pressupõe a incorporação do modelo epidemiológico ao modelo clínico vigente;

b) Enfoca os Sistemas Municipais como a base e os elementos fortalecedores do Sistema Nacional de Saúde, desde que “integrados, harmonizados e modernizados, com equidade”, cabendo este papel ao poder público estadual e federal. Reestruturação nos três níveis são propostas para viabilizar o exercício dos respectivos papéis;

c) Institui a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como “o instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e da explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo”. As PPI elaboradas por cada município, ou pactuada entre um conjunto de municípios, são harmonizadas e compatibilizadas pelas CIB, que a elas incorporam as ações de responsabilidade do estado, submentendo-as à apreciação dos Conselhos Estaduais de Saúde. A União procede a integração de todas as PPI estaduais, incorporando as ações sob sua responsabilidade e alocando os recursos disponíveis e negociados na CIT;

d) Define as transferências de recursos fundo a fundo para a assistência ambulatorial e hospitalar (PAB, Incentivo ao PSF e PACS, FAE, TFAM, TFAE e IVR*), ações de Vigilância Sanitária (PBVS, IVISA**) e ações de epidemiologia e controle de doenças. Também define a remuneração por serviços prestados (internações hospitalares, ambulatório de alto custo, vigilância sanitária e epidemiológica) e transferências por convênios (vigilância epidemiológica);

e) Define, finalmente, as condições de gestão para os municípios (Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema) e estados (Avançada do Sistema e Plena do Sistema), relacionando responsabilidades, requisitos e prerrogativas

À semelhança da NOB 01/93, esta Norma incorpora os elementos constitutivos da descentralização, bem como a maioria de seus princípios. Diferentemente daquela que a antecedeu e que embora abrangente era de fácil compreensão, a NOB 01/96 é extensa, complexa, de difícil compreensão e cumprimento, haja vista as responsabilidades e os requisitos que preconiza. Também, de certa forma, ela representa minimamente uma mudança de enfoque do processo que vinha sendo construído até então, tanto ao propor apenas duas formas de gestão aos municípios (Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema) como ao definir os mecanismos de transferência de recursos financeiros e a remuneração por serviços produzidos. Para tal, essa NOB divide a assistência à saúde em três grandes “compartimentos”: a) Assistência Hospitalar e Ambulatorial, b) Vigilância Sanitária e c) Epidemiologia e Controle de Doenças, dentro dos quais foram estabelecidos pisos, tetos, fatores de incentivo e índices de valorização, que definem os valores a serem repassados, diretamente ou via fundo estadual, conforme a condição de gestão do município.

O fato de a NOB-96 ter sido publicada em 11/96 e o processo de habilitação pela mesma somente ter se iniciado no início de 1998 é uma evidência tanto de um certo destoamento do processo de descentralização até então em curso, como da dificuldade de estados e principalmente municípios cumprirem o que este instrumento prescreve. Apesar disto, em menos de 24 meses, 97,0% dos municípios

* PAB = Piso Assistencial Básico, PSF = Programa de Saúde da Família, PACS = Programa de Agentes Comunitários de Saúde, FAE = Fração Assistencial Especializada, TFAM = Teto Financeiro da Assistência do Município, TFAE = Teto Financeiro da Assistência do Estado, IVR = Índice de Valorização de Resultados.

** PBVS = Piso Básico de Vig. Sanitária, IVISA = Índice de Valorização do Impacto em Vig. Sanitária.

brasileiros encontram-se habilitados a esta norma, a grande maioria na Gestão Plena da Atenção Básica (Tabela 3).

Tabela 3 - Situação da habilitação dos municípios do Brasil pela NOB-96, em 25 de novembro de 1999.

Região Geográfica	Municípios Existentes	Municípios Habilitados			Percentual Habilitação	População Coberta (%)
		GPAB ¹	GPS ²	Total		
Norte	449	368	51	419	93,3	97,6
Nordeste	1787	1637	118	1755	98,2	99,3
C-Oeste*	445	420	20	440	98,9	100,0
Sudeste	1666	1334	263	1597	95,9	83,9
Sul	1159	1090	42	1132	97,7	99,3
Brasil	5506	4849	494	5343	97,0	92,6

Fonte: Ministério da Saúde (1999) * inclui a população do DF

1. GPAB = Gestão Plena da Atenção Básica; 2. GPS = Gestão Plena do Sistema

Se a situação da habilitação à NOB anterior respeitava a heterogeneidade regional, o processo de habilitação à NOB-96, além de amplo, dá-se de forma homogênea em todo o país, com percentuais de municípios habilitados acima de 90,0% na maioria dos estados. Esta generalizada adesão à NOB-96 em todas as regiões do país, em princípio informa que a grande maioria dos municípios preenchem os requisitos para a habilitação, minimamente à Gestão Plena da Atenção Básica, mesmo face aos 10 requisitos necessários, que não podem ser considerados simples para grande parte desses municípios. Acredita-se, que muitos deles (entre os quais, os menores e mais carentes) criaram as condições necessárias à habilitação motivados principalmente pela possibilidade de repasse financeiro fundo a fundo e pela exigência normativa. Se assim for, haverá grandes dificuldades, por parte destes municípios, tanto de entenderem os complexos mecanismos de transferência de recursos propostos na NOB/96, quanto de assumirem as responsabilidades que ela preceitua.

A implantação da NOB 01/96 é muito recente e ainda não existem estudos avaliando seu impacto. O fato de quase 100,0% dos municípios terem-na

incorporado, apesar de sua complexidade, sua rigidez normativa e pouca flexibilidade suscitam a necessidade de monitoramento contínuo, no sentido de observar se, de fato, esta NOB é viabilizadora da descentralização.

Se a Constituição de 1988 define os princípios básicos do Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde estruturam o seu arcabouço, definindo objetivos, atribuições, competências, financiamento, controle social e participação do setor privado, são as Normas Operacionais Básicas os instrumentos que concretizam a real implantação deste Sistema, a partir de 1991.

A descentralização - na forma de municipalização - dos serviços e ações de saúde ganha impulso com a edição das NOB 01/91 e 01/92, mas seu enfoque ainda se concentra no financiamento, principalmente da assistência médica, individual e curativa, reproduzindo o modelo que o MPAS tornou hegemônico nos últimos 40 anos. Não por acaso nesse período, o INAMPS foi a instância formuladora das duas primeiras NOB, e controladora dos repasses financeiros a estados e municípios.

A NOB 01/93 foi o instrumento - ou a estratégia, no entender de ALMEIDA (1995) - que permitiu o verdadeiro impulso rumo à descentralização, tanto por constituir-se resultado de discussões, reivindicações e anseios de atores sociais envolvidos na construção do SUS, como por orientar a organização progressiva, gradual, flexível e democrática dos Sistemas Municipais e Estaduais de Saúde, através da várias formas de gestão que preconizava.

A NOB 01/96 surge com o intuito de dar continuidade ao processo de construção do SUS e neste sentido também incorpora os elementos constitutivos e princípios norteadores da descentralização, já discutidos. O fato de 97,0% dos municípios brasileiros terem se habilitado às duas formas de gestão por ela previstas, se por um lado representa um avanço da descentralização, por outro suscita grande preocupação, uma vez que estão sendo colocados num mesmo patamar, em termos de condições de gestão, respectivamente 4849 e 494 municípios com grande heterogeneidade política, geográfica, social, cultural e sanitária. Os requisitos à habilitação e as responsabilidades que a NOB-96 impõe, associados à sua menor flexibilidade (somente permitindo duas formas de gestão) e maior complexidade (principalmente relacionada ao custeio), podem representar obstáculos ao processo

de descentralização. Assim, mesmo que a grande maioria dos municípios tenha se habilitado às formas de gestão previstas nesta NOB, ainda não é possível saber se este fato representou um avanço na descentralização ou vai gerar, no futuro, uma re-centralização no estado (uma “estadualização”), uma vez que o não cumprimento das obrigações a que ela implica, no caso a Gestão Plena da Atenção Básica, redundaria na transferência de gestão dos sistemas municipais para as Secretarias de Estado da Saúde.

Como estratégias viabilizadoras da descentralização dos serviços e ações de saúde, por mais críticas que se façam às NOB, não há como negar sua importância. O que aqui se levanta como pauta para o debate é se elas não estariam ultrapassando o seu papel normativo.

As NOB, mesmo quando discutidas em outros níveis, são instrumentos normalizadores elaborados pelo poder executivo federal e editados na forma de portaria ou resolução ministerial, adquirindo *status* de lei e orientando a implementação do SUS em todo o território nacional. Neste sentido, deveriam ser instrumentos que definissem as **bases e princípios fundamentais** sobre os quais União, estados e municípios construiriam seus Sistemas de Saúde. O que tem se observado – e a NOB-96 representa apenas o estágio atual de um processo iniciado com as LOS – é que ao buscar cobrir todo o complexo universo do SUS, das condições de gestão ao financiamento, do modelo de atenção à programação e avaliação, das relações entre os sistemas locais de saúde ao custeio das várias ações previstas, as normas estão cada vez mais extensas, complexas e abrangentes. Essa situação permite supor que as NOB estão se configurando como instrumentos definidores do modelo de atenção à saúde e direcionadores de políticas públicas para o setor saúde, transcendendo o seu papel regulador.

1.2.8. A Descentralização e o Governo Estadual

Ao definir, em seu Art. 197 (BRASI 1997) que as ações e serviços públicos de saúde compõem um sistema, conformando uma rede regionalizada e hierarquizada, a Constituição normaliza a necessidade e a importância do envolvimento de todos os níveis de governo no SUS. Isto é reforçado também no Art. 198, o qual define que o

financiamento desse Sistema dar-se-á através de recursos “...da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios...”, cujas contrapartidas não foram definidas à época, e que somente em 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL 2000) são finalmente regulamentadas.

Na Lei 8080 (BRASIL 1990a), o Capítulo IV – da Competência e das Atribuições – deixa claro, tanto no Art. 15 como no Art. 17, as atribuições do governo estadual (comuns aos outros níveis de governo) e suas competências específicas. Estas, são compatíveis com as concepções, já apresentadas, de descentralização coexistindo com a centralização, e de descentralização enquanto princípio de um Estado Federal, orientado por uma lógica de autonomia política. Neste sentido, cada nível de governo tem um papel e deve ter as condições adequadas para desempenhá-lo, o que pode implicar em centralização, em compartilhamento ou em descentralização de poder.

No entanto, no que tange à descentralização da saúde, o papel do nível estadual ficou meio obscurecido entre 1990 e meados de 1993. As duas NOB editadas nesse período (NOB 01/91 e NOB 01/93) privilegiaram a relação União – Municípios, sendo a municipalização implementada através de convênios entre INAMPS e os municípios e os pagamentos efetuados por prestação de serviços.

A NOB 01/93, editada em um contexto político mais democrático e de maior participação de múltiplos atores institucionais favoráveis ao SUS, retoma a importância do envolvimento de todos os níveis de governo na implementação desse Sistema (ALMEIDA 1995; LUCCHESI 1996; VIANNA 2000). Ao definir, na esfera das unidades estaduais, a Câmara Intergestores Bipartite e as formas de Gestão Estadual Parcial e Semi-Plena, a NOB 01/93 recoloca o nível estadual como instância imprescindível para o SUS, tendo em vista que cabe às Secretarias de Estado todo um trabalho de coordenação, articulação, pactuação e normalização, sem os quais os princípios fundamentais ou organizacionais desse Sistema têm pouca chance de se viabilizar, na grande maioria dos municípios brasileiros.

A NOB 01/96, embora possa redimensionar o papel das Secretarias Estaduais, em decorrência da “reforma incremental” do SUS, representada por extenso conjunto de novas normas, programas e iniciativas (VIANNA 2000), provavelmente não reduzirá o campo de atuação desse nível de governo, uma vez que essa NOB abre

grandes espaços para a atuação das SES como instância de coordenação, de regulamentação, de integração, de avaliação e controle, de capacitação, de estruturação de serviços específicos (referência e contra-referência, tratamento fora de domicílio, alto custo, etc.) e de redução de desigualdades regionais, entre outras possibilidades. Deste modo, na agenda setorial para aprimoramento do processo de descentralização, a redefinição do papel dos estados acaba sendo tema de fundamental importância (ANDRADE e col. 2000).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a descentralização da assistência à saúde e suas repercussões nos Sistemas de Saúde dos municípios do Estado de Mato Grosso, a partir da análise dos parâmetros: financiamento, estrutura, produção e resolutividade dos serviços de saúde.

2.1. Objetivos Específicos

- Analisar a concepção de descentralização sobre a qual os Sistemas Municipais de Saúde vêm se conformando.

- Reconhecer e destacar as diferenças organizacionais dos Sistemas Municipais de Saúde, segundo o porte dos municípios.

- Identificar os distintos modelos de atenção à saúde e como eles são estruturados para responder às demandas identificadas.

- Conhecer o financiamento dos Sistemas Municipais de Saúde, identificando as várias fontes que os compõem e a aplicação dos distintos recursos financeiros.

- Analisar elementos de estrutura, de produção dos serviços e de resolutividade dos Sistemas Municipais de Saúde, relativos ao período de 1991 a 1998.

- Identificar as modificações observadas nos Sistemas Municipais de Saúde, relacionadas às Normas Operacionais Básicas.

- Identificar os principais nós críticos para o desenvolvimento pleno dos Sistemas Municipais de Saúde

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a descentralização da assistência à saúde e suas repercussões nos Sistemas de Saúde dos municípios do Estado de Mato Grosso, a partir da análise dos parâmetros: financiamento, estrutura, produção e resolutividade dos serviços de saúde.

2.1. Objetivos Específicos

- Analisar a concepção de descentralização sobre a qual os Sistemas Municipais de Saúde vêm se conformando.

- Reconhecer e destacar as diferenças organizacionais dos Sistemas Municipais de Saúde, segundo o porte dos municípios.

- Identificar os distintos modelos de atenção à saúde e como eles são estruturados para responder às demandas identificadas.

- Conhecer o financiamento dos Sistemas Municipais de Saúde, identificando as várias fontes que os compõem e a aplicação dos distintos recursos financeiros.

- Analisar elementos de estrutura, de produção dos serviços e de resolutividade dos Sistemas Municipais de Saúde, relativos ao período de 1991 a 1998.

- Identificar as modificações observadas nos Sistemas Municipais de Saúde, relacionadas às Normas Operacionais Básicas.

- Identificar os principais nós críticos para o desenvolvimento pleno dos Sistemas Municipais de Saúde

3. MATERIAL E MÉTODO

O processo de avaliação da assistência à saúde no Estado de Mato Grosso fundamentou-se no reconhecimento da existência de vários sistemas municipais de saúde e no impacto diferenciado que os modelos assistenciais que se configuraram nesses municípios, após a instituição do SUS, tiveram sobre a saúde da população. Do universo de 126 municípios existentes no estado, desde 1996, foi selecionado um número significativo de municípios, buscando-se, neste processo, considerar alguns aspectos que conferissem representatividade à essa amostra. Da análise de dados e informações sobre esses municípios identificaram-se algumas situações que foram melhor abordadas na forma de “estudo de caso”. Os procedimentos metodológicos adotados foram os seguintes:

3.1. Processo de seleção dos municípios estudados

Três parâmetros orientaram a seleção dos municípios: nível sócio sanitário; porte, baseado no tamanho da população e habilitação mais precoce ou mais tardia às formas de gestão previstas nas últimas NOB. O ordenamento dos municípios segundo nível sócio sanitário teve, basicamente, o propósito de permitir que a amostra de municípios selecionados contemplasse todos os estratos levantados, ou seja, de municípios com BOM a PÉSSIMO nível sócio sanitário. Já o porte e a habilitação às NOB foram considerados porque tinha-se como uma das hipóteses orientadoras do trabalho, que a descentralização da assistência à saúde estaria se dando e repercutindo de forma diferenciada nos municípios, consideradas essas duas variáveis.

3.1.1. Seleção de indicadores para a composição de um Índice de Nível Sócio Sanitário

A literatura refere um grande número de Indicadores de Saúde, para a utilização em estudos de situação de saúde, os quais, de maneira bem esquemática,

poderiam ser divididos em sete grupos: Indicadores de Mortalidade, Indicadores de Morbidade, Indicadores de Estado Nutricional, Indicadores de Política Sanitária, Indicadores de Nível Sócio Econômico, Indicadores de Serviços de Saúde e Indicadores de Condições Ambientais (OMS 1981; SCATENA 1996).

Considerando-se o conjunto dos 126 municípios mato-grossenses, os dados secundários disponíveis e os critérios que devem ser considerados na seleção de indicadores (sensibilidade, confiabilidade, disponibilidade, validade, propriedade, especificidade, custo, etc.), não foram utilizados, para fins de ordenamento dos municípios, quatro grupos de indicadores: Mortalidade, Estado Nutricional, Morbidade e Condições Ambientais.

Os Indicadores de Mortalidade não foram utilizados pelo fato de a grande maioria dos municípios ser de pequeno porte (< 20000 hab.), o que faz com que o peso das variações casuais no número de óbitos interfira em indicadores tradicionais como Coeficiente de Mortalidade Infantil, Coeficiente de Mortalidade Materna, Coeficiente de Mortalidade Geral, Coeficientes de Mortalidade por Causas ou Idades Específicas (RUZICKA 1990).

Não havia disponibilidade de dados sobre estado nutricional depois do nascimento, para a maioria dos municípios e o Baixo Peso ao Nascer, dado pelo SINASC, não foi utilizado por ainda ser informação pouco confiável, em muitos locais e por ter apresentado pequena variação, e conseqüentemente, baixo poder discriminatório.

Os Indicadores de Morbidade não foram utilizados por não se ter agravo comum que pudesse fornecer um Coeficiente de Morbidade “marcador”. A tentativa de utilização da Tuberculose como agravo comum revelou uma variação muito grande (Coeficiente de Incidência de 0 a 283,2 por 100000 hab.), e principalmente relacionada à identificação de casos novos, o que comprometeu seu efeito discriminatório sobre os municípios.

Finalmente, não foram utilizados indicadores como Abastecimento de Água, Coleta de Lixo e Sistema de Esgoto, por não se dispor de informações confiáveis sobre tais benefícios, em um grande contingente de municípios.

Como Indicadores de Nível Sócio Econômico foram utilizados a Renda Familiar e a Taxa de Analfabetismo, ambos dados pelo recenseamento de 1991,

realizado pelo IBGE (FIBGE 1993a). Estes dois indicadores, embora diretamente não reflitam a situação de saúde de um município, ajudam a compor o cenário no qual a saúde se insere.

Para avaliar a renda familiar considerou-se a frequência relativa do número de pessoas (de uma mesma família) que recebem até 1 (um) salário mínimo mensal, ou seja, não se trabalhou com a renda familiar per capita média, mas sim com uma “percentagem de pobreza”.

A Taxa de Analfabetismo utilizada foi aquela relativa à percentagem da população (acima de 10 anos de idade) sem instrução ou com menos de 1 (um) ano de instrução.

Embora os dados de renda e analfabetismo sejam relativos ao ano de 1991, enquanto os demais são de 1996, justifica-se sua inclusão por 3 razões, minimamente: 1) eles contemplam a totalidade dos municípios e o universo da população (distintamente da PNAD, que oferece dados mais atualizados, mas a partir de amostragens e não desagregados segundo municípios); 2) acredita-se que os dados de 1991 não devem ter se alterado significativamente nos cinco anos seguintes; 3) renda e analfabetismo estão ajudando a compor um quadro para ordenamento e seleção de municípios, sendo portanto um instrumento para dar mais rigor ao objeto de trabalho, sem constituírem o objeto de trabalho.

Como Indicadores de Serviços de Saúde foram utilizados a Cobertura Vacinal, a Cobertura do Pré-natal e a Cobertura do SINASC, no anos de 1996.

A Cobertura Vacinal (da vacina anti-Sarampo, entre os menores de 1 ano) foi dada pela Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES-MT), sendo calculada pelo Método Administrativo (IBAM 1991; M. SAÚDE 1986) e corrigida a partir dos dados do SINASC e/ou da estimativa de nascimentos calculada pela Taxa de Natalidade do censo de 1991 (FIBGE 1993a).

A Cobertura de Pré-natal foi dada pela Divisão de Estatística da SES-MT a partir dos dados fornecidos pelo SINASC, referindo-se à população de mães que realizou mais de seis consultas de pré-natal durante a última gestação (MELLO JORGE 1992).

Utilizou-se também a própria Cobertura do SINASC como um indicador de serviços de saúde, tanto refletindo a predisposição do município em incorporar novas

tecnologias, como representando um mecanismo para “contrabalançar” eventuais vieses do indicador anterior. A Cobertura do SINASC foi calculada tendo como numerador o número de Declarações de Nascidos Vivos (DN) efetuadas e como denominador o número de nascimentos esperados, a partir da Taxa de Natalidade do Estado verificada no último recenseamento. Trata-se, portanto, de uma aproximação, uma vez que a taxa de natalidade do estado não é homogênea para os 126 municípios analisados e também vive-se um período inter-censitário, no qual as estimativas têm mais riscos de conduzir a distorções, risco este ainda maior para o grande contingente de municípios recém emancipados (31, de 1991 a 1996).

Finalmente, como Indicador de Política Sanitária, utilizou-se a percentagem de recursos financeiros municipais destinados à saúde, dado este coletado dos processos de habilitação à NOB-96, encaminhados pelos municípios à Comissão Intergestores Bipartite de Mato Grosso.

3.1.2. Ordenamento dos Municípios segundo Nível de Saúde

Os seis indicadores utilizados, embora expressos em percentagem, têm amplitudes e significados distintos, não podendo simplesmente ser somados e transformados em média, em sua forma original. A Cobertura Vacinal, por exemplo, variou de 37,0% a 100% (toda cobertura superior a 100% foi considerada neste limite) e quanto mais próxima de 100%, melhor a situação do município, em relação a esse indicador. Já a Taxa de Analfabetismo variou de 6,6% a 42,6% e tem significado inverso, ou seja, o município está tanto melhor quanto mais próximo estiver dos valores inferiores. Para fazer face a essas limitações e poder utilizar todos os indicadores na construção de um “Índice para Ordenamento” dos municípios, optou-se por transformar todas as percentagens obtidas em valores de uma escala de 0 a 100, à semelhança do que GRANT (1978) propôs com o Índice de Qualidade Material de Vida. Assim, para cada indicador considerado, o melhor valor encontrado entre todos os municípios de Mato Grosso passa a representar 100 e o pior valor encontrado, o 0 (zero). Cuiabá, por exemplo, com uma Cobertura Vacinal de 84,2% passa a ter um valor de 74,9 para este indicador, enquanto que sua Taxa de Analfabetismo de 10,1% passa a merecer o valor de 90,3. Para o ordenamento de 117

dos 126 municípios mato-grossenses procedeu-se a somatória dos valores transformados e o cálculo das respectivas médias (Quadro 1, Anexo 1).

Os resultados foram expressos em média e não em valores absolutos porque para alguns poucos municípios não foi possível o cálculo de um, dois ou mesmo três dos indicadores propostos, por falta de dados. Nove municípios foram excluídos do ordenamento pelo fato de terem se emancipado ao longo de 1996, razão pela qual não foi possível levantar dados - quer no IBGE ou na SES/MT - que possibilitassem a construção dos indicadores mencionados.

3.1.3. Classificação dos municípios segundo porte e envolvimento com o SUS

Tendo como base o número de habitantes, três categorias de municípios foram consideradas: municípios com população menor de 20.000 hab.; municípios com população de 20.000 a 49.999 hab. e municípios com população acima de 50.000 hab. (Tabela 1). Cuiabá, com população de aproximadamente 500.000 hab. e particularidades próprias e específicas de uma capital, já foi considerada, de início, como município-caso.

Tabela 1 – Distribuição dos Municípios do Estado de Mato Grosso por faixas populacionais, 1996.

População	Nº municípios	%
< 20000	104	82,5%
20000 – 49999	16	12,7%
≥ 50000	06	4,8%
Total	126	100,0%

Fonte: FIBGE (1997b)

A primeira faixa populacional congregou a grande maioria dos municípios e até poderia ser subdividida em duas outras (< 10.000 hab., com 53,6% dos municípios e entre 10.000 e 19.999 hab., com os demais 28,9%), o que não foi feito

porque redundaria na inclusão de pelo menos mais dois municípios no universo de estudo e por se supor que não existem grandes diferenças nos problemas de saúde e na forma local de tratá-los, nestes dois universos.

No Estado de Mato Grosso, os municípios com população de 50.000 ou mais habitantes são poucos, mais complexos e geralmente representam referências regionais. Dos três que têm mais de 100.000 habitantes um é a capital, estudada à parte e os outros dois, quando comparados com os demais deste grupo, apresentam mais semelhanças que diferenças, razão de constituírem uma única categoria de estudo.

Na situação intermediária estão os municípios com população entre 20.000 e 49.999 habitantes que tanto apresentam realidades próximas dos municípios de menor porte como dos mais complexos, muito mais na dependência de sua localização no estado, organização e estrutura dos serviços, que do tamanho de sua população.

Os municípios também foram classificados segundo sua adesão ao SUS, ou seja, foram diferenciados aqueles que mais precocemente se habilitaram às formas de gestão previstas na NOB-93, daqueles que somente manifestaram interesse em habilitar-se às formas de gestão previstas na NOB-96 (Tabela 2). Foram excluídos os municípios que até maio de 1998 mantiveram-se fora do processo de descentralização.

Tabela 2 – Distribuição dos municípios do Estado de Mato Grosso por faixas populacionais e situação quanto à habilitação para o SUS (até maio de 98).

População	Situação dos municípios em relação à habilitação para o SUS					
	NOB-93	NOB-96	A*	B**	C***	Nenhuma
< 20000	43	88	39	49	04	12
20000 – 49999	11	15	10	05	01	-
≥ 50000	06	04	04	-	02	-
Total	60	107	53	54	07	12

Fonte: FIBGE (1997) e Processos de Habilitação (CIB)

* municípios habilitados pelas duas NOB; ** municípios habilitados pela NOB-96, mas não pela NOB/93; *** municípios habilitados pela NOB-93, mas não pela NOB/96.

3.1.4. Seleção dos municípios

Para a seleção dos municípios, não se trabalhou com amostragem probabilística, uma vez que já se tinha a intenção de envolver, com certeza, municípios representando distintos portes, situações sócio-sanitárias, situações regionais e envolvimento com o SUS.

Assim, para a seleção de municípios com menos de 50.000 habitantes foram considerados dois grupos distintos: a) composto pelo conjunto de municípios que se habilitaram às formas de gestão previstas na NOB-93 (parcial ou incipiente) e posteriormente à forma de gestão plena da atenção básica prevista na NOB-96 (conjunto A, da Figura 1); b) composto pelo conjunto de municípios que não se habilitaram pela NOB-93, mas o fizeram pela NOB-96 (conjunto B, da Figura 1). Os dois grupos assim constituídos abrangeram 95,7% dos municípios com menos de 20.000 habitantes (e que se envolveram com o SUS) e 93,7% dos municípios com população entre 20.000 e 49.999 habitantes. Além disso, foram constatadas diferenças no tempo e forma de envolvimento com o SUS, entre os municípios dos dois grupos, que podiam (ou não) representar modos distintos de posicionamento em relação à saúde.

Figura 1- Apresentação esquemática dos vários conjuntos de municípios, em relação à NOB-93 e NOB-96, Mato Grosso, maio de 1998.

A= Conjunto de municípios que se habilitaram às formas de gestão previstas nas duas NOB.

B = Conjunto de municípios habilitados pela NOB-96, mas não pela NOB-93.

C = Conjunto de municípios habilitados pela NOB-93, mas não pela NOB-96.

Considerando o ordenamento referido no item 3.1.2., foram selecionados entre os municípios com menos de 20.000 habitantes três municípios do conjunto A e três do conjunto B, em distintos níveis de situação sócio-sanitária e diferentes regionais de saúde. No processo de seleção dos municípios de 20000 a 49999 hab. também foram escolhidos seis municípios de diferentes regionais, em distintas situações no ordenamento estabelecido.

Para a seleção dos municípios com 50.000 ou mais habitantes foram considerados os conjuntos A e C, os quais representam 100,0% dos municípios desse porte. Descartou-se o conjunto B simplesmente porque ele é vazio e por outro lado, incluiu-se o conjunto C porque dele faziam parte dois municípios importantes, que se colocaram fora do processo de habilitação pela NOB-96, após terem vivido a experiência de gestão parcial pela NOB-93. Quatro municípios, inclusive Cuiabá, foram selecionados dentro do universo de municípios maiores.

O trabalho de campo deu-se em 16 municípios: seis menores de 20.000 hab., seis municípios com população entre 20.000 e 49.999 hab. e quatro municípios com população igual (a) ou maior que 50.000 hab., entre os quais a capital, Cuiabá. No entanto, na fase de seleção e na primeira etapa de levantamento de dados, 21 municípios foram considerados, tendo em vista as potenciais perdas que poderiam ocorrer. Os 21 municípios que aparecem em negrito na Tabela 3 foram os selecionados, dos quais, os sublinhados foram os que, por motivo operacionais ou metodológicos, não puderam ser incorporados à pesquisa. De acordo com os critérios pré estabelecidos, compuseram o universo de estudo, os 16 municípios relacionados na Tabela 4, os quais se distribuem por praticamente todo o estado, representando sete dos nove Pólos Regionais de Saúde (Figura 2).

Tabela 3. Distribuição ordenada dos municípios mato-grossenses, por faixa populacional e situação relativa à habilitação para o SUS, até maio de 1998.

Popu- lação	Situação dos municípios em relação à habilitação para o SUS					
	A		B		C	Ñ habilit.
< 20000*	Vera	Glória D'O.	N. Guarita	N Bandeirantes	Cotriguaçu	Tabaporã
	S.J.R.Claro	Figueirópolis	Juruena	Ponte Branca	P.Araguaia	N. Maringá
	Sta. Carmem	Lambari D'O.	Cláudia	Porto Estrela	Luciara	Vila Bela
	Canarana	Água Boa	Cpo.Verde	Ch. Guimarães	Livramento	Acorizal
	Matupá	Paranatinga	N. Olímpia	N. Marilândia		Rosário Oeste
	Nobres	S. P. da Cipa	Paranaita	Arenópolis		Gal. Carneiro
	Indiavaí	Salto do Céu	Brasnorte	R. Cabaçal		Sta Terezinha
	Vila Rica	N. Horizonte	Araguainha	Confresa		Planalto da
	Apiacás	Guiratinga	Comodoro	Tesouro		Serra
	Lucas R.V.	P. Gaúchos	A. Taquari	R. Cascalheira		Cocalinho
	N. Mutum	S. J. Povo	Aripuanã	N. Brasilândia		
	Marcelândia	Araguaiana	Pedra Preta	A. Paraguai		
	Diamantino	A. Boa Vista	Sto. Afonso	Ribeirãozinho		
	Campo Novo	P. Esperidião	N.S.Joaquim	N.Monte Verde		
	Itaúba	S.F.Araguaia	Tapurah	Jangada		
	Terra Nova	P. A. Norte	Castanheira	Sto. Antônio		
	Dom Aquino	Campinápolis	Nortelândia	Torixoreo		
	A. Araguaia		Alto Garcas	Nova Canaã		
	S. J. Xingú		Itiquira	Juscimeira		
	Querência		Jauru	Canabrava		
	Rio Branco		Araputanga	B. de Melgaço		
	N. Xavantina		Denise			
20000- 49999	Jaciara	Juína	Sorriso		Colider	
	Primavera	B. Bugres	Alta Floresta			
	Guarantã	Mirassol	B. Garças			
	Peixoto de A.	S.J. 4 Marcos	Pontes e Lacerda			
³ 50000	Juara	Poxoreo	Poconé			
	Cuiabá	Rondonópolis			Sinop	
	Várzea Gde.	Cáceres			Tangará	

A= Conjunto de municípios que se habilitaram às formas de gestão previstas nas duas NOB.

B = Conjunto de municípios habilitados pela NOB-96, mas não pela NOB-93.

C = Conjunto de municípios habilitados pela NOB-93, mas não pela NOB-96.

* Não estão aqui incluídos – pela impossibilidade de ordenamento – os 9 municípios emancipados após 1996, 6 dos quais compõem o conjunto B (Campos de Júlio, Carlinda, Feliz Natal, Gaúcha do Norte, Nova Uiratã e Sapezal) e 3, o conjunto de não habilitados (Nova Lacerda, Novo Mundo e União do Sul).

Tabela 4 – Municípios que compõem o universo de estudo, segundo as características que fundamentaram sua seleção, MT, 1999

População	Municípios	Habilitação ao SUS ¹	Nível sócio-sanitário ²	Regional de Saúde
< 20000 hab.	Vera	A	Bom (82,5)	Sinop
	Vila Rica	A	Bom (69,3)	P. Alegre do Norte
	Água Boa	A	Ruim (52,2)	Barra do Garças
	Campo Verde	B	Regular (67,5)	Rondonópolis
	Denise	B	Ruim (49,2)	Tangará da Serra
	Barão Melgaço	B	Péssimo (18,3)	Cuiabá
20000 a 49999 hab.	Primavera	A	Bom (71,2)	Rondonópolis
	Mirassol D' Ó.	A	Regular (60,3)	Cáceres
	Sorriso	B	Bom (80,4)	Sinop
	Alta Floresta	B	Bom (69,9)	Sinop
	Barra do Garças	B	Regular (66,6)	Barra do Graças
	Poconé	B	Ruim (50,9)	Cuiabá
≥ 50000 hab.	Cuiabá	A	Bom (82,0)	Cuiabá
	Cáceres	A	Regular (63,7)	Cáceres
	Rondonópolis	A	Regular (63,6)	Rondonópolis
	Tangará Serra ³	A	Bom (69,3)	Tangará da Serra

1. A= Conjunto de municípios que se habilitaram às formas de gestão previstas nas duas NOB; B = Conjunto de municípios habilitados pela NOB-96, mas não pela NOB-93.

2. = Os números entre parêntesis representam os escores obtidos pela composição dos seis indicadores utilizados no processo de classificação dos municípios, tendo a mediana (54,2) como corte principal: Bom: > 69,1; Regular: entre 54,2 e 69,1; Ruim: entre 28,9 e 54,1; Péssimo: < 28,9.

3. = Tangará da Serra, que fazia parte do conjunto C em maio de 1998, havia se habilitado à NOB-96, quando da coleta dos dados, em 1999, passando a compor o conjunto A.

Figura 2 - Distribuição espacial no Estado de Mato Grosso dos 16 municípios selecionados para estudo, 1998.

Fonte: SES-MT

Obs.: As diferentes cores obedecem a distribuição por Pólo Regional de Saúde, conforme a Tabela 4.

Legenda

Pequenos

1. Água Boa
2. Barão de Melgaço
3. Campo Verde
4. Denise
5. Vera
6. Vila Rica

Médios

7. Alta Floresta
8. Barra do Garças
9. Mirassol D'Oeste
10. Poconé
11. Primavera
12. Sorriso

Grandes

13. Cáceres
14. Cuiabá
15. Rondonópolis
16. Tangará da Serra

3.2. Etapas da Avaliação

Quatro componentes básicos orientaram a avaliação da descentralização da assistência à saúde no Estado de Mato Grosso: Recursos Financeiros, Estrutura dos Serviços de Saúde, Produção de Serviços e Resolutividade. Os elementos que subsidiaram esse estudo fazem parte de um roteiro que buscou levantar, para o período 1991-98 e para o conjunto de municípios selecionados, informações relativas a: 1) o montante de Recursos Financeiros que foi alocado no município e como esse recurso foi utilizado; 2) o tipo e volume de serviços produzidos; 3) como se deu a estruturação do Sistema Municipal de Saúde; 4) o modelo de atenção que foi sendo conformado no município e 5) as repercussões das mudanças sobre a situação de saúde dos municípios, ou pelo menos sobre os indicadores que refletem tal situação.

Embora delimitado pelos quatro componentes referidos, o objeto do trabalho revelou-se suficientemente amplo e complexo para ser subdividido em duas etapas: uma de cunho mais geral e quantitativo e outra mais específica e qualitativa.

3.2.1. Primeira Etapa: Estudo de base quantitativa dos municípios selecionados

Nesta etapa do trabalho foram estudados os quatro componentes referidos – Recursos Financeiros, Estrutura dos Serviços de Saúde, Produção de Serviços e Resolutividade – em 16 condições distintas, representadas pelos 16 municípios selecionados. O estudo foi orientado por um roteiro pré-definido que contemplou as informações julgadas necessárias, as quais foram coletadas inicialmente em Cuiabá, envolvendo as seguintes instâncias: Secretaria de Estado da Saúde, Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde, Associação Mato-grossense de Municípios, Tribunal de Contas do Estado, IBGE, entre outras. Para complementar estas informações foram efetuadas visitas aos próprios municípios selecionados, com dois objetivos básicos: 1) levantar dados secundários (e eventualmente primários) das várias fontes locais disponíveis (Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Planejamento e Finanças, Câmara de Vereadores, Conselhos Municipais de Saúde); 2) identificar atores sociais (informantes chave), para a

segunda etapa do trabalho.

De um modo geral, tentou-se levantar: a) a magnitude dos recursos financeiros que compõem o orçamento municipal e as fontes que o alimentam b) magnitude dos recursos financeiros gastos com saúde e de que forma, historicamente, eles vêm sendo aplicados em Atenção Básica de Saúde, Assistência Ambulatorial e Hospitalar; c) estrutura do Sistema Municipal de Saúde (principalmente através de sua rede física e quadro de recursos humanos), sua constituição no tempo e sua organização frente à Atenção Básica de Saúde, à Assistência Ambulatorial e à Assistência Hospitalar; d) o que o municípios tem prestado de serviços de saúde e em que volume: atividades não médicas, atendimentos programáticos, consultas, exames complementares, internações, encaminhamentos, etc.; e) a resolutividade de seus serviços, mensurada através de “situações marcadoras” como evasão e invasão de internações, nascimentos e óbitos, taxa de abandono de programas, percentagem de óbitos por causas mal definidas. Essas e outras informações foram norteadas por um roteiro específico (Roteiro 1, Anexo 2), o qual suscitou a elaboração de um conjunto de planilhas para coleta de dados (Anexo 3). Todo o material coletado foi consolidado e processado manualmente.

3.2.2. Segunda Etapa: Estudo de Casos

O conjunto de informações coletadas nos 16 municípios, uma vez consolidado e analisado, permitiu um melhor conhecimento das várias realidades sanitárias e também a caracterização de situações distintas, frente à descentralização e conforme o porte dos municípios estudados. Tais situações é que suscitaram os “estudos de casos”, com base em análise documental, entrevistas com os informantes-chave e observação do pesquisador. Foram conduzidos quatro estudos de casos envolvendo um município de cada porte: Cuiabá, Cáceres, Sorriso e Campo Verde.

Foram feitas visitas aos quatro municípios selecionados, nas quais se procedeu à leitura das atas do Conselho Municipal de Saúde e demais documentos disponíveis (relatório de Conferências, Planos de Saúde, Relatórios de Gestão, entre outros). A leitura das atas também permitiu a identificação de potenciais informantes-chave, conselheiros representantes dos dois segmentos: gestores/ provedores/trabalhadores e

usuários. A seleção desses informantes-chave levou em conta o conhecimento, a experiência e o destaque que essas pessoas tiveram (ou ainda têm) dentro do CMS, segundo as atas e as informações prestadas por membros dos próprios conselhos e das Secretarias Municipais de Saúde, cruzadas entre elas. Em cada município-caso, foram entrevistados de quatro a seis conselheiros, aos quais foi explicado o propósito do trabalho, solicitada sua participação e entregue o Termo de Responsabilidade do Pesquisador (Anexo 4).

A forma semi-estruturada de entrevista foi adotada para que se pudesse cobrir a maioria dos aspectos abordados na etapa quantitativa do trabalho, permitindo melhor comparabilidade entre as duas abordagens. Questões abertas complementaram a entrevista, objetivando conhecer a percepção dos informantes sobre a situação de saúde de seus municípios, bem como os aspectos positivos e negativos à implementação dos Sistema Municipais de Saúde (Roteiro de Entrevista, Anexo 5).

À análise das informações providas pelos informantes-chave, agregaram-se as informações quantitativas levantadas na etapa anterior e também a percepção do investigador, quando da visita ao município, à semelhança da Estimativa Rápida Participativa (ANNET e RIFKIN 1988; VILLAROSA 1993). Assim, embora a pesquisa se estruturasse numa base quantitativa, também se utilizou de abordagem qualitativa, para dar conta de ampliar a percepção de seu objeto de trabalho e melhor analisá-lo, conferindo a esta análise potencial fomentador de propostas de intervenção.

3.3. Processo de Análise

3.3.1. Primeira etapa: Análise dos dados quantitativos

A análise da grande quantidade de dados levantados foi orientada por alguns princípios já mencionados no capítulo introdutório:

- 1) Foi a epidemiologia que fundamentou a seleção de indicadores, a utilização e cruzamento dos dados providos pelos diversos sub-sistemas de informação e a construção dos indicadores selecionados, cuja comparação e análise, permitiram tanto o conhecimento das várias situações de saúde, como sua avaliação, ao longo do

tempo estudado. O Anexo 6 apresenta os indicadores selecionados e sua forma de cálculo;

2) Em termos de conceituação, a avaliação conduzida incorporou a maioria dos elementos abordados na definição que tem a informação-ação como ênfase (PATTON 1982:35), ou seja, buscou-se coletar informações (a), sobre estrutura (física, financeira e de R.H), produção e resolutividade de serviços de saúde (b), utilizados ou gerados pelos usuários do SUS ou pela população em geral (c), com o propósito de, através de sua análise, identificar melhorias e retrocessos, e sua relação com a política de descentralização da saúde (d);

3) Se modelos devem sugerir idéias e não serem receitas, pode-se dizer que a metodologia adotada incorpora idéias apresentada na Abordagem de Análise de Sistema (HOUSE 1980) e principalmente na concepção de DONABEDIAN (1988; 1990; 1992) e suas categorias *estrutura, processo e resultado*.

Neste sentido, o primeiro passo da etapa quantitativa foi a elaboração de Diagnósticos de Situação de Saúde, relativos ao período 91-98, com base em indicadores de política sanitária, de utilização de serviços, de mortalidade, de morbidade, de estado nutricional, e de resolutividade, buscando identificar na série histórica, para cada conjunto de municípios, a tendência da evolução da situação sanitária.

Num segundo momento, buscou-se evidenciar, no tempo e com base nos indicadores construídos, o modelo de atenção à saúde que foi se implementando, se mais voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças, ou se para a assistência médica ambulatorial especializada e hospitalar. Evidências nesse sentido puderam ser observadas tanto através da organização do Sistema Municipal de Saúde (estrutura física e de recursos humanos) como pela produção e principalmente financiamento de alguns serviços.

Finalmente, buscou-se correlacionar as variações na situação de saúde com as variações de modelo de atenção e a regulamentação provida pelas Normas Operacionais Básicas (conforme o esquema), identificando situações que suscitasse investigação através de estudo de caso:

Há que se salientar algumas limitações metodológicas, que embora importantes, não comprometem o trabalho, se adequadamente consideradas: a) mesmo que possam ter muitas características comuns, os 126 municípios mato-grossenses são, na realidade, 126 universos distintos; b) o estudo de 16 municípios, mesmo que criteriosamente selecionados, não permite apreender toda a diversidade daquele universo, e neste sentido, as generalizações são sempre relativas; c) a principal base da etapa quantitativa foram os dados dos sub-sistemas que compõem o Sistema de Informação em Saúde do SUS, passíveis de críticas; d) as médias, freqüentemente calculadas para o conjunto de municípios de mesmo porte, devem ser analisadas com cuidado, pois mascaram os números absolutos, mas são medidas adequadas para evidenciar tendências.

3.3.2. Segunda Etapa: Análise dos dados qualitativos

O processo de análise de dados qualitativos está intimamente relacionado à clareza de seu propósito (PATTON 1990: 374) e neste sentido, a segunda etapa do trabalho visou complementar e aprofundar a apreensão de alguns elementos abordados na etapa quantitativa, a partir de análise documental e entrevistas com conselheiros municipais de saúde. Apesar da natureza qualitativa deste material, o que pressupõe a utilização de técnicas qualitativas de análise, ele também foi trabalhado quantitativamente, conforme preconiza PEREIRA (1999).

Os dados qualitativos foram organizados segundo dois eixos. Um centrado no conteúdo dos documentos analisados e das entrevistas conduzidas e o outro centrado nas categorias dos municípios e nos segmentos de conselheiros entrevistados. Tal

estratégia de organização visou a identificação e categorização de padrões e o estabelecimento de ligações entre estes padrões e as variáveis analisadas (PATTON 1990).

A análise dos dados qualitativos também visou estabelecer correlações entre estes e os dados quantitativos, comparando-os e promovendo complementação mútua.

