

HELENA ALVES DOS SANTOS

**FINANCIAMENTO E GASTOS NA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE - SC
DE 1999 A 2003 - UM ESTUDO DE CASO**

Florianópolis - SC

2005

HELENA ALVES DOS SANTOS

**FINANCIAMENTO E GASTOS NA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE - SC
DE 1999 A 2003 - UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública – Área de concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas de Saúde.

ORIENTADOR: DR. JOÃO CARLOS CAETANO

**Florianópolis - SC
2005**

SANTOS, Helena Alves dos.

FINANCIAMENTO E GASTOS NA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE - SC DE 1999 A 2003 - UM ESTUDO DE CASO/ Helena Alves dos Santos; orientação Prof. Dr. João Carlos Caetano. Florianópolis, 2005. 71f.

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

1. Saúde Pública. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Joinville.

Dedicatória

Esse título de mestre em Saúde Pública é dedicado às minhas filhas, Stella e Beatriz, pois sempre compreenderam minha ausência. Sem isso, não teria sido possível a caminhada até ao fim do trabalho.

Agradecimento

A Deus, que me proporcionou o ingresso, a permanência e a conclusão desse Mestrado. Sem a Sua ajuda, eu não teria conseguido realizar esse sonho!

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	viii
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
1. INTRODUÇÃO	01
1.1 IMPORTÂNCIA DO TEMA PROPOSTO	01
1.2 OBJETIVO GERAL	05
1.2.1 Objetivos Específicos	05
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	06
2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E SEU FINANCIAMENTO NO BRASIL	06
2.2 ORÇAMENTO E PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	17
2.2.1 Plano Plurianual	18
2.2.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias	18
2.2.3 Lei Orçamentária Anual	19
2.3 GESTÃO FINANCEIRA DO SUS: INSTRUMENTOS DE GESTÃO	21
2.3.1 Agenda da Saúde	21
2.3.2 Plano de Saúde	21
2.3.3 Quadro de Metas	22
2.3.4 Relatório de Gestão	22
2.4 CARACTERÍSTICAS E PERFIL DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE	23
2.4.1 A saúde em Joinville	25
3. MATERIAL E MÉTODO	29
3.1 FONTE DE DADOS	29
4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM TÉCNICOS DA SMS E CONSELHEIROS MUNICIPAIS	33
5. ANÁLISE DOS RECURSOS FINANCEIROS RECEBIDOS PELO MUNICÍPIO DE JOINVILLE NO PERÍODO 1999 – 2003	41

CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	64

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAE	Comissão de Assuntos Externos
CAI	Comissão de Assuntos Internos
CAP's	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CF	Constituição Federal
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
DF	Distrito Federal
DOU	Diário Oficial da União
EM-29	Emenda Constitucional nº 29
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
GPABA	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta complexidade
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MC	Média Complexidade
MI	Ministério do Interior
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTb	Ministério do Trabalho
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso Assistencial Básico
PMJ	Prefeitura Municipal de Joinville
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SAS/MS	Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Terapia Renal Substitutiva

SANTOS, Helena Alves dos. *FINANCIAMENTO E GASTOS NA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE - SC DE 1999 A 2003 - UM ESTUDO DE CASO*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC, 2005

RESUMO

A questão do financiamento público de saúde brasileiro é um dos pontos mais complexos desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que requer uma ampla discussão entre todos os envolvidos a fim de se disponibilizar mais recursos para a saúde e também, para se propiciar uma melhor eficiência dos gastos. A descentralização das ações e das responsabilidades requer que todas as esferas de governo tenham participação efetiva na administração dos recursos financeiros e controle das despesas com saúde. O nosso país busca reformas nas áreas administrativa, previdenciária e tributária para que possa haver melhor remanejamento do orçamento da União para os diversos setores, principalmente na questão da seguridade social onde a saúde encontra-se inserida. Neste trabalho, buscou-se analisar os repasses financeiros recebidos pelo município de Joinville –SC tanto das esferas federais, estaduais e municipais e o destino que estes recursos tiveram dentro da média e alta complexidade e atenção básica no período de 1999 a 2003. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa haja vista que, além da análise dos valores monetários também foram realizadas entrevistas com pessoas importantes dentro do SUS de Joinville, tanto técnicos da Secretaria Municipal de Saúde quanto conselheiros do Conselho Municipal de Saúde. Constatou-se que os recursos aumentaram ano a ano havendo uma inversão do modelo de atenção que antes, privilegiava a média e alta complexidade e que agora vem sendo incentivado maiores ações dentro da atenção básica através, principalmente, dos incentivos financeiros como o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários (PACS). Nas entrevistas percebeu-se que além da idéia que os recursos financeiros são insuficientes, também existe a noção que a má administração é responsável pelo mau uso dos recursos. Capacitações para os conselheiros municipais, que integram os Conselhos Municipais de Saúde e que são responsáveis pela aprovação dos Planos de Saúde, também seria uma forma de propiciar melhor controle do sistema público de saúde.

PALAVRAS – CHAVE: Financiamento do SUS; Saúde Pública em Joinville; Recursos escassos

SANTOS, Helena Alves dos. *FINANCING AND EXPENSES IN HEALTH IN JOINVILLE – SC BETWEEN 1999 AND 2003 - A CASE OF STUDY*. Dissertation (Mastery in Public Health). Program of Pos-Graduation in Public Health, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis - SC, 2005

ABSTRACT

The subject of the public financing of Brazilian health has been one of the most complex points since the implementation of SUS and it requires a wide discussion among all that are involved in order to arrange more resources for health and also, to offer a better efficiency to the expenses. The decentralization of actions and responsibilities of the financial resources and the control of the expenses with health. Our country searches renovation in the administrative, social welfare and tributary departments in order to have a better redistribution of the budget of the Union for the different sections, mainly in the social welfare where the health is inserted. In this work, it was intended to analyze the financial part that was received by the city of Joinville - SC, from the federation, state and municipal departments and the destiny that these resources had in the medium and high complexity and basic attention in the period between 1999 and 2003. It has to do with a quali-quantitative research considering that beyond the analysis of the monetary values interviews were also carried out with important people from the SUS of Joinville, such techniques of the Municipal Secretary of Health as people from the Municipal Council of Health. It was verified that the resources increased year by year having an inversion in the model of attention that before, privileged the average and high complexity and now it is being incentivated higher actions in the basic attention though, mainly, the financial incentives like the Health Program of the Family (PSF) and the Program of Communitarian Agents (PACS). In the interviews it was perceived that beyond the idea that the financial resources are insufficient, it also exists the notion that the misdeed administration is responsible by the misdeed use of the resources. Giving courses to the municipal agents, that make part of the Municipal Councils of Health and are responsible by the approval of the health assurance, also could be a way of propose better control of the public system of health.

WORDS - KEY: Financing of SUS; Public Health in Joinville; Scarce resources

1. INTRODUÇÃO

1.1 IMPORTÂNCIA DO TEMA PROPOSTO

“A crise do financiamento tem como causas a irregularidade e a insuficiência dos fluxos financeiros e os critérios de repasse, que não contemplam a equidade como princípio orientador.” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10ª, 1999)

“O financiamento está no gargalo, tem muitas desigualdades. Não é porque o município oferece muitos serviços que ele dará conta do que a população precisa.” (CANTARINO)

Com essas frases de impacto, pretendemos esclarecer inicialmente, qual é o tema proposto para a realização desse trabalho e também quanto a sua importância.

Sabe-se que o tema “Economia na Saúde”, principalmente a pública, é muito específico e denso, restringindo o seu estudo e dificultando o encontro de bibliografia específica. Mesmo ciente das dificuldades teóricas, pretende-se contribuir para uma melhor compreensão e aprofundamento deste aspecto no Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme relatório final do Grupo de Trabalho Interministerial (BRASIL, DECRETO PRESIDENCIAL, 1994) que estudou a racionalização dos gastos com saúde e a melhoria do atendimento à população “a questão do financiamento, muito em evidência, não pode ser analisada independentemente da discussão da eficiência e eficácia do gasto. Os recursos são poucos, mas, pode-se dizer que, na grande maioria dos casos, gasta-se mal”

A questão dos recursos financeiros para o SUS e a sua distribuição é um assunto complexo e que merece um aprofundamento para que se possa planejar qual a melhor distribuição possível desses recursos dentro de uma realidade que nos é apresentada como sendo muitas vezes escassa conforme FALEIROS (2003): “A questão da escassez de recursos (...) é extremamente polêmica e

complexa, pois envolve pontos de vista éticos, políticos, religiosos e econômicos, e não pode ser desvinculada do contexto em que se situa.”

Para qualquer estudo na área da saúde no Brasil, é necessário analisar a evolução das políticas públicas descrevendo o progresso histórico de tais políticas, pois a importância da relação entre o passado e o futuro faz com que o desenvolvimento do objeto se torne mais claro.

Conforme ROSEN (1980) estudar a história é indispensável:

Para qualquer pessoa que quiser contribuir para o aumento do conhecimento em um campo específico da ciência, o estudo de sua história é uma tarefa indispensável. Com o objetivo de evitar a crítica de superficialidade e de conseguir um verdadeiro sucesso, tal pessoa, quando se lança a investigação do problema delimitado, já deve ter dominado completamente tudo que tiver sido escrito sobre ele (p. 24-25).

Portanto, o estudo do desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil estabelece uma ligação entre o passado e o presente, permitindo uma visão panorâmica provável do futuro.

Este trabalho constituiu-se numa investigação exploratória conforme LAKATOS E MARCONI (1990, p. 77) afirmam que nesse tipo de estudo podemos identificar uma dessas três finalidades :”desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos.”

A pesquisa realizada permitiu apontar as dificuldades entre o planejar e o fazer existente no processo de formulação-execução da política pública de saúde municipal de Joinville, focalizando os repasses financeiros, em seus três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade, entre os anos de 1999 a 2003, destacando também a percepção dos sujeitos envolvidos com o controle social da saúde no município.

O objeto de estudo se justifica devido à escassez de trabalhos científicos existentes sobre os repasses financeiros para o SUS e quais foram as suas utilizações.

Citando LAKATOS E MARCONI a escolha de um tema de pesquisa significa: “selecionar um assunto de acordo com as inclinações, as possibilidades, as aptidões e as tendências de quem se propõe a elaborar um trabalho científico e encontrar um objeto que mereça ser investigado cientificamente e tenha condições de ser formulado e delimitado em função da pesquisa”. (p. 23)

Deve-se levar em consideração também, a relevância do tema que, o município de Joinville é a maior cidade do estado de Santa Catarina, sendo também, uma das mais importantes do sul do país.

Outra motivação para a realização desta pesquisa deriva do envolvimento da pesquisadora enquanto funcionária concursada no município desde 1993. Embora pertencendo a uma categoria profissional específica; “cirurgiã-dentista”, sua preocupação não se restringe apenas ao setor da odontologia, sim, a todo o sistema público de saúde.

O presente trabalho foi dividido em cinco capítulos, pensando-se numa melhor organização dos assuntos e das idéias principais.

Neste primeiro capítulo, encontra-se: a importância do financiamento para a saúde no Brasil; a motivação para a realização do estudo, assim como também os objetivos da pesquisa.

No capítulo dois, discute-se a evolução das políticas de saúde no Brasil localizando o estado de Santa Catarina dentro das mudanças ocorridas durante os anos de 1999 a 2003, descrevendo detalhadamente o município de Joinville-SC, com relação aos repasses financeiros recebidos para a saúde pública. Para contextualizar será feito um breve relato da história da emancipação política da cidade e suas principais características econômicas, culturais, entre outras, haja vista que não se pode deixar de considerar a renda per capita do município e os aspectos de acolhimento de pessoas que vêm constantemente à Joinville para os eventos turísticos e de negócios e que, supõe-se, na teoria, se utilizarão do sistema de saúde da cidade enquanto aqui estiverem. O momento escolhido para o recorte temporal ocorreu devido à possibilidade de obtenção dos dados.

No capítulo três é descrito o método utilizado para a realização do trabalho.

Durante os capítulos quatro e cinco é feita a análise do resultado da pesquisa. No capítulo quatro a análise refere-se a percepção que cinco técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville e cinco Conselheiros Municipais têm com relação ao destino dos recursos. No capítulo cinco descreve-se os dados financeiros recebidos pelo município de Joinville no período de 1999 a 2003 tanto da esfera federal, quanto estadual e municipal e analisa-se o destino destes repasses dentro da atenção básica e da média e alta complexidade.

Após serem apresentados os dados colhidos durante a pesquisa, tecem-se algumas considerações finais, à guisa de conclusão e após, as referências bibliográficas e os anexos.

1.2 OBJETIVO GERAL

Analisar as receitas e as despesas com ações de saúde no âmbito do SUS, no município de Joinville-SC, compreendendo os anos de 1999 a 2003.