Os posicionamentos dos conselheiros acerca dos aspectos relacionados ao orçamento e ao financiamento, à produção e à resolutividade dos serviços foram comparados aos dados quantitativos previamente trabalhados e transformados em percentuais que expressaram distintos níveis de concordância. Da mesma forma, a análise da evolução histórica da situação de saúde, feita pelos conselheiros, foi classificada em três níveis – “Melhoria”, “Piora” e “Inalterada” – sendo mensurada em percentuais. Os valores numéricos puderam então ser comparados de acordo com as categorias de conselheiros e as variáveis definidas. Considerando-se que foram realizadas 21 entrevistas, não foi conduzida uma análise estatística de comparação de proporções (PEREIRA 1999: 93).

As duas questões abertas feitas aos conselheiros não puderam ser trabalhadas quantitativamente, em função da amplitude de respostas. Elas puderam, no entanto, ser agrupadas em distintas categorias – políticas, estruturais e organizacionais/gerenciais – cada qual contemplando sub-categorias específicas que permitiram analisar as diretrizes de interesse para o trabalho. O cruzamento destas “variáveis” com os segmentos de conselheiros que as emitiram fundamentou a análise crítica deste material., a qual buscou identificar a concepção de descentralização que vem orientando a estruturação dos Sistemas Municipais de Saúde, o modelo de atenção adotado pelo distintos municípios e os elementos que facilitaram e dificultaram a implementação dos Sistemas Municipais de Saúde.

4. RESULTADOS DOS DADOS QUANTITATIVOS

4.1. Financiamento

O financiamento da saúde nos municípios, embora elemento da estrutura, mereceu destaque como item inicial deste trabalho, pela importância que tem, quer na viabilização de políticas de saúde ou simplesmente na implementação de programas e ações de saúde. Além disso, tem sido o tema mais debatido e presente nas inúmeras reuniões e encontros de secretários municipais de saúde (GOULART 1995), aparecendo também como assunto de debate nas três últimas Conferências Nacionais de Saúde (MS 1986, 1992, 1996) e em praticamente todas as Conferências Municipais de Saúde analisadas nesta pesquisa.

Se as informações providas pela análise do financiamento da saúde, principalmente relacionadas à composição do orçamento da saúde e sua aplicação, são fundamentais no processo de avaliação, há no entanto, que se apontar as principais dificuldades encontradas na obtenção e utilização desses dados, algumas das quais também encontradas por HEIMANN e col. (1998), em sua busca de informações sobre financiamento da saúde em 12 municípios de 7 estados do país:

1) Acesso físico à informação: os Orçamentos e os Balanços Gerais dos municípios são geralmente elaborados pelas Secretarias Municipais de Finanças, as quais nem sempre se dispõem a apresentá-los a “estranhos”, ou sem a anuência do prefeito. Alternativamente, as Câmaras Municipais são boas fontes de informação, pois mensal e anualmente as contas das prefeituras são analisadas pelo poder legislativo, permanecendo ali arquivadas. No entanto, nem sempre o nível de organização dos arquivos dessas casas permite a localização de tais documentos, principalmente quando se buscam séries históricas mais longas. O Tribunal de Contas do Estado também é boa fonte secundária, para as informações do ano imediatamente anterior ao ano em curso, mas é um local que apresenta “barreiras protocolares” significativas;

2) Acesso técnico à informação: a forma como os Orçamentos e Balanços Gerais são apresentados, transformam-nos quase sempre em “peças de ficção”, de difícil compreensão e que não raramente induzem a interpretações enviesadas;

3) Qualidade da informação: elaborados por pessoal da área contábil, esses instrumentos são ao mesmo tempo ricos de dados e pobres no seu potencial de informação. Ao lado de grande complexidade ou detalhamento minucioso, para alguns elementos, há falta de desagregação para outros, como aqueles relacionados à saúde, por exemplo. Embora seja possível recuperar a composição do orçamento municipal geral, não se identifica quanto de cada fonte é destinado especificamente para a saúde, ou é gasto com saúde. Até 1998, na maioria dos balanços municipais analisados não apareciam os Fundos Municipais de Saúde e quando apareciam, os valores ali colocados não coincidiam com os levantados junto ao DATASUS. Embora também se recupere, nos Balanços Gerais, como foram gastos os recursos globais de cada secretaria, os elementos de despesas considerados (pessoal civil, diárias, material de consumo, remuneração de serviços pessoais, serviços de terceiros, etc.) não permitem visualizar que modelo de atenção o financiamento está orientando;

4) Falta de padronização dos dados: os modelos de Balanço Geral mudam ao longo dos anos, nem todos os municípios analisados utilizam o mesmo modelo e quando o mesmo modelo é utilizado, nem sempre os dados são apresentados de um mesmo modo. Não é incomum, principalmente nos municípios menores, que Saúde e Saneamento compunham uma única secretaria, induzindo a uma agregação dos dados produzidos, o que dificulta sua utilização, sem uma adequada depuração dos mesmos.

5) Interferência da instabilidade econômica do país: a inflação, os planos econômicos e as mudanças da moeda inviabilizaram a análise histórica anterior a 1994, o que implicaria em levantamentos mensais dos Balanços Gerais de cada município e transformação de cada elemento de receita e despesa analisado em padrão monetário atual.

Os aspectos relacionados, embora limitassem a análise, não impediram que ela fosse feita, como o comprovam os resultados, mas é importante que sejam considerados, pois são elementos que as prefeituras terão que equacionar, se

pretendem ter a transparência que a descentralização prega, e também porque estão impondo limitações ao controle social, como se verá adiante.

Pelos dados de financiamento levantados, chama a atenção a grande dependência dos municípios, de repasses intergovernamentais, que têm representado, nos últimos 5 anos, elevados percentuais dos orçamentos globais dos municípios (consideradas as receitas correntes e excluídas as receitas de capital). Esta dependência é maior entre os municípios com menos de 20.000 habitantes, que nesse período tiveram de 78,9% a 97,1% de sua receita corrente oriunda de transferências da União e do Estado. Entre os municípios de 20.000 a 49.999 habitantes este percentual foi discretamente menor, variando de 67,8% a 92,4%, enquanto nos municípios com mais de 50.000 habitantes os repasses intergovernamentais representaram de 62,7% a 87,4% (Tabela 1).

A transferência, pela União e estado, de recursos financeiros aos municípios, é normalizada pelas Constituição Federal e Constituições Estaduais, e é orientada por uma política tributária que centra primeiramente na União e posteriormente no estado a arrecadação dos impostos que serão parcialmente repassados da União aos estados e municípios e do estado aos municípios, embora tais impostos sejam produzidos por habitantes, indústrias, comércio e serviços de (ou localizados em) municípios. Isto faz parte do pacto político que norteia a existência do Brasil como um Estado Federativo, que também tem um papel redistributivo. Assim, os pequenos municípios acabam recebendo proporcionalmente mais do que os municípios maiores, tanto porque têm um menor potencial de arrecadação própria, como para que lhes sejam garantidas condições mínimas de existência.

De 1994 a 1998 observou-se, no conjunto de municípios estudados, uma elevação média de 200% no volume de receitas próprias, mas que chegou a ultrapassar os 500% em alguns municípios, como Sorriso e Denise. No entanto, variou muito pouco o peso proporcional dessa arrecadação municipal na composição dos orçamentos globais. Em alguns municípios pequenos e médios constatou-se inclusive uma discreta redução da participação proporcional das receitas próprias municipais no quadro geral de receitas correntes. Isto significa que a elevação das

transferências intergovernamentais no período analisado foi ainda maior que aquela relativa às receitas próprias desses municípios.

Tabela 1 – Receitas correntes (próprias) do município e percentual em relação às receitas correntes totais, MT, 1994 a 1998.

Ano Município		1994		1995		1996		1997		1998	
		R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
* A	Vera	160639,9	9,2	182082,2	5,7	268055,9	7,6	340868,1	9,7	456803,1	10,6
	Vila Rica	91770,1	9,1	208958,8	9,2	154559,8	6,1	154089,4	5,7	200213,5	4,9
	Água Boa	324384,1	14,0	476696,8	15,8	481400,7	12,3	449389,9	10,7	594906,3	10,0
* B	C. Verde	212619,5	11,5	452200,8	12,7	655814,5	14,5	902563,9	14,8	797807,5	10,0
	Denise	82959,6	8,4	350967,7	21,1	208422,7	10,7	170016,3	6,8	527195,8	17,6
	B. Melgaço	---	---	77090,8	2,9	178056,6	7,7	105490,5	4,8	109185,7	4,2
Média 1		10,4		11,3		9,8		8,8		9,6	
A	Mirassol	683915,6	26,6	698253,6	16,2	1437505,5	26,0	913594,1	16,3	553776,3	9,6
	Primavera	842090,7	24,1	1261225,2	22,5	1548861,6	20,6	1726251,4	16,9	2469992,6	20,9
B	Sorriso	614732,2	18,2	1266995,6	21,1	1767055,2	21,2	2573161,1	23,8	4127833,8	28,1
	A. Floresta	508522,7	10,5	1048772,8	11,1	1096971,9	10,8	1452268,7	13,4	1021640,0	7,6
	B. Garças	1054029,0	17,3	1539035,1	16,8	2959446,1	25,2	2248517,1	18,5	3122587,9	20,2
	Poconé	572148,5	27,6	1195053,8	32,2	627976,1	14,7	820478,2	18,7	1378300,0	23,1
Média 2		20,7		20,0		19,7		17,9		18,2	
A	Cuiabá	11641374,3	26,0	32436557,3	29,3	31261073,6	31,4	41175742,2	32,7	44295656,0	35,4
	Tangará S.	1081148,8	21,5	2737871,0	25,7	2353572,0	19,7	2937944,0	20,0	3790871,0	25,3
	Cáceres	1165277,2	17,3	2236937,2	13,3	2763398,9	20,6	2765062,9	14,4	2865167,6	12,6
	Rondonóp.	2765034,5	22,0	8 126984,6	30,7	6935363,0	22,1	8208980,5	24,1	11148691,9	28,4
Média 3		20,3		23,2		20,8		19,5		22,1	

Fonte: Balanços Gerais dos municípios

* A: municípios habilitados pela NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes (excluindo Cuiabá).

Nos municípios maiores (e principalmente na Capital) o aumento no volume de receitas próprias significou também um incremento (ainda que discreto) do peso proporcional destes recursos no orçamento global, revelando que a elevação das transferências intergovernamentais esteve aquém da elevação do volume de receitas próprias. Em outras palavras, a dependência dos municípios maiores de recursos da

União e estado, ainda que significativa, tem decrescido, enquanto tem aumentado a dependência de alguns municípios de pequeno e médio porte.

4.1.1 – Contrapartida Financeira Municipal para a Saúde

O aumento do volume de recursos financeiros dos municípios teve reflexos tanto na elevação global de receitas correntes per capita, como no gradual e constante incremento nas despesas correntes (próprias) com saúde, expressas também em valores per capita (Tabela 2).

Tabela 2 – Receitas correntes gerais per capita (RC) e despesas correntes municipais per capita com saúde (DCS)¹, expressas em R\$, MT, 1994-1998.

Ano Município		1994		1995		1996		1997		1998	
		RC	DCS	RC	DCS	RC	DCS	RC	DCS	RC	DCS
* A	Vera	142,2	7,2	248,6	17,6	263,3	22,8	475,5	35,2	570,8	37,8
	Vila Rica	88,5	7,7	183,8	21,2	191,2	34,1	188,6	22,1	266,8	23,5
	Água Boa	147,9	5,1	196,7	19,8	259,4	17,4	287,4	25,0	420,9	39,8
* B	Campo Verde	223,3	13,0	377,4	31,0	420,1	32,1	522,1	25,6	641,2	46,9
	Denise	149,8	24,1	226,3	14,4	239,4	18,4	281,3	70,8	314,7	52,2
	B. Melgaço	---	2,2	327,5	-	293,7	4,8	296,4	23,0	321,2	38,2
Média 1		150,6	9,9	260,0	17,3	277,9	21,6	341,9	33,6	422,6	39,7
A	Primavera	205,0	20,5	295,7	23,2	357,7	39,6	436,6	104,6	471,5	79,7
	Mirassol D'O.	104,7	8,7	179,2	25,3	233,3	32,9	235,8	30,9	240,2	33,3
	Sorriso	154,5	-	232,4	3,2	285,6	2,5	336,9	9,0	352,9	20,8
B	Alta Floresta	90,2	11,9	168,9	17,2	236,5	41,6	261,8	51,5	334,1	35,7
	B. Garças	131,1	11,1	195,6	3,8	248,1	5,9	256,6	-	324,8	6,2
	Poconé	68,3	5,3	121,8	7,8	139,3	5,7	142,5	5,8	193,3	10,9
Média 2		125,6	9,5	198,9	13,4	250,0	21,4	278,4	33,6	319,5	31,1
A	Cuiabá	106,5	15,7	259,3	20,7	229,6	46,7	285,6	43,4	279,5	44,4
	Tangará Serra	114,6	12,9	230,6	28,5	246,2	32,8	288,8	33,5	293,5	41,0
	Cáceres	89,4	3,5	226,6	6,2	182,4	12,8	260,0	13,9	307,5	15,4
	Rondonópolis	92,5	5,2	190,0	13,1	220,3	21,8	231,4	27,6	259,8	27,1
Média 3		100,7	9,3	226,6	17,1	219,6	28,5	266,5	29,6	282,6	32,0

Fonte: Balanços Gerais dos municípios 1: A despesa corrente com saúde per capita refere-se apenas à fração da contrapartida financeira municipal que é aplicada em saúde.

* A: municípios habilitados pela NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes.

Dentro do quadro geral de limitação financeira vigente no país, o estudo dos 16 municípios do Estado de Mato Grosso revelou que os pequenos municípios estão em situação financeira um pouco melhor que os de porte médio, que por sua vez estão em situação melhor que os municípios maiores. Os municípios pequenos, que em 1994 apresentavam médias de R\$ 150,6/hab. de receitas correntes e R\$ 9,9/hab. de despesas próprias com saúde, atingiram respectivamente, em 1998, médias de R\$ 422,6/hab. e R\$ 39,7/hab., enquanto os municípios de porte médio e municípios maiores finalizaram 1998 com respectivamente R\$ 319,5/hab. e R\$ 31,1/hab. e R\$ 282,6/hab. e R\$ 32,0/hab. de receitas correntes gerais e despesas correntes próprias com saúde.

Mais que o volume de recursos/habitante arrecadado ou gasto com saúde, chamou a atenção a variação no incremento das receitas correntes por habitante (R\$ 272,0; R\$ 193,9 e R\$ 181,9; respectivamente nos municípios pequenos, médios e grandes), o que em princípio revela que os municípios pequenos têm sido mais beneficiados com as transferências intergovernamentais, sem desconsiderar a elevação de arrecadação própria, observada em alguns destes municípios. Os gastos próprios com saúde, por habitante, também diferenciaram os pequenos municípios, nos quais verificou-se incremento de R\$ 29,8/hab., contra R\$ 21,6/hab. e R\$ 22,7/hab. nos municípios de porte médio e grande. Estes valores, no entanto, não necessariamente indicam maior comprometimento com saúde (haja vista a situação apresentada na Tabela 3) e há que se considerar o fato de que nos municípios pequenos - exatamente por terem pequena população - os investimentos em saúde, mesmo quando não muito importantes em termos de volume de recursos, acabam representando os maiores valores dispendidos per capita.

Apesar do incremento de receitas correntes observado ao longo dos últimos 5 anos, isto nem sempre tem conduzido à elevação nos percentuais de recursos municipais aplicados em saúde, principalmente entre os municípios pequenos e médios, conforme mostra a Tabela 3.

Em se considerando fidedignas as informações constantes nos “Balanços Gerais” apresentados pelas diversas Secretarias Municipais de Finanças, é muito variável o compromisso municipal com a saúde, observando-se situações em que há contrapartidas municipais significativas ao lado de outras onde a participação

financeira municipal é irrisória. Constatou-se também casos de municípios cujas contrapartidas foram negativas, revelando que em determinados anos foram efetuadas despesas com saúde que somavam valores menores do que aqueles repassados pelo SUS, numa evidência clara de transferência de recursos específicos da saúde para outras áreas (ou de incorreções na elaboração do Balanço Geral).

Tabela 3 – Contrapartida municipal para a saúde, expressa em percentagem da receita corrente geral do município (RCGM¹), MT, 1994-1998.

Ano Municípios		1994	1995	1996	1997	1998
A*	Vera	5,2%	7,7%	9,3%	8,0%	7,6%
	Vila Rica	9,7%	14,1%	21,1%	14,2%	10,1%
	Água Boa	3,9%	11,3%	7,8%	10,5%	11,0%
B*	Campo Verde	6,0%	8,7%	8,4%	5,1%	9,2%
	Denise	18,8%	6,6%	8,3%	28,2%	20,2%
	B. Melgaço	---	-2,9%	2,3%	10,2%	15,1%
Média 1		8,7%	7,9%	9,1%	12,4%	12,2%
A	Primavera	10,8%	8,1%	11,9%	12,4%	18,8%
	Mirassol D'O.	9,4%	16,6%	16,0%	15,0%	19,1%
B	Sorriso	-14,4%	1,4%	0,9%	2,5%	4,9%
	Alta Floresta	17,8%	15,1%	24,6%	27,6%	17,6%
	B. Garças	10,0%	2,2%	2,8%	-0,7%	2,6%
	Poconé	8,2%	6,9%	4,4%	4,5%	6,2%
Média 2		9,1%	8,4%	10,1%	12,5%	11,4%
A	Cuiabá	15,3%	9,7%	20,5%	16,5%	16,6%
	Tangará Serra	13,1%	14,2%	15,3%	13,0%	16,1%
	Cáceres	3,5%	6,2%	12,8%	13,9%	15,4%
	Rondonópolis	5,9%	7,5%	11,2%	13,5%	12,8%
Média 3		9,5%	9,4%	14,9%	14,2%	15,2%

Fonte: Balanços Gerais dos municípios

1: Considerou-se como RCGM a soma das arrecadações correntes municipais mais as transferências correntes intergovernamentais constitucionais (FPM, ITR, IR, ICMS, IPVA, etc.)

* A: municípios habilitados pela NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes.

Na média, no entanto, observou-se uma tendência mais uniforme, que coloca municípios pequenos e médios num mesmo patamar, elevando gradualmente o percentual de contrapartida financeira municipal, terminando 1998 com aproximadamente 12,0% do orçamento (de receitas correntes) comprometido com a saúde. Entre os municípios maiores, Cáceres e Rondonópolis são os responsáveis pela elevação da média de contrapartida municipal, uma vez que tanto Cuiabá como Tangará da Serra já acusavam comprometimento de percentuais relativamente elevados, desde 1994. Desta forma, o conjunto dos municípios maiores encerra 1998, com comprometimento de 15,2% do total de receitas correntes com a saúde.

Além da contrapartida financeira municipal, pode-se analisar o financiamento da atenção à saúde em duas diferentes formas de provisão de serviços: atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares. Os recursos financeiros do SUS, que historicamente vêm sendo empregados nestas formas de atenção e sobre os quais há informações disponíveis (SIA-SUS e SIH-SUS), foram neste caso o material de trabalho mais adequado.

4.1.2 – Financiamento da Assistência Ambulatorial

Observou-se nos municípios pequenos um constante e gradual incremento nos gastos ambulatoriais tanto por atendimento quanto per capita, encerrando-se 1998 com gastos médios de R\$ 1,8 por atendimento ambulatorial, o que correspondeu a uma média de R\$ 16,8 por habitante/ano (Tabela 4).

Nos municípios de porte médio (excluindo-se Sorriso, que em 1994 recebeu tratamento diferenciado e não explicado) observou-se a mesma tendência, sendo que em 1998 tanto os gastos por atendimento ambulatorial quanto por habitante, em média foram os mais elevados (R\$ 2,1 e R\$ 22,0 respectivamente), inferiores apenas àqueles encontrados em Cuiabá.

Surpreendentemente, nos municípios maiores, nos quais esperar-se-ia uma melhor e mais complexa estrutura ambulatorial e conseqüentemente oferta de serviços ambulatoriais mais caros, os gastos por atendimento estiveram no mesmo patamar dos municípios pequenos, enquanto os gastos per capita, embora maiores que os verificados nesses municípios, estiveram aquém do observado naqueles de

porte médio. O esperado seria o encontro de valores tendendo para o observado em Cuiabá, onde os gastos por atendimento ambulatorial atingiram R\$ 5,1, refletindo um gasto por habitante/ano de R\$ 57,5.

Tabela 4 – Valores gastos com Atendimentos Ambulatoriais, por Atendimento (R\$/A) e por Habitante (R\$/H), MT, 1994-1998.

Ano Município		1994		1995		1996		1997		1998	
		R\$/A	R\$/H ¹	R\$/A	R\$/H	R\$/A	R\$/H	R\$/A	R\$/H	R\$/A	R\$/H
A*	Vera	0,8	7,8	0,8	10,1	0,9	10,1	1,0	17,8	1,6	20,6
	Vila Rica	1,0	8,0	0,9	5,5	1,1	11,1	1,1	9,1	1,6	12,6
	Água Boa	1,5	17,8	1,2	16,6	1,1	21,8	1,2	16,7	1,9	17,1
B*	Campo Verde	0,9	4,4	1,1	9,6	1,2	7,8	1,4	9,3	1,9	15,2
	Denise	0,8	6,2	1,1	6,4	1,2	10,2	1,2	10,0	1,9	17,7
	B. Melgaço	1,2	10,4	1,2	12,3	1,2	17,0	1,1	14,0	1,8	17,6
Média 1		1,0	9,1	1,1	10,1	1,1	13,0	1,2	12,8	1,8	16,8
A	Primavera	1,3	6,6	1,2	7,1	1,1	9,3	1,0	9,7	1,3	13,5
	Mirassol D'O.	1,7	11,4	1,6	15,6	1,7	17,2	1,6	14,0	1,7	18,1
B	Sorriso	2,7	32,8	1,9	20,5	2,0	27,3	2,0	28,7	2,9	28,9
	Alta Floresta	1,4	18,8	1,4	24,3	1,3	31,7	1,2	24,7	1,4	26,6
	B. Garças	1,9	25,2	1,4	25,3	1,4	25,7	1,8	20,0	3,2	28,1
	Poconé	1,2	7,0	1,2	7,7	1,0	11,5	1,2	12,3	2,1	16,6
Média 2		1,5 ¹	3,8 ¹	1,5	16,7	1,4	20,4	1,5	18,2	2,1	22,0
A	Cuiabá	2,9	30,2	3,0	33,7	3,6	37,2	4,0	50,0	5,1	57,5
	Tangará Serra	1,1	13,2	1,0	14,0	1,1	13,6	1,3	12,1	1,2	11,8
	Cáceres	1,8	17,4	1,8	19,6	2,0	22,6	2,1	26,3	2,2	31,5
	Rondonópolis	1,5	16,2	1,4	19,1	1,5	19,0	1,6	18,4	1,9	21,1
Média 3		1,5	15,6	1,4	17,6	1,5	18,4	1,7	18,9	1,8	21,5

Fonte: SIA-SUS (DATASUS) e FIBGE 1- valor estimado, multiplicando-se por 2 os valores relativos ao 2º semestre de 1994; 2- não incluídos os dados de Sorriso, que estão “enviesados”, neste ano.

* A: municípios habilitados pela NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes (excluindo Cuiabá).

4.1.3 – Financiamento da Assistência Hospitalar

Também em relação às internações hospitalares observou-se, no conjunto dos municípios, variações no valor de cada internação, que no período de 1994 a 1998

sofreu um incremento médio de R\$ 35,8 nos municípios pequenos, R\$ 63,1 nos municípios médios, R\$ 55,8 nos maiores e R\$ 131,7 na capital, Cuiabá (Tab. 5). Isto indica a menor complexidade dos serviços hospitalares dos pequenos municípios, que acaba limitando a internação de agravos que redundam em melhores pagamentos, segundo as tabelas do SUS.

Tabela 5 – Valores gastos com Internações Hospitalares, por Internação (R\$/I) e por Habitante (R\$/H), MT, 1994-1998.

Ano Município		1994		1995		1996		1997		1998	
		R\$/I	R\$/H	R\$/I	R\$/H	R\$/I	R\$/H	R\$/I	R\$/H	R\$/I	R\$/H
* A	Vera	138,7	12,1	141,6	11,6	145,7	10,9	153,2	21,1	192,5	21,0
	Vila Rica	136,9	20,8	134,1	12,7	129,6	11,7	128,1	11,2	174,2	11,5
	Água Boa	175,1	37,8	158,6	13,3	174,1	20,6	177,8	22,6	236,2	26,3
* B	Campo Verde	212,4	21,9	207,6	13,8	204,2	14,7	192,0	11,8	241,2	13,4
	Denise	201,9	35,0	234,3	12,0	225,2	9,5	154,0	6,8	187,5	10,5
	B. Melgaço	123,4	9,8	205,4	14,1	165,7	10,7	141,3	14,3	171,4	15,6
Média 1		164,7	22,9	180,3	12,9	174,1	13,0	157,7	14,6	200,5	16,4
A	Primavera	161,3	10,1	170,9	11,0	153,8	11,0	146,6	9,5	199,8	11,8
	Mirassol D'O.	172,6	32,9	167,6	20,6	176,5	23,3	169,3	21,6	228,7	27,1
	Sorriso	166,5	41,4	130,2	13,1	152,1	16,4	176,5	17,3	221,6	23,9
B	Alta Floresta	172,1	25,9	186,9	24,3	189,9	31,2	196,9	32,8	267,9	37,1
	B. Garças	191,2	42,7	159,3	19,3	179,4	19,3	184,5	18,5	253,1	23,7
	Poconé	158,9	18,3	157,2	15,0	182,1	17,2	173,2	16,0	229,9	18,6
Média 2		170,4	28,5	162,0	17,2	172,3	19,7	174,5	19,3	233,5	23,7
A	Cuiabá	283,2	36,7	302,0	31,8	294,4	29,5	307,5	29,7	414,9	36,3
	Tangará	177,3	20,7	162,4	24,1	179,6	14,6	169,0	13,1	219,5	16,4
	Cáceres	167,4	22,3	152,9	15,1	156,4	17,2	165,6	17,8	250,0	22,8
	Rondonópolis	222,1	30,0	208,1	23,2	227,3	21,7	220,5	19,3	264,5	21,9
Média 3		188,9	24,3	174,5	20,8	187,8	17,8	185,0	16,7	244,7	20,4

Fonte: SIH-SUS (DATASUS) e FIBGE

* A: municípios habilitados pela NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes (excluindo Cuiabá).

Os municípios de porte médio e aqueles com população acima de 50.000 hab. apresentaram praticamente a mesma evolução na remuneração por AIH, revelando

que, na média, os serviços de internação hospitalar para o SUS têm complexidade semelhantes nas duas tipificações, mesmo que nas cidades maiores haja hospitais de maior complexidade, mas não necessariamente com leitos à disposição do SUS. Outra possibilidade para explicar esta semelhança seria a adoção, no caso dos municípios de porte médio, de critérios melhor definidos para internação de pacientes ou de estratégias visando a redução das internações por problemas de menor complexidade (PSF, PACS, Vigilância da Saúde, etc.). No outro extremo encontra-se Cuiabá, que sabidamente tem a rede hospitalar pública ou contratada de maior complexidade e que tem desenvolvido mecanismos de controle visando racionalizar a utilização dos leitos disponíveis.

Os gastos médios per capita com internação em 1998 foram menores que os observados em 1994, para os três conjuntos de municípios e a capital. Isto porque em 1994 o número de AIH por município era bem maior do que o atual. Assim, o incremento médio no valor de cada internação raramente representou um aumento no valor gasto per capita, uma vez que houve redução no número de internações, como se verá mais adiante.

4.1.4 – Financiamento da Saúde e Modelo de Atenção

Ao se analisar conjuntamente os gastos efetuados com Internações Hospitalares (Tab.5) e com Atendimentos Ambulatoriais (Tab. 4) e os dispêndios municipais com saúde (Tab. 2), observou-se que os gastos com saúde por habitante vêm aumentando progressivamente na quase totalidade dos municípios aqui considerados, independente de sua habilitação mais precoce ou mais tardia às formas de gestão previstas (NOB 93 e 96) em diferentes períodos (Tabela 6).

O maior incremento de gastos per capita com saúde no período foi observado em Cuiabá (R\$ 55,6) o que gerou os R\$ 138,2/hab. constatados em 1998, mas que representaram um acréscimo de apenas 13,1% na contrapartida municipal. Comparados ao estudo coordenado por HEIMANN (1998:24), os dados de Cuiabá aproximam-se dos observados no município de Santos, até 1996.

Novamente chamou a atenção o impacto que a descentralização teve sobre os municípios do Estado de Mato Grosso, principalmente aqueles de pequeno porte.

Neles, de 1994 a 1998 ocorreu um acréscimo médio nos gastos com saúde de R\$ 31,0/hab., sendo que as prefeituras, em média, elevaram sua contrapartida em 31,6%. Assim, em 1998 os gastos médios per capita com saúde contabilizaram R\$ 72,9 dos quais 54,2% foram de contrapartida municipal.

Tabela 6 – Valores globais gastos com Saúde, por Habitante (R\$/Hab.) e participação exclusivamente municipal (em %) neste gasto, MT, 1994-1998.

Ano Município		1994		1995		1996		1997		1998	
		R\$/Hab.	%	R\$/Hab.	%	R\$/Hab.	%	R\$/Hab.	%	R\$/Hab.	%
A	* Vera	27,1	26,6	39,3	44,8	43,8	52,1	74,1	47,5	79,4	47,6
	Vila Rica	36,5	21,1	39,4	53,8	56,9	59,9	42,4	52,1	47,6	49,4
	Água Boa	60,7	8,4	49,7	39,8	59,8	29,1	64,3	38,9	83,2	47,8
B	* Campo Verde	39,3	33,1	51,2	87,6	57,0	56,3	46,7	54,8	75,5	62,1
	Denise	65,3	36,9	32,8	43,9	38,4	47,9	87,6	80,8	80,4	64,9
	B. Melgaço	22,4	9,8	26,4	-	32,5	14,8	51,5	44,7	71,5	53,4
Média 1		41,9	22,6	39,8	37,6	48,1	43,4	61,1	53,1	72,9	54,2
A	Primavera	37,2	55,1	41,3	56,2	59,9	66,1	123,8	84,5	105,0	75,9
	Mirassol D'O.	53,0	16,4	61,5	41,1	73,4	44,8	68,2	45,3	78,5	42,4
B	Sorriso	74,2	-	36,8	8,7	46,2	5,4	45,0	20,0	73,6	28,3
	Alta Floresta	56,6	21,0	65,8	26,1	104,5	39,8	109,0	47,2	99,4	35,9
	B. Garças	79,0	14,1	48,4	7,9	50,9	11,6	38,5	-	58,0	10,7
	Poconé	30,6	17,3	30,5	25,6	34,4	16,6	34,1	17,0	46,1	23,6
Média 2		55,1	20,7	47,4	27,6	61,6	30,7	69,8	35,7	76,8	36,2
A	Cuiabá	82,6	19,0	86,2	24,0	113,4	41,2	123,1	35,3	138,2	32,1
	Tangará Serra	46,8	27,6	66,6	42,8	61,0	53,8	58,7	57,1	69,2	59,2
	Cáceres	43,2	8,1	40,9	15,2	52,6	24,3	58,0	24,0	69,7	22,1
	Rondonópolis	51,4	10,1	55,4	23,6	62,5	34,9	65,3	42,3	70,1	38,7
Média 3		47,1	15,3	54,3	27,2	58,7	37,7	60,7	41,1	69,7	40,0

Fonte: Balanços Gerais dos municípios; SIH-SUS e SIA-SUS

* A: municípios habilitados pela NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes (excluindo Cuiabá).

Nos municípios com população entre 20.000 e 49.999 habitantes, embora se constatasse, em 1988, um gasto médio com saúde de R\$ 76,8/hab (o segundo maior

valor, após Cuiabá), este número representou um acréscimo de R\$ 21,7 em relação a 1994 e de apenas 15,5% na contrapartida municipal.

Nos municípios maiores de 50.000 habitantes encontrou-se situação intermediária entre os municípios pequenos e médios com significativo aumento da participação municipal (24,7%) e moderado incremento de gastos médios por habitante (R\$ 22,6), o que redundou nos R\$ 69,7/hab. gastos em 1998.

Nas três categorias de municípios analisadas, os gastos médios per capita aproximam-se daqueles observados em Belo Horizonte, no período de 1994 a 1996 (HEIMANN e col. 1998: 24)

Excetuando-se Cuiabá, o que acabou diferenciando as três categorias de municípios não foi o valor médio do gasto com saúde em 1998 (próximo a R\$ 70,0/hab.) nem o incremento médio deste valor nos últimos 5 anos (entre R\$ 21,0 e R\$ 31,0/hab.), mas a contrapartida municipal para a saúde, que nos municípios pequenos sofreu o maior acréscimo no período, quando comparado àquele observado nos municípios de porte médio, grande e mesmo na capital, conforme ilustra o Gráfico 1.

Graf.1 - Incremento dos Gastos Globais e Municipais com Saúde/Habitante e da Contrapartida Municipal, segundo as categorias dos municípios, 1994-98.

Fonte: Balanços Gerais, SIH e SIA-SUS

Quando se comparou os percentuais de incrementos no período de 1994 a 1998, relativos à contrapartida financeira municipal por habitante, com os gastos com atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares por habitante, tornaram-se mais evidentes as diferenças na composição dos recursos que financiam a saúde, nas distintas categorias de municípios estudadas (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Variação percentual de 1994 a 1998 da Contrapartida Municipal e gastos com Atendimento Ambulatorial e Internação Hospitalar, segundo as categorias dos municípios.

Fonte: Balanços Gerais, SIH e SIA-SUS.

De 1994 a 1998, em média os municípios pequenos incrementaram em 301,0% sua contrapartida financeira para a saúde, percentual mais elevado que aquele observado nos municípios de porte médio (227,4%), grande (286,1%) e capital (182,8%). O segundo maior incremento deu-se em relação aos gastos com atendimentos ambulatoriais/hab., sobressaindo-se novamente o valor observado no conjunto dos municípios pequenos (84,0%), inferior apenas ao incremento de Cuiabá (91,4%), mas bem acima daquele observado nos municípios grandes (37,8%) e médios (59,4%). Por outro lado, foi nos municípios pequenos que se deu o maior

decréscimo de gastos com Internação hospitalar/hab.(-28,4%), que caiu em todos os municípios, em ordem inversamente proporcional ao porte deste municípios, reduzindo-se apenas 1,0% em Cuiabá.

Os resultados observados apontam que até o momento a descentralização implementada após a edição da NOB-93 tem tido grande impacto (pelo menos em termos de financiamento) sobre os pequenos municípios, nos quais a contrapartida municipal quadruplicou, sendo responsável, em 1998, por mais da metade do total de recursos gastos com saúde. Diferentemente do que manifestam os prefeitos dos pequenos municípios, que vêem nesta situação a evidência de que estão sendo “sacrificados”, assumindo a maior parte da “conta da saúde”, os dados apresentados permitem contestar tal postura, ressaltando que estes municípios historicamente pouco ou nada investiam em saúde até o início dos anos 90, mesmo sendo os maiores beneficiados pelos repasses intergovernamentais, que constituem mais de 80,0% de suas receitas correntes (Tab. 1) e que representam as mais elevadas relações de receitas correntes por habitante, entre todos os municípios. A descentralização, neste caso, vem orientando condutas e promovendo desempenho desiguais frente as distintas realidades, o que vem ao encontro dos princípios que orientam a própria descentralização.

Os dados que possibilitaram a construção do Gráfico 2 são melhor apresentados na Tabela 7 e mostram que o comportamento das três principais fontes de financiamento da saúde estudadas – contrapartida municipal, assistência ambulatorial e internações hospitalares – variou bastante no período de 1994 a 1998.

Destacou-se inicialmente a redução do volume *per capita* de recursos para internação hospitalar e também de seu peso proporcional, no total de gastos. As Internações Hospitalares, que em 1994 respondiam por 54,7%, 55,0%, 51,6% e 44,4% dos gastos com saúde, respectivamente no conjunto de municípios pequenos, médios, grandes e na capital, passam, em 1998, a responder por 22,5%, 30,8%, 29,3% e 26,7%, dos gastos com saúde, respectivamente nos mesmos conjuntos de municípios anteriormente considerados.

A redução dos gastos com internação acompanhou-se de elevação dos outros dois componentes, destacando-se o importante incremento no volume de recursos que os municípios alocaram em saúde, de seus próprios orçamentos (Contrapartida

Municipal). Embora em menor escala, também foi expressiva a elevação das transferências federais para o custeio da Assistência Ambulatorial.

Tabela 7 – Gastos *per capita* com Saúde, por fonte de recursos: Contrapartida Municipal (CM), Assistência Ambulatorial (AA) e Internação Hospitalar (IH), MT, 1994-1998.

Ano Município		1994			1995			1996			1997			1998		
		CM	AA	IH	CM	AA	IH	CM	AA	IH	CM	AA	IH	CM	AA	IH
* A	Vera	7,2	7,8	12,1	17,6	10,1	11,6	22,8	10,1	10,9	35,2	17,8	21,1	37,8	20,6	21,0
	Vila Rica	7,7	8,0	20,8	21,2	5,5	12,7	34,1	11,1	11,7	22,1	9,1	11,2	23,5	12,6	11,5
	Água Boa	5,1	17,8	37,8	19,8	16,6	13,3	17,4	21,8	20,6	25,0	16,7	22,6	39,8	17,1	16,3
* B	C. Verde	13,0	4,4	21,9	31,0	9,6	13,8	32,1	7,8	14,7	25,6	9,3	11,8	46,9	15,2	13,4
	Denise	24,1	6,2	35,0	14,4	6,4	12,0	18,4	10,2	9,5	70,8	10,0	6,8	52,2	17,7	10,5
	B. Melgaço	2,2	10,4	9,8	-	12,3	14,1	4,8	17,0	10,7	23,0	14,0	14,3	38,2	17,6	15,6
Média 1		9,9	9,1	22,9	17,3	10,1	12,9	21,6	13,0	13,0	33,6	12,8	14,6	39,7	16,8	16,4
A	Primavera	20,5	6,6	10,1	23,2	7,1	11,0	39,6	9,3	11,0	104,6	9,7	9,5	79,7	13,5	11,8
	Mirassol	8,7	11,4	32,9	25,3	15,6	20,6	32,9	17,2	23,3	30,9	14,0	21,6	33,3	18,1	27,1
B	Sorriso	-	32,8	41,4	3,2	20,5	13,1	2,5	27,3	16,4	9,0	28,7	17,3	20,8	28,9	23,9
	A. Floresta	11,9	18,8	25,9	17,2	24,3	24,3	41,6	31,7	31,2	51,5	24,7	32,8	35,7	26,6	37,1
	B. Garças	11,1	25,2	42,7	3,8	25,3	19,3	5,9	25,7	19,3	-	20,0	18,5	6,2	28,1	23,7
	Poconé	5,3	7,0	18,3	7,8	7,7	15,0	5,7	11,5	17,2	5,8	12,3	16,0	10,9	16,6	18,6
Média 2		9,5	13,8	28,5	13,4	16,7	17,2	21,4	20,4	19,7	33,6	18,2	19,3	31,1	22,0	23,7
A	Cuiabá	15,7	30,2	36,7	20,7	33,7	31,8	46,7	37,2	29,5	43,4	50,0	29,7	44,4	57,8	36,3
	Tangará	12,9	13,2	20,7	28,5	14,0	24,1	32,8	13,6	14,6	33,5	12,1	13,1	41,0	11,8	16,4
	Cáceres	3,3	17,4	22,3	6,2	19,6	15,1	12,8	22,6	17,2	13,9	26,3	17,8	15,4	31,5	22,8
	Rondonóp.	5,2	16,2	30,0	13,1	19,1	23,2	21,8	19,0	21,7	27,6	18,4	19,3	27,1	21,1	21,9
Média 3		7,2	15,6	24,3	15,9	17,6	20,8	22,5	18,4	17,8	25,0	18,9	16,7	27,8	21,5	20,4

Fonte: Balanços Gerais dos municípios; DATASUS/MS

* A: municípios habilitados pela NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes (excluindo Cuiabá).

Essa situação, quando analisada sob a ótica do financiamento, é de algum modo alentadora, pois parece refletir uma inversão no modelo de atenção, uma vez que aponta uma redução do peso da Assistência Hospitalar, ao mesmo tempo que revela um maior investimento financeiro por parte dos municípios (em princípio numa lógica de maior racionalidade e controle) e também aumento das transferências destinadas à Assistência Ambulatorial (que em princípio privilegiaria a Atenção Primária à Saúde).

Uma análise um pouco mais detalhada, no entanto, oferece elementos que suscitam preocupações, uma vez que revelam a manutenção de um modelo de atenção voltado para a assistência médica, individual, curativa, com crescente incorporação tecnológica e dependência do setor privado, mais evidente nos municípios maiores.

Das três fontes de financiamento trabalhadas, uma está comprometida com as Internações Hospitalares e como a totalidade dos municípios do Estado de Mato Grosso, com exceção de Cuiabá, está sob gestão Plena da Atenção Básica, isto significa que estes municípios gerenciam a distribuição das AIH (instrumentos que autorizam a internação), mas não os recursos para seu pagamento. Cuiabá é o único município mato-grossense que tem autonomia sobre as internações hospitalares. Deste modo, com maior ou menor controle, por parte dos municípios, destinaram-se a uma atividade voltada à assistência médica, hospitalar, curativa e individual, entre 22,0% a 31,0% dos recursos gastos com saúde em 1998.

A Contrapartida Municipal, atualmente responde por 32,0% a 54,0% dos recursos gastos com saúde, dependendo do porte do município. A análise da aplicação destes recursos é dificultada pela forma como são elaborados os instrumentos de acompanhamento e prestação de contas, pela Secretarias Municipais de Finanças, conforme mencionado no início desse capítulo. Análise documental e entrevistas informam que a maior parte da contrapartida municipal (quando não toda ou ainda complementada por recursos do SUS) se destina ao pagamento da folha de pessoal. Como os Recursos Humanos da Saúde dos municípios estão geralmente distribuídos por todos os serviços de saúde, de Unidades Básicas de Saúde a UTI e Centros de Reabilitação, não foi possível, neste trabalho, informar o "destino" desta contrapartida.

O financiamento da Assistência Ambulatorial foi o componente que mereceu maior atenção, nessa análise, por três motivos: 1) por teoricamente refletir o maior compromisso com a Promoção da Saúde e Prevenção Primária, através da Atenção Primária à Saúde; 2) porque é o componente que desde a NOB 93 tem sido transferido (total ou parcialmente) aos municípios, cabendo a eles utilizá-los conforme o modelo de assistência adotado; 3) porque através do DATASUS é possível desagregar as informações de produção e financiamento dos atendimentos ambulatoriais, por município e “itens de programação”, de modo a evidenciar tendências.

Para melhor analisar os Atendimentos Ambulatoriais, eles foram desagregados em três componentes, que representam itens de programação isolados ou aglutinados: 1) Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunização e Atos Não Médicos (AVEIANM); 2) Consultas – e procedimentos – Médico-Odontológicos e 3) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos de média e alta complexidade (que incluem patologia clínica, radio-diagnóstico, ultra-sonografia, outros exames por imagens, exames hemodinâmicos, terapia renal substitutiva, radio e quimioterapia, órteses e próteses, outros exames especializados e outras terapias especializadas).

Observou-se, para o Estado de Mato Grosso, que os gastos com AVEIANM e Atendimentos Médico-odontológicos, que em 1994 representavam 73,0% do total de gastos ambulatoriais, reduziram-se para 51,4%, enquanto os gastos com Atendimentos de Média e Alta Complexidade elevaram-se de 25,2% para 39,5% (Tabela 8).

Esses resultados refletem a situação do conjunto dos municípios, mas a amostra estudada permite afirmar que é nos municípios maiores, na capital e nos municípios de porte médio, nesta ordem, que está ocorrendo maior decréscimo no financiamento dos dois primeiros componentes, e conseqüente incremento proporcional dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos de média e alta complexidade. Ainda é pequeno o aumento deste componente nos municípios de pequeno porte (Gráfico 3).

Tabela 8 – Financiamento da Assistência Ambulatorial: Percentual** gasto com AVEIANM (1), Assistência Médica e Odontológica (2) e Complementação Diagnóstica e Terapêutica de Média e Alta Complexidade (3), MT, 1994-1998.