1.2.1 Objetivos Específicos

- quantificar os recursos financeiros anuais destinados à assistência à saúde no município de Joinville - SC, identificando de quais esferas de governo foram provenientes (federal, estadual ou municipal), no período de 1999 a 2003;
- descrever o destino dos recursos financeiros para a saúde em Joinville - SC situando-os dentro da atenção básica, da média e alta complexidade, no período referido;
- comparar os dados financeiros oriundos de receita própria municipal em relação à receita total com saúde;
- verificar qual a percepção que alguns funcionários e conselheiros de saúde têm com relação aos recursos financeiros para a saúde pública de Joinville.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SEU FINANCIAMENTO NO BRASIL

A saúde pública no Brasil, veio a ser organizada à partir do século XIX, porém, encontrava-se apenas preocupada com o controle de epidemias e endemias. Os setores do governo responsáveis pelas ações de saúde, neste período, caracterizavam-se pela centralização, verticalização e pelo caráter emergencial, esporádico e campanhista.

Com a substituição do modelo econômico agroexportador para o processo de industrialização e com os movimentos trabalhistas urbanos, começou a surgir a Previdência Social no Brasil. Passou-se a pensar numa assistência à saúde mais ampla para os trabalhadores, sendo que a primeira permanente e obrigatória Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP's) foi a dos Ferroviários em 1923, sendo seu financiamento feito por empresários e trabalhadores, tendo como ações centrais os auxílios pecuniários e a assistência médica.

No ano de 1930 é criado o Ministério da Educação e Saúde possuindo dois departamentos nacionais, o de Educação e o de Saúde. O novo Ministério estava voltado, principalmente, para campanhas sanitárias centralizadas.

Como uma tentativa de unificar a Previdência no Brasil, pois, neste momento, já existiam várias CAPs, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social no ano de 1947.

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) surgiram, a partir das CAP's, com forte peso dos sindicatos de trabalhadores e entidades patronais, em relação ao Governo Federal, na sua organização e gestão, inclusive da assistência médico-hospitalar. Houve a separação por categorias profissionais e, à partir daí, houve a introdução da contribuição do estado com relação ao financiamento que passa a ser tripartite: Estado, empresários e empregados são responsáveis pela manutenção da assistência previdenciária.

Em 1966 é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), através do decreto-lei nº 72, concentrando e uniformizando os benefícios dos IAP's e em 1977, surge o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Os anos anteriores a 1974, na área da saúde, privilegiavam enormemente o setor privado, numa medicina liberal, com atendimento preferencialmente hospitalar, enfatizando o repasse de recursos aos produtores de insumos.

Através da Lei nº 6229 de 17 de julho de 1975, que dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, o governo federal estabelecia que caberia ao Ministério da Saúde (MS) a execução de ações de Saúde Pública, com caráter sanitarista e preventivo de alcance coletivo; ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) o atendimento médico individualizado, de natureza curativa; ao ministério da Educação e Cultura (MEC) a formação de profissional de nível universitário; ao Ministério do Interior (MI), as ações de saneamento e política habitacional; ao Ministério do Trabalho (MTb) a higiene e segurança do trabalho e doenças profissionais.

No período regido pelo INPS e depois INAMPS, que eram autarquias do MPAS, os cidadãos enquadravam-se, quanto à Assistência à saúde: nos que podiam pagar, isto é, possuíam planos privados; os que recebiam assistência pelo INAMPS ou pelas próprias empresas em que trabalhavam (trabalhadores com carteira assinadas e autônomos) e os não contribuintes, sem direito à saúde. No caso das empresas, elas obtinham devolução de parte das contribuições recolhidas ao INPS/INAMPS. Algumas empresas, porém, garantiam a saúde de seus trabalhadores, independente da compensação com o INPS/INAMPS.

Durante o período de 1930 a 1988, o modelo hospitalocêntrico era hegemônico sobre a medicina preventiva.

Em 1983 foram implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) com o intuito de se desenvolver ações mais eficientes e eficazes através de uma articulação inter-institucional.

Através do Decreto nº 94657 de 20 de julho de 1987, o governo federal dispõe sobre a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Porém, este Decreto apenas criava o SUDS, referindo que o seu objetivo era o de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde (Artigo 1º) sendo que os Ministros de Estado da Saúde e da Previdência e Assistência Social baixarão as instruções necessárias à execução do disposto neste Decreto.

O Decreto nº 95861 de 22 de março de 1988 veio definir as competências do MPAS no que se refere ao SUDS, definindo as celebrações de convênios do INAMPS com os Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios, mediante autorização do Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social (artigo 1º) suas ações e financiamentos (letras: a, b, c e d) foi. Posteriormente, com o Decreto nº 97275 de 16 de dezembro de 1988 o Governo Federal estabelece, no seu artigo 4º, que o Ministério da Saúde transferirá recursos financeiros para aplicação nos serviços de saúde dos Estados.

Com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 passou a ser definido que a saúde é um bem de todos e para todos (art 196).

Em 7 de março de 1990, através do decreto nº 99060, o INAMPS foi transferido do MPAS para o MS representando um passo significativo para o cumprimento da diretriz constitucional de construção do Sistema Único de Saúde com direção única, em cada esfera de governo (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10ª, 1999).

Seguindo a evolução da legislação em saúde o governo federal, a fim de regulamentar o processo de descentralização da saúde, editou as Leis Orgânicas da Saúde (nº 8080/90 e nº 8142/90) que vieram definir as responsabilidades, princípios, diretrizes e competências das diferentes esferas de governo. A Lei 8142/90 nasce para completar duas questões vetadas na Lei 8080: as bases do financiamento tripartite, ou seja, participação das esferas federal, estadual e municipal, e o controle social pelos Conselhos e Conferências de Saúde, um importante instrumento para a efetivação dos princípios do SUS. Integrando os Conselhos de Saúde na estrutura legal do Poder Executivo ocorre uma grande

conquista para o controle social, pois sua composição possibilita que as decisões sejam tomadas por parcelas distintas da sociedade, tanto usuários quanto prestadores de serviços e profissionais de saúde.

Conforme o disposto na Lei 8080, art. 35, os critérios para a transferência de recursos a estados, municípios e distrito federal seriam: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. Sendo que *metade dos recursos (...) será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.*

Na lei 8142, os Conselhos de Saúde devem atuar na formulação de estratégias e na verificação da execução da política de saúde, não sendo de sua competência, assumir qualquer ato de gestão. Deve o gestor levar ao conhecimento do conselho, para análise prévia dos seus atos de gestão mais relevantes como o plano, o orçamento, as normas básicas, a avaliação dos resultados para a população, entre outros.

Ainda art. 4º da referida lei encontra-se mais alguns preceitos que deverão estar presentes para o recebimento dos recursos: existência do Fundo de Saúde; Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99438, de 7 de agosto de 1990; Plano de saúde; Relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990; Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Continuando com o resgate histórico da saúde em nível nacional, cabe mencionar que, após a edição das Leis Orgânicas da Saúde, houve a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB's) que tiveram a função de operacionalizar, progressivamente, a transição do antigo modelo de atenção e financiamento à

saúde da época anterior à CF/88 para um modelo muito mais justo, equânime, cujo modelo precisava ser reorientado conforme estados e municípios tivessem condições de se adaptarem.

As primeiras NOB's a serem editadas foram as NOB's 91 e 92, ambas com definições que contradiziam a Lei 8080/90 no que se refere ao repasse dos recursos federais para estados e municípios e, devido a este aspecto sofreram críticas e não foram aceitas em muitos municípios brasileiros.

Pode-se considerar como realmente efetivada a NOB/93 de 20 de maio de 1993, editada pela portaria nº 545.

Com a publicação da NOB/93 os municípios se habilitavam em três categorias conforme sua capacidade administrativa e financeira: incipiente, parcial e semiplena. Neste tipo de gestão o município passa a receber diretamente a totalidade de recursos para o custeio ambulatorial e hospitalar dos serviços públicos, passando a ser o pagador das instituições privadas conveniadas ao SUS.

Através da Portaria nº 2203/MS (DOU) de 06 de novembro de 1996, é publicada a NOB/96. Ela trouxe alguns avanços e aperfeiçoamentos, entre eles: estabelecimento da Programação Pactuada Integrada (PPI), criação do Piso de Atenção Básica (PAB), novas formas de gestão para estados e municípios, redefinição das atribuições de cada nível de governo para com a gestão do SUS.

O PAB representou um importante avanço no processo de descentralização do SUS na medida em que garantia um montante mínimo de recursos, transferidos regular e automaticamente do MS aos municípios.

As habilitações, conforme preconizava a NOB/96 passaram a ser, para os estados: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual e, para os municípios: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

Conforme preconizado na NOB/96, o Piso de Atenção Básica (PAB) consiste em valores financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade exclusivamente municipal. Ele é definido pela multiplicação de um valor pelo número de habitantes do município e

transferido regular e automaticamente do Ministério da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, sendo exata, a parte fixa do PAB. A parte variável é repassada para aqueles municípios que desenvolvem ações nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, assistência farmacêutica básica, combate às carências nutricionais, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF), entre outras, conforme os municípios realizem convênios com o Ministério da Saúde.

Com a implantação da NOB/96, Santa Catarina habilitou-se na Gestão Plena do Sistema Estadual através da Portaria do Gabinete do Ministro (GM) do Ministério da Saúde (MS) nº 1360, de 09 de dezembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União (DOU). Neste tipo de gestão, o estado recebe de forma regular e automática, os recursos financeiros para gerenciamento do sistema de saúde no âmbito estadual, cooperando com recursos técnicos e financeiros junto aos municípios.

Outro instrumento que foi instituído pela NOB/96 e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2094 de 26 de fevereiro de 1998 foi o Cartão SUS Municipal. Duas importantes contribuições que sua utilização traria seriam:

- facilitar o acompanhamento e atualização permanente da PPI;
- facilitar a compensação financeira intermunicipal e interestadual.

Em abril de 1999 o MS criou o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) através da Portaria GM/MS nº 531/99. Seu objetivo foi o de garantir o financiamento de procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual ou procedimentos decorrentes de ações consideradas estratégicas pelo MS, como por exemplo: Prevenção do Câncer de Colo de Útero ou as campanhas de Cirurgias Eletivas (catarata, próstata, etc) que apresentavam grande demanda reprimida.

Em dezembro de 2001, após várias mudanças, a destinação dos recursos do FAEC estava dividida em quatro grandes blocos de ações financiadas:

- Ações Assistenciais Estratégicas que incluem, entre outros procedimentos: transplantes, medicamentos excepcionais, reagentes para diagnóstico da Aids, etc;
- Incentivos, que consiste no financiamento da compra de serviços do sistema privado;
- Novas Ações Programáticas, onde se enquadram a humanização do parto e a triagem neonatal;
- Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade, que consiste no financiamento de procedimentos para usuários que não dispõem de tais recursos em seus estados de origem.

Após as NOBs, surgiu a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS). As habilitações, para os estados passaram a ser: Gestão Avançada do Sistema Estadual ou Gestão Plena do Sistema Estadual, e para os municípios: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada ou Gestão Plena do Sistema Municipal.

A NOAS veio através do Plano Diretor de Regionalização (PDR) organizar de forma regionalizada e hierarquizada a assistência à saúde, dividindo os estados em módulos e micro-regiões de saúde de modo a garantir o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde.

Com a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI) baseando-se no PDR, se programam as ações que serão realizadas entre os municípios que pactuaram determinadas ações conforme a necessidade de seus habitantes e a capacidade de oferta.

A PPI é o instrumento que ordena a função alocativa dentro do estado e por isso sua condução deve ficar sobre a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde.

Um dos objetivos da PPI é a definição de um limite financeiro global para todos os municípios do estado que independe do tipo de habilitação e da forma de repasse dos recursos.

Dentro desse limite encontra-se uma parcela destinada ao atendimento da população do próprio município acrescido de uma parcela que deverá se destinar ao atendimento da programação de referência de outros municípios, e ainda, deduzida a parcela relativa ao encaminhamento da população para outras cidades, conforme pactuado entre os gestores.

O PDR deve contar com um Plano Diretor de Investimentos (PDI), que servirá para orientar a elaboração dos respectivos planos plurianuais, bem como das propostas orçamentárias.

Devido às dificuldades em se destinar recursos suficientes para a área da saúde, o governo federal criou a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) conforme a Lei nº 9311 de 24 de outubro de 1996, que começou a vigorar em 23 de janeiro de 1997 e que continha em seu texto: *"o produto da arrecadação da contribuição, de que trata esta lei, será destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde"* Art.18.

Infelizmente, a proposta, que se pensava, iria complementar os recursos para a saúde, na verdade, veio a se tornar apenas um substituto de outras fontes arrecadadoras, não representando mais dinheiro para a saúde (CARVALHO, 2002).

Devido à persistência de escassos recursos financeiros para a saúde, e visando propiciar uma maior estabilidade neste setor, várias propostas surgiram a fim de se garantir recursos estáveis e seguros para o custeio da saúde no Brasil. A principal delas, editada em 13 de setembro de 2000, que compreende o período demarcado pelos anos de 2000 a 2004 é a Emenda Constitucional 29 (EC-29).