Ano Município		1994			1995			1996			1997			1998		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
A	Vera	50,1	34,3	15,5	64,4	24,3	11,2	62,5	25,7	11,7	51,4	34,6	12,9	51,9	33,7	13,1
	Vila Rica	82,0	12,3	5,5	70,5	17,5	12,1	76,7	17,4	5,9	68,3	26,8	4,8	63,4	27,1	8,6
	Água Boa	53,3	39,2	7,4	48,5	39,9	11,4	47,8	41,0	11,2	47,5	42,7	9,5	29,1	66,6	9,0
	C. Verde	68,2	31,9	-	70,4	24,6	-	72,2	27,3	-	60,8	32,0	7,2	42,6	40,4	13,0
B	Denise	20,2	64,6	15,2	41,6	44,7	13,6	32,9	49,0	18,0	53,7	32,8	11,2	55,0	24,1	16,2
	B. Melgaço	33,8	60,4	5,3	36,5	57,8	5,7	49,7	42,3	7,9	59,0	40,0	1,0	49,5	38,7	11,7
Média 1		51,3	40,5	8,1	55,3	35,6	9,0	57,0	33,8	9,1	56,8	34,8	7,8	48,6	38,5	11,9
A	Primavera	33,8	52,9	11,7	27,8	60,6	10,4	31,6	47,7	14,9	37,7	43,4	15,3	38,9	44,1	15,1
	Mirassol	57,3	36,3	6,4	53,5	39,9	6,5	46,4	41,0	12,5	40,9	47,8	10,6	35,4	48,6	12,7
	Sorriso	12,7	77,7	8,9	31,4	59,6	8,8	23,7	55,6	18,8	22,4	51,4	24,1	17,4	48,3	32,3
B	A. Floresta	47,4	34,2	13,7	40,4	39,5	16,4	37,3	36,7	19,9	43,9	37,4	15,7	42,4	39,6	15,1
	B. Garças	24,6	52,9	13,6	34,7	55,6	9,2	39,5	39,6	18,4	24,6	36,0	35,1	24,0	38,8	33,3
	Poconé	30,9	55,9	13,9	37,3	47,8	14,9	44,7	39,3	15,9	40,5	45,6	13,9	28,1	53,7	14,7
Média 2		34,5	51,5	11,4	35,7	50,5	10,9	37,2	43,3	16,7	35,0	43,6	19,1	31,0	45,5	20,5
A	Cuiabá	16,1	35,6	45,9	10,8	34,2	47,5	10,0	18,9	65,5	9,3	19,8	57,7	6,1	17,9	58,3
	Tangará	51,9	37,7	10,0	56,6	34,7	6,1	42,0	40,7	13,4	28,9	44,3	23,4	31,5	47,6	18,1
	Cáceres	16,9	55,2	27,7	18,6	47,3	30,5	24,8	42,8	31,3	25,4	35,8	36,4	18,9	26,5	47,2
	Rondonóp.	31,9	60,5	6,6	36,2	56,8	6,3	40,1	46,4	12,5	39,6	39,8	19,5	30,9	35,2	29,6
Média 3		33,6	51,1	14,8	37,1	46,3	14,3	35,6	43,3	19,1	31,3	40,0	26,4	30,9	35,2	31,6
Mato Grosso		28,3	44,7	25,2	29,7	40,4	28,1	30,0	31,4	35,1	26,8	30,4	36,4	21,1	30,3	39,5

Fonte: SIA-SUS (DATASUS/MS) ** A soma das percentagens nem sempre atingiu 100,0%, porque algumas categorias de atendimento não se enquadram nessa classificação.

* A: municípios habilitados pela NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes (excluindo Cuiabá).

Gráfico 3 - Variação Percentual, de 1994 a 1998, do financiamento de AVEIANM, Assistência Médico-Odontológica e Complementação Diagnóstica e Terapêutica de Média e Alta Complexidade, M.T.

Fonte: SIA-SUS (DATASUS)

Esse gráfico também evidencia a influência, principalmente da capital e municípios com mais de 50.000 hab., sobre o comportamento do financiamento da assistência ambulatorial do Estado de Mato Grosso. Somente Cuiabá, que detém praticamente 20,0% da população do estado, foi responsável, em 1998, por 50,0% de todos os gastos ambulatoriais. A grande maioria dos municípios mato-grossenses insere-se na categoria de pequenos municípios e somente a relativa estabilidade do financiamento dos três componentes analisados, nestes locais, impediu o agravamento da situação.

Se os gastos com atendimentos ambulatoriais efetuados em 1994 são equiparados a 100 e utilizados como referência para os anos seguintes (Tabela 9), o quadro que se apresenta revela que no Estado de Mato Grosso os gastos com atendimentos de média e alta complexidade não sofrem incremento apenas proporcional ao total de gastos, mas também absoluto, ao longo dos últimos 5 anos.

Tabela 9 - Variação do financiamento da Assistência Ambulatorial, segundo seus componentes e porte dos municípios, tendo o ano de 1994 (=100) como referência, Mato Grosso, 1994-1998

Porte do Município	Componente de Financiamento	Ano				
		1994	1995	1996	1997	1998
Pequeno	AVEIANM	100	133,6	173,3	175,5	176,3
	Ass. Médico-Odontologica	100	122,0	158,1	186,7	222,7
	Média/Alta Complexidade	100	124,0	183,2	125,6	202,8
Médio	AVEIANM	100	126,7	155,6	141,4	138,1
	Ass. Médico-Odontologica	100	120,8	130,9	127,1	151,1
	Média/Alta Complexidade	100	113,4	225,7	236,2	296,9
Grande	AVEIANM	100	113,5	126,9	131,0	110,4
	Ass. Médico-Odontologica	100	104,6	93,3	97,4	95,5
	Média/Alta Complexidade	100	105,3	171,5	243,6	299,4
M.T	AVEIANM	100	122,7	140,5	133,4	122,9
	Ass. Médico-Odontologica	100	105,4	92,9	95,5	111,6
	Média/Alta Complexidade	100	119,8	180,6	199,1	252,4

Fonte: SIA-SUS (DATASUS/MS)

O financiamento da assistência de média e alta complexidade foi o que mais cresceu no período, no estado, principalmente em detrimento da elevação observada nos municípios de médio e grande porte. Elevação dos gastos com AVEIANM também foi observada nos três conjuntos de municípios, embora de menor magnitude. Em relação aos atendimentos médico-odontológicos, houve redução de gastos nos municípios com mais de 50 000 hab., enquanto eles superaram os gastos com AVEIANM nos municípios de médio e pequeno portes. Nestes últimos, os gastos com os atendimentos médico-odontológicos ultrapassaram todos os demais, mas não de forma a interferir significativamente no comportamento do Estado, como um todo.

Dos três conjuntos de municípios estudados, o de pequeno porte foi aquele onde se deu uma evolução mais equitativa nos gastos com atendimentos ambulatoriais (Gráfico 4), ou seja, o aumento dos recursos financeiros para a atividade ambulatorial, nestes locais, redundou em maior aporte financeiro tanto para

as consultas médico-odontológicas e AVEIANM, como para as atividades de complementação diagnóstica e terapêutica de média e alta complexidade. Isto provavelmente se deu porque nos municípios com menos de 20 000 hab. os serviços de saúde que configuram o SUS local são pouco complexos e orientados para a Atenção Primária à Saúde. Nesses municípios, os serviços de patologia clínica, radiodiagnóstico e ultrassonografia, geralmente compõem a assistência de média e alta complexidade, e por serem menos dispendiosos (e talvez utilizados com mais critério), acabam comprometendo menos os gastos ambulatoriais. Já nos municípios grandes, a elevação em três vezes dos gastos com assistência ambulatorial de média e alta complexidade, se acompanha da estabilização do financiamento das AVEIANM e redução do financiamento da assistência médico-odontológica, enquanto nos municípios de porte médio a situação é intermediária, tendendo mais ao comportamento dos municípios maiores.

Gráfico 4 - Variação dos gastos com Assistência Ambulatorial, de 1994 a 1998, MT.

Em relação ao financiamento da saúde, os dados apresentados permitem evidenciar que a descentralização, principalmente implementada após a edição da NOB-93, tem tido grande impacto sobre os municípios mato-grossenses, nos quais se observou uma constante elevação dos gastos com saúde por habitante.

A evolução do financiamento da assistência à saúde também permitiu evidenciar a aparente mudança na prestação de serviços, uma vez que de 1994 para 1998 ampliaram-se os gastos com assistência ambulatorial ao mesmo tempo que se reduziram os gastos com internações hospitalares. Isto, no entanto, não necessariamente significa uma alteração no modelo de atenção à saúde, haja vista que este incremento de gastos, não redundou em equivalente implementação da Atenção Primária à Saúde, mas sim numa utilização cada vez mais intensa dos serviços de média e alta complexidade, muitos dos quais migraram do ambiente hospitalar para os ambulatorios.

Observou-se gradual e constante redução (proporcional e também absoluta, em alguns municípios) no volume e no financiamento das AVEIANM e das Consultas Médico-Odontológicas. Como os recursos financeiros destinados à Assistência Ambulatorial aumentaram no período, tanto de forma absoluta como *per capita*, o que se deu foi uma “migração”, principalmente financeira, para o segmento de Complementação Diagnóstica e Terapêutica de Média e Alta Complexidade, que cresceu, no Estado de Mato Grosso, 74,0% em termos de volume e 152,4% em termos financeiros. Esta migração é resultado dos custos mais elevados dos procedimentos que fazem parte deste segmento (principalmente pela incorporação tecnológica), de aumento de valores da tabela SUS, mas também de políticas adotadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, como a adoção de pagamentos diferenciados para alguns procedimentos ambulatoriais.

De modo geral, os municípios pequenos do Estado de Mato Grosso tiveram uma evolução mais homogênea dos três componentes da Assistência Ambulatorial analisados, enquanto os municípios de maior porte e a capital, tiveram aumento exacerbado do volume e financiamento da Complementação Diagnóstica e Terapêutica de Média e Alta Complexidade, interferindo de maneira indelével na situação do Estado como um todo.

O modo como estão sendo utilizados os recursos financeiros das três principais fontes identificadas neste trabalho suscita preocupações, uma vez que pode estar conduzindo o SUS para um quadro de inviabilidade financeira, pelo menos no Estado de Mato Grosso. Neste Estado, quase 30,0% dos recursos financeiros disponíveis já estão comprometidos com Internação Hospitalar; outros 35,0% – de Contrapartida Municipal – estão comprometidos com a folha de pagamento dos recursos humanos da saúde (sendo que uma parcela deles atua em hospitais municipais e mesmo serviços de complementação diagnóstica e terapêutica) e os restantes 35,0%, cuja maior parcela deveria destinar-se à Atenção Básica, estão cada vez mais se deslocando para um volume relativamente pequeno de atendimentos, com consumo de praticamente 40,0% (em 1998) deste recurso. O segmento de média e alta complexidade é um segmento que está em constante processo de incorporação tecnológica, que via de regra é onerosa. Além disso, o modelo de atenção à saúde hegemônico no país, estimula a prática de incorporação das tecnologias mais modernas, fazendo-o de forma cumulativa e não substitutiva (BANTA e LUCE, 1993), o que acaba impondo maior ônus ao sistema.

Como não há perspectivas de incrementos importantes nos recursos da saúde e o modelo atual está gerando redução (absoluta e relativa) do volume de atividades de Atenção Primária à Saúde, acredita-se que esta redução, num ciclo vicioso, fatalmente redundará em maior demanda ao segmento de média e alta complexidade, que por sua vez implicará em absorção de mais recursos financeiros. A perpetuação de um modelo de assistência voltado para a assistência médica, individual, curativa, praticada no hospital ou em serviços ambulatoriais especializados, com maciça incorporação tecnológica, além de mantenedora de iniquidade, pode acabar condenando o Sistema Único de Saúde à sua inviabilidade financeira.

4.2. Estrutura

Não foi possível evidenciar mudanças qualitativas e quantitativas no aparato estrutural responsável pela provisão de serviços de saúde, principalmente pela não disponibilidade de informações fidedignas sobre o período analisado. Fez-se um levantamento de dados relativos à rede ambulatorial e hospitalar nas várias fontes

existentes – DATASUS, Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipais de Saúde – e a utilização parcial dos mesmos deveu-se a alguns fatores: a) muitos cadastros (de rede física e recursos humanos) não tinham sido atualizados; b) uma mesma fonte não contemplava todo o período estudado; c) dados de fontes distintas não coincidiam entre si, inviabilizando sua utilização conjunta. Quanto aos Recursos Humanos para a Saúde, além do problema de atualização cadastral, os dados disponíveis não puderam ser totalmente utilizados, uma vez que eram relativos aos lotacionogramas, proporcionando o número de profissionais por categoria e local de trabalho, mas cuja soma não foi possível devido à freqüente prática, entre os profissionais de saúde, de dupla carga de trabalho e/ou duplo vínculo empregatício.

Em decorrência da situação exposta, optou-se por trabalhar apenas o ano de 1998, utilizando-se os dados coletados diretamente junto aos municípios estudados, ressaltando que tal estratégia permitiu apenas uma comparação (limitada) da situação estrutural atual das três categorias de municípios, sem considerar o processo que a antecedeu, nos últimos anos.

Tabulando-se alguns indicadores de estrutura, pôde-se evidenciar o crescimento da complexidade e especificidade da oferta de serviços de saúde à medida que aumentava o porte dos municípios (Tabela 10). Nos municípios pequenos encontrou-se a maior disponibilidade de Centros de Saúde e de Atendentes de Enfermagem e Agentes Comunitários por habitante, indicando que nestes locais são priorizadas as atividades desenvolvidas nos Centros de Saúde e por Agentes Comunitários e Atendentes de Saúde, atividades estas provavelmente de baixa complexidade, constituindo, dentro da Atenção Primária à Saúde, aqueles procedimentos mais simples, como as Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunizações e Atos Não Médicos (AVEIANM).

Nos municípios maiores e na capital, no outro extremo, observou-se uma estrutura física e humana que pressupõe uma organização dos serviços mais voltada à atenção médico curativa, de base hospitalar. Sugerem isto a maior disponibilidade de leitos hospitalares e de médicos (principalmente em Cuiabá), em comparação a um menor número de Centros de Saúde e de Agentes Comunitários e Atendentes de Enfermagem, por habitante.

Tabela 10 – Disponibilidade Recursos Físicos e Humanos para o SUS, nos municípios do o Estado de Mato Grosso, 1998

	Municípios	C. Saúde/hab. ¹	AC+At. ³ /hab. ²	Médico/hab. ²	Leitos H./hab. ²
A*	Vera	1,32	2,26	0,40	2,26
	Vila Rica	1,31	1,96	0,13	1,51
	Água Boa	1,41	1,62	0,35	3,17
B*	Campo Verde	1,62	1,05	0,40	2,10
	Denise	2,10	1,79	0,32	3,15
	B. Melgaço	1,39	1,67	0,14	1,39
Média 1		1,52	1,72	0,29	2,26
A	Primavera	2,37	0,67	0,51	1,30
	Mirassol D'O.	0,84	0,92	0,25	3,50
B	Sorriso	0,98	0,69	0,29	1,73
	Alta Floresta	1,00	1,15	0,40	3,23
	B. Garças	1,68	1,30	0,65	2,40
	Poconé	1,29	1,04	0,45	1,94
Média 2		1,36	0,96	0,42	2,43
A	Cuiabá	0,87	0,65	1,21	2,48
	Tangará Serra	0,74	---	0,24	2,23
	Cáceres	0,94	0,96	0,27	2,72
	Rondonópolis	0,59	0,89	0,53	2,55
Média 3		0,78	0,83	0,35** 0,56	2,50

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde; IBGE

1: por 10.000 hab.; 2: por 1000 hab.; 3: AC+At. = Agentes Comunitários e Atendentes de Saúde

* A: municípios habilitados pela NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes (** exclui Cuiabá).

Os municípios de porte médio encontram-se em situação intermediária, detendo a segunda mais favorável relação habitante/médico (superada pela de Cuiabá) e razoável disponibilidade de leitos/habitante, inferior a dos municípios maiores. No entanto, apresentam maior disponibilidade de Centros de Saúde e de Agentes/Atendentes do que a verificada naqueles municípios, embora menores que a observada nos municípios pequenos. Tal situação, quando comparada à dos municípios maiores, faz supor uma organização de serviços que busca dar maior cobertura à atenção primária em saúde, inclusive com maior participação do

profissional médico. Já em comparação aos municípios pequenos, a atenção médico hospitalar nos municípios de porte médio encontra-se melhor estruturada, pelo menos no que tange à disponibilidade de leitos hospitalares e médicos por habitante

Quadro 1. Distribuição dos municípios segundo habilitação à NOB-93 e NOB-96, Mato Grosso, 1993-1998.

Municípios \ NOB e Gestão	NOB-93			NOB-96	
	Incipiente	Parcial	Semi-Plena	Plena Aten. Básica	Plena do Sistema
Vera	X			X (1998)	
Vila Rica	X			X (1998)	
Água Boa		X		X (1998)	
Campo Verde				X (1998)	
Denise				X (1998)	
Barão de Melgaço				X (1998)	
Primavera do Leste		X		X (1998)	
Mirassol D' Oeste		X		X (1998)	
Sorriso				X (1998)	
Alta Floresta				X (1998)	
Barra do Garças				X (1998)	
Poconé				X (1998)	
Cuiabá			X		X (1998)
Tangará da Serra		X		X (1998)	
Cáceres		X		X (1998)	
Rondonópolis		X		X (1998)	

Fonte: Secretaria Técnica da CIB-MT

A grande mudança ocorrida nos municípios do Estado de Mato Grosso, no período 91-98, foi de caráter organizacional (e político), quando da edição da NOB-93 e conseqüente habilitação dos municípios às formas de gestão por ela propostas. A habilitação, nesse estado, deu-se a partir de novembro de 1993 e abarcou 9 dos 16 municípios estudados (Quadro 1). A forma de Gestão Incipiente predominou nos municípios pequenos, enquanto a Parcial orientou a gestão nos demais municípios,

com exceção de Cuiabá, que foi o único município no estado habilitado à Gestão Semi Plena.

Os municípios habilitados pela NOB-93 foram organizando seus Sistemas Municipais de Saúde até 1998, sob a orientação desta NOB e das normalizações exaradas pelo MS, mesmo após a publicação da NOB-96, uma vez que no Estado de Mato Grosso o processo de habilitação a esta última somente se deu no primeiro semestre de 1998. No fim deste ano, todos os 126 municípios do estado estavam habilitados à Gestão Plena da Atenção Básica, com exceção de Cuiabá, que foi habilitada à Gestão Plena do Sistema. Isto implica em dizer que desde 1994 (para os nove municípios habilitados à NOB-93) e a partir de 1998 (para todos os municípios) tanto a estrutura física da saúde como os recursos humanos existentes nos municípios (fossem eles da União, do Estado ou dos próprios municípios) passaram a ser, em termos de gestão, de responsabilidade dos Sistemas Municipais de Saúde constituídos.

A organização da estrutura das Secretarias Municipais de Saúde vai se desenvolvendo à medida que os Sistemas Municipais de Saúde vão se constituindo, ampliando-se e tornando-se mais complexos, processo este muito relacionado ao porte de cada município. Pôde-se identificar 4 tipos de estruturas organizacionais, refletindo níveis progressivos de complexidade:

Nível I – Representado por organogramas simples, com dois níveis hierárquicos e número máximo de 6 estruturas subordinadas ao Secretário. Com pequenas variações, é a estrutura na qual se encaixam todos os municípios de pequeno porte

Nível II – Representado por organogramas um pouco mais complexos, que contemplam 1 nível hierárquico intermediário (coordenação, divisão) entre o Secretário e as estruturas executoras, estas em número de seis a dez. Foi, com algumas variações, o modelo encontrado na maioria dos municípios de porte médio (Primavera do Leste, Mirassol D'Oeste, Sorriso, Barra do Garças e Poconé) e em um município maior (Tangará da Serra).

Nível III - Representado por organogramas com até dois níveis hierárquicos entre o Secretário e as estruturas executoras, estas em número superior a 10. Foi a forma de estrutura organizacional encontrada em Alta Floresta, Cáceres e Rondonópolis.

Nível IV – Representado por organogramas com três ou mais níveis intermediários como Diretorias, Coordenações e Gerências, os quais sozinhos compõem mais de 20 estruturas administrativas. É o organograma de Sistemas de Saúde bastante complexos, como o de Cuiabá.

Se por um lado o aumento da complexidade das estruturas organizacionais tem sido justificada como uma necessidade gerencial, há que se refletir sobre o afastamento que ela impõe entre as atividades meio e fim, ou seja, entre as instâncias normalizadoras, coordenadoras e avaliadoras e as instâncias onde se dá a prestação de serviços aos usuários. Neste sentido, os usuários dos Sistemas de Saúde dos pequenos municípios, em tese, encontrariam condições mais favoráveis para reivindicação de serviços e satisfação de suas necessidades de saúde.

Ainda do ponto de vista estrutural, considerou-se importante analisar como se conformaram os Conselhos Municipais de Saúde e como está se dando a gestão dos recursos financeiros da saúde, nos municípios estudados.

A grande maioria dos CMS foi instituída no período de 1990 a 1993, entre a aprovação da Leis Orgânicas de Saúde e a edição da NOB 01/93. Embora a paridade estivesse claramente definida na Lei 8142 (BRASIL 1990b) – “A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” (Art 1, §4) – grande parte dos Conselhos Municipais de Saúde criados nesse período foram compostos com o segmento dos usuários representando 1/3 desse fórum. Além disso, praticamente a totalidade dos CMS tinham o Secretário Municipal de Saúde como seu presidente, segundo as leis municipais de criação ou regimento dos conselhos (Tabela 11).

Tabela 11 – Composição dos CMS na sua constituição e na atualidade, Municípios do Estado de Mato Grosso, 1999.

CMS Município		Consti- tuição C M S	CMS na sua criação			CMS atual			
			Mem- bros	Usuá- rios	Presi- dente	Altera- do em:	Mem- bros	Usuá- rios	Presi- dente
A	Vera	1993	20	10	SMS	1998	14	07	SMS
	Vila Rica	1994	16	08	SMS	1998	16	08	Eleito
	Água Boa	1990	12	04	SMS	1999	10	05	SMS
B	Campo Verde	1991	19	09	SMS	1997	12	06	SMS
	Denise	1990	18	06	SMS	1999	12	06	Eleito
	B. Melgaço	1994	08	04	SMS	1998	08	04	SMS
A	Primavera	1990	15	05	SMS	1994	16	08	SMS
	Mirassol D'O.	1992	20	10	SMS	1998	12	06	SMS
B	Sorriso	1991	18	06	SMS	1997	16	08	Eleito
	Alta Floresta	1993	24	12	---	1999	20	10	SMS
	B. Garças	1993	12	06	SMS	1996	12	06	SMS
	Poconé	1993	10	05	---	1997	10	05	Eleito
A	Cuiabá	1991	15	05	SMS	1998	20	10	SMS
	Tangará Serra	1990	12	04	SMS	1996	16	08	Eleito
	Cáceres	1993	20	10	SMS	1993	20	10	SMS
	Rondonópolis	1991	26	13	SMS	1999	26	13	SMS

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde; Secretaria Técnica da CIB-MT.

--- Informação não disponível na lei municipal de criação do conselho.

A situação que vige atualmente é bastante distinta daquela original. Todos os Conselhos têm composição paritária; na maioria deles, o número de conselheiros adequou-se às propostas da Resolução CNS nº 33 (BRASIL 1992b), que recomenda entre 10 e 20 membros; e evidencia-se uma tendência de a presidência dos CMS ser definida em processo eleitoral, o que já ocorria em 5 dos 16 municípios estudados.

Embora matéria controversa para a maioria dos municípios, o processo eletivo, mesmo quando coloca o próprio secretário como presidente do CMS, como é o caso da maioria dos municípios que adotaram a eleição, em princípio torna o Conselho mais democrático, conferindo maior legitimidade ao seu presidente, mas permitindo também a sua não recondução no cargo, caso seu desempenho seja insatisfatório.

Pode-se dizer que de sua criação até o momento atual, em termos estruturais, os Conselhos Municipais de Saúde estão mais adequados ao porte de seus municípios, a composição entre os membros ficou mais representativa e buscam-se formas de torná-lo mais democrático, como a eleição para sua presidência.

O Fundo Municipal de Saúde foi constituído em todos os municípios a partir de 1991 (Tabela 12), até porque além de ter sido definido em lei, passou a ser pré requisito para os repasses financeiros previstos nas NOB 01/91 e 01/92 e posteriormente para a habilitação às formas de gestão previstas nas NOB 01/93 e 01/96. Sua constituição, no entanto, nem sempre significou autonomia de gerência dos recursos que compõem o FMS, por parte das Secretarias Municipais de Saúde.

A grande maioria dos municípios gerencia ou co-gerencia os recursos que compõem o FMS, mas apenas dois municípios têm autonomia ampla sobre tais recursos, o que significa a administração plena dos mesmos, inclusive a responsabilidade pelos pagamentos efetuados. Cinco municípios apresentam-se em situação intermediária, com autonomia gerencial e co-responsabilidade (geralmente com o Secretário de Finanças ou o próprio Prefeito) na efetuação dos pagamentos. Em apenas dois municípios pequenos constatou-se limitação gerencial dos recursos do FMS, pela SMS.

Há que se salientar que o processo de gerência dos recursos, sem a responsabilidade por pagamentos não significa necessariamente uma redução da autonomia da SMS, desde que as instâncias responsáveis pelos pagamentos apenas executem o que foi solicitado pelo coordenador do Fundo Municipal de Saúde,

Fundo este que tem significado um instrumento de poder dentro das estruturas municipais, suscitando a composição de grupos de interesse, a organização de representações da sociedade, a disputa de espaços institucionais (Conselhos, Ouvidorias), os acordos e as negociações intra e interinstitucionais e também a maior transparência da administração pública. Assim, a forma de administração dos Recursos Financeiros da Saúde reflete também o avanço da democratização gerencial nas instituições públicas.

Tabela 12 – Criação e Forma de Gerência do Fundo Municipal de Saúde, Municípios do Estado de Mato Grosso, 1998

FMS Município		Consti tuição F.M.S	Gerência dos Recursos Financeiros do F.M.S.			
			SMS sem autonomia	SMS co-gerencia S Finanças paga	SMS gerencia SMS+S Fin pagam	SMS com autonomia
A	Vera	1993	X			
	Vila Rica	1993		X		
	Água Boa	1991		X		
B	Campo Verde	1994		X		
	Denise	1991		X		
	B. Melgaço	1994	X			
A	Primavera	1991		X		
	Mirassol D'O.	1992			X	
B	Sorriso	1991		X		
	Alta Floresta	1991				X
	B. Garças	1991			X	
	Poconé	1993			X	
A	Cuiabá	1991				X
	Tangará Serra	1991		X		
	Cáceres	1993		X		
	Rondonópolis	1991			X	

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde; Secretaria Técnica da CIB-MT.

4. 3. Produção de Serviços

4.3.1 Atendimentos ambulatoriais

Como as informações relativas aos atendimentos ambulatoriais foram levantadas junto ao SIA-SUS, há que se ter em vista as limitações desse sistema cuja lógica é mais contábil que epidemiológica (CARVALHO 1996). Não se pode garantir que todos os atendimentos ocorridos tenham sido lançados no sistema, nem que todos os informados por ele tenham realmente ocorrido. Além disso, como observaram HEIMANN e col. (1998), o fato de todas as consultas e procedimentos médicos serem computados conjuntamente, independente da complexidade do ato, dificulta a identificação do modelo de atenção que está sendo priorizado. Em que pesem todas as limitações, foi possível desagregar as informações providas pelo SIA-SUS de modo a apontar algumas tendências.

No conjunto dos municípios pequenos e médios houve um incremento no número de atendimentos por habitante, no período de 1995 a 1998, discretamente mais acentuado nos municípios pequenos. Chamou a atenção, nos dois conjuntos, o elevado número de atendimentos rotulados de “Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunizações e Atos Não Médicos” (AVEIANM), que compuseram, em média, 77,7% e 75,5% de todos atendimentos ambulatoriais realizados pelo SUS, em 1995, respectivamente pelos municípios pequenos e médios (Tabela 13). Daquele ano até 1998 estes percentuais se reduziram em quase 10% nos dois conjuntos, como um reflexo da estabilização ou redução do número de AVEIANM executadas nos municípios, conforme os dados apresentados, que mostram um número médio de AVEIANM per capita estável nos municípios pequenos e decrescente nos municípios de porte médio. Nestes dois conjuntos de municípios, os dados refletem a baixa complexidade de sua rede prestadora de serviços ambulatoriais, mas também dá indicação de que vêm sendo implementadas outras atividades ambulatoriais, que não somente AVEIANM. Em alguns municípios pequenos (Água Boa, Vera) e médios (Sorriso, Barra do Garças) os atendimentos e procedimentos médicos, atendimentos odontológicos, exames de patologia clínica e outros exames e procedimentos mais complexos, quando somados passam a representar, em 1998,

percentuais próximos ou maiores que 50,0% de todos os atendimentos ambulatoriais realizados, revelando uma mudança qualitativa da atenção à saúde.

Tabela 13 – Atendimentos ambulatoriais e AVEIANM por habitante, produzidos e apresentados ao SIA-SUS, pelos municípios de Mato Grosso, 1995-1998.

Ano Município		1995			1996			1997			1998		
		I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
* A	Vera	13,0	11,2	85,9	12,0	10,2	84,5	19,9	15,6	78,0	13,7	8,8	62,8
	Vila Rica	6,6	5,5	84,1	12,3	9,6	83,9	8,9	6,8	76,0	9,2	7,3	79,3
	Água Boa	19,1	13,2	69,0	22,8	14,1	62,0	17,0	10,1	59,6	17,4	7,9	43,5
* B	Campo Verde	18,8	17,0	90,4	11,3	9,6	84,6	18,6	15,1	81,3	14,6	10,9	74,7
	Denise	6,6	4,9	73,9	9,4	6,1	64,6	13,5	9,9	73,6	14,7	11,1	75,2
	B. Melgaço	11,8	7,4	62,7	15,9	12,0	75,5	14,2	12,1	80,7	18,8	14,2	75,7
Média 1		12,6	9,9	77,7	14,0	10,3	75,8	15,3	11,6	74,9	14,7	10,0	68,5
A	Primavera	6,6	3,8	56,7	10,2	5,6	55,8	11,2	7,1	63,1	14,2	9,8	69,0
	Mirassol D'O.	19,2	15,3	79,7	17,1	11,2	65,7	18,7	10,4	55,5	19,6	12,6	64,1
	Sorriso	11,5	7,1	61,9	15,0	8,1	53,7	16,0	8,9	55,8	13,2	5,5	41,7
B	Alta Floresta	22,8	16,7	73,2	20,2	19,6	71,4	25,2	18,0	71,4	25,5	19,4	76,0
	B. Garças	20,7	13,4	64,7	22,5	15,0	66,6	17,5	10,6	60,5	12,2	6,6	54,0
	Poconé	7,1	4,2	60,2	11,3	8,4	74,0	10,8	8,0	73,8	10,5	6,7	64,2
Média 2		14,6	10,1	75,5	16,1	11,3	64,5	16,6	10,5	63,3	15,9	10,1	67,6
A	Cuiabá	15,6	6,3	40,5	13,7	5,5	40,3	13,5	5,7	41,9	13,6	4,6	33,4
	Tangará Serra	15,6	13,0	82,9	14,0	10,7	76,5	11,2	5,7	66,9	10,7	6,9	64,6
	Cáceres	11,7	6,2	52,6	13,0	8,0	61,3	15,1	9,4	62,2	16,9	10,3	60,6
	Rondonópolis	14,7	9,3	63,4	14,8	10,4	70,1	14,9	10,3	69,0	10,5	6,8	65,5
Média 3		14,0	9,5	67,9	13,9	9,7	69,3	13,7	8,5	66,0	12,7	8,0	63,0

Fonte: SIA – SUS (DATASUS) e FIBGE I: Número de atendimentos ambulatoriais por habitante; II: Número de AVEIANM por habitante; III: Percentagem de AVEIANM em relação ao total de atendimentos ambulatoriais

* A: municípios habilitados pelas NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes (excluindo Cuiabá).

Cuiabá representa o outro extremo, em termos de atendimentos ambulatoriais. Neste município o número de atendimentos por habitante sofreu pequena redução nos quatro anos analisados, mas os atendimentos do tipo AVEIANM por habitante,

que já em 1995 não revelavam elevados valores e representavam 40,5% dos atendimentos, reduziram-se mais e passaram a representar, em 1998, apenas 33,4% de todos os atendimentos ambulatoriais. Esta é uma indicação de que em Cuiabá se cristaliza uma situação comum aos grandes centros e locais de referência para o SUS: os serviços ambulatoriais vão se diversificando, incorporando tecnologias (que se deslocam dos hospitais) e conseqüentemente ficando mais complexos e caros. Assim, embora se observasse uma redução de quase 13,0% no número de atendimentos/hab., os recursos dispendidos por atendimento aumentaram em 70,0%, conforme referido anteriormente (Tabela 4).

Os municípios com população acima de 50.000 hab. mostraram algumas características da capital – redução no número de atendimentos/hab. e maior redução no número de AVEIANM/hab. – mas também apresentaram características dos municípios pequenos e médios como os elevados percentuais de AVEIANM em relação ao total de atendimentos, que embora de menor magnitude que o observado naqueles municípios, também refletem uma estrutura de provisão de serviços ambulatoriais pouco complexa.

Comparando-se os incrementos proporcionais observados no período 1995-98, em relação aos Atendimentos Ambulatoriais/hab.; AVEIANM/hab.; AVEIANM/Atendimento e R\$/Atendimento (Gráfico 5), observa-se que apenas no conjunto de municípios pequenos e médios houve incremento no número de Atendimentos/hab., enquanto o número de AVEIANM/hab. manteve-se (nos municípios pequenos) ou decresceu, de forma diretamente proporcional ao porte dos municípios. Chamou a atenção o grande incremento do valor dispendido por atendimento ambulatorial nos municípios pequenos, maior inclusive que aquele observado na capital. Influenciaram este incremento o reduzido valor médio que se destinava aos atendimentos ambulatoriais, em 1995, e também o decréscimo na proporção AVEIANM/Atendimento, provavelmente como resultado da incorporação de atividades um pouco mais complexas, em nível ambulatorial.

Cuiabá apresentou o segundo maior incremento do valor pago por atendimento ambulatorial, apesar do decréscimo de todas as outras relações. Isto somente reforça a hipótese de aumento da complexidade, tecnificação (e encarecimento) dos procedimentos ambulatoriais praticados na capital, bem como de transferências de

atividades anteriormente hospitalares para o universo ambulatorial, tendência esta observada em nível nacional, a partir de 1986 (SCATENA e TANAKA, 1998).

Gráfico 5 - Variação percentual no nº Atendimentos Ambulatoriais/hab. e AVEIANM/hab.; na proporção AVEIANM/Atendimento ambulatorial e nos valores pagos por atendimento, 1995-98

Fonte: SIA-SUS (DATASUS)

A Assistência Ambulatorial tem sido provida, em sua grande parte, pelo setor público, desde os pequenos municípios – onde esse setor praticamente responde por 100,0% dos atendimentos – até a capital, onde apenas 10,0% dos atendimentos são desenvolvidos pela iniciativa privada, contratada pelo SUS (Tabela 14).

À primeira vista este é um quadro tranquilizador, pois informa que, em relação à assistência ambulatorial, o princípio da complementaridade da iniciativa privada no SUS está sendo respeitado. Um olhar mais atento aos dados do SIA-SUS revela uma discreta tendência de elevação da participação da iniciativa privada, mais evidente na Capital e em alguns municípios de grande e médio porte. Além disso, acredita-se que uma parte do volume de atendimentos que é lançado como público (do ponto de vista do “tipo de prestador”) é na realidade comprado pelo município junto a prestadores

privados. Na lógica da complementaridade, esses serviços, embora de uso público, deveriam ser computados como providos pelo setor privado.

Tabela 14 – Distribuição percentual dos Atendimentos Ambulatoriais, entre provedores públicos (Pub.) e privados + filantrópicos (P+F) em municípios do Estado de Mato Grosso, 1994-1998.

Ano Municípios		1994		1995		1996		1997		1998	
		Pub.	P+F	Pub.	P+F	Pub.	P+F	Pub.	P+F	Pub.	P+F
A*	Vera	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-
	Vila Rica	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-
	Água Boa	100,0	-	100,0	-	100,0	-	99,4	0,6	98,8	1,2
B*	Campo Verde	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-
	Denise	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-
	B. Melgaço	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-
Média 1		100,0	-	100,0	-	100,0	-	99,9	0,1	99,8	0,2
A	Primavera	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-
	Mirassol D'O.	99,1	0,9	99,6	0,4	99,8	0,2	94,6	5,6	98,2	1,8
B	Sorriso	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-
	Alta Floresta	98,2	1,8	97,8	2,2	96,4	3,6	97,0	3,0	96,6	3,4
	B. Garças	98,0	2,0	97,7	2,3	98,6	1,4	97,8	2,2	98,8	1,2
	Poconé	99,7	0,3	99,5	0,5	99,7	0,3	99,7	0,3	100,0	-
Média 2		99,2	0,8	99,1	0,9	99,1	0,9	98,2	1,8	98,9	1,1
A	Cuiabá	91,9	8,1	81,5	18,5	92,1	7,9	92,4	7,6	90,4	9,6
	Tangará Serra	99,2	0,8	99,2	0,8	98,9	1,1	97,3	2,7	99,3	0,7
	Cáceres	96,6	3,4	97,9	2,1	98,0	2,0	97,8	2,2	99,7	0,3
	Rondonópolis	95,6	4,4	97,4	2,6	96,1	2,9	96,5	3,5	94,3	5,7
Média 3		97,1	2,9	98,2	1,8	98,0	2,0	97,2	2,8	97,8	2,2

Fonte: SIA-SUS (DATASUS/MS)

* A: municípios habilitados pelas NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes (excluindo Cuiabá).

Finalmente, um outro aspecto aparece quando os dados são desagregados por “item de programação”, embora não se evidencie na forma como os dados foram apresentados na Tabela 14. Os atendimentos ambulatoriais providos pela iniciativa privada concentram a maioria dos atendimentos de maior complexidade e maior custo e conforme anteriormente mencionado, em termos de financiamento esse é o

segmento que mais vem crescendo nos últimos 5 anos. Isso permite concluir que é nesse setor que continuará se dando a expansão do setor privado, e mesmo que em termos de volume de atendimentos essa participação possa representar um peso proporcional pequeno, a tendência é de que, financeiramente, ela se faça cada vez mais evidente e comprometedor de volume expressivo dos recursos públicos destinados à saúde.

À semelhança do que se observou em relação ao financiamento, quando se analisou a distribuição proporcional dos atendimentos ambulatoriais, desagregados em AVEIANM, Assistência Médico-Odontológica e Complementação Diagnóstica e Terapêutica de Média e Alta Complexidade, observaram-se tendências distintas, conforme o porte dos municípios (Tabela 15).

O número de consultas médicas e odontológicas aumentou proporcionalmente nos municípios pequenos, reduzindo-se discretamente as AVEIANM e mantendo-se estáveis os atendimentos de maior complexidade. Tanto em 1994 como em 1998, mais de 90,0% dos atendimentos concentraram-se em AVEIANM e Consultas Médico-odontológicas, o que aponta para sistemas de saúde pouco complexos e priorização da atenção básica.

Nos municípios de porte médio já se observou um maior incremento do peso proporcional da assistência de média e alta complexidade, às custas de um decréscimo dos outros dois componentes, embora juntos eles ainda detivessem 88,0% dos atendimentos, em 1998. Iniciou-se, nos sistemas de saúde dos municípios de porte médio, um processo de aumento da complexidade da assistência ambulatorial, que de forma ainda discreta, pode estar começando a comprometer a atenção básica à saúde. Salienta-se que essa tendência foi mais evidente em Sorriso e Barra do Garças (referências regionais de saúde), influenciando a média do conjunto de municípios de porte médio.

Nos municípios maiores, com exceção da capital, embora os atendimentos de média e alta complexidade tenham aumentado significativamente, ainda permaneceram proporcionalmente em patamares baixos, principalmente porque em 1994 esses atendimentos representavam peso proporcional muito pequeno. De qualquer modo, a tendência é a mesma observada entre os municípios de porte médio

e este incremento se dá com redução proporcional das atividades mais voltadas à atenção básica.

Tabela 15 – Volume de Atendimentos Ambulatoriais: Percentual** de AVEIANM (1), Assistência Médica e Odontológica (2) e Complementação Diagnóstica e Terapêutica de Média e Alta Complexidade (3), MT, 1994-1998.

Ano Município		1994			1995			1996			1997			1998		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
*	Vera	79,4	14,5	6,1	86,2	9,5	4,3	84,5	10,4	5,1	76,3	16,8	6,9	59,7	30,8	9,4
	A Vila Rica	91,0	6,2	2,8	86,6	8,4	5,0	83,9	13,1	2,9	79,5	15,0	2,4	79,5	15,0	3,7
	Água Boa	70,1	24,8	5,1	67,1	25,5	7,4	68,9	25,0	6,1	59,5	34,3	6,6	36,7	58,0	4,9
*	Campo Verde	82,6	17,4	-	79,3	20,7	-	79,7	20,2	0,1	68,9	27,0	4,1	61,3	29,9	6,1
	B Denise	28,1	51,6	20,3	71,4	21,8	6,7	61,8	27,4	10,7	73,3	19,3	6,3	74,1	13,7	7,9
	B. Melgaço	63,5	32,5	3,9	64,6	31,3	4,1	75,3	19,4	5,2	79,9	19,5	0,6	71,1	20,0	8,7
Média 1		69,1	24,5	6,4	75,9	9,5	4,6	75,7	19,3	5,0	73,0	19,2	4,5	63,7	27,9	6,8
A	Primavera	52,4	40,2	6,4	52,5	41,6	5,1	61,7	28,6	6,3	67,6	23,7	6,1	67,3	24,8	5,9
	Mirassol D'O.	63,9	30,9	5,2	63,7	31,2	5,0	53,4	35,8	10,8	44,2	46,4	8,7	46,6	44,2	6,1
B	Sorriso	38,8	52,4	7,5	61,6	32,7	5,5	56,4	30,3	11,4	55,8	28,9	13,5	36,7	42,3	18,0
	Alta Floresta	72,0	17,3	7,2	71,3	18,4	6,7	70,7	15,9	9,0	74,9	17,2	6,0	74,8	17,7	5,5
	B. Garças	39,9	49,9	9,9	64,7	30,9	4,1	68,9	22,4	6,5	55,7	28,2	11,2	47,7	35,4	12,7
	Poconé	57,2	33,6	9,2	64,3	26,5	9,1	75,4	16,4	8,0	74,3	18,4	7,3	58,6	30,6	8,3
Média 2		54,0	37,4	7,6	63,0	30,2	5,9	64,4	24,9	8,7	62,1	27,1	8,8	55,3	32,5	9,4
A	Cuiabá	48,5	34,1	13,3	41,6	29,3	13,8	43,2	23,6	20,7	42,4	22,3	23,6	31,2	23,5	26,5
	Tangará Serra	77,5	16,9	5,4	81,6	13,9	3,0	74,4	17,4	5,8	63,9	23,2	10,5	68,4	22,6	6,8
	Cáceres	48,4	45,7	5,3	53,3	36,8	6,4	60,6	29,2	5,2	62,8	28,2	6,3	59,1	30,0	8,4
	Rondonópolis	59,3	36,4	3,5	66,6	29,8	3,1	69,8	25,1	4,3	67,4	25,7	6,1	63,5	25,6	7,8
Média 3		61,9	33,0	4,7	67,2	26,8	4,2	68,3	23,9	5,1	64,7	25,7	7,6	63,7	26,1	7,7
Mato Grosso		59,4	30,8	8,7	63,0	25,3	8,0	64,8	21,7	10,0	62,3	23,3	11,0	55,9	26,7	11,8

Fonte: SIA-SUS/DATASUS ** A soma das percentagens nem sempre atingiu 100,0%, porque algumas categorias de atendimento não se enquadram nessa classificação.

* A: municípios habilitados pelas NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes (excluindo Cuiabá).

Em Cuiabá, como já mencionado em outros momentos, cristaliza-se o modelo de atenção voltado para a assistência médica curativa, individualizada e com elevada incorporação tecnológica. O volume de atendimentos de média e alta complexidade elevou-se 100,0% em 5 anos, representando 26,5% de todos os atendimentos

ambulatoriais, em 1998, sem contar a fração de consultas especializadas que está embutida nos 23,5% de consultas médico-odontológicas. Como as AVEIANM e mesmo as consultas médico-odontológicas vêm se reduzindo proporcionalmente e mesmo per capita (como mostrou a Tabela 12), pode-se afirmar que em Cuiabá a descentralização não conduziu a mudanças no modelo de atenção em conformidade com os preceitos do SUS.

A análise do volume de atendimentos ambulatoriais se complementa e se fortalece quando são incorporadas as informações relativas ao financiamento. Comparando-se o Gráfico 4, que apresentava a evolução do financiamento da assistência ambulatorial ao Gráfico 6, que mostra a mesma variação, em termos de número de atendimentos ambulatoriais, observou-se praticamente o mesmo padrão de comportamento, com uma diferença significativa: embora o volume de atendimentos de média e alta complexidade continue detendo os maiores incrementos, estes têm magnitude muito menor que a observada em relação ao financiamento da mesma atividade.

Gráfico 6 - Variação percentual do volume de Atendimentos Ambulatoriais, de 1994 a 1998, MT.