A EC-29 definiu que a União, para o ano de 2000 deveria empenhar um valor que corresponderia aos recursos apurados no ano de 1999 acrescidos de 5% e, à partir de 2001 até 2004, os valores mínimos aplicados em saúde seriam

calculados tomando-se o valor empenhado no ano anterior corrigido segundo o percentual de variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Para estados, municípios e o Distrito Federal (DF), os valores mínimos a serem aplicados estão apresentados na tabela a seguir:

TABELA 1 - VALORES MÍNIMOS APLICADOS

ANO	MUNICÍPIOS	ESTADOS E DF
2000	7,0%	7,0%
2001	8,6%	8,0%
2002	10,2%	9,0%
2003	11,8%	10,0%
2004	15,0%	12,0%

FONTE: Emenda Constitucional nº 29

Após o ano de 2004 os cálculos dos limites, os critério de rateio dos recursos, as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde e as normas de cálculo dos montantes a serem aplicados pela União, estados e municípios, serão definidos por meio de Lei Complementar que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos. Caso não haja edição dessa Lei, permanecem válidos os critérios estabelecidos na própria EC.

Havendo descumprimento dos limites mínimos por parte dos estados, Distrito Federal e municípios, estes estarão sujeitos às mesmas sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que vão desde retenção da União dos recursos financeiros, até cassação dos mandatos. Com a implantação da NOAS em 2001, a transferência de recursos do Ministério da Saúde para os estados, municípios e Distrito Federal acontece das seguintes formas:

- transferência de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde (PAB);

- remuneração por serviços produzidos, que consiste no pagamento direto aos prestadores referente aos serviços prestados a população;
- celebração de convênios com órgãos ou entidades federais, estaduais e distrito federal, prefeituras e organizações não-governamentais interessados no financiamento de projetos específicos na área da saúde.

Com a publicação da NOAS, o estado de Santa Catarina se habilitou em Gestão Plena do Sistema Estadual, conforme Portaria nº 1261/GM de 10 de julho de 2002.

O modelo que se propôs, com a normatização da NOAS, foi o de se criar uma rede de serviço hierarquizada. Iniciando-se pela atenção básica que se compõe de um conjunto de responsabilidades e de atividades a serem assumidas e desenvolvidas por todos os municípios nas seguintes áreas estratégicas: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle do *diabetes mellitus*, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher.

Dentro do que chamamos de Assistência Ambulatorial, temos três níveis de complexidade: atenção básica, assistência ambulatorial de média e de alta complexidade. Há necessidade dessa divisão devido às especificidades de cada um desses níveis, no que diz respeito aos seguintes itens: modelo de atenção, organização da rede, distribuição de responsabilidades, dispersão/concentração de serviços, disponibilidade de acesso da população e lógica de financiamento proposta.

A atenção básica, conforme definição do MS (BRASIL, MANUAL PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 1999) é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

Dentro da Média Complexidade (MC) encontram-se os procedimentos que se destinam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja complexidade demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, de apoio diagnóstico e terapêutico, com algum grau de economia de escala e portanto não disponibilizáveis em todos os municípios, a curto ou médio prazo.

Nem todos os municípios possuem condições de ofertar toda a gama de procedimentos de Média e Alta Complexidade (MAC) pois, estes demandam um número de habitantes mínimos para que sejam viáveis economicamente, portanto, os municípios pactuam entre si os procedimentos necessários, baseando-se num sistema de referência e contra-referência, buscando-se ainda, um menor deslocamento do usuário dentro de uma mesma região, sem que haja perda de qualidade dos serviços ofertados.

Considerando-se que a atual gama de procedimentos de média complexidade do SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais), constitui-se ainda numa grande quantidade de procedimentos de complexidade e custo variados e cuja dispersão territorial da oferta entre os municípios obedece à lógicas distintas, reorganizou-se esses procedimentos de MC capazes de formar uma rede de assistência crescentemente resolutiva aceitando-se a incorporação tecnológica diferenciada e gradativa entre serviços e os diferentes municípios que compõem um módulo ou uma dada micro-região e região, portanto, a MC foi subdividida em três grandes elencos de procedimentos, admitindo-se três níveis de complexidade: nível I (MC-I), nível II (MC-II) e nível III (MC-III).

O primeiro nível de referência da MC é o MC-I. Ele é composto por procedimentos que devem ser ofertados nos municípios sede do módulo assistencial ou pólo de uma regional, de acordo com a estratégia de regionalização definida para o estado. Estes procedimentos estão associados, principalmente, a um aumento da resolutividade e da qualidade das ações estratégicas de atenção básica: controle de tuberculose; eliminação da hanseníase; controle da hipertensão; controle do *diabetes mellitus*; ações de saúde bucal; ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher.

O conjunto de procedimentos de média complexidade, que são considerados de grande relevância e de complexidade e custos intermediários e que, idealmente, devem ser comuns a todas as regionais e/ou macro-regiões de saúde, é definido como MC-II .

Como terceiro grupo de MC temos o MC-III que é composto pelos procedimentos de maior complexidade e custo, cuja oferta, em certos casos, só é possível em nível de macro-regional e/ou estadual.

Conforme Portaria SAS/MS (Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde) nº 526 de 16 de novembro de 2001, os procedimentos desse grupo são: Terapia Renal Substitutiva – TRS; Assistência Oncológica Ambulatorial (Quimioterapia e Radioterapia); Litotripsia extracorpórea; Exames Hemodinâmicos; Tomografia Computadorizada; Patologia Clínica (controle de drogas e histocompatibilidade); Radiodiagnóstico (neuroradiologia e angiografia); Ressonância Magnética; Medicina Nuclear; Radiologia Intervencionista e Hemoterapia.

Com relação à rede hospitalar, classificou-se cada hospital em Santa Catarina segundo o tipo de atendimento por clínicas (clínicas básicas, geral e especializada); a abrangência territorial e populacional (local, regional, macro-regional e estadual); e as áreas de referência (sistemas regulamentados, alta complexidade, ensino e pesquisa, transplantes).

2.2 ORÇAMENTO E PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

O Orçamento da Saúde, em qualquer nível, tem como objetivo mostrar de onde provêm e para onde serão designados os recursos da saúde por meio da participação de todos os segmentos da sociedade. Pode ser definido como um processo pelo qual se elabora, se expressa, se aprova, se executa e se avalia o nível de cumprimento do governo para cada período orçamentário.

Através da Lei nº 4320 de 17 de maio de 1964, o governo federal definiu as normas gerais que serviriam para a elaboração e controle dos orçamentos públicos (federal, estadual, municipal e do Distrito Federal).

Conforme a Constituição de 1998, o Sistema Orçamentário Nacional (SON) é composto de três elementos, que servirão de base para que os municípios possam efetuar o planejamento e execução dos seus orçamentos (BRASIL, GESTÃO FINANCEIRA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: MANUAL BÁSICO, 2002):

- o Plano Plurianual - PPA;
- a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO;
- a Lei Orçamentária Anual - LOA.

Essa composição é executada em todas as esferas governamentais, na União, nos Estados, nos Municípios e no Distrito Federal, sendo que, a elaboração do Plano e das Leis, é de competência do executivo, cabendo ao legislativo aprovar os mesmos em sua formatação original ou propor emendas à redação proposta.

Passaremos a descrever e detalhar cada um deles para melhor compreensão de suas finalidades devido à importância que esses instrumentos representam dentro da gestão da saúde pública nacional.

2.2.1 Plano Plurianual – PPA

O PPA é entendido como um instrumento que reflete o planejamento governamental e cuja finalidade é estabelecer os programas e metas do governo e direciona, de forma regionalizada, os objetivos da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes, e para as relativas aos programas de duração continuada.

2.2.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO

A Lei de Diretrizes Orçamentárias, dará as diretrizes gerais para que possa ser elaborado o orçamento anual, ou seja, deverão constar em seu plano

macro, as diretrizes e programas a serem executados durante o próximo exercício. Ela compreende as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente. Orienta a elaboração da Lei Orçamentária Anual, dispõe sobre as alterações na legislação tributária e estabelece a política de aplicação das agências oficiais de fomento.

Na LDO constarão as metas físicas e orçamentárias, as prioridades que podem ser estabelecidas por circunstâncias, sendo elas deferidas por áreas de atuação ou responsabilidade.

2.2.3 Lei Orçamentária Anual – LOA

A lei Orçamentária Anual comumente chamada de orçamento anual, tem sua formatação executada partindo da estrutura existente no Município, mas, terá que seguir as normas contidas na Lei nº 4320 que disporá de todos os elementos necessários para a elaboração da Lei Orçamentária Anual. Ela estima as receitas e fixa as despesas do governo, seus poderes, seus fundos, órgãos e entidade da administração direta e indireta, empresas das quais o poder público detenha direta ou indiretamente a maioria do capital com direito a voto.

Os gastos públicos, só podem ser feitos quando são autorizados pelos órgãos legislativos de cada esfera de governo, ou seja, Congresso Nacional, Assembléia Legislativa e Câmara de Vereadores. O quanto cada governo destina para a saúde indica a preocupação e a priorização com a qualidade de vida da população.

A seguir, descreve-se as principais fontes de receitas para a saúde conforme esfera governamental:

União:

- Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF);
- Contribuição para financiamento da Seguridade Social (COFINS);
- Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL);
- Recursos Ordinários;
- Recursos diretamente arrecadados.

Estados:

- Impostos:
 - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e serviços (ICMS);
 - Imposto sobre a propriedade de veículos Automotivos (IPVA);
 - Imposto sobre herança (ITCMD).
- Transferências da União:
 - Fundo de participação dos estados (FPE);
 - Imposto de renda retido na Fonte (IRRF);
 - Imposto sobre Produtos Industriais/ Exportação (IPI);
 - Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir).

Municípios:

- Impostos:
 - Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU);
 - Imposto para Transferência de Bens Intervivos (ITBI);
 - Imposto Sobre Serviços (ISS).
- Transferências da União:
 - Fundo de Participação dos Municípios (FPM);
 - Cota-parte do Imposto Territorial Rural (ITR);
 - IRRF;
 - Lei Complementar nº 87/96.
- Transferências do estado;
 - Cota-parte do ICMS;
 - Cota-parte do IPI-Exportação;
 - Cota-Parte do IPVA.

2.3 GESTÃO FINANCEIRA DO SUS: INSTRUMENTOS DE GESTÃO

Como em outras esferas, dentro da saúde pública também há necessidade da elaboração de um planejamento. Os elementos que resultam desse planejamento são chamados de instrumentos de gestão (BRASIL, GUIA DO CONSELHEIRO: CURSO DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2002), e são eles: a Agenda da Saúde, o Plano de Saúde, o Quadro de Metas e o Relatório de Gestão, coerentes com os recursos existentes e previstos no orçamento anual.

Os instrumentos de gestão são mecanismos complementares e articulados entre si que visam dar maior eficiência e eficácia ao processo de planejamento em saúde nas três esferas gestoras.

2.3.1 Agenda da Saúde

Agenda da Saúde – 1ª etapa do processo de planejamento da gestão em saúde, a qual estabelece, justifica e detalha as prioridades e estratégias da política de saúde em cada esfera de governo e para cada exercício. A confecção da Agenda de Saúde inicia-se no Ministério da Saúde e vem se adequando à realidade estadual e municipal.

A grande importância que a Agenda de Saúde tem é a de representar o início do processo de programação que se materializa no Plano de Saúde e no Orçamento Anual, portanto, as prioridades da Agenda, quando necessário, irão se materializar em prioridades orçamentárias.

As Agendas devem ser feitas anualmente e seu prazo é de até o mês de março para a esfera federal, até abril para a estadual e até maio para a municipal.

2.3.2 Plano de Saúde

Os Planos de Saúde são compostos de documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas e são as bases

das atividades e da programação de cada nível de gestão do SUS. Os Planos de Saúde são quadrienais e devem ser homologados pelos respectivos Conselhos de Saúde até julho do 1º ano do quadriênio do governo federal, até junho do estadual e até maio do municipal, sendo que os mesmos podem ser revisados anualmente seguindo-se os meses estabelecidos para sua elaboração.

2.3.3 Quadro de Metas

No Quadro de Metas constam os indicadores e as metas prioritárias de cada esfera de governo e que servirão de espelho para a elaboração dos Relatórios de Gestão. O quadro de Metas é elaborado anualmente seguindo-se a mesma cronologia dos Planos de Saúde. Elaborados na forma de planilhas (metas físicas e financiamento das ações traçadas nas Agendas de Saúde e previstas nos Planos de Saúde).

2.3.4 Relatório de Gestão

E por fim o último instrumento de gestão que são os Relatórios de Gestão que se destinam à sistematização e à divulgação de informações sobre resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores do SUS, uma vez que estabelece correlação entre metas, os resultados e a aplicação dos recursos. Os Relatórios de Gestão devem ser elaborados e encaminhados até fevereiro de cada ano no nível federal, até o dia 20 de fevereiro de cada ano em nível estadual e até dia 20 de janeiro de cada ano em nível municipal e deverão ser encaminhados ao Ministério público e submetidos a Audiências Públicas.

É através da interação entre instrumentos de gestão em saúde (BRASIL, GESTÃO FINANCEIRA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: MANUAL BÁSICO, 2002) e instrumentos de planejamento do governo nas três esferas que se dá efetividade a política de saúde.

A partir deste momento enfocaremos a caracterização e organização da saúde do município de Joinville.