Fonte: SIA-SUS (DATASUS)

Isto mostra (com mais evidencia nos municípios de médio e grande porte) que a cada ponto percentual acrescido no volume de atendimentos de média e alta complexidade, elevaram-se duas ou mais vezes os recursos despendidos para estes procedimentos, ou seja, os atendimentos de complementação diagnóstica e terapêutica estão gerando gastos desproporcionais ao volume de atendimentos produzidos, devido à incorporação de procedimentos mais caros, ao aumento de valores na tabela SUS, ou em decorrência da adoção de prática de pagamentos diferenciados para determinados procedimentos.

4.3.2. Internações Hospitalares

Em relação às informações hospitalares, há que se ressaltar que os dados trabalhados foram levantados junto ao SIH-SUS, um sistema que fornece grande volume de informações, com bom nível de desagregação, mas que foi criado tendo em vista a necessidade de pagamento dos procedimentos hospitalares do SUS (CARVALHO 1996). Embora a lógica contábil do SIH-SUS torne-o suscetível a fraudes, comprometendo a qualidade de suas informações (TRAVASSOS 1996), a implementação de mecanismos de controle e avaliação, desenvolvidos pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, tem tornado esse Sistema mais fidedigno, principalmente após 1996 (WELTER e SCATENA 1999), o que amplia as possibilidades de sua utilização, inclusive em estudos epidemiológicos.

Diferentemente do que se observou em relação à Assistência Ambulatorial, a provisão de Assistência Hospitalar do SUS, em Mato Grosso, é feita fundamentalmente pela iniciativa privada (Tabela 16). Observou-se no entanto, uma constante e gradual redução dessa participação, de 1994 para 1998, a qual já se definia, em nível nacional, de 1984 a 1992 (SCATENA e TANAKA 1998).

Foi nos municípios de porte médio que esta tendência foi mais evidenciada, embora ela também tenha se dado nos municípios pequenos e na capital. A aparente estabilidade observada no conjunto de municípios maiores não revela um fato de fundamental importância: a quase totalidade dos recursos disponibilizados em 1996, pelo REFORSUS, foi alocada em obras em andamento de dois hospitais públicos regionais, em Cáceres e Rondonópolis, os quais estarão sendo inaugurados ainda em

2000 e representarão mais de 100 leitos públicos em cada um desses municípios, o que vai alterar a distribuição público/privado de internações desses municípios e por conseguinte de todo o estado.

Tabela 16 – Distribuição percentual das Internações Hospitalares, entre provedores públicos (Pub.) e privados + filantrópicos (P+F) em municípios do Estado de Mato Grosso, 1994-1998.

Ano Municípios		1994		1995		1996		1997		1998	
		Pub.	P+F	Pub.	P+F	Pub.	P+F	Pub.	P+F	Pub.	P+F
* A	Vera	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0
	Vila Rica	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0
	Água Boa	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	98,8	1,2
* B	Campo Verde	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0
	Denise	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0
	B. Melgaço	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-
Média 1		16,7	83,3	16,7	83,3	16,7	83,3	16,7	83,3	22,8	77,2
A	Primavera	-	100,0	-	100,0	30,2	69,8	30,9	69,1	10,2	89,8
	Mirassol D'O.	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0
B	Sorriso	77,6	22,4	75,6	24,4	100,0	-	100,0	-	100,0	-
	Alta Floresta	33,6	66,4	37,6	62,4	35,7	64,3	37,1	62,9	56,7	43,3
	B. Garças	-	100,0	1,6	98,4	5,4	94,6	17,6	82,4	29,3	70,7
	Poconé	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0
Média 2		18,5	81,5	19,1	80,9	28,6	71,4	32,4	67,6	32,6	67,4
A	Cuiabá	17,5	82,5	22,6	77,4	23,1	76,9	23,7	76,3	25,7	74,3
	Tangará Serra	-	100,0	6,0	94,0	5,4	94,6	1,3	98,7	12,6	86,4
	Cáceres	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0	-	100,0
	Rondonópolis	1,9	98,1	0,4	99,6	-	100,0	-	100,0	-	100,0
Média 3		0,6	99,4	2,1	97,9	1,8	98,2	0,4	99,6	4,2	95,8

Fonte: (SIA-SUS) DATASUS/MS

* A: municípios habilitados pelas NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes (excluindo Cuiabá).

A gradual transferência da Assistência Hospitalar do setor privado para o setor público tem dois enfoques distintos. Por um lado, informa que o Estado, além de ser o principal financiador da assistência hospitalar, está se consolidando como

importante (e dependendo do município, em único) fornecedor de serviços de assistência hospitalar. Por outro lado, como a redução da participação complementar deu-se tanto de forma absoluta como relativa, isto pode estar revelando que a iniciativa privada vem se retirando do setor de atenção hospitalar porque o mesmo não tem se mostrado tão lucrativo como fora no passado, permanecendo vinculados ao SUS os estabelecimentos menos complexos, que fazem parte do que MENDES (1993:52) chamou de “Subsistema privado contratado e conveniado tradicional”. Seria o aumento da participação estatal um reflexo da retirada do setor privado, ou seria a redução da participação privada uma consequência do avanço estatal sobre a atenção hospitalar? É uma questão para debate, mas acredita-se que a redução da participação da iniciativa privada na Assistência Hospitalar induz e/ou é induzida por sua maior participação na Assistência Ambulatorial.

Quanto ao número de internações por habitante, constatou-se uma diminuição em praticamente todos os municípios, ao mesmo tempo em que se elevou o valor pago por cada internação (Tabela 17).

Pelos valores médios, o decréscimo foi inversamente proporcional ao porte dos municípios. Assim, o maior decréscimo do número de internações no período 1994-98 foi observado no conjunto dos municípios pequenos, enquanto o menor decréscimo foi observado em Cuiabá (Gráfico 7). Nos raros municípios onde ocorreu uma elevação do número de internações/hab., tal fato foi mais decorrência da redução da base populacional (por desmembramento do município ou decréscimo do crescimento vegetativo) do que da real elevação do número de internações.

Tabela 17 – Internações hospitalares por 100 habitantes (I/hab.) e Valores em reais gastos por internação (R\$/I), municípios de MT, 1994-1998.

Ano Municípios		1994		1995		1996		1997		1998	
		I/hab.	R\$/I	I/hab.	R\$/I	I/hab.	R\$/I	I/hab.	R\$/I	I/hab.	R\$/I
* A	Vera	8,7	138,7	8,2	141,6	7,4	145,7	13,8	153,2	10,7	192,5
	Vila Rica	16,1	136,9	9,4	134,1	9,0	129,6	8,7	128,1	6,6	174,2
	Água Boa	21,6	175,1	8,4	158,6	11,8	174,1	12,7	177,8	11,1	236,2
* B	Campo Verde	10,3	212,4	6,6	207,6	7,2	204,2	6,1	192,0	5,5	241,2
	Denise	17,3	201,9	5,1	234,3	4,2	225,2	4,4	154,0	5,6	187,5
	B. Melgaço	8,0	123,4	6,9	205,4	6,4	165,7	9,6	141,3	9,1	171,4
Média 1		13,6	164,7	7,4	180,3	7,7	174,1	9,2	157,7	8,0	200,0
A	Primavera	6,2	161,3	6,4	170,9	7,2	153,8	6,5	146,6	5,9	199,8
	Mirassol D'O.	19,1	172,6	12,3	167,6	13,2	176,5	12,7	169,3	11,9	228,7
B	Sorriso	24,9	166,5	10,1	130,2	10,8	152,1	9,7	176,5	10,8	221,6
	Alta Floresta	14,8	172,1	13,0	186,9	12,1	189,9	16,7	196,9	13,8	267,9
	B. Garças	22,3	191,2	12,1	159,3	10,7	179,4	10,0	184,5	9,4	253,1
	Poconé	11,5	158,9	9,5	157,2	9,5	182,1	9,3	173,2	8,1	229,9
Média 2		16,5	170,4	10,6	145,3	10,6	172,3	10,8	174,5	10,0	233,5
A	Cuiabá	12,9	283,2	10,8	302,0	10,0	294,4	9,7	307,5	8,8	414,9
	Tangará Serra	11,7	177,3	8,9	162,4	8,1	179,6	7,7	169,0	7,6	219,5
	Cáceres	13,3	167,4	9,9	152,9	10,9	156,4	10,7	165,6	9,1	250,0
	Rondonópolis	13,5	222,1	11,2	208,1	9,5	227,3	8,7	220,5	8,3	264,5
Média 3		12,9	188,9	10,0	174,5	9,6	187,8	9,1	185,0	8,3	244,7

Fonte: SIH-SUS (DATASUS) e FIBGE

* A: municípios habilitados pelas NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes (excluindo Cuiabá).

Apesar do já comentado incremento no valor médio de cada internação que favoreceu, em ordem decrescente, Cuiabá, municípios de porte médio, municípios maiores e municípios de pequeno porte, no que tange ao número de internações por habitante/ano, há que se salientar que a queda observada fez com que parte dos municípios apresentasse, em 1998, número médio de internações próximo ou inferior ao definido pelo nível central – 9,0 por 100 hab./ano (BRASIL 1995) – para repasse de AIH aos municípios. Assim, além de uma racionalização da utilização das AIH,

evidenciada pela diminuição do volume de internações com aumento dos gastos com estas internações, ocorreu também um “acionamento” das internações, por determinação central. Não se pode descartar, no entanto, que o aumento no valor médio das internações também esteja sendo influenciado por uma seleção de AIH a serem pagas, ou seja, como freqüentemente o número de internações excede o teto permitido, o serviço apresenta, para pagamento, aquelas internações que o sistema melhor remunera.

Graf. 7 - Variação (em %) no nº Internações hospitalares e no valor pago por internação, municípios de M.T., 1994-98

Fonte: SIH-SUS (DATASUS)

Comparando-se a evolução das internações hospitalares (em nº e valor gasto) nas quatro categorias de municípios estudados, pode-se dizer que em relação à assistência médico hospitalar, vem se conformando um sistema de complexidade progressiva, no qual os municípios pequenos representam a base e Cuiabá o ápice. A redução no número de internações/hab. e o incremento no valor pago por internação, parece mais ser decorrência de políticas centrais que locais. A maior discrepância

observada nos municípios pequenos (Gráfico 7), pode ser evidência de que para o Sistema de Saúde do Estado, o atendimento hospitalar nesses municípios não representa componente primordial da assistência à saúde, embora tenha se consolidado como a reivindicação mais freqüente por parte de prefeitos, autoridades municipais, inclusive do setor saúde e muitos outros segmentos da sociedade.

Ainda em relação às internações hospitalares, foi possível levantar informações de morbidade hospitalar, no período de 1993 a 1998, através do SIH-SUS, que permitiu a consolidação dos agravos pelos capítulos da Classificação Internacional de Doenças, 9º e 10º revisões (CID-9, 1978; CID-10, 1995).

Gravidez, Parto e Puerpério, Doenças do Aparelho Respiratório, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Doenças do Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Digestivo, foram as causas de internação que quando somadas representaram mais de 50,0% de todas as internações, em todos os municípios analisados, quer no período de 1993-94, quer no período de 1997-98 (Tabela 18). Em praticamente todos os municípios também reduziu-se o peso proporcional das internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias, enquanto elevou-se o peso proporcional das demais causas, principalmente das Doenças do Aparelho Respiratório. Foram observadas algumas diferenças de percentuais e de tendências, entre os conjuntos de municípios, que merecem ser destacadas.

Nos pequenos municípios esses cinco capítulos representavam 67,8% de todas as internações em 1993-94, passando a representar 85,4% em 1997-98. A elevação proporcional das Doenças Aparelho Respiratório foi a principal responsável por essa mudança. Este quadro revela a baixa complexidade dos serviços hospitalares dos municípios pequenos, que basicamente atendem os agravos cuja resolução não demandam estrutura e recursos sofisticados.

À semelhança do ocorrido em municípios pequenos, os cinco grupos de causa selecionados foram responsáveis por 72,7% e 77,8% de todas as internações ocorridas nos municípios de porte médio, no período de 1993-94 e 1997-98, respectivamente. Novamente as Doenças do Aparelho Respiratório foram as que mais se elevaram proporcionalmente. Acredita-se que também nestes municípios os serviços hospitalares não sejam complexos, embora o quadro nosológico das internações já ofereça alguns indícios de serviços um pouco mais diferenciados que

aqueles dos pequenos municípios: há um percentual mais elevado de internações por Doenças do Aparelho Circulatório e as internações em decorrência de Causas Externas já representavam 5,5% de todas as internações, no período de 1997-98.

Tabela 18 – Distribuição proporcional (%) de algumas causas de internação (por capítulos da CID) no período de 1993-1994 (I) e 1997-1998 (II), municípios de Mato Grosso, 1993-98

Agravos Municípios		D. Infecto-Parasitárias		D. Aparelho Circulatório		D. Aparelho Respiratório		D. Aparelho G. Intestinal		Gravidez e parto	
		I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
* A	Vera	24,3	16,1	3,1	1,8	25,0	29,1	5,5	8,8	20,7	31,1
	Vila Rica	32,6	16,3	4,0	4,0	14,4	13,0	5,0	13,1	20,1	31,1
	Água Boa	15,0	7,6	6,5	9,7	28,6	36,8	7,8	11,3	11,4	14,3
* B	Campo Verde	2,7	2,3	7,1	9,2	56,5	48,6	4,2	10,2	22,3	23,4
	Denise	8,2	15,3	9,6	9,6	17,2	29,5	11,5	4,7	26,9	23,7
	B. Melgaço	15,5	9,5	7,3	14,2	24,7	33,7	12,5	20,3	16,2	5,5
Média 1		16,4	11,8	6,3	8,1	17,7	31,8	7,8	11,4	19,6	22,3
A	Primavera	14,1	12,8	7,3	7,3	17,8	16,7	6,4	6,7	30,0	36,1
	Mirassol D'O.	17,2	10,1	8,0	9,4	16,5	25,1	7,1	12,9	22,8	24,6
B	Sorriso	15,9	9,6	4,5	6,7	18,8	14,2	6,9	10,8	22,6	23,2
	Alta Floresta	25,1	4,9	6,7	9,6	25,4	44,5	5,8	6,7	22,5	18,4
	B. do Garças	10,2	7,7	10,3	9,8	17,6	32,3	8,1	10,4	21,2	14,2
	Poconé	11,0	8,5	8,9	10,8	20,0	28,9	8,7	7,5	18,6	26,7
Média 2		15,6	8,9	7,6	8,9	19,4	26,9	7,2	9,2	22,9	23,9
A	Cuiabá	4,5	3,5	8,9	7,8	9,1	8,4	7,0	9,0	22,2	26,5
	Tangará Serra	14,9	10,4	7,2	8,3	16,8	21,7	9,0	8,0	25,7	28,5
	Cáceres	12,5	8,4	7,4	7,8	7,8	6,7	8,0	6,5	17,0	23,0
	Rondonópolis	11,0	11,2	8,6	10,0	17,3	18,6	7,0	6,9	21,6	24,1
Média 3		12,8	10,0	7,7	8,7	14,0	16,7	8,0	7,1	21,4	25,2

Fonte: SIH-SUS (DATASUS)

* A: municípios habilitados pelas NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.
Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes (excluindo Cuiabá).

Nos municípios com mais de 50.000 habitantes (excluindo-se Cuiabá) as internações pelos cinco capítulos analisados representavam 63,9% de todas as

internações, em 1993-94, passando a representar 67,7% em 1997-98. Os 32,7% restantes são representados por uma variedade de outros agravos, que incluem as Causas Externas (7,5%) as Doenças do Aparelho Geniturinário (7,2%) e vários outros grupos de agravos, revelando que nestes municípios a rede hospitalar que atende o SUS vai se estruturando de forma mais complexa para atender uma demanda também mais diversificada.

Finalmente em Cuiabá observou-se que os cinco grupos de causas analisados correspondem a pouco mais de 50,0% de todas as internações nos dois períodos estudados. O restante se distribui por todos os demais capítulos da CID, com especial destaque para os Distúrbios Mentais (14,5%), as Doenças do Aparelho Geniturinário (7,9%), as Causas Externas (5,5%) e as Neoplasias (3,5%). Como referência estadual e mesmo nacional, para alguns estados vizinhos, o serviço de assistência hospitalar de Cuiabá, vem se estruturando e se configurando num modelo hospitalar de alta complexidade (para os padrões do estado), com incorporação de tecnologias modernas de diagnóstico e tratamento, que valorizam a especialização e orientam a intervenção a partir da segmentação do homem em sistemas e aparelhos.

4.3.3. Cobertura Vacinal

Como foram analisados 16 municípios e uma série histórica de 9 anos, utilizou-se o método administrativo para o cálculo da Cobertura Vacinal, apesar de suas limitações e desvantagens (IBAM 1992)

Observou-se um aumento da Cobertura Vacinal, que se deu de forma diferenciada nos municípios estudados, sendo que os municípios pequenos e médios finalizaram 1998 com níveis aceitáveis de Cobertura Vacinal em praticamente três das quatro vacinas recomendadas pelo PNI às crianças menores de 1 ano (Tabela 19).

A implementação dessa cobertura foi mais acentuada nos municípios pequenos, que em sua maioria, em 1991, apresentavam coberturas menores de 90,0% para todas as vacinas e vão gradual e continuamente melhorando seu desempenho, principalmente a partir de 1995, já na vigência da NOB-93.

Nos municípios de porte médio a situação da Cobertura Vacinal em 1991 já era melhor que a observada nos municípios pequenos e embora a evolução também

tenha sido positiva, ela oscilou muito mais no período estudado, apresentando em 1997, quadro melhor que o de 1998.

Tabela 19 – Número de Vacinas¹ cujas Coberturas Vacinais ultrapassaram 90,0% entre a população menor de 1 ano, municípios de MT, 1991-98.

Ano Municípios		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
A*	Vera	0	1	2	1	2	2	4	4
	Vila Rica	0	1	0	1	0	1	2	1
	Água Boa	0	0	0	0	0	1	1	3
B*	Campo Verde	0	1	2	2	2	2	3	4
	Denise	2	2	1	1	3	4	4	4
	B. Melgaço	0	0	0	0	0	0	0	0
Média 1		0,3	0,8	0,8	0,8	1,2	1,7	2,3	2,7
A	Primavera	2	2	1	1	1	3	4	3
	Mirassol D'O.	2	3	4	1	3	4	3	3
B	Sorriso	0	0	1	1	2	3	4	2
	Alta Floresta	3	1	2	2	2	2	3	3
	B. Garças	1	2	4	1	3	1	4	4
	Poconé	0	2	1	1	1	1	1	2
Média 2		1,3	1,7	2,2	1,2	2,0	2,3	3,2	2,8
A	Cuiabá	0	2	1	2	2	1	1	1
	Tangará	1	2	0	2	1	1	0	1
	Cáceres	0	0	1	2	2	1	3	3
	Rondonópolis	2	1	1	1	1	2	3	1
Média 3		0,7	1,2	0,7	1,7	1,5	1,2	1,7	1,2

Fonte: Divisão de Vigilância Epidemiológica da SES-MT.

1: SABIN, DPT, BCG e Anti-Sarampo

* A: municípios habilitados pelas NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes. As médias apresentadas nesta tabela têm apenas o propósito de evidenciar uma tendência, uma vez que a variável em estudo (nº de vacinas) não permite decimais.

Chamou a atenção o encontro de baixas Coberturas Vacinais ao longo da década de 90, nos municípios maiores. Embora Cáceres tenha se destacado positivamente neste grupo, o mesmo não ocorreu em relação aos demais municípios, que encerraram 1998 com Cobertura Vacinal acima de 90,0% apenas em relação à

vacina BCG. A situação encontrada é compatível com o quadro de disponibilidade estrutural apresentado na Tabela 10. Os três municípios maiores que não atingiram 90,0% de cobertura em três vacinas também foram aqueles com as mais baixas relações Centro de Saúde/hab. e Atendentes de Enfermagem + Agentes Comunitários/hab., reforçando a hipótese de que a organização dos serviços de saúde neste municípios não priorizou a atenção primária à saúde, como o fez em relação à atenção médico-hospitalar.

O Gráfico 8 ilustra bem o desempenho dos municípios nos dois extremos do período estudado, salientando o aumento do número de municípios pequenos que passam a atingir coberturas vacinais minimamente recomendáveis.

Gráfico 8 - Nº de municípios com Cobertura Vacinal acima de 90,0%, em 1991 e 1998.

Fonte: Div. Vigilância Epidemiológica-SES/MT

Ressaltou-se, para o conjunto dos municípios, a diferença entre a Cobertura Vacinal das vacinas BCG e anti-Sarampo. Embora as duas sejam administradas em

dose única e por via injetável, 13 municípios (81,3%) alcançaram ou ultrapassaram, em 1998, os 90,0% de Cobertura Vacinal para a BCG, enquanto apenas 6 (37,3%) o fizeram em relação à vacina contra o Sarampo. O melhor desempenho foi observado nos municípios pequenos, mas mesmo entre estes, 50,0% apresentaram cobertura inferiores a 90,0%, para esta vacina. Como a aplicação da vacina é de simples tecnologia (injeção sub-cutânea) e não tem havido descontinuidade no suprimento e distribuição do imunobiológico no estado, acredita-se que pelo menos três fatores podem estar conduzindo a este quadro: 1) a menor oportunidade de vacinação entre os menores de 1 anos, uma vez que a vacina é recomendada somente a partir de 9 meses (com reforço aos 15 meses); 2) o retardamento da vacinação, uma vez que há a possibilidade de realizá-la a partir de 1 ano, sem necessidade de reforço; 3) a interferência das campanhas de multivacinação, que podem elevar o número de crianças vacinadas, sem fazê-lo, em termos de registro.

4.4. Indicadores epidemiológicos baseados no SIM e SINASC

Dois Sub-sistemas de Informação em Saúde – SIM e SINASC – foram investigados com o propósito de buscar, através da análise dos dados disponíveis, elementos de organização e produção de serviços de saúde que permitissem comparar as distintas realidades municipais, fornecendo subsídios para a avaliação. Do Sub-sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), dois conjuntos de indicadores foram construídos, abrangendo o período 1991 a 1998: Coeficiente de Mortalidade Infantil e Mortalidade Proporcional por Causa. Já o Sub-sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) permitiu, além de sua cobertura, avaliar o Baixo Peso ao Nascer, o Pré-natal e a Taxa de Cesarianas.

4.4.1. Mortalidade Infantil

Incluiu-se o Coeficiente de Mortalidade Infantil neste trabalho não como um indicador de produção de serviços, mas sim como um dos “marcadores” que, em saúde, refletem a mudanças em uma realidade complexa, ou seja, o desenvolvimento de estruturas, as quais permitem processos, que viabilizam resultados.

Como a maioria dos municípios estudados têm população inferior a 50000 habitantes, optou-se por agregar quatriênios, diminuindo assim, a influência das variações casuais a que estão sujeitos os eventos raros (RUZICKA e LOPES 1990).

Desta forma, foram observadas duas situações distintas: nos municípios pequenos e grandes os Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI) eram baixos no início da década e foram gradualmente se elevando; já nos municípios de porte médio os coeficientes eram elevados e gradualmente foram se reduzindo. Constatou-se, no período 95-98 médias de CMI muito próximas nas três categorias de municípios estudadas (Tabela 20), permitindo pensar na melhoria do Sistema de Informação de Mortalidade, mas também na limitação do poder discriminatório deste indicador.

Nos municípios pequenos, houve melhoria no financiamento e produção de serviços, o que faria supor uma queda no Coeficiente de Mortalidade. Por outro lado, a implantação do SINASC e os investimentos no Sistema de Informação em Saúde acabaram “produzindo” óbitos e definindo números reais de nascimentos, cujo resultado concreto foi a elevação do Coeficiente. Neste caso, observou-se uma melhoria na situação de saúde, com piora de um indicador, que paradoxalmente também refletiu um avanço. Provavelmente os números relativos ao início da década encontravam-se subenumerados.

Situação bem parecida foi verificada nos municípios maiores (excetuando-se Rondonópolis), o que além de indicar uma provável maior captação de óbitos, por conta da melhoria do SIM, não permite descartar uma piora na situação de saúde e qualidade de vida de parte da população, principalmente daquela fração que vive em condições desfavoráveis, na periferia dos grandes centros.

Nos municípios de porte médio ocorreu o que se esperava para todo o estado: um gradual declínio do Coeficiente de Mortalidade Infantil fazendo supor que a associação de vários fatores (educação, renda, saúde, trabalho, lazer, etc.), com melhorias de uns e estabilidade (ou mesmo piora) de outros, redundaram no decréscimo observado. Além disso, ainda que rebaixados, os coeficientes encontrados nestes municípios foram os que mais se aproximaram da média nacional (OPAS 1990, 1998), nos 9 anos analisados.

Tabela 20 - Taxa de Mortalidade Infantil¹ (em períodos de 4 anos) dos municípios do Estado de Mato Grosso, 1991-98.

Quatriênios		1991-94	1992-95	1993-96	1994-97	1995-98
Municípios						
A*	Vera	13,9	12,9	16,7	22,7	22,1
	Vila Rica	7,5	9,1	9,4	12,7	17,8
	Água Boa	5,0	7,0	6,4	10,5	10,1
B*	Campo Verde	9,3	10,7	10,9	11,7	11,1
	Denise	25,9	37,7	40,4	51,1	42,7
	Barão de Melgaço	3,8	4,0	5,2	4,4	8,1
Média 1		10,9	13,6	14,8	18,9	18,7
A	Primavera do Leste	22,5	18,6	17,8	14,7	12,9
	Mirassol D' Oeste	31,8	27,4	25,2	23,6	22,9
B	Sorriso	22,0	23,7	20,3	15,7	14,1
	Alta Floresta	17,3	17,1	18,1	19,2	25,0
	Barra do Garças	17,6	14,3	10,8	9,7	10,2
	Poconé	30,0	29,3	24,0	20,8	18,9
Média 2		23,5	21,7	19,4	17,3	17,3
A	Cuiabá	7,6	8,3	12,8	16,1	19,6
	Tangará da Serra	12,5	19,1	21,6	20,5	21,2
	Cáceres	6,6	9,6	13,4	16,6	18,9
	Rondonópolis	12,3	11,0	9,2	7,5	8,9
Média 3		9,7	12,0	14,3	15,2	17,1

Fonte: SIM/SES-MT

1: Por 1000 nascidos vivos

* A: municípios habilitados pelas NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes.

4.4.2. Mortalidade Proporcional por Causa

A distribuição, nas três categorias de municípios estudados, da Mortalidade Proporcional por cinco grupos de agravos, segundo capítulos da CID-10 (1995), mostrou um quadro bastante uniforme (Tabela 21). Os agravos em questão – Doenças Infecciosas e Parasitárias, Neoplasias, Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças do Aparelho Respiratório e Causas Externas – foram, em conjunto,

responsáveis, no período 91-94, por respectivamente 86,7%, 83,4% e 79,2% de todos os óbitos com causas definidas ocorridos entre os moradores dos municípios pequenos, médios e grandes. Já no período de 95-98, estes percentuais sofreram um decréscimo nas três categorias de municípios (76,0%, 74,5% e 76,9%), o que pode ser um reflexo da redução no número absoluto de óbitos por estes 5 grupos de agravos, mas também resultado da elevação do número de óbitos pelos demais agravos relacionados nos outros 14 capítulos da Classificação Internacional de Doenças.

Tabela 21 – Mortalidade Proporcional por Causa (em %), nos períodos 91-94 e 95-98, nos municípios de Mato Grosso.

Agravos Municípios		D. Infecto-Parasitárias		Neoplasias		D. Aparelho Circulatório		D. Aparelho Respiratório		Causas Externas	
		91-94	95-98	91-94	95-98	91-94	95-98	91-94	95-98	91-94	95-98
A*	Vera	8,1	6,5	6,7	7,7	23,7	21,5	13,1	4,1	30,2	37,7
	Vila Rica	15,2	9,0	12,7	8,9	22,2	14,6	-	4,2	46,1	43,7
	Água Boa	5,4	6,4	10,8	11,6	23,9	25,1	6,8	4,4	44,8	29,4
B*	Campo Verde	7,1	5,7	11,2	7,4	16,9	25,1	5,1	3,7	38,0	35,8
	Denise	15,8	6,1	12,4	8,6	31,5	25,6	11,7	6,5	9,2	20,8
	B. Melgaço	4,2	4,8	11,1	8,1	41,6	47,6	12,5	7,3	20,8	8,4
Média 3		9,3	6,4	11,1	8,7	26,6	26,6	8,2	5,0	31,5	29,3
A	Primavera	9,6	7,4	7,3	13,7	22,3	19,7	6,0	5,6	36,1	32,7
	Mirassol D'O.	8,5	6,5	9,1	10,9	36,6	27,4	9,8	7,6	13,1	20,5
B	Sorriso	9,8	6,6	9,0	11,4	18,4	18,6	8,8	5,6	35,5	34,1
	Alta Floresta	16,1	9,1	6,7	6,9	22,9	26,1	7,3	10,3	20,8	17,0
	B. do Garças	4,6	5,2	10,7	11,3	39,4	36,8	8,0	13,0	20,8	17,0
	Poconé	10,6	6,2	7,1	9,5	36,1	32,3	12,2	8,4	23,6	14,4
Média 2		9,9	6,8	8,3	9,0	29,3	26,8	9,8	8,4	26,1	23,5
A	Cuiabá	5,2	8,0	13,4	12,8	30,8	26,0	9,1	9,1	23,3	20,5
	Tangará Serra	12,1	8,8	6,3	11,0	22,6	26,5	10,3	9,7	19,0	19,7
	Cáceres	8,0	9,8	9,2	11,0	33,8	24,1	8,4	7,8	24,3	22,5
	Rondonópolis	5,6	5,9	9,8	11,2	28,3	32,1	9,4	7,8	27,9	23,3
Média 3		7,7	8,1	9,7	11,5	28,9	27,2	9,3	8,6	23,6	21,5

Fonte: SIM (SES-MT e DATASUS-MS)

* A: municípios habilitados pelas NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes.

A opção pelo estudo dos 5 grupos de agravos mencionados deu-se pelo fato de eles concentrarem a grande parcela dos óbitos com causas definidas (PLAUT 1991), mas também por permitirem uma avaliação do conjunto dos municípios, tendo a transição epidemiológica como foco (OMRAN 1971; LAURENTI 1990). Neste sentido, observou-se mais semelhanças que diferenças, nas três categorias de municípios estudados. Do período de 1991-94 para o período de 1995-98, reduziram-se proporcionalmente, nos três conjuntos de municípios, os óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório (exceto nos municípios pequenos, onde elas mantiveram-se estáveis), por Doenças do Aparelho Respiratório e por Causas Externas. O que os diferenciou foi a Mortalidade Proporcional por Doenças Infecciosas e Parasitárias, que sofreu decréscimo nos municípios pequenos e médios e discreta elevação nos municípios maiores, e a Mortalidade Proporcional por Neoplasias, que reduziu-se apenas nos municípios pequenos, mas elevou-se nos médios e grandes.

No cálculo da Mortalidade Proporcional por Causa foram utilizados os óbitos segundo município de residência e não de ocorrência. Deste modo, as invasões e evasões de óbitos, que foram significativas, como se verá adiante, acabaram impondo limitações à utilização deste indicador no processo de avaliação de estrutura, organização e produção dos serviços de saúde. Não impediu, no entanto a formulação de hipóteses que pudessem estar explicando as diferenças encontradas.

A discreta elevação na Mortalidade Proporcional por Doenças Infecciosas e Parasitárias, observada no conjunto dos municípios maiores (com exceção de Tangará da Serra), apesar da diminuição da morbidade proporcional por esses agravos, relatada anteriormente (Tabela 18), faz supor que seja resultado principalmente da inclusão da AIDS neste capítulo, a partir de 1997, sendo que até então ela fazia parte do capítulo III da CID-9 (Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários). Como a prevalência da AIDS é maior nos grandes centros, os quais também funcionam como referência para diagnóstico e tratamento da doença, há mais chances de que estes municípios acabem também concentrando maior percentual de óbitos por estes agravos. Não por acaso, Cuiabá foi o município onde se deu o maior incremento de mortalidade por DIP.

Já em relação à Mortalidade Proporcional por Neoplasias, acredita-se que a elevação observada nos municípios médios e grandes, seja um produto da associação de três fatores: maior ocorrência do agravo, haja vista o envelhecimento da população; melhoria da qualidade do diagnóstico de neoplasias e melhoria da qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito (instrumento que alimenta o SIM).

4.4.3. Cobertura do SINASC

A Cobertura do SINASC mediu a percentagem de nascimentos que o Sistema captou, em relação ao total de nascimentos ocorridos (no caso, estimados a partir do recenseamento de 1991 e da contagem da população de 1996, pelo IBGE).

No Estado de Mato Grosso, embora o processo de implantação do SINASC tenha se iniciado em 1993, a partir do Polo Regional de Saúde de Tangará da Serra, somente em 1994 este Sistema foi considerado implantado, mesmo com várias limitações. Daquele ano até 1998 melhorou a Cobertura do SINASC, em média, nas três categorias de municípios estudados (Tabela 22), de forma não homogênea, o que suscita algumas considerações.

Analisando-se os 5 anos de existência do SINASC no Estado de Mato Grosso, pode-se dizer que sua cobertura vem revelando os percentuais mais elevados nos municípios maiores, seguidos daqueles observados no municípios de porte médio e posteriormente dos observados nos municípios de pequeno porte. Este quadro reflete tanto a estrutura das Secretarias Municipais de Saúde, como o processo de incorporação da informação no planejamento e na organização dos serviços de saúde. Os municípios maiores, com estruturas centrais de saúde que permitem com mais facilidade a incorporação de novas tecnologias, adicionaram o SINASC ao seu Sistema de Informação, percebendo nele o potencial fornecedor de informações para o planejamento.

A maioria dos municípios de porte médio também contava com uma estrutura central capaz de absorver o SINASC, e os que não a possuíam, desenvolveram-na ao longo destes 5 anos. Já os municípios pequenos, que geralmente contam com uma

estrutura central simples, enxuta e sem RH qualificados, têm tido mais dificuldade de implantar plenamente o SINASC.

Tabela 22 – Cobertura do SINASC nos municípios do Estado de Mato Grosso, no período de 1994-1998

Ano		1994	1995	1996	1997	1998
Municípios						
A*	Vera	55,6%	85,3%	77,9%	100,0%	92,8%
	Vila Rica	50,0%	86,1%	100,0%	94,6%	78,6%
	Água Boa	71,4%	89,1%	69,2%	86,3%	80,8%
B*	Campo Verde	66,8%	78,4%	90,3%	92,9%	74,1%
	Denise	92,5%	66,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	B. Melgaço	30,5%	31,9%	32,1%	30,8%	40,9%
Média 1		61,1%	72,8%	78,2%	84,1%	77,9%
A	Primavera	---	74,85	95,7%	100,0%	95,2%
	Mirassol D'O.	77,0%	100,0%	93,0%	100,0%	94,0%
B	Sorriso	89,2%	100,0%	95,5%	79,7%	80,2%
	Alta Floresta	37,5%	88,8%	100,0%	100,0%	94,3%
	B. Garças	95,4%	100,0%	95,1%	74,5%	73,3%
	Poconé	45,4%	100,0%	93,3%	86,2%	82,9%
Média 2		68,8%	93,9%	95,4%	90,1%	86,7%
A	Cuiabá	74,6%	100,0%	100,0%	100,0%	98,7%
	Tangará Serra	100,0%	100,0%	100,0%	95,7%	93,0%
	Cáceres	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Rondonópolis	97,2%	100,0%	100,0%	97,9%	88,6%
Média 3		92,9%	100,0%	100,0%	98,4%	95,1%

Fonte: SINASC (SES-MT)

* A: municípios habilitados pelas NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes.

No entanto, ao se considerar os dois extremos do período analisado, observou-se que foi no conjunto dos municípios pequenos que se deu o maior incremento da Cobertura do SINASC, em termos proporcionais: 27,5%, contra 26,0% observado nos municípios de porte médio e 2,3% nos municípios de grande porte. Este incremento provavelmente é reflexo de mudanças que vêm sendo observadas nos

municípios pequenos, quer de ordem estrutural (contratação de pessoal, informatização), política e/ou cultural (percepção de que a saúde dos munícipes é também de responsabilidade do governo municipal, de que saúde não é sinônimo só de médico e hospital, de que no planejamento, a informação é melhor que a percepção), ou de ordem prática, orientada por políticas centrais ou locais (a implantação do PACS e do PSF, a constituição dos consórcios, a maior autonomia das SMS após as NOB-93 e 96).

O decréscimo observado na Cobertura do SINASC, nos anos de 1997 e 1998, nos três conjuntos de municípios, não foi devido a uma piora da captação de nascimentos, mas sim à implementação, por decisão política central, de estratégias e instrumentos para a melhoria da qualidade da informação, principalmente relativas ao preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (DN) e à identificação e eliminação de duplicidade de registro. Assim, as informações providas pelo SINASC nos últimos dois anos, embora não cubram a totalidade dos nascimentos (provavelmente) ocorridos, são mais fidedignas que as dos anos anteriores, as quais certamente não cobriam a totalidade dos nascimentos ocorridos, mas pareciam fazê-lo, por conta da incorporação de duplicidades.

Um fato interessante foi detectado no processo de consolidação dos dados do SINASC, embora não tenha sido incorporado na Tabela 22. Observou-se um grande número de municípios com Cobertura do SINASC acima dos 100,0%, o que em princípio seria impossível, suscitando pelo menos 2 hipóteses que poderiam explicar tal inconsistência: a) a contagem da população do IBGE e as estimativas produzidas a partir dela e do censo de 1991 estão subestimando o número real de nascimentos, o que reforça a argumentação de muitos municípios, de que as populações que o IBGE lhes confere, não é a mesma que eles acreditam ter; b) em alguns municípios, a invasão de nascimentos pode estar sendo acompanhada de informação incorreta por parte das mães, em relação a seu endereço, fazendo com que sejam processados como nascimentos de mães residentes num determinado município, nascimentos de mães residentes em outros municípios, o que também levaria a uma redução artificial da Cobertura do SINASC no município de origem da mãe. Acredita-se na composição das duas hipóteses, o que implicaria, para a obtenção de um dado mais

acurado, em um maior cuidado no preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (DN) e na incorporação do SINASC como fonte de informação para o IBGE.

4.4.3. Baixo Peso, Pré-Natal e Cesariana

O SINASC oferece um grande número de variáveis, das quais pelo menos 10 têm utilidade prática para o conhecimento, o planejamento e a organização dos serviços de saúde municipais (MELLO JORGE e col., 1992). Em que pese as limitações impostas pela baixa cobertura (em alguns municípios) e os problemas de qualidade mencionados, é sempre possível extrair do SINASC informações importantes e úteis, principalmente se o objetivo é a comparação de distintas situações municipais, conforme o atestam as três variáveis aqui expostas: Baixo Peso ao Nascer, Consultas de Pré-natal e Percentual de Partos Cirúrgicos (Tabela 23).

O Baixo Peso ao Nascer, que além do risco futuro à saúde do recém-nascido, indica o acompanhamento da gravidez e a maturidade do feto (em termos de crescimento), apresentou valores muito próximos nos três conjuntos de municípios, com percentuais médios entre 5,2% e 7,4%, inferiores aos encontrados em outros estudos (VICTORA 1989; MELLO JORGE e col. 1993). Observou-se discreto aumento no indicador, de 1995 a 1998, mas acredita-se que tal incremento seja mais um resultado na melhoria da qualidade da informação, que uma piora no serviço de assistência ao pré-natal. Assim, o Baixo Peso ao Nascer não teve, nos municípios estudados, um bom poder discriminatório, o que implica em dizer que as condições de nascimento, do ponto de vista do crescimento fetal – uma vez que o APGAR, que também é fornecido pelo SINASC, mas não pôde ser utilizado em decorrência da baixa qualidade do preenchimento deste quesito nas D.N. – não foram diferentes segundo o porte (e indiretamente a organização dos serviços) dos municípios.

A Cobertura do Pré-natal, mensurada pelo percentual de gestantes que atenderam a mais de 6 consultas médicas (obstétricas) durante a gravidez, esteve relativamente baixa em todos os municípios, sendo que os menores valores foram detectados nos municípios pequenos. Além disso observou-se uma tendência de queda do indicador, no período analisado, mais evidente nos municípios pequenos. Estes dados, no entanto, pedem investigação mais aprofundada, pois eles destoam do

Baixo Peso ao Nascer (espera-se uma relação inversamente proporcional entre os dois indicadores) e é sabido que o campo “Consultas de Pré-natal” era um dos inadequadamente preenchidos, nos primeiros anos de implantação do SINASC (MELLO JORGE e col. 1996).

Tabela 23 – Percentual de Baixo Peso ao Nascer (I), Cobertura de Pré-Natal (II) e Partos Cirúrgicos (III) nos municípios de Mato Grosso, 1995-1998.

Ano Município		1995			1996			1997			1998		
		I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
A*	Vera	8,0	44,5	43,4	9,7	50,8	43,7	9,6	54,9	33,3	6,8	39,5	36,2
	Vila Rica	2,0	28,3	38,1	1,9	41,6	29,0	5,4	31,3	28,1	5,4	25,6	20,5
	Água Boa	4,5	47,9	65,8	3,4	61,3	62,8	4,7	23,8	64,4	4,2	20,2	58,4
B*	Campo Verde	8,0	91,7	68,9	4,7	71,9	72,7	5,9	80,4	63,9	7,0	68,5	58,9
	Denise	5,6	20,5	80,2	8,7	10,8	80,5	8,1	13,3	79,3	8,8	26,7	63,3
	B. Melgaço	5,5	66,7	27,8	2,8	28,6	40,8	7,9	52,5	27,7	5,2	35,7	24,4
Média 1		5,6	49,9	54,0	5,2	44,2	54,9	6,9	42,7	49,4	6,2	36,0	43,9
A	Primavera	3,9	54,7	58,4	5,2	32,0	65,1	5,2	38,6	60,7	8,2	50,3	55,3
	Mirassol D'O.	6,1	17,4	59,4	7,1	15,9	57,8	5,5	18,5	63,5	7,0	18,1	55,2
B	Sorriso	6,9	33,3	45,7	4,8	60,1	33,2	6,6	67,6	35,6	4,0	56,3	34,4
	Alta Floresta	6,3	41,2	48,4	5,3	45,9	48,5	5,9	40,7	50,1	4,8	41,0	56,1
	B. Garças	5,7	57,6	71,7	5,4	60,6	68,1	5,3	43,4	68,1	6,7	48,7	62,7
	Poconé	8,4	12,5	53,2	6,3	57,9	50,4	6,4	51,7	54,6	8,9	46,7	52,1
Média 2		5,2	36,1	56,1	5,7	45,4	53,8	5,8	43,4	55,4	6,6	43,5	52,6
A	Cuiabá	6,8	74,8	57,8	7,1	64,5	57,0	6,7	63,3	55,0	7,4	70,0	53,7
	Tangará Serra	6,7	68,4	55,0	6,3	62,9	59,6	6,4	62,1	57,5	7,8	54,3	50,5
	Cáceres	8,3	59,2	71,0	8,0	54,6	63,9	7,4	48,8	59,2	7,0	39,8	54,6
	Rondonópolis	7,9	75,9	69,0	6,9	40,0	70,0	7,0	86,8	70,8	6,4	80,9	61,7
Média 3		7,4	69,6	63,2	7,1	55,5	62,6	6,8	65,3	60,6	7,2	61,0	55,1

Fonte: SINASC (SES-MT)

* A: municípios habilitados pelas NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes.

I – Baixo Peso ao Nascer (Nº RN com peso ao nascer < 2500g/ Nº Nascidos vivos)

II – Cob. Pré-Natal (Nº mães com mais de 6 consultas de pré-natal/ Nº Nascidos vivos)

III – % Partos Cirúrgicos (Nº mães submetidas à cesarianas/ Nº Nascidos vivos)

O Percentual de Partos Cirúrgicos fornece alguns elementos que permitem diferenciar a estrutura e mesmo a organização dos serviços nos distintos grupos de municípios. Este percentual manteve-se elevado em todos os três conjuntos de municípios, embora sempre maior nos municípios grandes, decrescendo nos de porte médio e mais ainda nos pequenos municípios. A partir de 1995, a SES, através da Coordenadoria de Administração Hospitalar e Ambulatorial implementou normalizações e medidas mais rígidas de auditoria que, postas em prática a partir de 1996, tinham em vista fiscalizar e controlar os gastos hospitalares financiados pelo SUS (WELTER e SCATENA 1999). Como todos os hospitais dos municípios pequenos são públicos ou conveniados, o impacto destas medidas nestes locais foi muito mais evidente que o observado nos demais municípios, haja vista o decréscimo de 18,7% no percentual de partos cirúrgicos observado no conjunto destes municípios, comparado aos 6,2% e 12,8%, observados respectivamente nos de porte médio e grande.