2.4 CARACTERÍSTICAS E PERFIL DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE

A colônia Dona Francisca, atualmente cidade de Joinville, surgiu de um contrato firmado entre a Sociedade Colonizadora de Hamburgo e o príncipe, filho do rei da França, que era casado com a princesa de Joinville, Dona Francisca, irmã do imperador D. Pedro II. Esse contrato foi firmado em 1849 e constava a doação de 8 léguas quadradas à Sociedade para que esta promovesse a colonização da região.

Oficialmente, a fundação da cidade ocorre em 9 de março de 1851 com a chegada dos primeiros imigrantes europeus. Estima-se que no período de 1851 - 1888 cerca de 17.000 imigrantes vieram para a Colônia Dona Francisca.

Joinville é a cidade sede da região metropolitana do norte/nordeste catarinense. Criada através da Lei Complementar nº 162 de 6 de janeiro de 1998, a região está fundamentada no artigo 114 da Constituição Estadual. A referida lei estabelece um núcleo metropolitano e uma área de expansão metropolitana, além de elencar os princípios básicos para o planejamento e administração dos serviços e equipamentos entre os municípios que fazem parte da região metropolitana.

Sendo o município mais populoso e industrializado de Santa Catarina, pertencendo a um estado que detém o segundo PIB industrial per capita do país e ocupa o quinto lugar no ranking das exportações nacionais, com uma fatia de 5,52% do total brasileiro, em 1996. O parque fabril do município, com mais de 1.800 indústrias, emprega 58 mil funcionários e cresce em média 5,67% ano.

Terceiro pólo industrial da região Sul, com volume de receitas geradas aos cofres públicos inferior apenas às capitais Porto Alegre (RS) e Curitiba (PR), Joinville figura entre os quinze maiores arrecadadores de tributos e taxas municipais, estaduais e federais. A cidade concentra grande parte da atividade econômica na indústria - que gera um faturamento industrial de US\$ 14,8 bilhões por ano - com destaque para os setores metalmeccânico, têxtil, plástico, metalúrgico, químico e farmacêutico.

Fazem parte da região metropolitana os municípios de Araquari, Balneário de Barra do Sul, Barra Velha, Campo Alegre, Corupá, Garuva,

Guaramirim, Itaiópolis, Itapoá, Jaraguá do Sul, Mafra, Massaranduba, Monte Castelo, Papanduva, Rio Negrinho, São Bento do Sul, São Francisco do Sul, São João do Itaperiú e Schroeder.

Os indicadores sociais, conforme IBGE, estão agrupados em seis subconjuntos temáticos: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura.

Procurou-se sintetizar alguns desses indicadores para que houvesse uma visão panorâmica do município, facilitando a compreensão dos dados apresentados posteriormente.

O município de Joinville, conforme dados do IBGE do ano de 2001, apresentava população de 429.604 pessoas, sendo que, 96,6% desse total residiam na área urbana. Encontramos, praticamente, o mesmo número de pessoas do sexo feminino (50,3%) como do sexo masculino (49,7%).

A importância de se conhecer a população residente em um determinado município, conforme a Organização Pan - Americana da Saúde (OPAS, 2004) é a de se poder “dimensionar a população alvo de ações e serviços; orientar a alocação de recursos públicos (exemplo: o financiamento de serviços em base *per capita*) e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de alcance social.”

Ainda conforme a OPAS, as variações na distribuição da população com relação ao sexo pode servir para “subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, segurança e emprego; auxiliar na compreensão de fenômenos sociais relacionados a essa distribuição (migrações, mercado de trabalho, organização familiar, morbimortalidade).”

A dimensão territorial da cidade é de 1.120,68 Km, havendo uma densidade demográfica de 350 hab/Km².

O índice de crescimento encontra-se no 2,5% anuais e a taxa de alfabetização gira em torno de 93,3%.

Torna-se importante observar a taxa de alfabetização de uma população pois, sabe-se que “a atenção à saúde das crianças é influenciada positivamente pela alfabetização da população adulta, sobretudo das mães.” (OPAS, 2004)

Conforme o abastecimento de água, encontramos 98,28% da população com canalização interna, sendo 94,35% com rede geral.

Observa-se que, em relação à instalação sanitária, 76,49% da população possuem fossa séptica, 19,1% estão ligados à rede de esgoto geral ou pluvial. Os demais possuem fossa rudimentar, valas, se utilizam de rio, lago ou mar, ou não possuem qualquer sistema de esgoto.

2.4.1 A saúde em Joinville

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Joinville foi criada através da Lei Municipal nº 2188 de 11 de novembro de 1987. Anteriormente, havia, dentro da Secretaria Municipal de Bem Estar Social, uma divisão de saúde, que era responsável pela execução da política municipal de saúde. Após sua criação, a SMS passou a ter duas divisões: Divisão da Saúde da Comunidade e Divisão de Serviços Administrativos.

No ano de 1992 (RELATÓRIO DE GESTÃO, 1992) a SMS de Joinville apresentava três divisões: Divisão de Planejamento e Orçamento; Divisão de Saúde Comunitária e Divisão de Serviços Administrativos. Nesse período a cidade estava dividida em 8 regionais de saúde, contemplando 41 ambulatórios, 2 Postos de Atendimento Médico onde se concentravam as especialidades, e 40 módulos odontológicos, distribuídos entre os ambulatórios e algumas escolas municipais.

Em 22 de março de 1991 foi criado o Conselho Municipal de Saúde de Joinville (CM) através da Lei nº 2503, sendo que, com a Lei nº 2590 de 27 de novembro de 1991 ela recebeu nova redação, estando mais definidas as atribuições do CM e quais as entidades representantes que comporiam o mesmo, obedecendo a paridade, isto é, a mesma proporção entre governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

Devido ao crescimento populacional de Joinville e, também a organização da sociedade civil, houve a necessidade de se ter órgãos mais próximos da comunidade, para tanto, instituiu-se os Conselhos Locais de Saúde (Lei nº 3556 de 17 de setembro de 1997) vinculados a uma unidade de saúde. Cada Posto de Saúde, tem autonomia para criar seu Conselho Local caso haja manifestação favorável de sua comunidade adscrita.

Com o crescente aumento do número de Conselhos Locais, houve a necessidade de se rever a redação da Lei que delimitava o Conselho Municipal, portanto, houve a aprovação da Lei nº 4577 de 06 de junho de 2002 com a posterior retificação através da Lei nº 4620 de 22 de agosto de 2002 que vieram a definir que a representatividade, dentro do Conselho Municipal, por parte do governo seria de 15%, prestadores de serviço 20%, representantes dos profissionais da saúde 15% e usuários 50%, dentre esses, 12 representantes dos Conselhos Locais de Saúde.