Esta tendência de queda do Percentual de Partos Cirúrgicos provavelmente se cristalizará, com a repercussão da Portaria nº 28 do Ministério da Saúde (BRASIL 1998), que normaliza o pagamento de AIH de partos cirúrgicos até o teto de 40,0% do total de partos efetuados pelo SUS (observar que o conjunto dos municípios pequenos já se aproximava deste valor em 1998). Além disso, o maior decréscimo de partos cirúrgicos observado nestes municípios pode estar refletindo a implantação do PACS e PSF, que embora também implantados nos demais municípios, representam nos municípios pequenos, uma cobertura populacional maior.

4. 5. Resolutividade

Para avaliar a Resolutividade, vários indicadores foram propostos, mas nem todos puderam ser viabilizados. Levantaram-se as Taxas de Abandono de Tratamento da Tuberculose e Hanseníase, mas as mesmas não foram utilizadas no trabalho por limitações metodológicas, pois como nos municípios pequenos detectou-se um baixo número de casos, a grande variação casual inviabilizou as comparações com os municípios médios e grandes. Tentou-se também levantar, em cada município, o número de encaminhamentos de pacientes para serviços laboratoriais, ambulatoriais

e hospitalares de outros municípios, mas a maioria não tinha este controle, em 1998, e nenhum dos municípios tinha esta informação, para a série histórica estudada. Face a tais limitações, optou-se por avaliar a resolutividade a partir da Taxa de Abandono de Vacinação, da Invasão e Evasão de Internações, da Invasão e Evasão de Nascimentos e Óbitos e da Mortalidade Proporcional por “Causas Mal Definidas”

4.5.1. – Taxa de Abandono de Vacinação

Das vacinas aplicadas rotineiramente de 1992 a 1998 e que permitem o cálculo de Taxa de Abandono pelo método administrativo (M. SAÚDE 1986), optou-se pela DPT, uma vez que a SABIN sofre a interferência das Campanhas Nacionais de Vacinação, quando não é incomum que os registros das doses aplicadas nessa atividade sejam incorporados aos registros de vacinação rotineira, alterando-os.

De modo geral, as Taxas de Abandono da vacina DPT (da 1ª para a 3ª dose), aqui utilizadas como um indicador de resolutividade do Programa de Imunização, revelaram-se elevadas com tendência de queda, nas três categorias de municípios, durante o período 1992 a 1998 (Tabela 24).

Evidenciou-se, no entanto, que os municípios pequenos apresentavam, em média, patamares mais elevados que os dos demais municípios, evoluindo até 1998 para níveis muito próximos dos daqueles municípios, o que pode estar indicando, na média, um maior envolvimento dos municípios pequenos com a vacinação. Por outro lado, a constatação de taxas de abandono ainda elevadas em 1998 é bastante preocupante, principalmente nos municípios onde o PACS está implantado, uma vez que este programa foi concebido também para sanar problemas como as altas taxas de abandono de programas e serviços de baixa complexidade, fácil acesso e comprovada efetividade.

Tabela 24 - Taxa de Abandono da Vacina DPT, nos municípios do Estado de Mato Grosso, 1992-1998

Ano Municípios		1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
A*	Vera	39,0	4,0	25,6	38,3	25,4	-	-
	Vila Rica	30,6	41,9	34,7	17,3	22,7	17,3	14,6
	Água Boa	20,9	18,6	37,6	24,6	12,9	11,7	19,4
B*	Campo Verde	19,7	48,8	34,9	52,3	44,6	63,7	33,7
	Denise	-	22,8	21,6	26,5	16,4	22,4	13,2
	B. Melgaço	92,5	56,4	58,3	63,8	73,6	46,7	31,9
Média 1		33,8	32,1	35,4	37,1	32,6	27,0	18,8
A	Primavera	0,2	15,6	19,1	24,2	25,1	14,6	18,2
	Mirassol D'O.	-	21,2	25,5	28,9	11,9	21,5	6,8
B	Sorriso	3,7	42,3	27,2	13,4	13,9	-	3,5
	Alta Floresta	49,6	38,0	29,5	54,9	26,0	33,6	26,6
	B. Garças	41,6	24,3	16,9	25,3	21,6	28,3	26,9
	Poconé	29,7	49,9	26,6	22,0	16,4	19,1	25,4
Média 2		20,8	31,9	24,1	28,1	19,2	21,2	17,9
A	Cuiabá	21,7	26,2	26,9	26,3	23,5	19,2	16,8
	Tangar Serra	41,2	26,2	36,9	14,2	5,8	9,6	8,2
	Cáceres	32,9	31,3	16,9	18,3	33,0	12,1	16,8
	Rondonópolis	17,4	39,4	28,1	35,5	28,5	30,0	28,2
Média 3		28,3	30,8	27,2	23,6	22,7	17,7	16,1

Fonte: Divisão Vigilância Epidemiológica (SES-MT)

* A: municípios habilitados pelas NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes.

4.5.2. Taxas de Invasão e Evasão de Internações

A análise da Taxa de Invasão e a Taxa de Evasão das internações permite algumas considerações acerca da referência e da resolutividade de Sistema de Atenção Hospitalar, oferecendo pistas para o estudo da complexidade de tal sistema.

Os municípios pequenos foram os que apresentaram, em seu conjunto, as menores Taxas de Invasão e as maiores Taxas de Evasão, embora estas últimas tenham revelado uma tendência de queda (Tabela 25). A redução da evasão, no período analisado, pode estar indicando a melhoria da organização e/ou capacidade

da assistência hospitalar local, o que redundou em maior resolutividade. Por outro lado, a elevação da invasão, deu-se apenas em Água Boa e Campo Verde, no primeiro município em decorrência da implantação de um Hospital Regional para atendimento de seis municípios vizinhos e no segundo, pela deficiência de assistência hospitalar em alguns municípios vizinhos a ele. No entanto, este município não teve implementação de sua capacidade hospitalar, de 1993 a 1998, razão pela qual concomitantemente ao aumento da invasão, deu-se um ainda maior aumento da evasão.

Tabela 25 – Taxa de Invasão e Taxa de Evasão de Internações nos municípios do Estado de Mato Grosso, 1995-1998¹

Municípios \ Período		1995-1996		1997-1998	
		T. Invasão	T. Evasão	T. Invasão	T. Evasão
A*	Vera	2,7%	18,7%	3,1%	17,8%
	Vila Rica	7,8%	1,9%	6,9%	2,1%
	Água Boa	7,6%	18,2%	13,6%	7,8%
B*	Campo Verde	14,7%	13,4%	16,4%	22,5%
	Denise	2,6%	19,8%	0,6%	14,1%
	B. Melgaço	0,7%	18,8%	0,1%	12,8%
Média 1		6,0%	15,1%	6,8%	12,8%
A	Primavera	20,7%	18,1%	25,4%	10,9%
	Mirassol D'O.	28,3%	16,8%	25,4%	12,2%
B	Sorriso	27,0%	7,0%	44,4%	6,5%
	Alta Floresta	1,7%	6,1%	7,6%	7,1%
	B. Garças	26,2%	24,2%	21,1%	3,6%
	Poconé	0,2%	10,5%	0,6%	12,4%
Média 2		17,3%	13,8	20,8%	8,8%
A	Cuiabá	38,7%	9,0%	37,7%	6,9%
	Tangará Serra	27,4%	16,9%	6,5%	7,8%
	Cáceres	21,5%	17,8%	18,2%	5,5%
	Rondonópolis	16,9%	9,2%	8,7%	3,1%
Média 3		21,9%	14,6%	12,1%	5,5%

Fonte: SIH-SUS (DATASUS/MS)

1: Período sobre o qual há informações disponíveis, pelo DATASUS

* A: municípios habilitados pelas NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes (excluindo Cuiabá).

No conjunto dos municípios de porte médio a Taxa de Invasão, que já era elevada, aumentou ainda mais, enquanto reduziu-se significativamente a Taxa de Evasão. Essa situação aponta para um quadro de melhor resolutividade da assistência hospitalar no conjunto desses municípios e como a maioria deles é referência regional de saúde (ou apenas de assistência hospitalar) é para eles que demanda grande parte de usuários dos pequenos municípios. Sorriso se sobressaiu por quase ter dobrado sua Taxa de Invasão, coincidentemente com o período em que se consolidava o Hospital Regional de Sorriso, principal objeto do Consórcio da Região Teles Pires, abarcando 10 municípios da região médio-norte do estado.

Nos municípios maiores, a Taxa de Evasão reduziu-se drasticamente, o que indica que estão sendo resolvidos localmente a quase totalidade dos problemas de saúde que necessitam de internação hospitalar. Por outro lado, observou-se uma redução na Taxa de Invasão, o que é inesperado, pois esses municípios são referência e sede de Pólos Regionais de Saúde. Uma possibilidade aventada é de que tenha melhorado a estrutura de assistência hospitalar nos municípios que os cercam, mas não se pode descartar um comprometimento do sistema de assistência hospitalar nos três municípios analisados, ou mais especificamente em Tangará da Serra e Rondonópolis, nos quais tem sido relatada uma certa estagnação, em termos de política de saúde, nos últimos dois anos.

Cuiabá mantém-se como o maior “recebedor” de usuários que buscam assistência hospitalar, conforme atestam suas Taxas de Invasão permanentemente elevadas. Isso é compatível com seu papel de referência estadual e reflete uma estrutura hospitalar mais complexa, mais tecnificada, tanto do ponto de vista de instalações e equipamentos, como de recursos humanos. Por outro lado, a redução da Taxa de Evasão indica maior resolutividade da assistência hospitalar para a população local, embora não se possa deixar de mencionar os quase 7,0% de internações ocorridas fora do município, majoritariamente no município vizinho de Várzea Grande.

Em resumo, o quadro de invasão e evasão revela que os municípios estão conseguindo atender mais (e talvez melhor) os seus munícipes, mas não conseguem resolver parte dos problemas que a eles demandam, situação essa que vai se equacionando à medida que aumenta o porte dos municípios (e conseqüentemente a

complexidade dos serviços e da assistência hospitalares). Embora os dados não dêem essa informação, a invasão e evasão das internações no segundo período considerado não é mais uma dinâmica orientada fundamentalmente pela “ambulância-terapia”, mas resultado de um melhor inter-relacionamento entre os municípios, mediado por acordos, parcerias e consórcios, os quais promovem a redução de duplicidades de atendimento, oferecem respostas mais ágeis aos usuários e reduzem custos, ou seja, aumentam a resolutividade.

4.5.3. Invasão e Evasão de Nascimentos e Óbitos

A análise das Taxas de Invasão e Evasão de Nascimentos informa principalmente a resolutividade do Sistema de Assistência Hospitalar ao Parto, uma vez que a grande maioria dos partos no Estado de Mato Grosso são hospitalares. Também dá uma idéia da utilização deste sistema pela população de gestantes, utilização esta grandemente influenciada pela credibilidade que as mesmas depositam no sistema. Há que se ressaltar que as informações referentes aos nascimentos, por serem levantadas junto ao SINASC, abarcam a totalidade dos mesmos, não apenas os ocorridos na rede do SUS.

As Taxas de Invasão e Evasão de Óbitos, por sua vez, além da resolutividade do Sistema de Assistência Hospitalar, podem fornecer informações sobre o Sistema de Referência tanto hospitalar, como ambulatorial e de complementação diagnóstica.

Nos municípios pequenos, observou-se evasão de nascimentos e óbitos, em todos os anos do período estudado (Tabela 26), revelando que parcela significativa de gestantes buscou outros municípios por ocasião do parto e que muitos óbitos de residentes destes municípios ocorreram fora deles. Enquanto a evasão de nascimentos sofreu pequena alteração de 1994 a 1998, a evasão de óbitos em 1998 foi quase o dobro da observada em 1994. Em relação aos nascimentos, este quadro permite duas inferências: ou o Sistema de Assistência Hospitalar Obstétrica dos pequenos municípios está sub-dimensionado para a demanda (hipótese pouco provável quando se compara o número de partos/ano e o número de leitos obstétricos disponíveis); ou uma parcela de grávidas (provavelmente de melhor nível sócio econômico) prefere ter seus partos realizados em municípios maiores e/ou com

melhores serviços hospitalares. Já em relação aos óbitos, provavelmente os Sistemas de Assistência Hospitalar, Assistência Ambulatorial e de Complementação Diagnóstica dos municípios pequenos não têm sido implementados para ou não têm tido condições de resolver problemas de saúde mais complexos, os quais redundaram nos mais de 15,0% de óbitos de residentes destes municípios ocorridos fora deles.

Tabela 26 – Taxa de Invasão e Evasão¹ de nascimentos e óbitos nos municípios do Estado de Mato Grosso, 1994-1998.

Ano Municípios		1994		1995		1996		1997		1998	
		Nasc.	Óbito	Nasc.	Óbito	Nasc.	Óbito	Nasc.	Óbito	Nasc.	Óbito
A*	Vera	-20,7	-12,5	-11,0	-15,4	-11,9	-39,5	18,9	-48,5	22,2	-40,7
	Vila Rica	30,5	-18,7	12,2	-7,7	8,5	2,1	5,4	14,5	7,8	2,1
	Água Boa	1,1	-5,3	0,6	-13,5	6,1	-2,0	3,5	-17,7	5,6	20,0
B*	Campo Verde	2,8	2,6	-6,5	3,2	-6,9	-11,1	-17,0	-51,2	-16,7	-10,8
	Denise	-8,9	-6,7	-12,1	-14,7	-16,0	-37,0	-20,7	-37,8	-30,3	-44,4
	B. Melgaço	-48,0	-10,0	-37,8	-10,0	-59,2	-19,5	-44,6	-41,4	-43,4	-20,0
Média 1		-7,3	-8,4	-9,1	-9,7	-13,2	-17,8	-9,1	-30,4	-9,1	-15,6
A	Primavera	---	-1,5	9,7	-1,6	-1,3	-13,2	1,7	-6,2	0,6	-19,8
	Mirassol D'O.	27,9	-19,3	26,9	-6,7	25,4	-11,1	26,6	-22,0	24,5	-1,7
B	Sorriso	19,9	-	7,1	-3,9	8,5	17,0	17,3	28,9	17,6	38,8
	Alta Floresta	12,1	-3,6	5,8	-6,9	6,2	-13,7	2,3	-12,1	11,6	1,0
	B. Garças	21,6	8,6	16,1	12,6	8,9	8,5	-1,8	9,6	-11,4	13,8
	Poconé	-4,5	-17,0	-4,7	-21,7	-2,4	-24,9	-5,9	-30,5	-3,9	-29,7
Média 2		15,4	-5,5	10,2	-4,7	7,6	-5,7	6,7	-5,4	6,5	0,9
A	Cuiabá	10,5	20,6	11,4	15,4	18,4	24,1	20,7	30,5	24,2	30,6
	Tangará Serra	11,1	-4,4	5,6	-2,3	2,3	-22,2	12,7	-22,6	16,3	-13,9
	Cáceres	2,8	8,8	0,3	14,2	-0,7	11,5	0,5	13,5	0,2	14,4
	Rondonópolis	11,0	2,6	8,7	3,6	6,9	5,5	8,5	5,5	7,3	0,2
Média 3		8,3	2,0	4,9	5,2	2,8	-1,7	7,2	-1,2	7,8	0,2

Fonte: SINASC e SIM (SES-MT)

1: O sinal negativo indica evasão, enquanto o positivo indica invasão.

* A: municípios habilitados pelas NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes (excluindo Cuiabá).

Cuiabá representa o extremo oposto, apresentando as mais (e progressivamente) elevadas Taxas de Invasão de Nascimentos e Óbitos. Isto apenas reforça a posição da capital como referência estadual no que tange à Assistência Hospitalar, Ambulatorial e de Complementação Diagnóstica e Terapêutica. Em 1998 quase 1/4 dos nascimentos e 1/3 dos óbitos ocorridos em Cuiabá foram de residentes de outros municípios que buscavam (ou acreditavam buscar) serviços de melhor qualidade ou resolutividade, neste município.

Nos municípios de médio e grande porte, evasão e invasão de nascimentos e óbitos mantiveram-se em situação intermediária. Observou-se invasão de nascimentos, que decresceu nos municípios médios, mas manteve-se nos municípios maiores, quando considerados os anos extremos, informando a importância que tais municípios têm na absorção da demanda das gestantes dos municípios menores que os cercam, por serviços hospitalares obstétricos. Quanto aos óbitos, observou-se evasão nos municípios de porte médio e invasão nos municípios maiores (exceto em Tangará da Serra, que apresentou evasão de óbitos, nos 5 anos), significando que mesmo que grande parte destes municípios absorvam pacientes externos, os quais acabam falecendo nestes locais, uma parcela ainda maior de residentes destes municípios os deixam para buscar atenção na capital ou municípios maiores (como Cáceres e Rondonópolis), ali vindo a falecer. Tal dinâmica apenas respeita a organização e complexidade do Sistema de Atenção Médica Curativa, que geralmente evolui de forma diretamente proporcional ao porte dos municípios.

4.5.4. – Óbitos por Causas Mal Definidas

Os óbitos por “Causas Mal Definidas”, representados pelo Capítulo XVI da CID-9 (1978) e XVIII na CID-10 (1995) aglutinam aqueles óbitos cujas causas básicas não ficaram bem esclarecidas, encontrando-se apenas “sinais e sintomas anormais”, “achados anormais de exames clínicos ou laboratoriais” ou “causas mal definidas ou desconhecidas”. Tais situações refletem a qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito, grandemente influenciada pela capacitação, consciência e sensibilidade do profissional médico face a este instrumento e sua importância, mas também a resolutividade do Sistema de Saúde, uma vez que um óbito mal

esclarecido funciona como um evento sentinela que indica tanto as falhas no acompanhamento médico de um usuário ou dos registros deste acompanhamento (ambulatório), como deficiências diagnósticas (laboratórios e serviços de complementação diagnóstica), da assistência médica hospitalar e do sistema de referência.

Tabela 27 – Mortalidade Proporcional por “Causas Mal Definidas”, nos municípios do Estado de Mato Grosso, 1992-1998

Ano Municípios		1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
A*	Vera	13,0	10,5	-	16,2	2,5	2,2	-
	Vila Rica	17,8	3,8	6,3	5,1	2,2	8,5	8,7
	Água Boa	11,1	9,7	12,5	10,3	-	12,1	-
B*	Campo Verde	25,0	5,3	35,1	12,9	-	5,1	-
	Denise	15,5	14,3	-	2,9	7,4	-	-
	B. Melgaço	45,4	64,7	20,1	73,3	43,7	13,8	8,0
Média		21,3	18,1	35,4	20,1	9,3	7,0	2,8
A	Primavera	17,3	14,6	1,5	1,6	1,5	3,1	2,3
	Mirassol D'O.	18,1	3,2	4,6	8,7	3,7	2,7	4,3
B	Sorriso	5,2	9,5	13,9	15,6	3,6	9,4	7,3
	Alta Floresta	10,3	14,4	11,7	3,8	4,7	3,0	2,5
	B. Garças	12,7	15,8	11,1	9,4	15,1	2,5	5,3
	Poconé	39,3	40,1	43,5	31,8	16,4	17,0	17,6
Média 3		17,2	16,3	14,4	11,8	7,5	6,3	6,6
A	Cuiabá	19,8	19,6	20,0	15,5	9,3	14,8	12,0
	Tangará Serra	25,9	21,8	22,4	21,0	9,0	3,4	7,2
	Cáceres	37,4	31,0	35,3	26,7	21,6	11,2	14,3
	Rondonópolis	27,7	27,4	27,5	17,6	7,6	8,1	6,2
Média 3		27,7	25,0	26,3	20,2	11,9	9,4	9,9

Fonte: SIM (SES-MT)

* A: municípios habilitados pelas NOB-93 e 96; B: municípios habilitados apenas pela NOB 96.

Média 1: mun. pequenos; Média 2: mun. médios; Média 3: mun. grandes.

A redução da Mortalidade Proporcional por Causas Mal Definidas, nos municípios do Estado de Mato Grosso, foi bastante acentuada, de 1992 a 1998,

representando 86,9%, 62,6% e 64,2%, respectivamente nos municípios de pequeno, médio e grande portes (Tabela 27). Isto sugere melhorias no Sub-Sistema de Informação sobre Mortalidade ou na organização do Sistema de Assistência à Saúde, possibilitando maior acesso do usuário aos serviços de saúde e o esclarecimento da causa que conduziu ao seu óbito.

Acredita-se que entre os municípios mato-grossenses tenha ocorrido uma composição das duas hipóteses e que a redução proporcional dos óbitos por causas mal definidas (entre os quais se sobressaíam os “óbitos sem assistência”) é um reflexo da melhoria da qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito, somada a uma melhor organização dos serviços de saúde sob gestão municipal.

Provavelmente funcionaram como elementos redutores deste indicador, principalmente a partir de 1995: a implementação de serviços e referências laboratoriais e ambulatoriais; a instituição de fichas familiares e prontuários médicos; o maior controle e avaliação das internações hospitalares e situação de alta/óbito dos pacientes; as investigações de óbitos e a necessidade de informação mais fidedigna para o planejamento.

A maior redução da Mortalidade Proporcional observada nos municípios pequenos foi provavelmente influenciada pela subenumeração de óbitos e (má) qualidade do preenchimento das D.O., constatadas no início dos anos 90 e que historicamente sempre foram elevadas nestes locais, bem como pelo reduzido número de óbitos observados, consequência da baixa população deste municípios.

Os aspectos analisados de financiamento, estrutura, produção e resolutividade dos serviços revelam que o Sistema Único de Saúde, no Estado de Mato Grosso promoveu mais avanços que retrocessos, na situação de saúde dos municípios estudados. Os dados apresentados permitem afirmar que a descentralização, principalmente implementada após a edição da NOB-93, foi um elemento de fundamental importância no processo de construção deste Sistema, mesmo que em alguns municípios o modelo de atenção que vem se configurando não esteja atendendo um dos princípios do SUS – o da integralidade, com priorização das atividades preventivas.

5. ESTUDO DE CASOS

O estudo de casos, compreendeu os municípios de Cuiabá, Cáceres, Sorriso e Campo Verde, e baseou-se em análise documental (leitura de atas dos Conselhos Municipais de Saúde) e entrevistas com conselheiros identificados através das atas. As informações desta etapa qualitativa do trabalho foram classificadas em categorias visando facilitar sua análise, bem como permitir comparabilidade com aqueles resultados providos pelos dados quantitativos. Esse processo analítico comparativo, mediado e interpretado pelo pesquisador se expressa nos resultados ora alcançados.

5.1. Particularidades dos Conselhos Municipais de Saúde

Procedeu-se à leitura de 380 atas de reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde, as quais, embora constituíssem material valioso, apresentaram limitações que dificultaram sua utilização, sobressaindo-se: a ausência de pauta formal e/ou registrada; a forma variável de registro, dependendo de quem secretaria a reunião; a “filtragem” do registro; a não identificação do conselheiro que se manifesta e/ou o segmento que representa; a inconclusão de discussões ou do registro das mesmas.

Apesar dessas e outras limitações, foi possível observar que de 1991 a 1998 deu-se uma implementação no número de reuniões. De 1991 a 1993 ocorreram, em média, 9 reuniões/ano por município; de 1994 a 1996 o número médio de reuniões subiu para 13 e no último período analisado (1997 e 1998), elevou-se para 16, sempre considerando o conjunto de reuniões ordinárias e extraordinárias.

Problemas comuns e/ou distintos aparecem ou são apresentados de forma particular em cada um dos conselhos, e o tratamento que lhes é dado também é distinto, variando com o nível de organização do município e participação dos conselheiros. Nos municípios onde a sociedade está mais organizada, espera-se contar com representação mais efetiva, mais politizada, e conseqüentemente mais atuante e participativa nos conselhos, pois como assinala CORTES (1998:10): “...(os conselhos) têm funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos municípios brasileiros”.

Ilustra essa afirmação a análise de um mesmo assunto de pauta do CMS, nos quatro municípios estudados. Elegeu-se para isso o “credenciamento ou a participação do setor complementar no Sistema Municipal de Saúde”, por ser tema de interesse a todos os municípios e principalmente pela possibilidade que o tema tem, de expor a dinâmica de funcionamento dos CMS.

Duas situações polares foram observadas, a de Campo Verde e a de Cuiabá. Em Campo Verde, o assunto se relacionava principalmente à participação complementar na assistência hospitalar e sua defesa era clara e francamente exposta no Conselho pelos conselheiros representantes dos hospitais credenciados. Seu poder de argumentação era grande e sempre convincente, ressaltando o papel social daquele serviço, uma vez que “...financeiramente ele não compensa”. No entanto, o conflito se dava quando outro serviço pleiteiava credenciamento (e a divisão das AIH), ou quando se discutia a construção de um hospital municipal. Nesse momento, o segmento interessado buscava aliados dentro do conselho e em instâncias superiores (Secretaria de Estado da Saúde), na tentativa de não perder seu espaço dentro do Sistema.

Com base na situação observada em Campo Verde e mesmo considerando as distintas realidades que se configuram nos demais 103 municípios mato-grossenses com menos de 20.000 habitantes, acredita-se que alguns elementos observados no município-caso sejam comuns e possam estar caracterizando o CMS de um município pequeno:

- 1) O CMS tem basicamente dois segmentos fortes: o Secretário Municipal de Saúde (e presidente do Conselho, por prerrogativa regimental) e os médicos, representantes dos hospitais credenciados. Ambos conseguem aglutinar os demais membros ao seu lado pelo cargo que ocupam, pelo papel que representam e/ou pela argumentação que expõem;

- 2) Os representantes dos usuários são muito pouco participativos, tanto em frequência como em posicionamentos. Geralmente votam o que é apresentado pelo presidente, sem grandes dificuldades. Suas manifestações são mais de caráter reivindicatório, visando o bairro ou o segmento que representam, não faltando as reivindicações populistas, geralmente feitas pelos conselheiros vereadores;

3) As reuniões do Conselho são aparentemente tranquilas e de modo geral mesmo os confrontos são tratados abertamente, ou seja, as partes interessadas expõem-se nas reuniões, apresentando e debatendo diretamente seus argumentos. Eventualmente percebem-se acordos, negociações e instruções prévias às reuniões;

4) A organização da sociedade é ainda pequena, refletindo-se na incipiente participação do segmento dos usuários no Conselho. É comum a mudança de organizações representando a sociedade no CMS e desde 1997, este fórum não conta com nenhuma associação de moradores de bairros.

Cuiabá representa o outro pólo, sendo que em relação ao credenciamento ou participação do setor complementar, ele aparecia tanto na discussão da provisão de assistência hospitalar, como de assistência ambulatorial. Diferentemente de Campo Verde, aqui não se dava de forma clara a exposição dos provedores desses serviços (na sua maioria médicos), mas sim através das estratégias que esse grupo de poder se utilizava para conseguir o que era de seu interesse. Cessações de atendimentos aos usuários do SUS, limitação do número de atendimentos, ameaça de rompimento de contrato, formação de cooperativas de especialistas, utilização de canais de comunicação, valorização da especialidade médica e do uso da tecnologia na assistência médica, foram algumas das estratégias utilizadas pelos provedores de atenção médica complementar, para sensibilização e convencimento do CMS.

Normalmente, quem trazia e defendia as reivindicações desse segmento eram os próprios secretários municipais de saúde, via de regra, obtendo o apoio da totalidade dos representantes dos provedores e da maioria dos representantes dos trabalhadores e usuários. Utilizando um discurso bem articulado de respeito à integralidade e aumento da resolutividade do Sistema, associado à “perspectiva do caos” já criada por algumas das estratégias estabelecidas pelo grupo de poder, não ficava muito difícil para os secretários terem aprovadas “soluções” de fundamental interesse aos provedores médicos. Frutos dessa articulação foram o pagamento diferenciado aos médicos e anestesistas pelos procedimentos hospitalares; o alongamento do período de internação em UTI, mantidos os valores dos três primeiros dias; o repasse de medicamentos de alto custo aos hospitais filantrópicos e o credenciamento de serviços complementares de alta incorporação tecnológica.

Salientam-se como algumas das características do Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá, ou que interferem sobre ele:

1) Três “forças” bem definidas são identificadas no interior do conselho: a primeira representada pela Secretaria Municipal de Saúde, quer na figura de seu secretário (e presidente do CMS, por prerrogativa regimental), ou através de técnicos e assessores, membros do conselho ou convidados para exposições e esclarecimentos; a segunda, exercida pelos médicos, representantes dos provedores de serviços de atenção complementar do SUS; a terceira, representada por um grupo de conselheiros mais politizados, dentre os representantes dos trabalhadores da saúde e dos usuários;

2) Exceção feita àquele grupo rotulado de conselheiros politizados, os representantes dos trabalhadores da saúde e dos usuários não são muito participativos, em termos de argumentação e posicionamentos. Com certa ingenuidade política e assumido desconhecimento das questões de saúde, esses conselheiros votam de forma pendular, ora aceitando incondicionalmente as colocações dos secretários, ora incorporando as contra-argumentações de seus pares, ora abstando-se de votar. Com essa fragilidade, acabam sendo o principal alvo de cooptação, manipulação e outras estratégias ilícitas por parte dos demais segmentos. Suas manifestações no Conselho geralmente se restringem a reivindicações e/ou denúncias relacionadas à área geográfica ou ao segmento que representam;

3) As reuniões geralmente são acaloradas com muitos embates e confrontações e eventualmente até truculência. As pautas são numerosas e na maioria das vezes não cumpridas, por inserção de vários assuntos não agendados e quase sempre “urgentes” (SILVA 1998). Dependendo do assunto, as partes interessadas até expõem-se à plenária, de forma aparentemente clara e sincera, mostrando seu ponto de vista e aceitando o que é deliberado. Para grande parte dos assuntos, no entanto, parece que a reunião do conselho é mera formalidade burocrática, deixando a impressão que tais assuntos são considerados previamente aprovados. Tal situação faz pensar nos jogos de poder e de interesses que normalmente se dão nos bastidores dos poderes constituídos e que obviamente são tão maiores e mais complexos, quanto maior, mais complexo e mais rico o município.

4) A organização da sociedade num município de meio milhão de habitantes é bem mais complexa e isto se reflete na participação dos segmentos representados no Conselho e nos conflitos para se fazer instituição representada dentro dele. Isso é mais evidente em relação ao segmento dos usuários, uma vez que são dez vagas para mais de uma centena de organizações sociais interessadas em ocupá-las: de associações de moradores a clube de serviços, de sindicatos de trabalhadores a movimentos de saúde, de grupos de mães a grupos de idosos. A definição das dez organizações que têm representação no Conselho dá-se nas Conferências Municipais de Saúde, cabendo a cada uma delas indicar seu representante no conselho (por eleição ou outro processo definido pela organização). Embora democrática, essa sistemática não tem conseguido garantir a tão almejada representação de qualidade;

Entre as duas situações polares referidas situam-se aquelas observadas em Sorriso, representando os municípios e porte médio, e Cáceres, representando os municípios grandes, que não a capital.

Em Sorriso, a questão de credenciamento e/ou participação do setor privado no SUS foi ponto de pauta constante nas reuniões do CMS até meados de 1995, quando da instalação do Consórcio Intermunicipal da Região do Teles Pires, responsável pela assistência e referência hospitalar e referência ambulatorial para 10 municípios da região médio-norte do estado. Até 1995, a participação dos médicos no Conselho, principalmente representantes (e proprietários) dos serviços hospitalares credenciados, era ostensiva e representava uma das principais forças dentro desse fórum. À semelhança do observado em Campo Verde, alguns embates eram travados abertamente no Conselho, tendo como principais protagonistas os médicos proprietários de serviços contratados e os secretários municipais de saúde e demais técnicos dessa secretaria. Os representantes dos outros segmentos exerciam papel coadjuvante, apoiando um ou outro lado, dependendo da argumentação, do poder de pressão das principais partes envolvidas, ou dos interesses desses representantes. Além do confronto direto, também eram freqüentes as negociações e acordos estabelecidos fora do Conselho, à semelhança do que se observou em Cuiabá. Envolvimento de prefeitos e legisladores, atitudes radicais e busca de apoio junto à Secretaria Estadual de Saúde foram algumas das estratégias assumidas pelas partes

interessadas, redundando inclusive em freqüentes substituições de secretários municipais de saúde.

Após o estabelecimento das bases do consórcio intermunicipal, foi-se reduzindo a participação do sub-setor contratado e conseqüentemente seu nível de pressão. Após 1996, como praticamente a totalidade dos serviços de saúde do SUS passa a ser provida pelo setor público, a pressão do setor privado, no Conselho, reduz-se sensivelmente.

As características do Conselho Municipal de Saúde de Sorriso aproximam-se bastante daquelas citadas em Campo Verde, mas já incorporando muitos dos elementos que se fazem presentes no CMS de Cuiabá.

Em Cáceres, o credenciamento e/ou participação do segmento privado, principalmente relacionado à assistência hospitalar, à semelhança do observado em Cuiabá, foi um tema prioritário nas discussões do CMS. Neste município, no período analisado, todos os leitos disponíveis eram contratados, a grande maioria deles junto a instituições filantrópicas reconhecidamente sérias e avaliadas como tal, pelos membros do Conselho. Desse modo, embora os serviços hospitalares tivessem representação no conselho (médicos associados ou administradores), defendendo os interesses desses serviços, raramente se observou confronto, sendo tal interesse reconhecido como “interesse da comunidade”, pelos conselheiros. Estratégias de controle e avaliação da utilização das AIH por estes serviços têm sido rotineiramente tratadas no Conselho.

Acredita-se, que a situação descrita não se manterá como tal, a partir de meados do ano 2000, quando um hospital regional público, com mais de 100 leitos, será entregue à população desse município e região, introduzindo no sistema uma oferta de serviços que mudará indelevelmente a dinâmica de relações, de interesses e de poder.

Observaram-se, no entanto, conflitos e disputas entre alguns provedores, por credenciamento, manutenção ou expansão de seus serviços, tendo o Conselho como palco explícito destas disputas, mas utilizando o poder situado nos bastidores desse fórum (prefeitura, câmara de vereadores, Secretaria Estadual de Saúde) como forma

de garantir seu espaço. Neste sentido, a dinâmica do jogo aproxima Cáceres de Cuiabá.

A constituição do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste Mato-grossense, com o objetivo de prover assistência, principalmente ambulatorial, a algumas especialidades (neurologia, oftalmologia, ortopedia, etc.) ampliou a cobertura e a resolutividade da assistência médica no município, mas retirou do Conselho uma parcela de responsabilidade e de poder, uma vez que o consórcio tem seu próprio conselho.

Dada a dimensão do município e da organização de sua sociedade, as características do Conselho Municipal de Saúde de Cáceres são mais parecidas com aquelas citadas em Cuiabá, sem deixar de ainda apresentar alguns dos elementos observados em Campo Verde.

Resumindo, pode-se dizer que a análise da atas revela que gradual e progressivamente, além de matérias mais “simples” e de interesse geral, os conselhos têm também discutido e deliberado sobre assuntos polêmicos, complexos e que anteriormente eram de competência quase exclusiva do secretário ou do prefeito, geralmente influenciados por fortes e específicos grupos de poder. A forma como cada Conselho trata seus problemas está relacionada ao porte do município e nível de organização dos vários segmentos que compõem a sociedade local.

Se a descentralização não aparece nas atas de forma explícita (registrada), é impossível negar que os assuntos registrados, em sua maioria, sejam produtos diretos ou indiretos da descentralização. Nesse sentido, do ponto de vista das atas dos CMS, a descentralização teve (e vem tendo) papel decisivo na implementação dos Sistema Municipais de Saúde.

5.2. A descentralização sob o ponto de vista dos conselheiros

Foram entrevistados 21 conselheiros dos quatro municípios estudados, representando basicamente dois segmentos: o dos gestores e o dos usuários. O primeiro grupo foi composto por 10 pessoas: os nove Secretários Municipais de Saúde dos quatro municípios-caso, durante o período 1993-1998, e um representante

do segmento dos trabalhadores que foi conselheiro durante todo o período de análise e ocupou interinamente a presidência do CMS. O segundo grupo foi composto por 11 conselheiros representando o segmento dos usuários. Não foram contemplados, neste trabalho, os representantes dos provedores e dos trabalhadores.

A resposta dos conselheiros a algumas questões que abordavam financiamento, produção de serviços e resolutividade foi comparada com a informação provida pelo levantamento quantitativo realizado previamente, em relação a estes mesmos elementos. Ressalta-se que os entrevistados não tiveram acesso aos resultados daquele levantamento, antes da entrevista. Tal etapa tinha o objetivo de avaliar os conselheiros, representantes de gestores e usuários, acerca de seu conhecimento sobre o sistema municipal de saúde e a situação sanitária em que estavam inseridos.

As respostas dos conselheiros às questões sobre orçamento, produção de serviços e resolutividade foram comparadas com os dados levantados na etapa quantitativa e classificadas em três níveis, de acordo com o grau de concordância entre ambas as informações.

Quadro 1 - Comparação entre posicionamento dos conselheiros e os dados relativos a orçamento e financiamento levantados por estudo de base quantitativa, MT, 1999.

Nível de Comparação ↓ Elementos	Gestores			Usuários		
	Coincide ou se aproxima	Difere muito Ou diverge	Desconhece (*)	Coincide ou se aproxima	Difere muito ou diverge	Desconhece (*)
Composição Orçamento	30,0%	30,0%	40,0%	-	9,1%	90,9%
% Recursos Aplicados	50,0%	40,0%	10,0%	27,3%	45,5%	27,3%
Setor de > Investimento	90,0%	10,0%	-	45,5%	36,4%	18,2%
Financiam// Hospitalar	70,0%	20,0%	10,0%	27,3%	18,2%	54,5%
Financiam// Ambulatorial	100,0%	-	-	36,4%	9,1%	54,5%
Contrapartida R\$ municipal	70,0%	30,0%	-	18,2%	36,4%	45,5%

* Inclui tanto as respostas "não sei" como aquelas que não permitiram classificação.

Observou-se, em relação ao orçamento, um elevado percentual de desconhecimento (ou desinformação) - 70,0% entre os gestores e 100,0% entre os usuários - e apenas 30,0% dos gestores mostraram razoável conhecimento sobre a composição, em termos de fonte e nível de governo, do orçamento municipal (Quadro 1). Estes elevados percentuais revelam ser o orçamento municipal uma peça de difícil acesso - físico e de entendimento - à maioria dos munícipes. Esta dificuldade sozinha, no entanto, não deveria justificar desconhecimento tão grande de conselheiros, uma vez que versões mais simplificadas (segundo fontes de receitas e despesas, por ex.) são apresentadas mensal e anualmente, às câmaras municipais, em princípio abertas ao público em geral.

Para os conselheiros que representam o segmento dos usuários, o desconhecimento, a desinformação ou a informação equivocada sobre o financiamento da saúde sobressaem-se como obstáculos a serem transpostos, haja vista os elevados percentuais observados, principalmente em relação ao comportamento da contrapartida financeira municipal e dos recursos financeiros aplicados, gerais ou específicos, para assistência ambulatorial ou hospitalar. Por outro lado, os gestores têm um melhor nível de conhecimento sobre os mesmos assuntos, sendo mínimo o desconhecimento total entre representantes deste segmento. No entanto, 50,0% dos gestores (e 73,7% dos usuários) desconhecem ou têm uma informação equivocada do percentual do orçamento que é aplicado na saúde. Provavelmente isto está relacionado ao já mencionado desconhecimento do orçamento municipal global, dentro do qual se insere o orçamento específico da saúde. Se o orçamento municipal global estiver sub-dimensionado, o orçamento da saúde, em termos proporcionais, vai estar mais elevado. Por outro lado, a inclusão ou não de algumas fontes (convênios que estão fora do FMS, por ex.) no orçamento da saúde, pode também artificialmente alterar seu peso proporcional.

Como gestores e usuários em teoria são parceiros no Conselho Municipal de Saúde, fórum onde tais assuntos em tese são abordados e discutidos, a discrepância de respostas observada, relativa ao financiamento, suscita algumas hipóteses, entre outras possíveis: 1) o tema *financiamento* não é abordado nas reuniões do conselho ou o é, mas de forma superficial ou “maquiada”; 2) os gestores têm maior acesso às

informações por estar dentro do sistema, mas não as socializam totalmente no conselho, pelos mais diversos motivos e interesses; 3) os conselheiros usuários têm menor acesso e/ou mais dificuldade de assimilação das informações relativas ao financiamento.

Pela leitura das centenas de atas, nas quais a reivindicação de discussão do orçamento e financiamento da saúde é uma constante, e pelas entrevistas realizadas, as duas primeiras hipóteses acabam sendo fortalecidas. Não que a terceira seja falsa, sendo geralmente a mais referida pelos gestores e mesmo admitida pelos usuários (PINHEIRO 1995), mas esta limitação seria minimizada tanto através de treinamento dos conselheiros, como pelo exercício da discussão contínua e apropriada da matéria, em um ambiente democrático.

Em relação à produção dos serviços, a discrepância entre posicionamentos de representantes de gestores e usuários é menor, ou seja, há um melhor nível de conhecimento desse componente por parte de ambos os segmentos. Além disso, observou-se um razoável percentual de coincidência entre o referido nas entrevistas e o observado no levantamento de dados (Quadro 2). Exceção foi constatada em relação ao volume de internação hospitalar, que os representantes dos usuários referiram ter aumentado, enquanto o levantamento de dados quantitativos revelou diminuição (exposta na Tabela 17, p.102).

Este posicionamento dos representantes dos usuários conduz a um percentual de divergência de 81,8%. Acredita-se que a grande valorização dada à assistência hospitalar, enquanto setor mais “visível e importante” da assistência à saúde, para a população, provavelmente é um fator que influencia o posicionamento dos usuários. A questão da assistência à saúde, para a população geral, sempre esteve muito relacionada à assistência hospitalar, ou seja, tem a medicalização como representação social sobre saúde e doença (COHN 1991) Assim, para a maioria da população, o investimento em hospitais ou o aumento no número de internações são reflexos de melhor assistência à saúde. Por outro lado, investimentos ou melhoria na assistência à saúde, não necessariamente vinculados à assistência hospitalar não são facilmente assimilados pela população geral, embora o sejam pela grande parte dos profissionais de saúde.

Quadro 2 - Comparação entre o posicionamento dos conselheiros e os dados relativos a produção e resolutividade dos serviços de saúde levantados por estudo de base quantitativa, M.T, 1999.

Nível de Comparação Elementos	Gestores			Usuários		
	Coincide ou se aproxima	Difere muito Ou diverge	Desconhece (*)	Coincide ou se aproxima	Difere muito ou diverge	Desconhece (*)
Volume assist. ambulatorial	90,0%	10,0%	-	81,8%	18,2%	-
Volume assist. hospitalar	70,0%	20,0%	10,0%	18,2%	81,8%	-
Mortalidade Infantil	50,0%	40,0%	10,0%	36,4%	54,5%	9,1%
Assistência Pré-natal	50,0%	50,0%	-	45,5%	45,5%	9,1%
Proporção Cesarianas	80,0%	20,0%	-	45,5%	36,4%	18,2%
Evasão assist. hospitalar	100,0%	-	-	63,6%	27,3%	9,1%
Evasão Nascimentos	100,0%	-	-	63,6%	18,2%	18,2%

* Inclui tanto as respostas "não sei" como aquelas que não permitiram classificação.

Se o SUS está conduzindo à melhoria da situação de saúde (e da assistência à saúde), conforme apontam dados quantitativos e referem os conselheiros, a discrepância observada pode estar indicando que para os representantes dos usuários - e da população geral - ainda é difícil não associar esta melhoria com o aumento do número de internações hospitalares, enquanto os representantes do outro segmento, por serem profissionais da área de saúde, conseguem entender melhor essa dissociação.

Quanto à resolutividade, aqui avaliada pela evasão da assistência hospitalar e de nascimentos, o conhecimento expresso por gestores coincide totalmente com os dados quantitativos. Entre os usuários, esse percentual é menor, embora elevado se comparado com os percentuais de coincidência que este segmento alcançou nos demais fatores abordados. Mantém-se também entre os usuários um nível de desconhecimento sobre o assunto de 9,0% a 18,0%.

Conclui-se que há uma diferença significativa entre os conselheiros gestores e usuários, no que tange ao conhecimento de alguns aspectos de financiamento,

produção de serviços e resolutividade dos Sistemas Municipais de Saúde, sendo que o primeiro segmento de conselheiros conhece mais e melhor a maioria dos temas abordados, quando comparados aos conselheiros usuários. Isto, de nenhuma forma, compromete o papel dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde, mas reforça minimamente a necessidade de: a) melhor instrumentalizá-los, para o exercício do papel de conselheiros; b) de incentivar a democratização das informações dentro dos conselhos (e das próprias secretarias e prefeituras) e c) de criar mecanismos que inibam o autoritarismo e a centralização na figura do secretário municipal de saúde, comumente e/ou regimentalmente, o presidente do CMS.

Perguntados sobre seu conhecimento a respeito da situação de saúde do município, difere o posicionamento de gestores e de usuários. Enquanto naquele grupo de conselheiros, a grande maioria apontou melhoria na situação sanitária, o que coincide com o revelado pelos dados quantitativos analisados, entre os usuários há um expressivo contingente que considera que a situação está inalterada ou mesmo pior (Tabela 1).

Tabela 1 - Avaliação da situação de saúde do município pelos conselheiros, segundo o segmento a que pertence, MT, 1999

Situação de Saúde \ Conselheiro	Gestor	Usuário
Melhorou	90,0%	63,6%
Piorou	-	18,2%
Inalterada	10,0%	18,2%
Total	100,0%	100,0%

Essa discrepância suscitou interesse, principalmente porque os dados quantitativos expressavam melhoria de indicadores como o aumento de recursos, do número de atendimentos/hab. e a queda da mortalidade infantil, entre outros. O posicionamento dos conselheiros, no entanto, não trouxe luz a essa questão e mesmo a resposta dos usuários que avaliaram negativamente a situação de saúde tem que ser analisada com cautela, pois neste estudo, quando eles buscavam explicar as razões da

não melhoria, com frequência apontavam aspectos ou períodos particulares, que não necessariamente significaram interrupção no processo que conduz à implementação da realidade sanitária, ou comprometimento definitivo desse processo.

São apontados, por exemplo, o aumento da demanda pelo crescimento demográfico e/ou invasão de outros municípios, a não prestação de um serviço específico, o retrocesso em um determinado ano ou a limitada abrangência geográfica do PSF e/ou PACS, como justificativas da não melhoria da situação de saúde, quando muito dos fatores enumerados são, por si mesmos, sinônimos ou consequências de modificações favoráveis na situação sanitária. Assim, o aumento de demanda aos serviços e a invasão de outros municípios, fatores que os usuários consideram contrários à melhoria do sistema, são, na realidade, reflexos de melhor e/ou maior oferta de serviços. Também a implantação de PACS e PSF redundam em elementos fomentadores da melhoria da situação de saúde municipal, e não necessariamente em elementos negativos, decorrentes das limitações geográficas desses programas.

As entrevistas com os conselheiros permitiram também identificar fatores que, sob o ponto de vista destes atores, facilitaram ou dificultaram a implementação dos Sistemas Municipais de Saúde, comprometendo positiva ou negativamente a situação de saúde dos municípios. Os elementos identificados foram classificados, segundo sua natureza, em três categorias: políticos, estruturais e organizacionais/gerenciais, ressaltando-se que tal classificação teve apenas o propósito de facilitar a análise das informações coletadas.

Os dois segmentos de conselheiros identificaram elementos políticos de mesma natureza, coincidindo ou discordando entre si. Estes elementos relacionaram-se principalmente à *descentralização*, à *participação social*, à *decisão política* ou à *intersetorialidade* (Quadro 3).

Em relação à descentralização, os gestores identificaram elementos mais abrangentes e conjunturais, enquanto os usuários, de forma geral se ativeram aos elementos mais pragmáticos, mais concretos e finalísticos desse processo, como a questão de maior aporte de recursos financeiros para a saúde.

Quadro 3 - Elementos de natureza política, “facilitadores” da implementação dos Sistemas Municipais de Saúde, identificados pelos conselheiros municipais de saúde. MT, 1999.

Gestor	Usuário
<p>Descentralização: Municipalização da saúde; municipalização da atenção básica; habilitação às NOB-93 e 96; estruturação dos CMS; distritalização; constituição dos consórcios; realização das conferências distritais, municipais e estaduais de saúde.</p> <p>Participação Social: Conscientização da população, reconhecimento e reivindicação de “saúde como direito”; controle social do FMS; participação nos conselhos gestores e municipais e nas conferências; eleição para gerentes de unidades e conselhos.</p> <p>Decisão Política: Vontade política do prefeito, do gestor da saúde e equipe; definição de uma política estadual de saúde, pela Secretaria de Estado de Saúde.</p> <p>Intersetorialidade: Melhoria de fatores externos, mas relacionados à saúde – renda, habitação, abastecimento de água, saneamento, educação.</p>	<p>Descentralização: Aumento de recursos financeiros para a saúde; papel dos CMS; realização das conferências distritais, municipais e estaduais de saúde.</p> <p>Participação Social: Multiplicação dos grupos populares que se organizam e que conscientizam seus pares; participação nos conselhos gestores e municipais e nas conferências.</p> <p>Decisão Política: Vontade política do prefeito e do gestor da saúde.</p> <p>Intersetorialidade: Melhoria em outras áreas: limpeza de ruas e terrenos, saneamento, habitação, acesso à informação.</p>

Apesar do segmento dos gestores ter mais acesso às informações e da possibilidade de ter também mais conhecimento sobre o desenvolvimento da política de saúde, acredita-se que os usuários têm, cada vez mais, buscado apreender estas informações e este processo e que ao apontar elementos mais concretos não está ignorando os outros, mas sim valorizando aqueles que interferem diretamente na produção de serviços. Assim, o aumento do aporte de recursos financeiros acaba sendo mais valorizado que a municipalização ou a habilitação às NOBs, uma vez que estas representam apenas o processo viabilizador daquele, que é a resultante de interesse ao usuário. Em sua lógica, são os recursos financeiros que viabilizam serviços e não as normas que os regulam ou o processo que os determinam. Por outro

lado, o fato de os usuários, à semelhança de gestores, terem citado o papel do CMS e a realização das Conferências como fatores implementadores do Sistema, aponta para o entendimento, por parte de ambos, do importante papel político da descentralização como estimuladora da participação social.

Quanto à participação social, observou-se que para os gestores o exercício da cidadania, no caso da saúde, é representado pela conscientização, pelo reconhecimento da “saúde como direito” e pela participação nas diversas instâncias constituídas dentro do SUS. Para os usuários, a participação nestas instâncias também é fundamental, mas ela é fruto da organização de movimentos sociais. Neste sentido, enquanto para o gestor a participação depende do reconhecimento daquele direito e das normas que o regulam, para o usuário ela decorre de um processo político, cultural, social, econômico e histórico, que é lento, pleno de avanços e retrocessos, suscetível às mais variadas influências e que nem sempre redonda no que se espera dele (ou que os gestores esperam dele).

Os dois segmentos concordaram que a implementação dos Sistemas Municipais de Saúde passa necessariamente pela implementação de outras políticas públicas (intersectorialidade) e que a vontade política do executivo ainda é uma das principais molas propulsoras desse incremento.

Dentro do universo da estrutura, gestores e usuários apontaram os mesmos elementos facilitadores: melhoria (em qualidade e/ou quantidade) da estrutura física, dos serviços e de recursos humanos, bem como a implantação de PACS e PSF. A diferença observada relacionou-se novamente à valorização, dada pelo usuário, à atenção hospitalar e especializada (Quadro 4). Tal diferença provavelmente encontra respaldo na medicalização como representação social do processo saúde-doença, já mencionado anteriormente (COHN 1991). Soma-se a isso o fato de os serviços mais especializados e complexos praticamente inexistirem ou serem de difícil acesso até a metade dos anos 90, enquanto os serviços de atenção básica, mesmo que insuficientes, sempre foram oferecidos. Com a habilitação às NOB-93 e NOB-96 ampliou-se bastante a oferta de atenção especializada e racionalizou-se a oferta de assistência hospitalar e mesmo que tenha se ampliado também a oferta de atenção básica, foram aquelas que “sensibilizaram” mais os usuários.

Quadro 4 - Elementos de natureza estrutural e organizacional/gerencial, “facilitadores” da implementação dos Sistemas Municipais de Saúde, identificados pelos conselheiros municipais de saúde. MT, 1999.

Gestor	Usuário
Estrutura Física e Serviços: Melhoria da estrutura e serviços; implantação de programas (PSF, PACS). Recursos Humanos: Qualificação e desenvolvimento	Estrutura Física e Serviços: Melhoria da estrutura da rede e dos serviços especializados; implantação de programas (PSF, PACS). Recursos Humanos: Melhoria da quantidade e qualidade, principalmente para as especialidades; investimento na qualificação de conselheiros.
Organização: Organização da rede básica; organização da atenção de média e alta complexidade. Gerência técnica: Melhoria no acesso da população aos serviços; melhoria na qualidade dos serviços; planejamento estratégico, com problemas sendo identificados pela população; gerência local nas UBS; maior oferta de serviços. Gerência financeira: Pagamento de complementação salarial para servidores da saúde; pagamento diferenciado para procedimentos hospitalares e complementares	Gerência técnica: Melhoria nas condições de trabalho nos Centros de Saúde e policlínicas; gerência da saúde atendendo as reivindicações e demanda da comunidade; maior oferta de serviços.

Os dados quantitativos apresentados, de produção (Gráfico 6, p. 98) e financiamento (Tabela 9, p.78) da atenção ambulatorial de média e alta complexidade confirmam o incremento desta atenção. Quanto à internação hospitalar, os dados quantitativos revelam uma redução nos dispêndios globais, mas uma elevação nos valores pagos por internação (Tabela 5, p. 67), que associadas à diminuição no volume total de internações (Tabela 17, p. 102), acaba refletindo a racionalização desta assistência.

Em relação à organização e gerência, mais elementos facilitadores foram apontados pelos gestores que pelos usuários, o que tem coerência, pois se espera que

os gestores, por estarem no comando do Sistema Municipal de Saúde, consigam, com mais facilidade e propriedade, identificar os elementos de natureza organizacional e/ou gerencial que estão possibilitando a implementação do sistema. Os usuários, por sua vez, também identificam alguns desses elementos, mas não reconhecem tão bem o processo de organização, de planejamento ou de gerência e sim o resultado que tais processos produzem, no caso, a maior oferta de serviços ou o atendimento às demandas da população.

Quando se tratou de identificar os fatores que de algum modo significaram (ou significam) obstáculos à implementação dos Sistemas Municipais de Saúde, ambos os segmentos de conselheiros foram extremamente “produtivos”, enumerando também elementos de natureza política, estrutural, organizacional e/ou gerencial. (Quadros 5 e 6). Elementos comuns permeiam tanto estes quadros quanto os anteriores (Quadros 3 e 4), uma vez que representam as opiniões de 21 conselheiros de 4 municípios distintos, o que faz que um mesmo fator possa ser positivo ou negativo, dependendo do conselheiro e/ou do contexto em que ele está inserido.

No universo político, destacaram-se os elementos relacionados à *descentralização*, aos *Conselhos Municipais de Saúde*, à *participação social* e à *ingerência política* (Quadro 5).

Muitos elementos relacionados à descentralização, tanto por gestores como usuários, descaracterizam-na como tal, quer em seu conceito original (BOBBIO 1993; JUNQUEIRA 1997; TOBAR 1991), quer em seus princípios (LOBO 1990). Assim, quando foram mencionados a falta de autonomia sobre recursos, serviços e programas, a imposição dos níveis estadual ou federal, a não discussão democrática de assuntos relevantes, a subordinação ao prefeito, a não transparência, entre outros, estava-se informando que não ocorreu transferência de poder, mas apenas de atribuições, tratando-se portanto, de desconcentração (BOBBIO e col. 1993; JUNQUEIRA 1997; UGA 1991) e não descentralização. Além disso, mencionou-se a necessidade de cada nível de governo cumprir seu papel e também da criação de mecanismos legais tanto de definição do orçamento da saúde, como das

contrapartidas federal, estadual e municipal. Como se vê, na prática, sob o ponto de vista dos conselheiros, a **descentralização** ainda não se deu.

Quadro 5 - Elementos de natureza política, “dificultadores” da implementação dos Sistemas Municipais de Saúde, identificados pelos conselheiros municipais de saúde. MT, 1999.

Gestor	Usuário
<p>Descentralização: Leis e mecanismos reguladores sobre os R. Financeiros do SUS inexistentes ou frágeis; decisão de cima para baixo; imposição de programas, projetos e convênios pelo nível central estadual ou federal; contrapartida financeira manipulada, maquiada ou não repassada; centralização de recursos financeiros no nível local, estadual ou federal; falta de mecanismos que façam o executivo cumprir o que é deliberado.</p> <p>Conselhos Municipais de Saúde: não representativo; não reflete a vontade do segmento que representa; omissos; particularista; manipulado; mal informado; sectarizado.</p> <p>Participação Social: Rebaixados exercício e consciência de cidadania; falta de consciência sanitária entre os RH da saúde, políticos e população.</p> <p>Ingerência Política: Interesse políticos individuais predominando sobre os coletivos; interesse políticos interferindo em programas e projetos; lobbies da indústria farmacêutica, de equipamentos e construção; pressão política partidária no CMS.</p> <p>Outros: Falta de PCCS.</p>	<p>Descentralização: Governo estadual não cumpre seu papel; não definição correta dos R. Financeiros para a saúde, subordinação do FMS ao prefeito; critérios não democráticos de aplicação dos recursos financeiros; não discussão e implantação do orçamento participativo e democrático; conflito entre a proposta e sua implementação.</p> <p>Conselhos Municipais de Saúde: não tem autonomia; mal informado; manipulados conselho e/ou condução das discussões; faz papel de “pelego”, de camuflagem, dando (falsa) legitimidade às decisões que interessam ao gestor ou grupos de maior poder.</p> <p>Participação Social: Baixos nível de participação política, de instrução e consciência sanitária.</p> <p>Ingerência Política: Interesse político interferindo na saúde; “forças ocultas” na saúde: interesse de quem vende aparelhos, vende serviço e está na administração, mexendo com dinheiro; conflito entre público e privado.</p>

Se para ambos os segmentos de conselheiros, o Conselho Municipal de Saúde tem um papel importante na implementação do SUS, também ele pode representar obstáculos à consecução dessa meta, pelos mais diversos motivos. Os gestores alegam que os conselheiros não representam realmente seus pares, são omissos, mal

informados, defendem interesses particulares, sofrem manipulações e são influenciados pela política partidária, o que geralmente dificulta a discussão e aprovação de matérias naquele fórum. Tem-se a impressão de que para o gestor, o teórico parceiro é, em vez disso, mais um obstáculo a ser transportado. Já para os usuários, o conselho sofre de falta de autonomia e informação, sendo muitas vezes manipulado e pressionado por grupos de interesse. O conselho, dessa forma, ou acaba exercendo um papel de criador de obstáculos, de dificultador de tomadas de decisões (na percepção do gestor), ou de anteparo aos desmandos do gestor e/ou de grupos de interesse e também de camuflagem para uma falsa legitimação das decisões aprioristicamente definidas, segundo os usuários.

Acredita-se que o conselho reproduz a organização dos movimentos sociais e o conflito vem a ser uma constante, uma vez que sujeitos, histórias e interesses distintos estão em jogo (SOUZA 1999). Ele é, antes de tudo, um espaço de aprendizado da democracia e tem como uma de suas finalidades recuperar cada vez mais o caráter de “fórum de parceria por um objetivo”.

Gestores e usuários apontam ainda o baixo nível de consciência política, sanitária e de cidadania da população, como elementos dificultadores da implementação de políticas de saúde. Se isto é fato e se há interesses de que tal situação se perpetue, não se pode negar também que a educação, o acesso à informação e a democratização do país tendem a reverter esse quadro. Os próprios CMS são exemplo disto. A participação do segmento dos usuários, no início dos anos 90, não só era minoritária – 33,3% ou menos do conselho – mas também pouco significativa, qualitativamente. Atualmente, além de ter aumentado proporcionalmente – constituem 50,0% do conselho – há muito mais candidatos às vagas estabelecidas, há pressão por inclusão de novas entidades, os conselheiros são mais cobrados por seus pares, e estão mais conscientes de seu papel e preparados para exercê-lo. Se isso ocorre entre os conselheiros usuários e eles são uma amostra da população, estima-se – como o permite a amostragem – , que também entre a população esteja se elevando essa consciência política e sanitária.

A ingerência política sobre as instâncias que compõem os Sistemas Municipais de Saúde se materializa, para ambos os segmentos de conselheiros, na forma de

grupos de interesse os mais variados - políticos, econômicos ou de poder. Há que se ressaltar, no entanto, que essas pressões vão sempre estar presentes em quaisquer sistemas ou instâncias, pois são inerentes à própria democracia. O importante é que os Sistemas Municipais de Saúde e suas instâncias constitutivas não permitam que tais pressões submetam seus interesses aos interesses coletivos. A correta composição do conselho, o respeito a essa composição, a escolha criteriosa dos representantes e o acesso às informações são elementos imprescindíveis para o enfrentamento dessas pressões.

No universo da estrutura, exposto no Quadro 6, ressaltou-se novamente a “valorização” dada pelos usuários à estrutura hospitalar e serviços especializados, elementos anteriormente analisados. Também identifica-se uma percepção equivocada manifesta pelos usuários, relativa ao consórcio. O consórcio intermunicipal pressupõe a organização de um serviço hospitalar ou ambulatorial, mantido por um conjunto de municípios, para atender a demandas específicas destes municípios, o que implica em aumento natural de demanda. Para alguns conselheiros, a “invasão” de usuários ao município sede do serviço compromete o sistema de saúde deste município. Acredita-se que tais posicionamentos sejam decorrentes apenas da falta de melhor esclarecimento dos conselheiros sobre o assunto, ou de não abrangente discussão prévia à implantação do consórcio, embora não se possa descartar a possibilidade de um determinado consórcio ter sido criado para uma oferta, a qual tem sido constantemente ultrapassada, comprometendo o sistema do município-sede.

Quanto à organização e gerência, elementos relacionados à gerência técnica e gerência financeira foram os mais lembrados. A não gerência dos recursos financeiros pela SMS e a má utilização destes recursos foram preocupações comuns dos dois segmentos. Além disso, os gestores apontam o fato de muitos recursos para a saúde estarem fora do Fundo Municipal de Saúde e a não transparência como outros elementos dificultadores. A questão do financiamento da saúde não deixa de ter componente gerencial (principalmente no que tange à alocação e controle dos recursos), mas é principalmente política, como já mencionado. Se a descentralização não for plena e não houver poder – e conseqüentemente autonomia – exercido com

flexibilidade, progressividade, transparência e controle social (LOBO 1990), não há como enfrentar os problemas enumerados pelos conselheiros.

Quadro 6 - Elementos de natureza estrutural e organizacional/gerencial, “dificultadores” da implementação dos Sistemas Municipais de Saúde, identificados pelos conselheiros municipais de saúde. MT, 1999.

Gestor	Usuário
<p>Estrutura Física e Serviços: Deficiência (quantitativa e/ou qualitativa) da rede de serviços; má distribuição, inadequação ou sub-utilização da rede; rede básica oriunda das 3 esferas, com estrutura, objetivos e lógicas distintos.</p> <p>Recursos Financeiros: Deficiência de Recursos Financeiros</p> <p>Recursos Humanos: Deficiência (qualitativa e quantitativa) de Recursos Humanos.</p>	<p>Estrutura Física e Serviços: Estrutura hospitalar insuficiente; rede de atenção básica deficitária em equipamentos e serviços; criação do consórcio intermunicipal, gerando demanda excessiva.</p> <p>Recursos Financeiros: Deficiência de Recursos Financeiros</p> <p>Recursos Humanos: Deficiência de Recursos Humanos; falta de RH em especialidades.</p>
<p>Gerência Técnica: Rotatividade de RH; não investimento na qualificação de RH; não qualificação dos conselheiros; dificuldade na gerência e/ou má gerência da coisa pública (principalmente hospitais e pronto socorro); dificuldade de fazer a “máquina” andar (cumprimento de horário, forma de atendimento, compromisso); elevada demanda e estrangulamento da assistência especializada e mais complexa.</p> <p>Gerência Financeira: Não gerência do FMS pela Secretaria; recursos fora do Fundo; má utilização dos recursos; falta de transparência na aplicação dos recursos; pagamento diferenciado para serviços e procedimentos</p>	<p>Gerência Técnica: Falta de um Modelo de Atenção à Saúde; falta de resolutividade do sistema de saúde local; centralização das especialidades; elevada demanda de outros municípios; não cumprimento de horário pelos servidores; falta de qualificação dos conselheiros; baixa participação dos usuários no conselho.</p> <p>Gerência Financeira: Não gerência do FMS pela Secretaria; má gerência dos recursos financeiros.</p>
<p>Outros Fatores: Discrepância entre o crescimento real e o considerado pelo nível estadual e federal; aumento da população e do empobrecimento, com aumento de demanda e utilização dos serviços do SUS; dificuldade de envolvimento da Universidade, na formação de RH e nos serviços.</p>	<p>Outros Fatores: População aumentou além do previsto; dados populacionais incorretos, reduzindo FPM e outros recursos.</p>

Um dos fatores apontados pelos gestores, relacionados à gerência financeira, merece maiores considerações. O pagamento diferenciado para procedimentos médicos hospitalares e complementares (geralmente especializados) aparece como facilitador e ao mesmo tempo como dificultador da implementação dos Sistemas Locais de Saúde. Os que o consideram facilitador justificam-no pelo fato de ele viabilizar assistência hospitalar, diagnóstica e terapêutica, que não vinha sendo adequadamente ofertada. Salienta-se que isto é referendado pelos usuários que consideram a melhoria dos serviços hospitalares e especializados como um dos responsáveis pelo avanço da assistência à saúde. Outros conselheiros avaliam-no como dificultador, uma vez que compromete grande parte dos recursos financeiros que poderiam ser melhor utilizados na atenção primária à saúde. Este posicionamento também tem respaldo entre os usuários que consideram que há má aplicação dos recursos financeiros, favorecendo grupos de interesse.

Esse conflito apenas exemplifica quão complexo é o problema e que é impossível ter um posicionamento único e uniforme frente às múltiplas realidades que se apresentam aos municípios no tempo e no espaço. Os Sistemas Municipais de Saúde têm que ser suficientemente flexíveis e permanentemente abertos para permitir as mudanças que – respeitados os princípios do SUS – os tornem mais adequados a cada realidade municipal.

A questão dos Recursos Humanos aparece para os gestores, como um problema gerencial, no que tange à rotatividade e baixa qualificação, ou seja, o gerente precisa investir no desenvolvimento de recursos humanos da saúde, se quiser melhorar seus serviços. Isto também reduz a rotatividade, embora ela esteja principalmente relacionada a fatores políticos (principalmente ausência de PCCS e baixos salários). Já os usuários colocam como problema gerencial a qualificação e o nível de participação dos conselheiros, acreditando que uma participação mais consciente no CMS redundará na implementação do sistema.

Pode-se dizer que os Conselhos Municipais de Saúde, em que pesem todas suas limitações, têm se revelado instâncias fundamentais na implementação dos Sistemas Municipais de Saúde, apresentando, no período de 1990 a 1998, crescimento

quantitativo e principalmente qualitativo. As diferenças entre conselheiros gestores e usuários, em relação ao conhecimento e ao posicionamento sobre os vários aspectos abordados nesse trabalho evidenciaram uma “paridade desigual” (PINHEIRO 1995:91). Embora um obstáculo a ser transposto, essa desigualdade não impede que as múltiplas formas de conhecer tais aspectos, e de se posicionar sobre eles, possam se complementar e apontar caminhos tanto para o fortalecimento dos Conselhos como dos próprios Sistemas Locais de Saúde.

6 – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

No capítulo que abordou os resultados da etapa quantitativa, tanto a apresentação dos dados como sua discussão privilegiou os quatro parâmetros selecionados para análise – Financiamento, Estrutura, Provisão de Serviços e Resolutividade – sobre cuja ótica o conjunto de municípios foi analisado, num recorte vertical. Já o Estudo de Casos centrou-se nos Conselhos Municipais de Saúde e nos conselheiros de apenas quatro municípios e embora a coleta e a análise de dados qualitativos tenham sido orientadas pela etapa quantitativa e seus parâmetros, apenas alguns aspectos destes parâmetros foram abordados. O presente capítulo pretende, à guisa de conclusão, discutir os principais elementos quantitativos e qualitativos analisados, mas numa perspectiva horizontal, que coloca os municípios, segundo seu porte, como principal objeto de discussão.

Foram destacadas inicialmente as duas situações extremas: **municípios de pequeno porte e capital do estado**, e posteriormente as duas outras situações, uma vez que elas incorporam elementos de um e/ou de outro extremo. Finalmente, delineou-se minimamente o papel da Secretaria de Estado da Saúde no processo de descentralização.

6.1. Municípios de pequeno porte

Financeiramente, os pequenos municípios (com menos de 20.000 habitantes), são os que mais dependem de transferências intergovernamentais, mas por outro lado foi onde se deu, principalmente a partir de 1994, o maior incremento nas despesas correntes municipais (per capita) com saúde, revelando que nesses municípios a descentralização tem estimulado progressivamente a contrapartida financeira municipal, haja vista que dos R\$ 72,90 que foram gastos per capita com saúde em 1998, na média do conjunto desses municípios, 54,2% saíram do orçamento municipal.

O aumento da contrapartida financeira municipal para a saúde, associado ao aumento de transferências federais para a assistência ambulatorial e à redução dos gastos com hospitalização, permitem supor uma mudança no modelo de atenção, que

de certa forma, prioriza as ações preventivas e a atenção básica à saúde. Isto porque a contrapartida financeira municipal é utilizada basicamente na manutenção da rede, que nesses locais está mais restrita a centros e postos de saúde, bem como ao PACS, (implantado em cinco dos seis municípios estudados) e ao PSF (implantado em três deles). Não por acaso as relações centros de saúde/hab. e agentes comunitários/atendentes p/hab. são as mais elevadas do estado. Além disso, o setor público é o provedor de 100,0% da assistência ambulatorial prestada nos pequenos municípios.

Os recursos da assistência ambulatorial, quando desagregados por itens de programação, revelaram pequena variação. De 1994 a 1998, elevaram-se os gastos absolutos com AVEIANM, consultas médico-odontológicas e atendimentos de média e alta complexidade, embora os dois primeiros itens tenham diminuído sua participação proporcional em 4,7%, enquanto o último aumentou sua participação proporcional em 3,8%. Provavelmente isso se deveu à implantação ou implementação de laboratórios de análises clínicas e serviços radiológicos e ultrassonográficos, necessários para o aumento da resolutividade do atendimento e melhoria da qualidade da atenção.

Reforça a hipótese de uma mudança no modelo de atenção nesses municípios o fato de se ter constatado um aumento no volume de atendimentos ambulatoriais, concomitante com uma redução no número de internações hospitalares. Como o maior provedor de assistência hospitalar nos municípios pequenos é o setor privado e filantrópico conveniado, acredita-se que considerável parcela da redução das internações seja reflexo de políticas centrais, que definiram tetos físicos de internação.

Embora tenha se observado uma elevação do Coeficiente de Mortalidade Infantil, acredita-se que tal fato seja mais um reflexo da melhoria do Sistema de Informação sobre Mortalidade, que um aumento real do número de mortes. Essa análise é reforçada pelo fato de terem se elevado as coberturas vacinais, terem se reduzido as internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), bem como a mortalidade proporcional por DIP, Doenças do Aparelho Respiratório e Doenças do Aparelho Digestivo, principais responsáveis pelos óbitos entre as crianças menores de 1 ano (OPAS 1998). Também associa-se a isso, a pequena variação no percentual de baixo peso ao nascer, bem como a redução no número de partos operatórios,

elementos que de alguma forma também se relacionam com a mortalidade infantil (VICTORA 1989).

Os indicadores selecionados para a análise da resolutividade também registraram uma melhoria dos serviços de saúde nos municípios pequenos, uma vez que reduziu-se a Taxa de Abandono da Vacinação (provavelmente relacionando-se com a implantação do PACS e conduzindo à elevação da cobertura vacinal) e também o percentual de óbitos por causas mal definidas, o que reforça a hipótese de melhoria do SIM, já mencionada. A redução da Taxa de Evasão de Internações é outro elemento que indica a melhoria da resolutividade dos serviços.

No entanto, tem-se mantido em torno de 9,0% o percentual de mães que buscam serviços externos ao municípios, por ocasião do parto e constatou-se a tendência de elevação do percentual de óbitos ocorridos fora do município de residência. Em relação à evasão de nascimentos, há que se considerar que os municípios pequenos contam com serviços hospitalares pouco complexos, o que acaba suscitando insegurança em uma parcela de gestantes, que tendo condições (ou indicação médica), buscam serviços de referência regional ou estadual. As entrevistas conduzidas permitem afirmar que as gestantes que buscam serviços externos geralmente o fazem porque têm algumas condições especiais para tal (melhor condição financeira, convênios médicos, laços familiares no município para onde se deslocam), ou são encaminhadas pelos próprios médicos locais.

A tendência de elevação do percentual de óbitos de residentes nos municípios pequenos, ocorridos em outros municípios, se por um lado parece refletir uma piora da resolutividade, por outro reflete a melhor organização do SUS no Estado de Mato Grosso, após a descentralização. Respeitado o princípio da hierarquização e da regionalização, os sistemas de saúde dos municípios pequenos têm menor complexidade, mas passam a ter melhores condições para encaminhamento dos casos mais graves aos municípios de referência, condições estas representadas minimamente pelo estabelecimento de consórcios inter-municipais, pela maior autonomia sobre os recursos transferidos para a atenção básica e pela gerência das AIH, que encaminhadas junto com o usuário, facilitam seu acesso aos municípios de referência.

A falta de autonomia de gerência do recursos financeiros apresenta-se como limitação ao fortalecimento dos Sistemas de Saúde dos municípios pequenos. Neles, as Secretarias Municipais de Saúde no máximo conseguem co-gerenciar o Fundo Municipal de Saúde, com as Secretarias de Finanças, as quais controlam e efetuam os pagamentos. Está é uma das limitações que mais se faz presente nas atas do CMS, sendo identificada pelos conselheiros como um dos principais elementos dificultadores da implementação do SUS no nível local. Isto provavelmente encontra-se relacionado a alguns elementos também reportados em outros trabalhos (HEIMANN e CARVALHEIRO 1992; VIANA 1998): a) concentração de poder exercida pelo prefeito; b) resistência a mudanças; c) papel mais evidente da tríade de poder – políticos, médicos e proprietários de serviços de saúde – geralmente personificada na figura do médico; d) sociedade não organizada e conseqüentemente não representada nos CMS.

A elevação das despesas per capita com saúde, o aumento da produção de serviços, a estruturação das secretarias municipais de saúde e a maior resolutividade dos serviços, são identificados de forma distinta pelos segmentos que compõem o Conselho Municipal de Saúde. O percentual de desconhecimento e/ou desinformação sobre alguns aspectos de financiamento, produção de serviços e resolutividade predomina entre os representantes dos usuários, enquanto é pequeno entre os gestores. Isto acaba influenciando a avaliação da situação de saúde do município, por parte de cada segmento que compõe o CMS, fazendo com que os gestores apontem sua melhoria e os representantes dos usuários apontem piora ou estabilidade da mesma, principalmente devido à deficiência da assistência hospitalar e ao aumento da demanda pelo crescimento da população.

Se no início do processo de descentralização da saúde, a constituição dos CMS foi alavancada mais pela possibilidade de repasses financeiros que de controle social, nos municípios pequenos isto parece estar se perpetuando, ou seja, os Conselhos mantém sua existência em função de serem pré-requisito para uma gestão descentralizada (atualmente Gestão Plena da Atenção Básica), já que dificuldades de composição, funcionamento e representação desse fórum nos pequenos municípios limitam seu papel de instância de controle social do SUS local.

Com base em atividade econômica primária, pequena população, presença significativa de população em área rural, grande dependência financeira de transferências intergovernamentais e sociedade pouco organizada, os municípios pequenos apresentam as condições propícias para a existência de poder executivo forte, comumente centralizado e de poder legislativo fraco, não raro manipulado pelo executivo. Isso também acaba se reproduzindo nos Conselhos Municipais de Saúde, instância em que os secretários municipais de saúde e os médicos – estes como políticos e/ou proprietários de serviços de saúde e/ou detentores de um saber que, para a sociedade, é a própria essência da saúde – sobressaem-se como os principais condutores da política municipal de saúde e dos CMS.

Reflexo dessa situação é a manutenção de uma pauta relativamente pobre das reuniões do CMS (em termos de discussão) e a crítica geral dos conselheiros usuários, que versam principalmente sobre a participação incipiente dos representantes dos usuários no Conselho; a falta de preocupação com a saúde, por parte da população e a falta de autonomia do Conselho.

Se de um lado os municípios pequenos foram bastante beneficiados com a descentralização da saúde, por outro mostram-se como os locais onde os Conselhos Municipais de Saúde mais precisam se fortalecer, enquanto principal instância de controle social de SUS, fortalecimento este que não depende apenas de capacitação de conselheiros, como constantemente reivindicado, mas principalmente de organização da sociedade.

6.2. A capital: maior e mais complexo município de MT

Cuiabá é o município mato-grossense de maior arrecadação e menor dependência financeira de transferências intergovernamentais, embora elas ainda representem a maior fração do orçamento municipal (64,6%, em 1998). É também o município que gasta com saúde os maiores valores per capita, embora 2/3 deste volume de recursos sejam repassados pelo nível federal. A contrapartida municipal para a saúde, mesmo crescendo 82,8% nos 5 anos analisados, cobriu apenas 1/3 dos gastos efetuados com saúde.

Diferentemente do observado nos municípios pequenos, tanto o financiamento como a produção de atendimentos ambulatoriais e hospitalares sugerem que em Cuiabá, cada vez mais, vem sendo priorizado um modelo de atenção à saúde voltado para a assistência médica curativa, individualizada, realizada nos hospitais ou serviços de complementação diagnóstica e terapêutica, com elevada incorporação tecnológica. Assim, embora os gastos per capita com saúde venham se elevando, desde 1994, a tendência é que isso ocorra mediante um desfinanciamento – e conseqüente redução de volume – das atividades menos complexas, normalmente as mais voltadas para a atenção básica da saúde, como as AVEIANM, as consultas médicas de clínicas básicas e as consultas odontológicas.

A provisão das internações hospitalares entre o setor público e o setor contratado revelou que gradualmente essa assistência está sendo transferida para o setor público, que já detinha, em 1998 mais de 25,0% do total de internações do SUS (em 1994 elas representavam 17,5%). Por outro lado, o setor contratado, vem aumentando sua participação na provisão de atendimentos ambulatoriais, principalmente aqueles de maior incorporação tecnológica e conseqüentemente de maior custo. A constatação disto é que embora em termos de número de atendimentos ambulatoriais, a elevação da participação proporcional do setor contratado representasse apenas 18,5%, em termos de financiamento esse setor elevou sua participação proporcional em 32,0% , ou seja, em 1998, a provisão de serviços contratados representou apenas 9,6% de todos os atendimentos ambulatoriais, mas consumiu 30,6% dos total de recursos destinados a essa atividade, sendo 89,5% desses recursos transferidos para o setor privado contratado e apenas 10,5% para o setor filantrópico, setor esse que em 1994 recebia 69,8% do total de recursos destinados ao serviços ambulatoriais contratados.

Em termos de estrutura, Cuiabá apresenta as maiores relações médico/habitante do estado e também elevadas relações leitos hospitalares/habitante, enquanto apresenta baixas relações centros de saúde/habitante e agentes comunitários/habitante. Como grande parte dos médicos disponíveis são especialistas, o quadro apenas reforça a hipótese de configuração de um modelo de atenção que não prioriza a atenção básica.

Reflexo direto disso é a constatação de coberturas vacinais de rotina menores que 90,0%, em relação às vacinas Sabin, DPT e Anti-Sarampo, bem como da pequena redução da taxa de abandono da vacina DPT, que tem se mantido em torno de 20,0%, de 1992 a 1998.

Embora o Coeficiente de Mortalidade Infantil, calculado em quadriênios, tenha revelado uma tendência de elevação, esse dado não pode, a priori, ser analisado como reflexo de piora das condições de saúde (e de vida) da população cuiabana. Estudos anteriores (FUSC 1991; SCATENA & PAUSE 1996) acusavam um expressivo sub-registro de óbitos, principalmente infantis, que, ao ser computado dobrava ou triplicava as taxas de mortalidade infantil calculadas com base apenas nos registros oficiais. Mesmo não descartando a possibilidade de deterioração das condições de vida de parte da população que vive em condições marginais, principalmente na periferia da cidade, a elevação desse Coeficiente está refletindo a melhoria da qualidade do Sistema de Informação sobre Mortalidade e ao mesmo tempo dificultando uma avaliação da assistência à saúde do recém nascido, durante o primeiro ano de vida. Corroborando a hipótese de melhoria do SIM, o fato de estar se reduzindo gradualmente o percentual de óbitos por causas rotuladas como “mal definidas”.

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos tem coberto praticamente todos os nascimentos ocorridos em Cuiabá, o que o tem transformado em confiável instrumento de planejamento para a Secretaria Municipal de Saúde e mesmo em deflagrador de estratégias de trabalho pelo nível local, como a definição e busca de recém nascidos de risco, incentivo do aleitamento materno, ou captação da clientela da vacinação, deflagradas por equipes de Centros de Saúde, isoladas ou juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde e por equipes do Programa de Saúde da Família. Avaliação recente (SCATENA e OLIVEIRA 2000) mostrou que os nascimentos cadastrados pelo SINASC em Cuiabá têm ultrapassado aqueles informados pelo IBGE em 20,0% a 25,0%, o que representa uma média de aproximadamente 2000 nascimentos/ano, os quais, ao não ser considerados, tanto subestimam as metas programáticas de planejamento como superestimam os indicadores, cujos denominadores contemplam os nascidos vivos como o

Coeficiente de Mortalidade Infantil, o Coeficiente de Mortalidade Materna, a Cobertura Vacinal e o Baixo Peso ao Nascer.

As informações providas pelo SINASC e analisadas neste trabalho revelaram uma certa estabilidade em relação à assistência ao pré-natal e parto, nos últimos 4 anos. Manteve-se em torno de 70,0% a cobertura de pré-natal, enquanto o percentual de baixo peso ficou próximo aos 7,0%. A discreta queda no percentual de partos cirúrgicos provavelmente está relacionada ao maior controle das internações pelo SUS e mais recentemente, a normalizações centrais. O percentual de recém-nascidos, filhos de mães adolescentes, no entanto, tem aumentado neste município (SCATENA e OLIVEIRA 1998; 2000), o que introduz nova condição de risco à saúde materno-infantil.

Cuiabá também se mantém como o mais importante centro de referência para a saúde do Estado de Mato Grosso, tendo em vista a Taxa de Invasão de internações que se mantém permanentemente elevada (próxima aos 28,0%) e também as Taxas de Invasão de nascimentos e óbitos, que têm se situado entre 20,0% a 30,0%. Estes números fazem supor que aproximadamente 30,0% de todo o volume de atendimentos à saúde realizado em Cuiabá, destina-se a uma clientela que vem dos mais variados municípios deste ou de outros estados. Esta situação acaba sendo ponto de pauta das reuniões do CMS e não raro ela é supervalorizada como “...o município gasta em torno de 70,0% de seus recursos com pacientes de outros municípios e estados” (afirmação de um gestor, registrada em ata), e até mesmo responsabilizada como um dos determinantes da crise financeira da saúde no município.

Há, no entanto que se analisar apropriadamente esse argumento, uma vez que o Município de Cuiabá vem recebendo tratamento diferenciado, por conta de seu papel de referência estadual, como o atestam os números apresentados na Tabela 1. Concentrando pouco mais de 19,0% da população do Estado, Cuiabá vem respondendo por percentuais um pouco mais elevados de atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares, obviamente influenciados pelo saldo positivo de invasões em relação às evasões. No entanto, embora o peso proporcional do volume dessa assistência tenha se reduzido discretamente no período estudado, o mesmo não se deu com os gastos, que se elevaram percentualmente, sendo que em 1998 quase

50,0% dos gastos com assistência ambulatorial do estado e 1/3 dos gastos com assistência hospitalar ocorriam em Cuiabá, o que revela tanto a preocupação das instâncias centrais estaduais (Governo do Estado, Secretaria de Estado da Saúde, Comissão Intergestores Bipartite, Conselho Estadual de Saúde) com o papel que a capital tem para o Sistema, como também o poder de pressão que esse município (e suas estruturas de poder) exercem sobre aquelas instâncias.

Tabela 1 – Peso proporcional de Cuiabá, sobre o total do estado, em relação à população, à produção e aos gastos ambulatoriais e hospitalares, 1994 a 1998.

Variáveis Analisadas	Ano	1994	1995	1996	1997	1998
População		19,6%	19,4%	19,4%	19,3%	19,2%
Volume de Atendimentos Ambulatoriais		29,1%	20,2%	17,6%	21,7%	21,3%
Volume de Internações Hospitalares		21,4%	22,1%	22,0%	21,7%	19,4%
Gastos com Atendimentos Ambulatoriais		37,4%	36,4%	36,0%	43,4%	46,1%
Gastos com Internação Hospitalar		29,7%	31,8%	31,0%	32,5%	32,9%

Fonte: FIBGE (1995, 1996, 1997b, 1998, 1999); SIH-SUS e SIA-SUS (DATASUS/MS)

Após a habilitação de Cuiabá à Gestão Semi-Plena (em 1994), implementou-se na Secretaria Municipal de Saúde desse município a tão almejada autonomia de gerência dos recursos financeiros – viga mestra da descentralização, por ser o controle desses recursos, um dos principais elementos de poder. No entanto, a falta de transparência no uso dos recursos do FMS, a não autonomia do CMS, a não apresentação e discussão dos gastos dos recursos do FMS no CMS, entre outras limitações, manifestadas pelos conselheiros, informam que o *controle social* e a *transparência* no processo decisório, dois princípios básicos da descentralização, não se efetivaram nesse município, descaracterizando-a como tal. Em Cuiabá, a descentralização acabou produzindo uma re-centralização no poder executivo municipal.

Foi bastante próximo o posicionamento dos conselheiros gestores e usuários, em relação aos aspectos de produção de serviços e resolutividade, aproximando-se

dos dados levantados quantitativamente. Já em relação ao financiamento e orçamento, o desconhecimento e/ou desinformação foi bem maior, principalmente entre o segmento dos usuários. A maioria dos conselheiros entrevistados apontou melhoria na situação de saúde municipal, mas um representante dos trabalhadores, exatamente um dos mais politizados e conscientes, apontou uma estabilidade na situação de saúde, tendo em vista o não cumprimento das deliberações das Conferências Municipais de Saúde e as dificuldades de implementação de uma política de saúde mais voltada para as reais necessidades da população, ao mesmo tempo em que se atende o interesses dos setores contratados e que prestam serviços de maior complexidade e custo.

Cuiabá se caracteriza como um município socialmente mais organizado, o que se reflete também no Conselho Municipal de Saúde. É bastante complexo o jogo de forças e de interesses que atua sobre uma estrutura mais elaborada e organizada de poder (e com poder, lastreado em recursos financeiros), como uma Secretaria Municipal de Saúde de um município em gestão Semi Plena e atualmente Plena do Sistema. Pode-se enumerar minimamente algumas dessas forças, identificadas direta ou indiretamente em atas do CMS e/ou em entrevistas com os conselheiros: os políticos (do poder executivo, legislativo ou simplesmente de partidos); os provedores de serviços, equipamentos, medicamentos e tecnologias; os trabalhadores do setor saúde; os segmentos organizados da sociedade e a população em geral. No Conselho, estas forças acabam se fazendo representar na figura do Secretário Municipal de Saúde, dos proprietários de hospitais, serviços de complementação diagnóstica e terapêutica, e dos trabalhadores e usuários mais politizados.

O modelo de saúde que vem se configurando em Cuiabá, dá indicações de que nesse jogo de forças e interesses, o segmento de provedores de serviços, equipamentos, medicamentos e tecnologias, normalmente apoiado por “bem orientados” e “bem intencionados” médicos, políticos e algumas entidades de classe, está conseguindo garantir seu espaço e até mesmo conseguindo fazer com que o modelo que lhe interessa “apareça” como o melhor para o município e para a população, haja vista a sua aceitação e até mesmo reivindicação, por parte dos segmentos que a representam.

6.3. Municípios de porte médio

Os municípios de porte médio estudados (com população entre 20.000 e 49.999 hab.) mostraram características que os aproximaram de um ou de outro modelo apresentado. Financeiramente, têm uma dependência média de 80,0% de transferências intergovernamentais. Têm aumentado gradualmente a contrapartida municipal para a saúde, que em 1998 representava mais de 1/3 do total das despesas correntes per capita, com saúde. À semelhança dos municípios pequenos, a contrapartida financeira municipal foi o componente do financiamento da saúde que mais se elevou, de 1994 a 1998, seguida do financiamento da assistência ambulatorial, enquanto reduziu-se o financiamento da assistência hospitalar.

A evolução dessas três fontes de recursos revela que nesses municípios ainda se prioriza a atenção básica em saúde, embora os gastos ambulatoriais com Complementação Diagnóstica e Terapêutica de Média e Alta Complexidade tenham quase triplicado, representando 20,0% de todos os gastos com assistência ambulatorial, em 1998. Isto reflete o aumento do acesso a alguns serviços de média complexidade, principalmente de complementação diagnóstica, como patologia clínica, radiodiagnóstico e ultrasonografia, melhorando a resolutividade e a qualidade da atenção básica.

Alguns dados de estrutura também evidenciam a priorização da atenção básica, como as relativamente elevadas relações Centros de Saúde/habitantes e Agentes Comunitários de Saúde/habitantes, e a implantação do PACS nos seis municípios estudados e do PSF em três deles. Além disso, em comparação com o municípios pequenos, são maiores as proporções de médicos/habitantes e leitos hospitalares/habitantes, revelando melhores condições estruturais de oferta e de resolutividade nos municípios de porte médio.

Embora o volume de atendimentos ambulatoriais tenha aumentado globalmente, sobressaiu-se o aumento mais acentuado do setor de Complementação Diagnóstica e Terapêutica de Média e Alta Complexidade. Isto porque em 1994 era muito reduzido o número de atendimentos desse tipo. Há no entanto que se preocupar com esta tendência, pois em 1998 o volume desses atendimentos respondia por 9,4% de todos os atendimentos, e como mencionado anteriormente,

consumia 20,0% de todos os recursos financeiros destinados à assistência ambulatorial. São valores relativamente baixos, mas a situação observada em Cuiabá revela que o desfinanciamento das atividades menos complexas e mais abrangentes da atenção básica é consequência inevitável quando o segmento de média e alta complexidade compromete parcela significativa desses recursos.

O fato de os serviços privados e filantrópicos contratados terem historicamente uma participação mínima na provisão da assistência ambulatorial, nos municípios de porte médio, dá às Secretarias Municipais de Saúde e aos Conselhos Municipais melhores condições de controle dessa assistência e de busca de uma situação de equilíbrio entre os distintos tipos (e custos) de atendimentos, de tal forma que a provisão de um não inviabilize a de outro. Simultaneamente estes municípios estão assumindo cada vez mais a provisão de assistência hospitalar, uma vez que os hospitais públicos quase dobraram a sua participação nos últimos 5 anos, sendo responsáveis, em 1998, por 32,6% de todas internações. Como no interior do estado a clientela do sistema privado de saúde ainda é muito pequena, acredita-se numa tendência de este setor estar entrando (ou forçando sua entrada) no SUS, na qualidade de contratado, e quase certamente pelo caminho da assistência ambulatorial, mais precisamente do setor de Complementação Diagnóstica e Terapêutica de Média e Alta Complexidade.

Concomitantemente ao aumento do volume de atendimentos ambulatoriais, deu-se a redução – global e per capita – do volume de internações, elevando-se no entanto o valor pago por internação, indicando maior racionalidade e controle das internações hospitalares. À semelhança dos municípios pequenos, as Doenças do Aparelho Respiratório, os Partos, as Doenças do Aparelho Digestivo, e as Doenças do Aparelho Circulatório destacaram-se como as principais causas de internação. Discretas variações, tanto no quadro de morbidade hospitalar como de mortalidade proporcional, sugerem mudanças no perfil epidemiológico desses municípios. Assim, a diminuição da morbi-mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias e a elevação da mortalidade por Neoplasias indicam certa evolução, em termos de transição epidemiológica. Já o aumento da morbidade por Doenças do Aparelho Respiratório, ao estender-se para a população adulta e idosa, sugere tanto o maior acesso destes estratos populacionais aos serviços hospitalares, como o

envelhecimento da população, sem afastar a possibilidade do aumento de risco relacionado ao processo de trabalho desta população.

Elevou-se a Cobertura Vacinal de 1991 a 1998 e a maioria dos municípios estudados apresentou cobertura acima de 90,0% para três das quatro vacinas analisadas, embora alguns municípios venham apresentando dificuldades de alcançar coberturas satisfatórias para as vacinas Anti-Sarampo e DPT.

Como era esperado, o Coeficiente de Mortalidade Infantil vem caindo desde 1991 e como foram implementadas melhorias no SIM, acredita-se que essa redução seja ainda mais acentuada do que a exposta, uma vez que são grandes as chances de os coeficientes da primeira metade da década estarem subestimados. Provavelmente estão também associados à redução dessa taxa, os rebaixados percentuais de Baixo Peso ao Nascer, bem como o aumento da cobertura de pré-natal e do percentual de partos normais.

Em termos de resolutividade, observou-se a redução da Taxa de Abandono da Vacinação, da Taxa de Evasão de Internações e da Mortalidade Proporcional por causas mal definidas, essa última reforçando a hipótese de melhoria da qualidade do SIM, já mencionada, mas também indicando maior provisão de assistência médica. A redução da Taxa de Evasão de Internações e de Óbitos são indicadores que sugerem melhorias nos Sistemas Municipais de Saúde nos vários níveis de atenção. As elevadas Taxas de Invasão de Internação e a redução discreta das Taxas de Invasão de Nascimentos revelam que ainda é grande, principalmente em alguns destes municípios (Sorriso, Mirassol D' Oeste, Barra do Garças), seu papel de referência regional, para quaisquer internações, ou simplesmente para partos.

Comparados aos municípios pequenos, os municípios de porte médio já se encontram em patamar mais elevado de autonomia de gerência do recursos financeiros, sendo que a maioria deles gerencia, através da Secretaria Municipal de Saúde, os recursos do FMS, embora em apenas um município o processo seja completo, ou seja, dá-se a realização de pagamento de forma autônoma e não associada ao prefeito ou à Secretaria de Finanças. Essa autonomia financeira da Secretaria Municipal de Saúde, no entanto, não significa o controle desses recursos pelo FMS, uma vez que este é um dos pontos mais presentes nas atas de reunião do

CMS e mais ressaltados pelos conselheiros entrevistados, quer como reivindicação, quer como limitação ao pleno funcionamento do SUS local.

Chamou a atenção, no município-caso estudado, o fato de a prestação de contas ao CMS ser rotineira e praticamente mensal, conforme as atas do conselho. Apesar disso, o assunto mantém-se em pauta, principalmente porque a forma como a prestação de contas se dá, torna-a incompreensível à maioria dos conselheiros. Retoma-se então a questão do acesso técnico aos dados produzidos pelas Secretarias de Finanças e à necessidade de os mesmos serem “decodificados”, serem transparentes, para permitir o exercício do controle social.

Tanto os conselheiros representantes dos gestores como dos usuários, mostraram bom nível de informação e/ou conhecimento sobre os aspectos relacionados à produção de serviços e resolutividade. No entanto, foi elevado o percentual de desconhecimento e/ou desinformação sobre orçamento e financiamento, principalmente entre os usuários, reforçando o que se expôs anteriormente, sobre o acesso técnico a essas informações.

O maior desconhecimento, entre os conselheiros usuários, de alguns aspectos de produção e resolutividade dos serviços influenciou a análise desse segmento sobre a situação de saúde do município, haja vista que todos os gestores referiram melhoria, enquanto entre os representantes dos usuários houve uma parcela (33,3%) que apontou estabilidade da situação de saúde, principalmente em decorrência do aumento da demanda estimulada pela criação do consórcio intermunicipal. Tal fato ilustra como uma estratégia de implementação de um sistema, que em princípio é viabilizadora de melhoria da situação de saúde, pode ser analisada de forma particular, pelos distintos segmentos que compõem o CMS, uns assimilando a importância de tal estratégia e outros responsabilizando-a por consequências comprometedoras da situação de saúde.

Diferentemente dos municípios pequenos e embora também criados mais pela possibilidade de repasses financeiros que de controle social, nos municípios de porte médio os Conselhos têm conseguido avançar no processo de se transformarem em instâncias norteadoras das políticas municipais de saúde e controladoras/fiscalizadoras do SUS local. Observou-se uma melhora qualitativa na composição deste fórum e no nível de participação dos conselheiros, inclusive dos representantes

dos usuários. Não por acaso, o CMS de Sorriso, em seu regimento interno de 1993, previa eleição para a presidência do conselho, o qual, desde então, teve raros secretários municipais de saúde como seu presidente.

Embora o Secretário Municipal de Saúde se sobressaia como o ator social de maior força e destaque dentro do Conselho, o presidente do mesmo, quando não o secretário, representa outra força importante e que também consegue estabelecer acordos e agregar aliados, pelo fato de não ser o gestor investido de poder formal. Os médicos, proprietários e provedores de serviços, que antes de 1994 representavam um segmento de muito poder dentro do conselho, perderam parcialmente esse espaço, pelo fato de o Município de Sorriso ter, até 1998, praticamente todos os serviços e ações de saúde providos pelo setor público. Trabalhadores da saúde e usuários são atualmente o outro segmento de peso dentro do conselho, mas não como segmento e sim como indivíduos, ou seja, a participação fica atrelada ao representante do segmento e é tanto mais efetiva quanto mais “preparado” – política, ideológica e/ou tecnicamente – estiver esse representante. Este tipo de participação mais consciente parece estar aumentando, segundo as atas, o que indiretamente pode estar refletindo uma maior organização da sociedade e melhor escolha de seus representantes no CMS.

De modo geral, os municípios de porte médio tiveram um grande impulso com a descentralização da saúde, não somente no que tange à estruturação e financiamento, mas também em relação à provisão e resolutividade dos serviços de saúde. Tão ou mais relevante que isso foi o amadurecimento que parece ter ocorrido nos CMS, haja vista a experiência de Sorriso, onde o Conselho Municipal de Saúde, em que pesem suas muitas limitações, está conseguindo, gradual e progressivamente, exercer um papel importante de co-gestão do Sistema Municipal de Saúde, ao mesmo tempo que se sobressai como seu principal controlador. Neste sentido, a participação ainda não efetiva da sociedade no CMS, através de seus representantes, ainda tem sido fator limitante, o qual parece estar sendo paulatinamente equacionado, e tem no exercício da presidência deste fórum, por qualquer conselheiro eleito, um significativo efeito estimulador.

6.4. Municípios grandes, que não a capital

Foram estudados três dos cinco municípios com população acima de 50.000 habitantes, o que permitiu relativa generalização, mesmo considerando as possíveis especificidades dos dois municípios não incluídos. Pode-se dizer que quanto mais populoso e complexo o município, mais suas características o aproximaram do observado em Cuiabá, enquanto muito do que se constatou nos municípios de pequeno e principalmente de porte médio, também se repetiu em município menos complexo, deste grupo.

Financeiramente, sua dependência de transferências intergovernamentais é maior que a de Cuiabá, mas menor que a dos municípios de porte médio, situando-se na média de 78,0%, em 1998. Também tem aumentado gradualmente a contrapartida municipal para saúde, componente do financiamento da saúde que mais se elevou, de 1994 a 1998, respondendo neste último ano por 32,0% do total das despesas correntes per capita, com saúde. Houve aumento também do aporte financeiro para assistência ambulatorial, reduzindo-se o financiamento da assistência hospitalar.

Não se pode dizer, no entanto, que essa evolução do financiamento tenha priorizado a atenção básica em saúde, porque quando foram analisados os gastos e a produção de atendimentos ambulatoriais, observou-se que o segmento rotulado como Complementação Diagnóstica e Terapêutica de Média e Alta Complexidade elevou-se em 60,0% (em número de atendimentos), mas triplicou, em consumo de recursos. Em 1998, este segmento era responsável por apenas 7,7% dos atendimentos ambulatoriais, mas consumiam 31,6% dos recursos destinados para esta atividade. É evidente que a incorporação do segmento de média e alta complexidade confere maior resolutividade ao sistema, mas no caso destes municípios, o volume de recursos financeiros que tal segmento está comprometendo já promoveu um desfinanciamento das AVEIANM e das Consultas Médicas e Odontológicas, apesar da implantação do PACS e do PSF em dois deles. Isto se evidenciou pela redução do número de atendimentos per capita dessas duas formas de atenção e também do número absoluto de Consultas Médico- Odontológicas. À semelhança do observado em Cuiabá, parece estar se configurando um modelo de atenção voltado para a assistência médica individualizada e especializada, se não centrada no hospital, pelo

menos ancorada em procedimentos que demandam equipamentos e tecnologias mais complexas e caras.

Nos municípios estudados, a provisão da assistência hospitalar é quase exclusiva dos serviços privados e filantrópicos contratados, principalmente pelo fato de os hospitais regionais de Cáceres e Rondonópolis, iniciados na década passada, somente terem sido retomados após 1996, com recursos do REFORSUS, com previsão de abertura ainda em 2000. Por outro lado, mostrou-se muito pequena a participação dos serviços contratados na provisão de assistência ambulatorial, até mesmo no setor de maior complexidade, o que suscita investigação, pois é incomum (em Mato Grosso) que o setor público seja o provedor de serviços ambulatoriais de alta complexidade. Isto posto, acredita-se que no conjunto dos municípios grandes, à semelhança de Cuiabá, a tendência é de que aumente a participação do setor contratado na provisão da assistência ambulatorial, mais especificamente no segmento de maior incorporação tecnológica.

Também nestes municípios deu-se a redução – global e per capita – do volume de internações, com concomitante elevação do valor pago por internação, sugerindo maior racionalidade e controle das internações hospitalares, mas principalmente refletindo decisões políticas centrais. Os Partos, as Doenças do Aparelho Respiratório, as Doenças Infecciosas e Parasitárias, as Doenças do Aparelho Digestivo e as Doenças do Aparelho Circulatório têm sido responsáveis por quase 70,0% de todas as internações. A redução da morbi-mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias e a elevação da morbi-mortalidade por Neoplasias e Doenças do Aparelho Circulatório são algumas das evidências da transição epidemiológica, observada neste municípios.

Exceção feita a Cáceres, os municípios não têm conseguido atingir níveis satisfatórios de Cobertura Vacinal para três das quatro vacinas estudadas. Se eles têm alcançado coberturas vacinais elevadas para a vacina BCG, não se justifica a dificuldade para alcançar níveis satisfatórios para as outras vacinas, principalmente quando se considera que eles vêm, com exceção de Rondonópolis, reduzindo suas Taxas de Abandono de vacinação. Não se pode descartar, portanto, interferências relacionadas às campanhas de multivacinação e aos problemas de registro de doses aplicadas.

Como em Cuiabá, o Coeficiente de Mortalidade Infantil vem se elevando desde 1991, nos municípios maiores. De um lado, isso ressalta a baixa qualidade do SIM até 1995 e de outro, reflete a incorporação das informações sobre mortalidade nos estudos de situação de saúde, como parte dos Planos Municipais de Saúde, que a partir de 1994, fizeram-se necessários para a habilitação destes municípios às formas de gestão previstas nas NOB 01/93 e NOB 01/96. Acredita-se, portanto, que embora possa ter ocorrido deterioração das condições de vida de uma pequena parcela da população dos centros maiores, houve de fato um decréscimo dos Coeficientes de Mortalidade Infantil, sendo que os baixos valores observados até 1995 eram decorrentes de uma subenumeração de óbitos, quer por sub-registro ou sub-declaração.

Podem também ser consideradas evidências do que se acabou de mencionar, o fato de os percentuais de Baixo Peso ao Nascer estarem se mantendo na faixa de 7,0%, de estarem se reduzindo os percentuais de partos cesarianos, e de também se manterem em torno de 60,0% os percentuais de pré-natal. São condições que direta ou indiretamente estão relacionadas ao risco de morte entre os recém-nascidos.

Tanto a já mencionada redução da Taxa de Abandono da Vacinação, como as reduções no percentual de óbitos por causas mal definidas e na Taxa de Evasão de Internações são indicações de melhoria da resolutividade do sistema de saúde. Concomitantemente com a redução da Taxa de Evasão de Internações, deu-se a redução da Taxa de Invasão de Internações, ou seja, se os municípios maiores estão conseguindo resolver a maioria dos problemas de saúde de sua população local, também os municípios que os têm como referência estão se organizando neste sentido, uma vez que têm utilizado cada vez menos os serviços hospitalares desses municípios maiores. A redução das Taxas de Invasão de Óbitos e das Taxas de Invasão de Nascimentos, observada no conjunto destes municípios corroboram essa constatação.

Os municípios de maior porte estão no mesmo patamar de autonomia de gerência do recursos financeiros que aqueles de porte médio. A gerência do FMS é feita pela Secretaria de Saúde, isolada ou juntamente com a Secretaria de Finanças, mas é esta última que, isoladamente em dois dos três municípios estudados, se responsabiliza pela realização dos pagamentos. Isto tem se revelado um dos

principais obstáculos à implementação do SUS local e ao controle efetivo deste sistema pelo CMS, conforme pôde se constatar nas atas de reuniões deste fórum e nas entrevistas realizadas com os conselheiros, no Município de Cáceres.

Neste município, segundo as atas, foram inúmeras as vezes que o Conselho Municipal de Saúde se posicionou contra a forma com que os recursos do Fundo eram gerenciados. Também foram várias as tentativas, deflagradas pelo CMS, de acompanhamento da utilização dos recursos financeiros, de aproximação da Secretaria de Finanças, de “interpretação” dos orçamentos e balanços produzidos por essa secretaria. Além disso, o CMS buscou articular-se politicamente, tanto interna quanto externamente, no sentido de garantir à Secretaria Municipal de Saúde a autonomia sobre os recursos do FMS e o confronto direto com o executivo também foi observado. Até o fim de 1998 a situação se mantinha inalterada, mas sabe-se que em 1999 essas pressões conseguiram fazer com que a Secretaria de Saúde tivesse autonomia sobre o FMS.

Através das entrevistas, observou-se que o nível de desconhecimento dos conselheiros usuários, sobre orçamento e financiamento, é bem mais acentuado que o dos conselheiros gestores. No entanto, em relação à provisão de serviços e resolutividade ambos os segmentos apontam melhoria, aproximando-se do levantamento realizado na etapa quantitativa. Mesmo assim, é de um conselheiro usuário a percepção de piora da situação de saúde, baseada em um referido retrocesso no final de 1998, avançando até meados de 1999, quando da entrevista. Embora tal fato possa até ser verdadeiro (ele não se expressou nos dados quantitativos coletados até 1998, e a pesquisa não avançou no ano de 1999), há que se ressaltar que ele não comprometeu, e espera-se que não comprometa, o processo histórico de avanço deflagrado pela descentralização. Afinal, este é um processo que por ser político, econômico, social e cultural teve, tem e terá altos e baixos, mas sua “reta de ajuste” tem sido (e espera-se que continue sendo) ascendente.

Observou-se no Conselho Municipal de Saúde de Cáceres uma situação única entre todos os conselhos estudados, que o diferenciou e que marcou de forma indelével, o seu papel na constituição do Sistema de Saúde daquele município. As atas analisadas abarcaram o período de 1993 a 1998, porque as de anos anteriores haviam “desaparecido”. Durante praticamente cinco desses seis anos, esteve à frente

dessa secretaria uma profissional de saúde bastante politizada e extremamente engajada no processo de construção do SUS. Deste modo, ela se sobressaiu como a principal força agregadora e mobilizadora dentro do CMS, fomentando a democratização das discussões e decisões e estimulando a formação e participação do segmento dos usuários, normalmente o mais marginalizado dentro do conselho. A principal força de oposição (às vezes de apoio, dependendo do interesse em jogo) era representada pelos proprietários e provedores de serviços contratados, geralmente médicos, cuja visão do SUS normalmente não ultrapassava a barreira de seus serviços e/ou interesses. Os trabalhadores da saúde também se sobressaíram dentro do conselho, mas principalmente em momentos pontuais, apoiando decisões (como a complementação salarial com recursos do FMS) ou as repudiando (como pagamento diferenciado para os médicos do PSF). O segmento dos usuários parece ser aquele que, embora desinformado, omissos e manipulados, mais vem aprendendo a participar. Ele representa uma força, que bem representada, preparada e orientada, pode significar o avanço ou o retrocesso do SUS local.

Em que pesem as oscilações próprias de um fórum dinâmico e constantemente renovado, não é possível questionar a melhora qualitativa na composição do Conselho Municipal de Saúde, bem como no nível de participação dos conselheiros que o compõem, independente do segmento que representam.

Assim, também os municípios maiores avançaram com a descentralização da saúde, em termos de estrutura, financiamento, provisão e resolutividade dos serviços de saúde, embora pareça estar se conformando, principalmente em Cáceres e Rondonópolis, um modelo de atenção à saúde nos moldes daquele observado em Cuiabá. Este modelo responde bem a demandas e necessidades específicas, e ao se impor de forma hegemônica e dissociada de um modelo de atenção integral, com priorização das ações básicas de saúde, certamente compromete e inviabiliza a proposta original do SUS. Tal risco tem que ser avaliado pelo CMS, uma vez que também esta instância evoluiu e tem mostrado capacidade de mobilização, de articulação e de pressão. Entre os vários segmentos que compõem o CMS, os que têm interesse na melhoria da saúde da população e no sistema que pode garantir essa meta, provavelmente são maioria. Falta-lhes talvez essa consciência, bem como o

reconhecimento da força potencial que representam, para que consigam exercer seu papel de conformidade aos princípios do SUS.

6.5. A Secretaria de Estado da Saúde

Como a perspectiva que orientou este trabalho tinha como foco os municípios, o papel do governo estadual não mereceu maiores aprofundamentos, embora ele perpassasse todos os tópicos desenvolvidos. Recupera-se, nessa discussão final, alguns elementos que reforçam a importância e a necessidade do envolvimento do governo estadual no processo de descentralização e no fortalecimento do SUS.

A leitura das atas dos CMS estudados e principalmente as entrevistas com os conselheiros deixaram a impressão de que, para os municípios, o papel do nível estadual na descentralização não foi muito significativo. No entanto, tal impressão foi desfeita, quer pelo próprio processo de levantamento de dados e informações que permitiram a elaboração deste trabalho (a maior parte deles localizados na Secretaria de Estado de Saúde: SES-MT), como pela leitura de documentos e normalizações exaradas pela SES e seus órgãos colegiados institucionais.

Se nos primeiros anos da década de 90 a SES-MT teve papel secundário na condução do processo de descentralização, a partir de 1994 ela vem gradualmente assumindo sua função coordenadora, reestruturando-se, redimensionando seus espaços e esferas de atuação e estabelecendo cooperações e parcerias com vistas a consolidar a implantação do SUS no Estado de Mato Grosso. Salientam-se como exemplos de sua atuação, principalmente ao longo dos últimos seis anos (SES-MT 2000; COSTA 2000):

- Definição de prioridades para investimento, dentro do estado;

- Incentivo aos pleitos de habilitação às NOB-93 e 96 e coordenação e aprovação das mesmas;

- Criação, até 1998, de nove Consórcios Intermunicipais de Saúde, vários dos quais em pleno funcionamento;

- Reestruturação e fortalecimento dos Pólos Regionais de Saúde;

- Investimentos na capacitação de recursos humanos;

- Criação do Sistema de Referência e Contra-Referência do SUS;

Constituição de Câmaras Intergestores Bipatites Regionais; Câmaras Regionais de Compensação de AIH e Câmaras Regionais de Auditoria;

Desenvolvimento de obras de importância estratégica regional (Hospitais Estaduais Regionais);

Qualificação de municípios para a Política Estadual de Medicamentos;

Alocação de recursos de projetos (REFORSUS e VIGISUS), frente a realidades e necessidades regionais;

Incentivo à implantação do PACS e do PSF, que em 1998 já se efetivavam em 126 e 18 municípios do estado, respectivamente;

Execução de programas de capacitação de gestores municipais e de conselheiros;

As proposições, normalizações e atividades relacionadas, entre muitas outras efetivadas pela SES-MT, tanto demonstram a abrangência das novas (ou renovadas) possibilidades de atuação do nível estadual no SUS, como reforçam sua imprescindibilidade para esse Sistema, o qual se estrutura em relações de cooperação (e não competição) entre União, Estados e Municípios.

Concluindo, pode-se dizer que a descentralização teve repercussões positivas nos municípios do Estado de Mato Grosso, independente do porte e da habilitação mais precoce ou tardia às distintas formas de gestão previstas nas duas últimas Normas Operacionais Básicas. Destacaram-se como elementos comprobatórios de seu efeito positivo:

1. O maior aporte de recursos financeiros para a saúde, tanto em decorrência de transferências intergovernamentais como de contrapartida dos próprios municípios;
2. A organização estrutural das Secretarias Municipais de Saúde, o redimensionamento da SES-MT, adequando os serviços prestados por elas, em níveis crescentes de complexidade, num esboço de respeito aos princípios de regionalização e hierarquização do SUS;
3. Modificações positivas na produção dos serviços, evidenciadas por alguns elementos como: a) racionalização das internações, b) aumento do volume absoluto e

relativo de atendimentos ambulatoriais, c) elevação da Cobertura Vacinal, d) melhoria da Cobertura do SIM e do SINASC;

4. Aumento da resolutividade, expressa principalmente em termos de redução da Taxa de Abandono da Vacina DPT, da Taxa de Invasão e Evasão de Internação, da Taxa de Mortalidade Infantil, da Taxa de Invasão de Nascimentos e da Mortalidade Proporcional por Causas Mal Definidas;

5. Fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde como instâncias co-gestoras e de controle do SUS em nível local, evidenciado por: a) aumento do número de reuniões e melhoria da qualidade das mesmas; b) melhoria da participação dos conselheiros como consequência da organização da sociedade, de capacitação, de conscientização, de concessão e/ou conquista de espaços dentro do CMS, e do próprio exercício da participação; c) nível de conhecimento dos conselheiros sobre aspectos relacionados ao financiamento, produção e resolutividade dos serviços; d) reconhecimento, pelos conselheiros, dos principais elementos facilitadores da implementação do SUS local; e) identificação dos elementos, que sob a ótica dos conselheiros, são os responsáveis pelas dificuldades enfrentadas em nível local, para a implementação do SUS;

6. A reestruturação da SES-MT, buscando conformar-se, estrutural e funcionalmente, ao seu real papel.

Apesar dos vários aspectos positivos, pelo menos dois outros merecem ser colocados em debate, por se caracterizarem como elementos, que não equacionados, podem limitar ou fazer retroceder os importantes avanços até então alcançados:

1. A descentralização implementada até 1998, embora tenha sido fundamental para o fortalecimento do SUS, se caracteriza mais como desconcentração que descentralização, por ainda não incorporar elementos fundamentais de seu conceito original ou mesmo de seus princípios;

2. O financiamento da assistência à saúde observado na capital e em alguns dos municípios maiores revela uma priorização da assistência médica, individualizada e de custo cada vez mais elevado. Isto é reflexo da adoção de um modelo de atenção que não contempla os princípios da integralidade e equidade do SUS, embora se baseie nestes princípios para se legitimar. Sua perpetuação pode acabar

comprometendo o já reduzido aporte financeiro que se destina às atividades de promoção à saúde e prevenção primária, de menor custo e maior abrangência, mas ainda pouco “valorizadas” pelos gestores locais ou mesmo rechaçadas por conjunções de interesses dentro dos Conselhos Municipais de Saúde. Como o modelo de atenção à saúde da capital e dos municípios maiores pode servir de “padrão” para os demais municípios, a preocupação com o futuro financeiro do SUS no Estado de Mato Grosso deve estar presente tanto na mente dos gestores municipais e estadual, como nas discussões dos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde e da Câmara Intergestores Bipartite.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrasco. **II Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil: 1995-1999**. Rio de Janeiro; 1995.

Abrucio FL; Costa VMF. **Reforma do estado e o contexto federativo brasileiro**. São Paulo: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung; 1998.

Aguilar MS; Ander-Egg E. **Avaliação em serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes; 1994.

Affonso JR. Aspectos conceituais das relações financeiras intergovernamentais. **Rev. Estud. Econ** 1992; 22(1):5-34.

Almeida ES. **Contribuição à implantação do SUS: Estudo do processo com a estratégia Norma Operacional Básica 01/93**. São Paulo; 1995 [Tese de Livre Docência – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Andrade LOM; Pontes RJS; Martins Jr. T. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. **Rev Panam Salud Publica** [periódico on line] 2000; 8 (1-2) Disponível em <URL:[http:// www.scielosp.org](http://www.scielosp.org)> [2000 nov 11].

Annet H; Rifkin S. **Guidelines for rapid appraisal to assess community health needs: a focus on health improvements for low income urban areas**. Genebra: WHO/SHS/NHP/88.4 Division of Strengthening of Health Services; 1988.

Arretche MTS. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência das políticas públicas? **Rev Bras Ciênc Sociais** 1996; (31): 44-66.

Banta HD; Luce BR. Use of health care technology. In: Banta HD; Luce BR. **Health care technology and its assessment**. Oxford: Oxford University Press; 1993, p 46-57.

Barros MED. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. **Ciênc Saúde Coletiva** 1996; 1 (1): 5-17.

Barros MED. Política de saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência. In: Canesqui AM, organizadora. **Ciências Sociais e Saúde** São Paulo: Ed. Hucitec; 1997, p.113-33.

Barros MED. Os conselhos municipais de saúde e a responsabilidade cidadã. **Cienc Saúde Coletiva** 1998; 3 (1): 18-19.

Brasil - Constituição da República dos Estados Unidos do Brazil, 1891. In: Campanhole A; Campanhole HL. **Constituições do Brasil**. São Paulo: Editora Atlas; 1992.

Brasil - **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 1997.

Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União nº 182**, Brasília, 20 set 1990(a). Seção 1, p.18055-9.

Brasil. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União nº 249**, Brasília, 31 de dez 1990(b). Seção 1, p. 25694-5.

Brasil. Resolução INAMPS/MS nº 273, de 17 de julho de 1991. **Diário Oficial da União nº 137**, Brasília, 18 jul 1991. Seção 1, p. 14216-19.

Brasil. Portaria SNAS/MS nº 234 , de 07 de fevereiro de 1992. **Diário Oficial da União nº 28**, Brasília, 10 fev 1992. Seção 1, p. 1584-8.

Brasil. Resolução CNS nº 3, de 23 de dezembro de 1992. Brasília, Ministério da Saúde, 1992(b).

Brasil. Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993. **Diário Oficial da União nº 96**, Brasília, 24 mai 1993. Seção 1, p. 6961-5.

Brasil. Portaria SAS/MS nº 15, de 02 de março de 1995. **Diário Oficial da União nº 43**, Brasília, 03 mai 1995. Seção 1, p. 2907-8.

Brasil. Portaria MS nº 2203, de 5 de novembro de 1996. **Diário Oficial da União nº 216**, Brasília, 6 nov 1996. Seção 1, p. 22932-40.

Brasil. Portaria MS nº 2816, de 29 de maio de 1998. **Diário Oficial da União nº 103-E**, Brasília, 2 jun 1998. Seção 1, p. 48.

Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. **Diário Oficial da União nº 178-E**, Brasília, 14 set 2000. Seção 1, p. 1-2.

- Bobbio N; Matteucci N; Pasquino, G. **Dicionário de Política**. Brasília: Edunb; 1993, p. 129-35.
- Carvalho AI. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM; 1995.
- Carvalho AI. Os conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. **Cienc Saúde Coletiva** 1998; 3 (1): 23-5.
- Carvalho DM. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. **Inf Epidem SUS** 1997; 4: 7-46.
- CID-9/Organização Mundial de Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças**. São Paulo: Centro da OMS para a classificação das doenças em português; 1978, vol 1.
- CID-10/Organização Mundial de Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: Edusp; 1995, vol 1.
- Cohn A. A medicalização e o imaginário no consumo de serviços de saúde. In: Cohn A.; Nunes E; Jacobi P; Karsch U. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Ed. Cortez; 1991, p. 95-130.
- Cohn A. Descentralização, saúde e cidadania. **Lua Nova** 1994; 32: 8-16.
- Contandriopoulos A-P; Champagne F; Denis J-L; Pineaut R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997, p. 29-47.
- Cortes SMV. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Cienc Saúde Coletiva** 1998; 3 (1): 5-17.
- Costa WGA. **A municipalização dos serviços de saúde no Estado de Mato Grosso: evolução e desafios**. São Paulo; 2000 [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Dal Poz MR; Pinheiro R. A participação dos usuários nos conselhos municipais de saúde e seus determinantes. **Cienc Saúde Coletiva** 1998; 3 (1): 28-36.

- DATASUS/Ministério da Saúde. **Informações de Saúde**.< <http://www.datasus.gov.br> > [acessado durante o ano de 1999, para informações de 1993 a 1998]
- Dever GEA. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira; 1988, p. 48-70.
- Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. **QRB** 1986; 12 (3): 99-108.
- Donabedian A. The quality of care: how can i be assessed? **JAMA** 1988; 260 (12): 1743-8.
- Donabedian A. The seven pilars of quality. **Arch Pathol Lab Med** 1990; 114: 1115-8.
- Donabedian A. The role of outcome in quality assessment and assurance. **QRB** 1992; 18 (11): 356-60.
- Donabedian A. Continuity and change in the quest for quality. **Clin Perf Qual Health Care** 1993; 1 (1): 9-16.
- Ferreira ABH. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- Figueiredo MF; Figueiredo, AMC. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. **Análise & Conjuntura** 1986; 1 (3): 107-27.
- Fundação I B G E. **Anuário estatístico do Brasil, 1991**. Rio de Janeiro; 1992.
- Fundação I B G E. **Censo demográfico 1991: Mato Grosso**. Vol. 26, Rio de Janeiro; 1993a.
- Fundação I B G E. **Anuário estatístico do Brasil, 1992**. Rio de Janeiro; 1993b.
- Fundação I B G E. **Anuário estatístico do Brasil, 1993**. Rio de Janeiro; 1994.
- Fundação I B G E. **Anuário estatístico do Brasil, 1994**. Rio de Janeiro; 1995.
- Fundação I B G E. **Anuário estatístico do Brasil, 1995**. Rio de Janeiro; 1996.
- Fundação I B G E. **Anuário estatístico do Brasil, 1996**. Rio de Janeiro; 1997a.
- Fundação IBGE. **Contagem da população de 1996**. Vol. I. Rio de Janeiro; 1997b.
- Fundação I B G E. **Anuário estatístico do Brasil, 1997**. Rio de Janeiro; 1998.

Fundação I B G E. **Anuário estatístico do Brasil, 1998**. Rio de Janeiro; 1999.

Fundação de Saúde de Cuiabá – FUSC. **Estudo de mortalidade do Município de Cuiabá, 1987**. Cuiabá: FUSC; 1991 [mimeo].

Goldbaum M. Epidemiologia em serviços no Brasil: anotações para debate. **Saúde em Debate** 1992; 35: 68-71.

Goulart FAA. **Municipalização: veredas (caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil)**. Brasília: CONASEMS; 1995.

Grant JP. Disparity reduction rates in social indicators: a proposal for measuring and targeting progress in meeting needs. Washington, DC, Overseas Development Council, 1978 (Monog. nº 11), Apud Laurenti R; Lebrão ML; Mello Jorge MH; Gotlieb SL. **Estatísticas de Saúde**. São Paulo: EPU; 1987, p.180-2.

Hartz ZMA; Champagne F; Contandripoulos A-P; Leal MC. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em SILOS no nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA, organizadora. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997, p. 89-131.

Heimann LS; Carneiro JR; Donato AF; Ibanes LC; Lobo EF; Pessoto HC. **O município e a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1992.

Heimann LS, coordenadora. **A descentralização do sistema de saúde no Brasil: Uma proposta metodológica de investigação sobre o impacto de políticas**. São Paulo: Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde; 1998 [mimeo].

House, ER. The major approaches. In: HOUSE, ER. **Evaluation with validity**. Beverly Hill, Ca: Sage Publications; 1980, p. 21-43.

IBAM - **Como organizar a vacinação no município**. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF, 1991.

Junqueira LAP. **Mudança, uma causa compartilhada: do ERSa ao SUS**. São Paulo; 1996. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

- Junqueira LAP. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: Canesqui AM, organizadora. **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997; p.173-204.
- Laurenti R; Lebrão ML; Mello Jorge MH; Gotlieb SL. **Estatísticas de Saúde**. São Paulo: EPU; 1987.
- Laurenti R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1º., Campinas, 1990. Anais. Campinas, 1990. p.143-165.
- Levcovitz E. **Transição X Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS**. Rio de Janeiro; 1997 [Tese de Doutorado – Instituto de Medicina Social/UERJ].
- Lobo T. Descentralização: uma alternativa de mudança. **Rev Adm Públ** 1998; 22 (1): 14-22.
- Lobo T. Descentralização: conceitos, princípios, prática governamental. **Cad pesquisa** 1990; (74): 5-10.
- Lucchese PTR. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/95. **Plan Pol Públicas** 1996 (14): 75-156.
- Medici AC. As fronteiras da universalização: o dilema da política social na virada do século. **Saúde em Debate** 1991; (32): 21-6.
- Medici AC. Descentralização e financiamento da saúde. In: Medici AC. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1994.; p 58-69.
- Medici AC. Saúde: modelos de gestão descentralizada: alternativas para o Brasil. In: Velloso JPR, organizador. **Políticas Sociais no Brasil: descentralização eficiência e equidade**. Rio de Janeiro: Forum Nacional/INAE/ILDES/Fundação F. Elbert; 1995, p. 91-147.
- Mehry EE. A mutilação da Lei Orgânica da Saúde: vitória dos que desejam um povo mutilado. **Saúde em Debate** 1990 (30) 8-9.

Mello Jorge MH; Gotlieb SLD; Soboll MLM; Baldijão MFA; Latorre, MRO. **Sistema de informação sobre nascidos vivos - SINASC**. Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português - NESP/USP. Série Divulgação nº 7, São Paulo; 1992.

Mello Jorge MH; Gotlieb SLD; Soboll MLM; Baldijão MFA; Latorre, MRO. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. **Rev. Saúde Pública** 1993; 27 (supl. 6): 1-45.

Mello Jorge MH; Gotlieb SLD; Oliveira H. O sistema de informação sobre nascidos vivos: primeira avaliação dos dados brasileiros. **Inf Epidem SUS** 1996; 2: 15-48.

Mendes EV. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: Mendes EV, organizador. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Ed. Hucitec; 1998, p.17-55.

Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. In: Mendes EV, organizador. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitária do Sistema Único de Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1993, p. 19-91.

Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos para vacinação**. Brasília: MS/SNABS/PNI; 1986.

Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde-1986**. Brasília: Ministério da Saúde; 1987.

Ministério da Saúde. **Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde: descentralizando e democratizando o conhecimento** Brasília: Ministério da Saúde; 1992.

Ministério da Saúde. **Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde-1992**. Brasília: Ministério da Saúde; 1993a

Ministério da Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Inf Epidem SUS** 1993b, Ano II, número especial.

Ministério da Saúde. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde-1996**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

- Ministério da Saúde. **Descentralização: Situação atual do processo de habilitação, 1999**. <<http://www.saude.gov.br/descen/habilita.mun>> [acessado em dez.1999].
- NESCON/MG; IBAM; IMS/UERJ. **Avaliação do funcionamento dos conselhos estaduais e municipais de saúde: relatório final**. Brasília; 1993.
- O' Dwyer GC; Moysés, NMN. Conselhos municipais de saúde: o direito de participação da sociedade civil? **Cienc Saúde Coletiva** 1998; 3 (1): 26-7.
- Omran AR. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quaterly** 1971; 49 part 1 (4): 509-38.
- Organização Mundial de Saúde. **Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en logro de la salud para todos en año 2000**. Genebra: Série "Salud para todos" nº 4; 1981.
- Organização Mundial de la Salud. **Evaluación de los programas de salud**. Genebra: Série "Salud para Todos", nº 6; 1981.
- Organização Panamericana de Saúde – OPAS. **A saúde no Brasil**. Brasília: Escritório de representação da OPAS/OMS no Brasil; 1998.
- Patton MQ. Evaluation issues in practical perspective. In: Patton MQ. **Practical evaluation**. Beverly Hill, Ca: Sage Publications; 1982, p: 32-54.
- Patton MQ. Quantitative analysis and interpretation. In: Patton MQ. **Qualitative evaluation and research methods**. Newbury Park, Ca: Sage Publications; 1990, p: 371-459.
- Pereira JCR. Processamento e análise de variáveis qualitativas. In: Pereira JCR. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. São Paulo: Edusp/Fapesp; 1999, p. 77-99.
- Pinheiro R. **Conselhos municipais de saúde: o direito e o avesso**. Rio de Janeiro; 1995 [Dissertação de Mestrado – Instituto de Medicina Social da UERJ].
- Plaut R; Roberti E; Silvi J. **Cause-specific mortality analysis as a component of health situation assessment. A regional experience**. HST-A. PAHO, Washington, D.C. 1991.

- Prado e Silva A; Lourenço Filho M; Marins F; Maurer Jr. T; Curado J; Pereira AT et al., organizadores. **Dicionário brasileiro de língua portuguesa**. São Paulo: Mirador Internacional; 1976.
- Rattner D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. **Cad Saúde Pública** 1996; 12 (supl. 2): 21-32.
- Ruzicka LT; Lopes AD. The use of cause of death statistics for the health situation assessment: National and international experiences. **Wld hlth statis quart.** 1990; 43: 249-58.
- Santos NR. O SUDS, o SUS, os vetos e a sanção do Projeto. **Saúde em Debate** 1990 (30): 5-7.
- Scatena JHG; Pause PN. **Anos potenciais de vida perdidos como indicador de saúde do Município de Cuiabá**. Cuiabá: UFMT/PROPEP (Relatório de pesquisa); 1996, [mimeo].
- Scatena JHG. **Processo de construção de um diagnóstico de situação de saúde para os municípios do Estado de Mato Grosso**. São Paulo; 1996. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP].
- Scatena JHG; Tanaka OY. Distribuição dos estabelecimentos de saúde no Brasil: para qual modelo caminhamos? **Rev Adm Públ** 1998; 32 (4):7-25.
- Scatena JHG; Oliveira, HM. **Sistema de informação sobre nascidos vivos: avaliação dos nascimentos e de condições maternas, Cuiabá – 1997**. Cuiabá: Secretaria Municipal de Saúde, Relatório Técnico; 1998 [mimeo].
- Scatena JHG; Oliveira, HM. Avaliação do SINASC em Cuiabá, 1995-1998. In: **Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva** [CD ROM]; 2000 ago 28 – set 2; Salvador, Bahia.
- Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso - SES-MT. **Resoluções: Comissão Intergestores Bipartite; 1995-99**. Cuiabá; 2000. (Série Legislação da Saúde em Mato Grosso, 4)
- Silva IMF. **Conselhos de saúde: construindo uma nova linguagem**. Cuiabá: EdUFMT; 1998.

Silva LMV; Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad saúde públ** 1994; 10 (1): 80-91.

Souza NRF. **Conselhos de saúde: espaço de democratização das políticas de saúde ou de cooptação dos movimentos sociais?** Cuiabá; 1999 [Dissertação de Mestrado – Instituto de Educação da UFMT]

Teixeira S M F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. **Rev Adm Públ**. 1990; 24 (2): 78-99.

Travassos C. **O sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde; SIH-SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Departamento de Informação em Saúde, 1996 [mimeo].

Tobar F. O conceito de descentralização: usos e abusos. **Plan Pol Públicas** 1991 (5): 31-51.

Uga MAD. Descentralização e Democracia: o outro lado da moeda. **Plan Pol Públicas** 1991 (5): 87-104.

Valla VV. Comentários a conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Cienc Saúde Coletiva** 1998; 3 (1): 31-2.

Viana ALd'A.. As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto do processo de globalização. In: Gerschan S, organizador. **A Miragem da Pós-Modernidade: Democracia e Políticas Sociais no Contexto da Globalização**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 201-10.

Viana ALd'A. Desenho, modo de operação e representação de interesses – do sistema municipal de saúde – e os conselhos municipais de saúde. **Cienc Saúde Coletiva** 1998; 3 (1): 20-2.

Viana ALd'A. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: Canesqui AM, organizadora. **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Ed. Hucitec; 2000. p. 113-33.

Victora, CG; Barros, FC; Vaughan, JP. **Epidemiologia da desigualdade**. São Paulo: Ed. Hucitec; 1989.

Villarosa FN. **A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário.** OPS/Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde Nº 11, 1993.

Welter M; Scatena JH. **A frequência de internações pelos procedimentos *septicemia, cirurgia múltipla e grande queimado*, como indicador para o controle e avaliação da assistência hospitalar do SUS no Estado de Mato Grosso, no período de 1993 a 1998.** Cuiabá; 1999. [Monografia de Especialização – Instituto de Saúde Coletiva da UFMT]

ANEXO 2

ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS

A – Para todos os municípios

I - Identificação do Órgão Municipal responsável pela Saúde

Descrição sucinta da SMS, Organograma, Tempo de existência, Conselho e Fundo Municipal de Saúde, Forma Atual de Gestão, Relações Inter-institucionais (convênios, consórcios, etc), Identificação de “Funcionários-chave”.

Fontes: Secretarias Municipais de Saúde

II - Recursos Financeiros

2.1. Volume de recursos financeiros que compõe o orçamento da Prefeitura Municipal (repasse federal, estadual e contrapartida municipal) e tendência desde 1991.

2.2. Percentual do orçamento total (e da contrapartida municipal) repassado à saúde e tendência desde 1991.

2.3. Utilização dos Recursos Financeiros da Saúde segundo as 3 sub-áreas: Atenção Básica de Saúde, Assistência Ambulatorial e Internação Hospitalar. Tendência desde 1991.

2.4. Formas de Controle dos Recursos Financeiros.

Fontes: Tribunal de Contas do Estado, Secretarias Municipais de Saúde, Fazenda e/ou Administração, Câmara Municipal de Vereadores, Conselhos (e Fundos) Municipais de Saúde.

III – Infra-Estrutura

3.1. Rede Física de Saúde (pública e/ou conveniada): Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios e Hospitais em número e capacidade instalada (para atendimentos, consultas e internações). Tendência desde 1991

3.2. Recursos Humanos para a Saúde, em número, categoria profissional e disponibilidade (em nº de horas) para o setor público. Tendência desde 1991.

Fontes: Secretaria de Estado da Saúde (Div. Planejamento, Div. Assistência Médica e Hospitalar, Div. Recursos Humanos, Vigilância Sanitária), COSEMS, Secretarias Municipais de Saúde.

IV - Produção de Serviços (Série histórica desde 1991)

4.1. Serviços de Atenção Básica de Saúde:

Nº de vacinações efetuadas (por vacina, dose e faixa etária)

Nº de visitas domiciliares

Nº de pessoas atendidas em programas específicos (pré-natal, CD, Tbc, Hanseníase, DST, Programa do Leite, Prevenção de Cárie em escolares, etc)

Doenças de Notificação Compulsória

Nº de óbitos (por causa, sexo e faixa etária) e nascimentos

4.2. Serviços de Atendimento Ambulatorial:

Nº de consultas efetuadas na Rede Básica, nos Ambulatórios de Especialidades e no Pronto Socorro.

4.3. Serviços de Internações Hospitalares:

Nº de internações (.patologias, faixa etária, permanência, complicações, óbitos, etc)

Fontes: Secretaria de Estado da Saúde (SIA-SUS, SIH-SUS, SIM, SINASC, SINAM, Programas) Secretarias Municipais de Saúde (ROA, PACS, Outros Relatórios)

V - Resolutividade

5.1. Percentual de encaminhamentos para outros municípios. Tendência desde 1991.

5.2. Percentual de exames complementares realizados fora do município.

5.3. Taxa de Abandono da Vacinação Sabin e DPT e dos Programas de Tuberculose e Hanseníase. Tendência desde 1991.

5.4. Percentagem de partos de mães com pré-natal completo. Tendência desde 94.

5.5. Taxa de Evasão de Óbitos e Nascimentos. Tendência desde 1991.

Fontes: Secretaria de Estado da Saúde (Vigilância Epidemiológica, Pneumologia Sanitária, SINASC, SIM), Secretarias Municipais de Saúde (ROAS, Ordem de serviço, etc.).

Parte B – Para os municípios maiores e/ou com Sistemas de Saúde mais complexos

Além de incorporar todas as questões abordadas na Parte A, este segmento coloca outros possibilidades

I - Recursos Financeiros

1.1. Volume de R. Financeiros da Saúde destinados a procedimentos e atividades de maior custo. Tendência desde 1991.

Complementação diagnóstica (medicina nuclear, tomografia, ressonância magnética), Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Queimados, Cirurgias Múltiplas, Transplantes, Cirurgia Cardíaca, Químico e Radioterapia.

Tratamento Fora de Domicílio

1.2. Percentagem de R.F. dispendidos com pacientes oriundos de outros municípios.

1.3. “Peso” do Pronto Socorro no orçamento da Saúde

1.4. Percentagem de Recursos Financeiros utilizada na rede pública de saúde e repassada ao setor privado (convênios, compra de serviços, prestação de serviços, etc.).

Fontes: Tribunal de Contas do Estado, Secretarias Municipais de Saúde (Setor de Planejamento e/ou Financeiro), Secretarias Municipais de Administração e/ou Finanças, Conselho Municipal de Saúde.

II - Produção de Serviços

2.1. Volume de procedimentos de alto custo, tratamento fora de domicílio, atendimentos prestados a população de outros municípios. Tendência desde 1991.

Fontes: SES (Div. Assistência Médica e Hospitalar, Controle e Avaliação), Secretarias Municipais de Saúde

III – Resolutividade (Série histórica desde 1991)

3.1. Mortalidade Proporcional por “Sinais e Sintomas Mal Definidos”

3.2. Percentagem de AIH glosadas.

3.3. Volume e Natureza das “queixas” informadas à Ouvidoria da Saúde.

3.4. Anos Potenciais de Vida Perdidos por óbitos em decorrência de Doenças do Ap. Circulatório, Neoplasias, Doenças do Ap. Respiratório e Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Fontes: Secretaria de Estado da Saúde (SIM, Controle e Avaliação), Secretarias Municipais de Saúde, Ouvidorias de Saúde

ANEXO 3

PLANILHAS PARA COLETA DE DADOS

Município:

Número de Atendimentos Ambulatoriais segundo Item de Programação

Item	População →	94	95	96	97	98
1. AVEIANM						
2. Atend// Médico						
3. Atend// Médico (procedimento)						
4. Atendimento Farmacológico						
5. Atendimento Odontológico						
6. Radiodiagnóstico						
7. Medicina Nuclear						
8. Ultra Sonografia						
9. Outros exames Imagenologia						
10. Patologia Clínica						
11. Exames Hemodinâmicos						
12. Outros Exames Especializados						
13. Terapia Renal Substitutiva						
14. Radioterapia						
15. Quimioterapia						
16. Fisioterapia						
17. Outras Terapias Especializadas						
18. Órteses e Prótese						
Total Apresentado						
Total Pago						

Município:

Valores Pagos por Atendimentos Ambulatoriais segundo Item de Programação

Item	População →	94	95	96	97	98
1. AVEIANM						
2. Atend// Médico						
3. Atend// Médico (procedimento)						
4. Atendimento Farmacológico						
5. Atendimento Odontológico						
6. Radiodiagnóstico						
7. Medicina Nuclear						
8. Ultra Sonografia						
9. Outros exames Imagenologia						
10. Patologia Clínica						
11. Exames Hemodinâmicos						
12. Outros Exames Especializados						
13. Terapia Renal Substitutiva						
14. Radioterapia						
15. Quimioterapia						
16. Fisioterapia						
17. Outras Terapias Especializadas						
18. Órteses e Prótese						
Total Pago (R\$)						

Município:

Internações Hospitalares segundo Capítulo da CID

Capítulos da CID	93	94	95	96	97	98
DIP						
Neoplasias						
D. Sangue						
D. End. + Metab.						
Transtornos Mentais						
S. Nervoso + Sentidos						
Aparelho Circulatório						
Aparelho Respiratório						
Aparelho Digestivo						
D. Pele e TCSC						
S. Osteomusc./ T. Conj.						
Ap. Genito-Urinário						
Gravidez, Parto e Puerp.						
Mal Form. Congênitas						
Doenças Perinatais						
Causas externas						
Cont. c/ Serv. Saúde						
S. S. Mal Definidos						
TOTAL						

	94	95	96	97	98
Internações Ocorridas					
Residentes do município					
Residentes outros municípios					
Taxa de Invasão					
Internações de Residentes					
Ocorridas no município					
Ocorridas outros municípios					
Taxa de Evasão					

Município:

Dados sobre Financiamento

ANO			93	94	95	96	97	98
População								
F I N A N C I A M E N T O	Orçam. Global Munic.	Repasse União Repasse Estado Conv. União Conv. Estado Convênios Município Total						
	Orçam. Saúde	Repasse União Município Total						
	Gastos Com Saúde	Ambul. Contr. Hosp. Contr. Rede Pública						

Município:

Dados Relativos à Estrutura

ANO		91	92	93	94	95	96	97	98
U.B.S.	Posto Saúde Centro Saúde								
Ambu- Latório	Gerais Especialidade								
Hospitais	Públicos Conveniados								
Capacidade Instalada Hospitalar	Leitos Cl. Médica Cirurgia Gineco-Obstetr. Pediatria Psiquiatria UTI								
Recursos Humanos	Médicos Enfermeiras Aux. enferm. At. Enferm. A. C. Saúde								

Município:

Dados Relativos à Resolutividade

ANO		91	92	93	94	95	96	97	98
Hospitalar/ Ambulat.	Encaminhamento Hospitalar Ambulatorial Ex. laboratoriais fora município Mort. Hospitalar								
Atenção Básica de Saúde. (T. Aband)	Sabin DPT Tuberculose Hanseníase								
Sistema de Informação (SINASC, SIM)	Evasão óbitos Invasão óbitos Evasão Nasc// Invasão Nasc// Óbitos mal def. e sem assistência								

ANEXO 4**TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR**

Prezado Sr (a)

Este documento tem por finalidade informar-lhe da realização do trabalho “Avaliação da Descentralização da Assistência à Saúde no Estado de Mato Grosso”, desenvolvido como parte de minha tese de doutoramento junto à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, trabalho este que inclui entrevistas com membros dos Conselhos Municipais de Saúde de 4 municípios mato-grossenses, entre os quais o Município de

O fato do (a) Sr (a) estar incluído (a) entre os entrevistados impõe que eu lhe preste os seguintes esclarecimentos: 1) as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins da pesquisa; 2) os entrevistados não serão identificados e 3) posicionamentos expressos pelo entrevistado somente serão transcritos textualmente para o trabalho se de fundamental importância e após anuência do entrevistado.

Na qualidade de pesquisador responsável pelo trabalho, garanto o cumprimento de todas as condições expostas e assumo total responsabilidade pelo produto das entrevistas.

....., de de 1999

João Henrique Gurtler. Scatena
Fone: 6421702

ANEXO 5

Roteiro de Entrevistas

1. Financiamento

1.1. Qual o seu conhecimento (sobre) e como você avalia o orçamento do seu município? (Como é composto? Qual a participação das transferências de União e Estado?)

1.2. Quanto, de sua receita, o município tem aplicado em saúde?

1.3. Como tem se dado o financiamento da saúde (Em que setor da saúde tem se dado os maiores investimentos financeiros?: Atenção primária à saúde, Assistência ambulatorial geral, Assistencial Ambulatorial Especializada, Complementação Diagnóstica, Assistência Hospitalar, Aquisição de medicamentos, Saneamento, outros)

1.4. Considerando as seguintes fontes de Recursos Financeiros para a Saúde: Recursos para Internação Hospitalar (AIH), Recursos para a Atenção Primária e Assistência Ambulatorial (FAE, PAB, PACS e PSF) e Contrapartida Financeira Municipal, qual tem sido o comportamento das três, nos últimos 5 anos?

1.5. Como você avalia a aplicação dos Recursos Financeiros da Saúde: a) repassados para os municípios pelo nível federal e estadual e b) alocados pela prefeitura na SMS?

2. Estrutura

2.1. A estrutura de serviços de saúde dá mais ênfase à: Atenção Primária à Saúde, Assistência Médica Ambulatorial, Assistência Médica Hospitalar, Complementação Diagnóstica?

2.3. Como você avalia cada um dos “compartimentos” da estrutura dos serviços de saúde colocados à disposição da população: É suficiente ou insuficiente? Adequado ou inadequado? (Atenção Primária à Saúde, Assistência Ambulatorial, Assistência Hospitalar, Complementação Diagnóstica).

3. Produção de Serviços

3.1 Nos últimos 8 anos aumentou, diminuiu ou manteve-se constante o número de Atendimentos Ambulatoriais? Que tipo de atendimento? (AVEIANM? Consultas Médicas?

Odontológicas? Exames Laboratoriais?, etc)?

3.2. Nos últimos 8 anos aumentou, diminuiu ou se manteve constante o número de Internações Hospitalares?

3.3. Tem aumentado, diminuído ou permanecido constante o número de casos de Sarampo, Difteria, Tétano, Coqueluche, Poliomielite e Tuberculose na população infantil da cidade?

3.4. Tem aumentado, diminuído ou permanecido constante o número de mortes entre as crianças menores de 1 ano de idade? De que elas têm morrido?

3.5. Tem aumentado, diminuído ou permanecido constante o número de gestantes que fazem mais de 6 consultas de pré-natal?

3.6. Como tem evoluído, nos últimos anos, a frequência relativa dos partos cirúrgicos?

4. Resolutividade

4.1. Qual o percentual de usuários que deixa o município para buscar atendimento fora dele? Por que?

4.2. A busca de serviços externos é espontânea ou coordenada pelo município? Como? (Convênios? Consórcios? Pagamento por quotas? “Ambulâncioterapia”?).

4.3. Que percentual de gestantes deixa o município por ocasião do parto? Por que? Qual tem sido a tendência nos últimos anos? Os leitos obstétricos municipais são insuficientes para a demanda?

4. Questões Gerais

1. O que você acha da Situação de Saúde deste Município, nos últimos 8 anos? Piorou? Melhorou? Permaneceu inalterada? Em que aspectos?

2. Que fatores você associa a esta (melhora, piora, estabilidade)? Discutir

3. Quais aspectos dificultaram (ou dificultam) a implantação/implementação do Sistema Municipal de Saúde? Quais suas propostas (e do CMS) de atuação sobre eles?

ANEXO 6

MEMÓRIA DE CÁLCULO

1. Dados Demográficos

1.1. População

A população dos municípios de estudo baseou-se nos resultados do recenseamento de 1991 e na contagem da população de 1996, efetuados pelo IBGE. Como a população de 1992 a 1995, estimada pelo IBGE a partir dos censos de 1980 e 1991, freqüentemente revelou valores não compatíveis com aqueles obtidos na contagem de 1996, recalculou-se a população dos municípios, utilizando os anos de 1991 e 1996 como extremos. O próprio IBGE orientou que se utilizasse o método geométrico, que em sua forma simplificada, assim se apresenta (LAURENTI, 1986:):

$$\log (\text{população } 1996) = \log (\text{população } 1991) + [(1996-1991) \times \log (1+r)]$$

1.2. Nascidos Vivos

Para o cálculo do número de nascidos vivos estimados a cada ano, utilizou-se a taxa de Natalidade obtida para cada município, em 1991, aplicando-a às populações estimadas para os anos seguintes. Acredita-se que como há uma tendência nacional de diminuição das Taxas de Natalidade, tais estimativas estejam super dimensionadas, mas como a mesma metodologia foi aplicada a todos os municípios, seu efeito enviesador provavelmente foi reduzido. Além disso, a partir de 1995, foram utilizados mais os dados fornecidos pelo SINASC que aqueles obtidos por estimativas censitárias.

2. Financiamento

Em relação aos indicadores que abordaram o financiamento, trabalhou-se apenas com receitas e despesas correntes, excluindo-se quaisquer receitas e despesas de capital (obras, construções, benfeitorias) que variaram muito, no tempo e espaço analisados.

2.1. Receitas Correntes Municipais Próprias

Foram consideradas como receitas correntes próprias de cada município todas aquelas que o município contabilizou em seus Balanços Gerais, excluídas as transferências intergovernamentais constitucionais ou decorrentes de convênios:

Receitas Correntes Próprias = Total de receitas – Total de Transferências

A relação entre Receitas Correntes Próprias e Total de Receitas x 100, reflete o percentual de dependência financeira do município

2.2. Receitas Correntes Gerais per capita

São dadas pela somatória de todas as receitas, contabilizadas durante um ano, num dado município, dividindo-a pela população daquele município:

$$\text{Receitas Correntes Gerais per capita} = \frac{\text{Receitas Correntes Gerais, município X, ano Y}}{\text{População, município X, ano Y}}$$

2.3. Despesas Correntes Municipais com Saúde, per capita

Para seu cálculo considerou-se o total de recursos que o município gastou com saúde, segundo seu Balanço Global, excluiu-se deste total as transferências feitas pelo Ministério da Saúde, dividindo-se o resultado pela população:

$$= \frac{\text{Total recursos gastos com saúde – Recursos transferidos pelo M S, município X, ano Y}}{\text{População, município X, ano Y}}$$

Não foram identificadas, nos Balanços Gerais, na maioria dos municípios estudados, as Transferências intergovernamentais específicas para a saúde, razão pela qual somente se considerou ao recursos transferidos e informados pelo DATASUS, o que excluiu aqueles recursos eventualmente transferidos pelo Governo do Estado.

2.4. Contrapartida Municipal para a Saúde

O objetivo deste indicador era informar o percentual que o município vem empregando em saúde, do seu orçamento. Considerou-se como orçamento do município (ainda restrito a receitas corrente) o total de suas arrecadações mais as transferências intergovernamentais constitucionais (FPM, IPTU, IR, ICMS, IPVA, etc.). Não foram consideradas as transferências intergovernamentais específicas com saúde (quando aparecem), nem aquelas na forma de convênios. O numerador deste indicador é o mesmo referido no item anterior:

$$= \frac{\text{Total recursos gastos com saúde} - \text{Recursos transferidos pelo M S}}{\text{Total de receitas correntes} - \text{Transferências com saúde e/ou convênios}} \times 100$$

2.5. Recursos Financeiros gastos com Assistência Ambulatorial, per capita e por atendimento

O total de gastos com atendimentos ambulatoriais, levantado junto ao DATASUS, pode tanto informar os gastos por habitante (ao ser dividido pela população do município), como os gastos por atendimentos (ao ser dividido pelo total de atendimentos efetivamente pagos):

$$= \frac{\text{Recursos financeiros gastos com Assistência Ambulatorial, município X, ano Y}}{\text{População, município X, ano Y}}$$

$$= \frac{\text{Recursos financeiros gastos com Assistência Ambulatorial, município X, ano Y}}{\text{Número de atendimentos ambulatoriais pagos, município X, ano Y}}$$

2.6. Recursos Financeiros gastos com Assistência Hospitalar, per capita e por atendimento

À semelhança do anterior, utilizou-se o DATASUS, relacionando-se o total de recursos financeiros gastos com atendimentos hospitalares, por habitante (ao dividi-lo pela população do município), ou por internação (ao dividi-lo pelo total de internações pagas):

$$= \frac{\text{Recursos financeiros gastos com Assistência Hospitalar, município X, ano Y}}{\text{População, município X, ano Y}}$$

$$= \frac{\text{Recursos financeiros gastos com Assistência Hospitalar, município X, ano Y}}{\text{Número de internações hospitalares pagas, município X, ano Y}}$$

2.7. Recursos Gastos com saúde, por habitante

Este indicador reflete o quanto representa para cada indivíduo, os valores que vêm sendo aplicados em saúde. Infelizmente, por impossibilidade de identificá-los, nos Balanços Gerais, os gastos aplicados nos municípios pela Governo do Estado, não foram contabilizados

neste indicador. Ele é construído somando-se os indicadores expostos nos itens 2.3; 2.5 e 2.6, ou seja:

$$= \frac{\text{Despesas Corr. Municipais}}{\text{População}} + \frac{\text{Despesas com Ass. Ambulatorial}}{\text{População}} + \frac{\text{Despesas com Ass. Hospitalar}}{\text{População}}$$

3. Produção de Serviços

3.1. Atendimentos Ambulatoriais

Total de atendimentos ambulatoriais (apresentados ou pagos) cadastrados pelo SIA/SUS, divididos pela população do município de estudo:

$$= \frac{\text{Atendimentos ambulatoriais cadastrados no DATASUS, município X, ano Y}}{\text{População, município X, ano Y}}$$

Este indicador pode ser desagregado segundo várias atividades, relacionadas pelo DATASUS como “itens de programação” (AVEIANM, Consultas e Procedimentos Médicos e Odontológicos, Patologia Clínica, Radiologia, Terapia Renal Substitutiva, etc)

3.2. Internações Hospitalares

Total de internações hospitalares pagas pelo SUS e cadastrados pelo SIH/SUS, divididos pela população do município de estudo:

$$= \frac{\text{Internações hospitalares cadastradas no DATASUS, município X, ano Y}}{\text{População, município X, ano Y}}$$

Este indicador pode ser desagregado segundo capítulos da CID, ou segundo determinados procedimentos de internação.

3.3 Cobertura Vacinal

Calculou-se a Cobertura Vacinal entre as crianças menores de 1 ano e utilizou-se o Método Administrativo, considerando-se o total de doses registradas como doses completadas (3ª dose para Sabin e DPT; 1ª para anti-Sarampo e BCG):

$$= \frac{\text{Número de doses completadas, município X, ano Y}}{\text{Nascidos vivos, município X, ano Y}} \times 100$$

Até 1995, utilizou-se como denominador o número estimado de nascidos vivos, com base na Taxa de Natalidade calculada para cada município, com base no censo de 1991. De 1995 até 1998 utilizou-se basicamente o número de nascimentos fornecido pelo SINASC, mas também o estimado, quando a cobertura deste Sistema mostrava-se baixa.

3.4. Mortalidade Infantil

O Coeficiente de Mortalidade Infantil é a relação entre o número de óbitos entre os menores de 1 ano e a população de nascidos vivos, naquele ano. Para diminuir a influência de variações casuais, pelo fato de tratar-se de evento raro e de muitos municípios terem pequena população, trabalhou-se com 5 quatriênios: 1991–1994, 1992-1995, 1993-1996, 1994-1997, 1995-1998. A soma dos óbitos em cada quatriênio foi dividida pela soma da população de nascidos vivos no mesmo período, p. ex.:

$$= \frac{\Sigma \text{ óbitos de menores de 1 ano, município X, 1991 a 1994}}{\Sigma \text{ nascidos vivos, município X, 1991 a 1994}} \times 1000$$

3.5. Mortalidade Proporcional por Causa

Neste indicador foram considerados, para cada ano, o universo dos óbitos com causa definida, calculando-se o percentual de cada causa, ou grupo de causas de interesse, p. ex.:

$$= \frac{\text{Total de óbitos por Causas Externas, município X, ano Y}}{\text{Total de óbitos com causas definidas, município X, 1991 a 1994}} \times 100$$

3.6. Cobertura do SINASC

Esta cobertura pretende identificar qual o percentual de nascimentos cadastrados pelo SINASC, em relação ao total de nascimentos estimados, com base na Taxa de Natalidade:

$$= \frac{\text{Número de nascimentos cadastrados pelo SINASC, município X, ano Y}}{\text{Número de nascimentos estimados (IBGE), município X, ano Y}} \times 100$$

3.7. Baixo Peso ao Nascer

Totalmente extraído do SINASC, este indicador expressa a relação entre o número de nascimentos cujo peso informado era menor que 2500 g. de peso e o total de nascimentos cadastrados, com informação sobre o peso:

$$= \frac{\text{Número de nascimentos com peso menor que 2500g., município X, ano Y}}{\text{Total de nascimentos com informação sobre peso, município X, ano Y}} \times 100$$

Como a variável “peso ao nascer” tem preenchimento excelente nas DN, o denominador é praticamente igual ao total de nascimentos cadastrados pelo SINASC

3.8. Cobertura do Pré-Natal

À semelhança do anterior, é totalmente derivada do SINASC, representando a relação entre o total de mães que informaram mais de 6 consultas de pré-natal durante aquela gestação e o total de nascimentos com informação adequada sobre o pré-natal:

$$= \frac{\text{Número de mães com mais de 6 consultas de pré-natal, município X, ano Y}}{\text{Total de nascimentos com informação adequada sobre pré-natal, município X, ano Y}} \times 100$$

3.9. Percentual de Partos Cirúrgicos

É a relação entre o número de partos cesarianos e o total de nascimentos, ambos informados pelo SINASC:

$$= \frac{\text{Número de partos cesarianos, município X, ano Y}}{\text{Total de nascimentos, município X, ano Y}} \times 100$$

4. Resolutividade

4.1. Taxa de Abandono da Vacinação

Calculada pelo método administrativo, a Taxa de Abandono, da 1ª para a 3ª dose, informa o número de doses que deixaram de ser aplicadas, refletindo o número (e o percentual) de abandonos:

$$= \frac{\text{Total de 1ª doses} - \text{total de 3ª doses, município X, ano Y}}{\text{Total de 1ª doses, município X, ano Y}} \times 100$$

Este cálculo somente é possível para as vacinas que necessitam de mais de 1 dose, como Sabin, DPT, HIB, Hepatite.

4.2. Taxa de Invasão e Evasão de Internação

Tendo o SIH-SUS como fonte de dados, a invasão de internações é calculada tendo como denominador o total de internações ocorridas e por numerados aquelas de residentes em outros municípios:

$$= \frac{\text{Total de internações de residentes de outros municípios, ocorridas no município X, ano Y}}{\text{Total de internações ocorridas no município X, ano Y}} \times 100$$

Já a evasão tem como denominador o total de internações de residentes do município em estudo, enquanto o numerador informa o número desta internações ocorridas fora do município:

$$= \frac{\text{Total de internações ocorridas em outros municípios, de residentes do município X, ano Y}}{\text{Total de internações de residentes do município X, ano Y}} \times 100$$

Este dois indicadores somente puderam ser calculados, da forma apresentada, a partir de 1995, quando o SIH-SUS passou a informar em suas tabulações as internações por município de residência e município de ocorrência.

4.3. Taxa de Invasão de Óbitos e Nascimentos

A invasão e a evasão de óbitos tem como base o SIM, enquanto a de nascimentos utiliza o SINASC. Ambas são calculadas do mesmo modo a invasão de internações.

4.4. Óbitos por Causas Mal Definidas

Tendo como universo o total de óbitos de um determinado município, o percentual de óbitos por causa mal definidas é representado pela fração de óbitos cujas causas se incluem dentro da categoria de “Sinais, Sintomas e Afecções Mal Definidas” (capítulo XVI da CID-9) ou na categoria de “Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte” (capítulo XVIII da CID-10):

$$\text{Total de óbitos por causa mal definida (cap. XVI-9ª ou cap. XVIII-10ª), município X, ano Y} \\ = \frac{\text{Total de óbitos por causa mal definida (cap. XVI-9ª ou cap. XVIII-10ª), município X, ano Y}}{\text{Total de óbitos, município X, ano Y}} \times 100$$

ANEXO 1

Quadro 1 - Ordenação dos municípios mato-grossenses segundo seis indicadores selecionados

Quadro 1 - Ordenação dos municípios mato-grossenses segundo 6 indicadores selecionados

Nº	Município	Polo	Analfabetismo		Renda		C. SINASC		Cob. Pré-natal		Cob. Vacinal		R. Financeiros		Índice
001	Vera	Sinop	17,1	70,8	50,9	71,2	177,7	100,0	49,2	52,7	133,0	100,0	35,0*	100,0	82,5
002	Cuiabá	Cuiabá	10,1	90,3	46,6	80,0	99,7	99,6	48,7	52,1	84,2	74,9	20,9*	53,2	82,0
003	Sorriso	Sinop	6,6	100,0	49,0	75,1	113,6	100,0	50,5	54,0	119,3	100,0	11,7	53,2	80,4
004	S. José do Rio Claro	Diam.	21,1	59,7	62,4	47,6	108,2	100,0	89,5	95,8	154,9	100,0	16,3	74,1	79,5
005	Sinop	Sinop	10,6	88,9	46,6	80,0	113,1	100,0	44,5	47,6	87,2	79,7	-	-	79,2
006	Nova Guarita	Sinop	15,0	76,7	66,5	39,3	89,0	85,5	69,2	74,1	121,0	100,0	20,2*	91,8	77,9
007	Santa Carmem	Sinop	10,6	88,9	46,6	80,0	88,0	81,6	30,0	32,1	135,3	100,0	-	-	76,5
008	Jaciara	Roo	17,8	68,9	59,8	53,0	100,0	100,0	52,7	56,4	114,7	100,0	17,0	77,3	75,9
009	Canarana	B.G.	12,6	83,3	56,4	59,9	91,3	88,6	55,0	58,9	87,6	80,3	17,3*	78,6	74,9
010	Matupá	Sinop	16,0	73,9	59,0	54,6	100,0	100,0	22,5	24,1	95,9	93,5	29,4*	100,0	74,3
011	Nobres	Diam.	28,3	39,7	56,7	59,3	92,0	89,5	65,8	70,5	102,5	100,0	17,5	79,5	73,1
012	Primavera do Leste	Roo	10,9	88,1	49,8	73,4	106,2	100,0	23,7	25,4	117,1	100,0	8,9	40,5	71,2
013	Indiavaí	Cáceres	19,1	65,3	62,2	48,1	86,7	82,5	69,2	74,1	95,6	93,0	13,1	59,5	70,4
014	Várzea Grande	Cuiabá	13,4	81,1	59,1	54,4	94,2	92,4	51,8	55,5	77,6	64,4	15,8	71,8	69,93
015	Alta Floresta	Sinop	20,3	61,9	72,3	27,4	120,5	100,0	40,2	43,0	92,0	87,2	33,9*	100,0	69,91
016	Juruena	Juína	8,0	96,1	56,4	59,9	74,3	66,2	25,9	27,7	106,4	100,0	17,9	81,4	69,7
017	Tangará da Serra	T. Serra	19,8	63,3	59,4	53,8	113,7	100,0	61,5	65,8	75,6	61,3	15,8	71,8	69,33
018	Vila Rica	B.G.	18,1	68,1	62,2	48,1	99,1	98,8	34,6	37,0	83,4	73,7	19,8	90,0	69,28
019	Apiacás	Sinop	19,3	64,7	36,8	100,0	61,7	49,6	1,0	1,1	106,3	100,0	22,0	100,0	69,23
020	Lucas do Rio Verde	Sinop	8,2	95,5	46,1	81,0	93,2	91,1	16,4	17,6	101,0	100,0	6,2	28,2	68,9
021	Guarantã do Norte	Sinop	21,3	59,2	58,2	56,2	99,5	99,3	24,6	26,3	103,6	100,0	15,9	72,3	68,88
022	Nova Mutum	Diam.	10,3	89,7	56,2	60,3	109,0	100,0	34,6	37,0	114,0	100,0	12,0	54,9	68,4
023	Marcelândia	Sinop	24,4	50,6	56,7	59,3	54,7	40,4	63,6	68,1	125,0	100,0	19,9	90,4	68,1
024	Cláudia	Sinop	21,6	58,3	48,3	76,5	116,9	100,0	37,6	40,3	100,0	100,0	7,2	32,7	68,0
025	Peixoto de Azevedo	Sinop	29,7	35,8	48,8	75,5	145,0	100,0	12,2	13,1	95,1	92,2	19,7	89,5	67,68
026	Juara	Diam.	19,2	65,0	72,6	26,2	100,0	100,0	47,8	50,9	77,2	63,8	35,6*	100,0	67,66
027	Campo Verde	Roo	15,2	76,1	57,4	57,9	99,2	98,9	63,1	57,6	100,7	100,0	3,1	14,3	67,5
028	Diamantino	Diam.	12,1	84,7	60,0	52,6	91,6	88,9	55,1	59,0	102,9	100,0	4,3	19,5	67,4
029	C. Novo do Parecis	T. Serra	11,7	85,8	46,0	81,2	64,0	52,6	47,1	50,4	95,4	92,7	8,9	40,4	67,1

Nº	Município	Pólo	Analfabetismo		Renda		C SINASC		Cob. Pré-natal		Cob. Vacinal		R. Financeiros		Índice
030	Colider	Sinop	18,3	67,5	73,2	25,6	96,8	95,8	59,2	63,4	89,1	82,7	-	-	67,0
031	Barra do Garças	B.G.	14,1	79,6	58,9	54,8	88,2	84,5	55,4	59,3	75,6	61,3	13,3	60,5	66,6
032	Nova Olímpia	T. Serra	24,6	50,0	63,0	46,4	103,4	100,0	53,6	57,4	92,5	88,1	13,3	60,4	65,9
033	Cotriguaçu	Juína	8,0	96,1	56,4	59,9	74,3	66,2	13,6	14,6	94,5	91,3	-	-	65,6
034	Paranaita	Sinop	20,6	61,6	53,7	65,4	97,0	90,8	30,7	32,9	96,4	94,2	9,2	41,8	64,4
035	Juina	Juína	17,3	70,3	60,0	52,6	100,0	100,0	39,3	42,1	87,8	80,6	8,2	37,3	63,8
036	Cáceres	Cáceres	22,3	56,4	71,8	28,4	108,4	100,0	54,0	59,3	87,6	80,3	12,7	57,7	63,68
037	Itaúba	Sinop	17,3	70,3	69,9	32,3	75,1	67,2	50,7	54,3	117,0	100,0	12,6	57,3	63,6
038	Rondonópolis	Roo	16,8	71,7	57,9	56,9	99,6	99,5	0,0	0,0	92,7	88,4	14,3	64,8	63,55
039	Terra Nova do Norte	Sinop	15,0	76,7	66,5	39,3	83,6	78,4	28,3	30,3	90,6	85,1	14,3	65,0	62,5
040	Pontal do Araguaia	B.G.	22,1	56,9	32,5	69,8	55,7	41,7	72,7	77,8	112,3	100,0	-	-	61,8
041	Barra do Bugres	B.G.	29,5	36,4	71,7	28,6	130,0	100,0	30,6	32,8	97,5	96,0	16,6	75,5	61,6
042	Brasnorte	T. Serra	23,0	54,4	50,6	71,8	93,8	91,8	35,4	37,9	63,8	42,5	15,0	68,2	61,1
043	Tabaporã	Diam.	20,6	61,6	72,5	27,0	107,6	100,0	46,0	49,2	78,6	66,0	-	-	60,8
044	Nova Maringá	Diam.	21,1	59,7	62,4	47,6	68,8	58,9	71,7	76,8	74,0	58,7	-	-	60,34
045	Mirassol D'Oeste	Cáceres	21,0	60,0	59,5	53,6	85,5	80,9	15,5	16,6	94,6	91,4	13,0	59,1	60,30
046	Araguainha	Roo	25,1	48,6	61,1	50,3	-	-	-	-	227,0	100,0	26,7*	100,0	59,8
047	Dom Aquino	Cuiabá	21,0	60,0	70,7	30,7	66,5	55,9	8,2	8,8	73,4	57,8	-	-	59,7
048	Alto Araguaia	Roo	22,9	54,7	64,8	42,7	115,2	100,0	25,8	27,6	63,2	41,6	20,0*	90,9	59,6
049	S. José do Xingu	P A N	24,6	50,0	60,7	51,1	109,3	100,0	7,6	8,1	72,1	55,7	20,3	92,3	59,5
050	Pontes e Lacerda	Cáceres	22,1	56,9	64,8	42,7	106,2	100,0	31,7	33,9	73,7	58,2	10,8	49,1	56,8
051	Querência	B.G.	12,6	83,3	56,4	59,9	46,6	29,7	60,4	65,0	63,8	42,5	-	-	56,1
052	Comodoro	Cáceres	22,2	56,7	58,6	55,4	68,9	59,1	15,9	17,0	120,0	100,0	10,0	45,4	55,60
053	Rio Branco	Cáceres	28,5	39,2	65,8	40,7	96,4	95,3	37,3	39,0	75,5	61,1	12,8	58,2	55,58
054	Alto Taquari	Roo	16,0	73,9	62,2	48,1	-	-	-	-	260,0	100,0	-	-	55,5
055	Nova Xavantina	B.G.	21,4	58,9	66,2	39,9	84,8	80,0	28,2	30,2	52,5	24,6	21,6	98,2	55,3
056	Glória D'Oeste	Cácers	21,0	60,0	59,5	53,6	63,8	52,4	11,7	12,5	113,8	100,0	11,2	50,1	54,8
057	Aripuanã	Juína	25,1	48,6	62,8	46,8	69,6	60,0	9,4	10,1	127,8	100,0	13,5	61,4	54,5
058	Pedra Preta	Roo	27,5	41,9	70,6	30,9	72,3	63,6	43,1	46,1	131,2	100,0	9,4	42,7	54,2
058	Santo Afonso	T. Serra	25,4	47,8	72,9	26,2	75,3	67,5	7,3	7,8	206,7	100,0	16,5	75,9	54,2

Nº	Município	Pólo	Analfabetismo		Renda		C. SINASC		Cob. Pré-natal		Cob. Vacinal		R. Financeiros		Índice
060	Vila Bela	Cáceres	22,8	55,0	69,5	33,1	67,3	57,0	23,4	25,1	98,7	97,9	-	-	53,6
061	Novo São Joaquim	B.G.	22,5	55,8	64,4	43,6	56,0	42,1	27,7	29,7	104,0	100,0	10,4	47,3	53,1
062	Figueirópolis	Cáceres	28,6	38,9	73,8	24,3	75,9	68,3	10,2	10,9	82,7	72,5	22,0	100,0	52,5
063	Tapurah	Diam.	15,4	75,6	55,4	62,0	45,6	28,4	13,3	14,2	58,4	34,0	23,1*	100,0	52,4
064	Castanheira	Juína	16,5	72,5	75,3	21,3	79,2	72,6	52,5	56,2	83,6	74,0	3,8	17,3	52,31
065	Lambari D'Oeste	Cáceres	28,5	39,2	65,8	40,7	75,0	67,1	50,5	54,1	75,0	60,3	-	-	52,28
066	Água Boa	B.G.	21,6	58,3	64,3	43,8	70,9	61,7	55,2	59,1	72,3	56,0	7,5	34,1	52,2
067	Poconé	Cuiabá	27,1	43,1	65,2	41,9	99,3	99,1	24,8	26,5	84,4	75,2	4,3	19,5	50,9
068	Nortelândia	Diam.	19,0	65,6	69,0	34,2	24,0	0,0	17,6	18,8	98,6	97,8	19,1	86,8	50,5
069	Alto Garças	Roo.	17,0	71,1	64,3	43,8	83,1	77,8	74,5	79,8	37,6	10,0	6,2	28,2	50,3
070	Paranatinga	Cuiabá	24,7	49,7	71,2	29,7	50,0	34,2	12,2	13,1	91,6	86,7	19,4	88,2	50,2
071	Itiquira	Roo	24,4	50,6	72,5	27,0	61,3	49,1	29,1	31,2	98,1	97,0	10,0	45,4	50,0
072	Jauru	Cáceres	31,2	31,7	83,9	3,7	93,4	91,3	8,1	8,7	119,0	100,0	14,2	64,5	50,0
073	Araputanga	Cáceres	21,3	59,2	65,7	40,9	107,2	100,0	39,8	41,5	62,0	39,7	4,0	18,2	49,9
074	Denise	T. Serra	29,6	36,1	78,5	14,7	98,4	97,9	10,8	11,6	115,0	100,0	7,8	35,4	49,2
075	Acorizal	Cuiabá	26,5	44,7	78,7	14,3	75,1	67,2	48,6	52,0	79,3	67,2	-	-	49,1
076	S. José dos 4 Marcos	Cáceres	20,4	61,7	72,8	26,4	94,0	92,0	15,6	16,7	80,6	69,2	6,0	27,3	48,8
077	Poxoréo	Roo	22,5	55,8	72,5	27,0	49,2	33,2	34,3	36,7	51,6	23,2	8,0	36,4	48,5
078	S. Pedro da Cipa	Roo	17,8	68,9	59,8	53,0	24,0	0,0	0,0	0,0	173,5	100,0	15,0	68,2	48,35
079	Rosário Oeste	Diam.	34,2	23,3	78,6	14,5	110,0	100,0	3,5	3,7	121,0	100,0	-	-	48,30
080	Nova Bandeirantes	Sinop	20,3	61,9	72,3	27,4	98,5	98,0	8,6	9,2	70,0	52,4	10,1	40,6	48,2
081	Ponte Branca	B.G.	23,7	52,5	70,0	32,1	51,7	36,4	13,3	14,2	125,9	100,0	11,8	53,6	48,1
082	Porto Estrela	T. Serra	29,5	36,4	71,7	28,6	47,8	31,3	16,3	17,5	135,6	100,0	15,5	70,4	54,8
083	Salto do Céu	Cáceres	39,0	10,0	80,3	11,0	83,9	78,8	35,7	38,2	76,6	62,9	17,8	80,9	47,0
084	N Horizonte do Norte	Diam.	24,4	50,6	76,8	18,2	81,7	75,9	93,4	100,0	49,5	19,8	2,0	9,1	45,6
085	Chapada Guimarães	Cuiabá	25,6	47,2	68,0	36,2	95,4	93,9	19,4	20,8	56,2	30,4	8,8	40,0	44,7
086	Guiratinga	Roo.	21,2	59,4	68,6	35,0	83,6	78,4	21,5	23,0	64,4	43,5	6,2	28,2	44,6
086	Porto dos Gaúchos	Diam.	20,6	61,6	72,5	27,0	57,5	44,1	33,3	35,7	70,5	53,2	10,1	45,9	44,6
088	S. José do Povo	Roo	16,8	71,7	57,9	56,9	32,9	11,7	0,0	0,0	85,5	77,0	10,4	47,3	44,1

Nº	Município	Polo	Analfabet.		Renda		C. SINASC		Cob. Pré-natal		Cob. Vacinal		R. Financeiros		Índice
089	Araguaiana	B. G.	27,5	41,9	73,0	26,0	62,4	50,5	15,1	16,2	72,0	55,6	16,3*	74,1	44,05
090	Alto da Boa Vista	P A N	30,4	33,9	61,7	49,1	24,0	0,0	8,3	8,9	88,9	82,4	18,2	87,3	43,6
091	Nova Marilândia	T. Serra	25,4	47,8	72,9	26,2	-	-	-	-	220,0	100,0	9,6	43,6	43,5
092	Arenápolis	T. Serra	25,4	47,8	72,9	26,2	94,0	92,0	12,1	13,0	67,2	47,9	6,9	31,4	43,1
093	General Carneiro	B.G.	25,3	48,1	69,9	32,3	48,6	32,4	20,8	22,3	86,2	78,1	-	-	42,6
094	Porto Esperidião	Cáceres	23,5	53,1	73,9	24,1	68,2	58,2	3,8	4,1	77,4	64,1	11,4	51,2	42,5
095	Reserva do Cabaçal	Cáceres	35,1	20,8	77,5	16,8	52,9	38,0	38,9	41,6	100,0	100,0	7,6	34,5	41,9
096	Confresa	P A N	34,7	21,9	70,7	30,7	63,1	50,1	5,0	5,4	48,3	17,9	18,3	83,2	41,8
097	Tesouro	Roo	23,0	54,4	72,5	27,0	71,1	61,9	12,6	13,5	66,6	47,0	10,0	45,5	41,5
098	Ribeirão Cascalheira	P A N	29,4	36,4	63,6	45,2	58,7	45,7	7,4	7,9	94,3	91,0	4,7	21,4	41,3
099	Nova Brasilândia	Cuiabá	30,5	33,6	78,8	14,1	69,4	59,7	29,0	31,0	79,1	66,8	8,8	40,0	40,8
100	Alto Paraguai	Diam.	27,3	42,5	74,2	23,5	26,3	3,1	22,2	23,8	103,2	100,0	9,8	44,5	40,1
101	Ribeirãozinho	B. G.	23,7	52,5	70,0	32,1	74,4	66,3	10,3	11,0	51,3	22,7	10,1	45,9	38,41
102	Nova Monte Verde	Sinop	20,3	61,9	72,3	27,4	53,1	38,3	29,8	31,9	44,3	11,6	12,3	55,9	37,8
103	Jangada	Cuiabá	39,6	7,5	74,8	22,9	53,4	38,7	53,5	57,3	119,0	100,0	0,1	0,0	37,7
104	Santa Terezinha	P A N	34,7	21,9	70,7	30,7	72,7	64,1	12,8	13,7	72,6	56,5	-	-	37,4
105	S. A. do Leverger	Cuiabá	32,0	29,4	76,3	19,2	58,8	45,3	35,2	37,7	37,8	1,3	17,7	80,4	35,55
106	S. Felix do Araguaia	P A N	31,4	31,1	59,9	52,8	82,8	77,4	6,8	7,3	51,8	23,5	4,6	20,9	35,5
107	Torixoreu	B. G.	22,1	56,9	69,8	32,5	62,2	50,3	4,3	4,6	39,9	4,6	12,1	55,0	33,9
108	Luciara	P A N	24,6	50,0	60,7	51,1	34,8	14,2	21,7	23,2	56,1	30,3	-	-	33,8
109	Nova Canaã do Norte	Sinop	25,1	48,6	71,0	30,1	58,1	44,9	38,2	40,9	37,0	0,0	7,9	35,9	33,4
110	Juscimeira	Roo	22,6	55,6	71,6	28,8	40,0	21,0	19,8	21,2	49,8	20,3	8,8	40,1	31,2
111	Planalto da Serra	Cuiabá	30,5	33,6	78,8	14,1	40,1	21,2	26,9	28,8	73,4	57,8	-	-	31,1
112	P. Alegre do Norte	P A N	28,1	56,9	78,9	13,9	82,0	76,3	16,1	17,2	40,8	6,0	3,4	15,3	28,2
113	Canabrava do Norte	P A N	28,0	40,5	66,4	39,5	35,7	15,4	9,1	9,7	52,6	24,8	5,9	26,8	26,1
114	Cocalinho	B.G.	27,5	41,9	70,4	30,3	51,1	35,7	13,2	14,1	39,1	3,3	-	-	25,1
115	Campinápolis	B. G.	31,2	31,7	60,7	51,1	37,8	18,2	4,5	4,8	43,5	10,3	-	-	23,2
116	Barão de Melgaço	Cuiabá	40,8	15,0	85,7	0,0	37,2	17,4	14,1	15,1	56,5	31,0	6,9	31,4	18,3
117	N. Sr ^a do Livramento	Cuiabá	42,6	0,0	79,6	12,5	35,4	15,0	37,9	40,6	42,8	9,2	-	-	15,5

* 1ª Coluna = Indicadores levantados; 2ª Coluna = Valores obtidos por transformação em escala de 0 a 100