O Fundo Municipal de Saúde de Joinville foi criado pela Lei nº 2752 de 24 de novembro de 1992, a qual definia quais seriam seus objetivos, sua subordinação, coordenação, e os recursos que seriam geridos pelo mesmo.

O Gestor do FMS é a Secretaria Municipal de Saúde, conforme Lei nº 8080/90 e o órgão fiscalizador é o Conselho de Saúde conforme Lei nº 8142/90. Quando convocados, o Tribunal de Contas e o Ministério Público e Judiciário vêm fiscalizar e exigir o cumprimento da lei.

Joinville foi, junto com o município de Blumenau, o pioneiro na habilitação em Gestão Semiplena no estado de SC, habilitando-se em novembro de 1994 conforme DOU.

Seguindo o que recomendava a NOB/96, em 01 de junho de 1998, Joinville se habilitou, através da Portaria nº 2801/GM na Gestão Plena do Sistema Municipal, e em 30 de maio de 2003, se habilitou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), disposto na Portaria nº 661/GM conforme preconizava a NOAS.

Para a habilitação na GPABA o município deve se responsabilizar por atuar nas seguintes áreas estratégicas: controle da tuberculose; eliminação da

hanseníase; controle da hipertensão arterial; controle do *diabetes mellitus*; saúde da criança; saúde da mulher e saúde bucal conforme os anexos 1 e 2 da NOAS.

Para o financiamento dos procedimentos da Atenção Básica Ampliada foi instituído o PAB-Ampliado que é um valor per capita ligeiramente superior ao PAB.

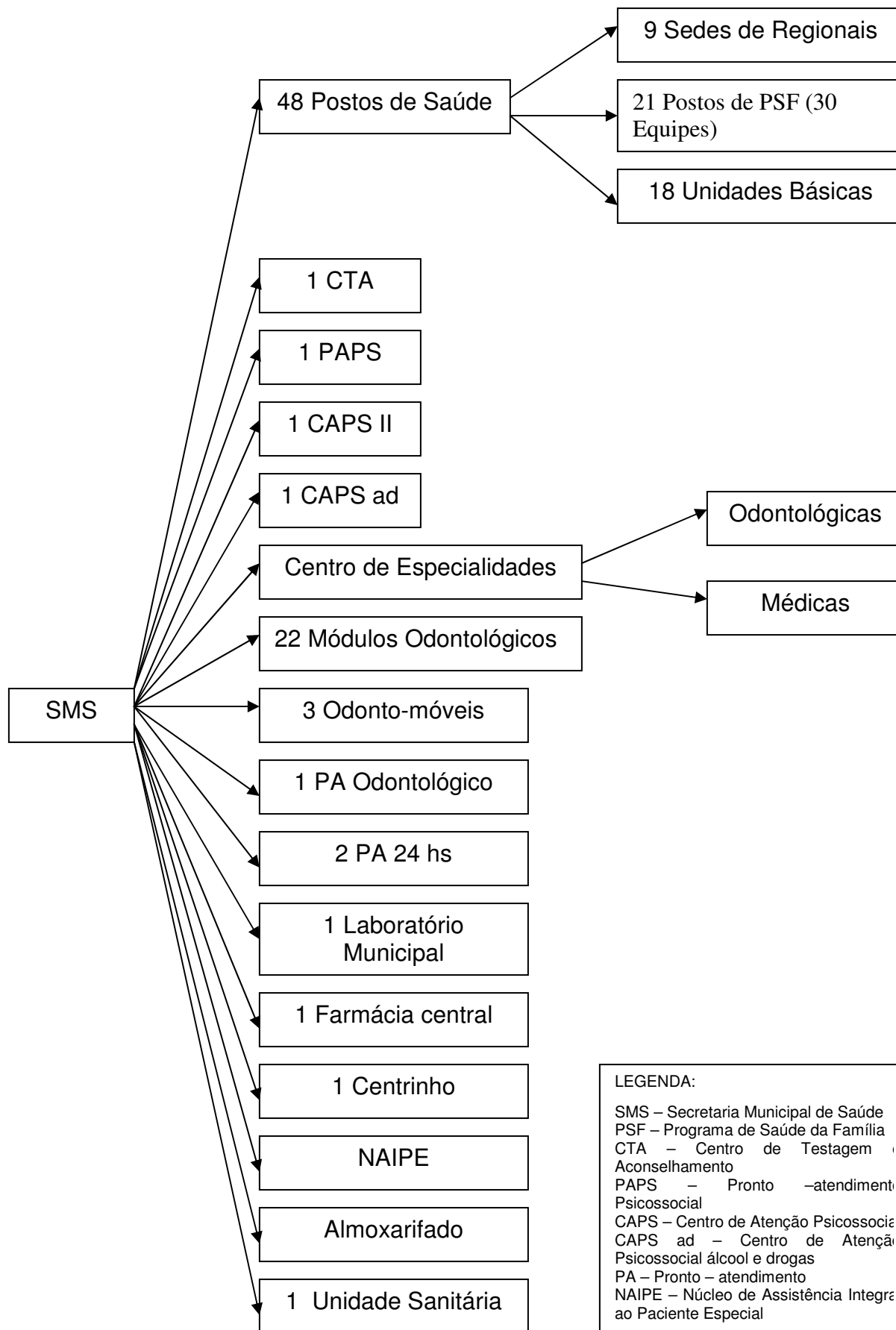
Joinville é sede de módulo para média complexidade (MC-I, MC-II e MC-III) para os municípios de Araquari, Barra do Sul, Garuva e Itapoá. Os procedimentos de média complexidade MC-II e MC-III do município de São Francisco do Sul também são referenciados para Joinville, assim como os de média complexidade MC-III de São Bento do Sul e Rio Negrinho.

Joinville é pólo regional em alta complexidade ambulatorial de todos os ítems para a regional da Amunesc (Associação dos Municípios do Nordeste de Santa Catarina), com exceção da TRS que é ofertada pelo município de São Bento do Sul. Também é referência para alguns serviços para a regional da Amvali (Associação dos Municípios do Vale do Itajaí) cujo município pólo é Jaraguá do Sul, para Ampla (Associação dos Municípios do Planalto Norte de Santa Catarina) cujo município pólo é Mafra e para a Amurc (Associação dos Municípios da Região do Contestado) cujo município pólo é Canoinhas.

Devido a toda essa gama de procedimentos, a grande maioria de alto custo, que os municípios adjacentes referenciam para Joinville, torna-se muito importante que a pactuação seja realizada de forma a não prejudicar o usuário do SUS, mas também, não onerar o município de Joinville. O serviço de controle e avaliação deve estar atento, monitorando a oferta e a realização dos procedimentos.

Joinville possui 5 Hospitais sendo: Hospital Regional Hans Dieter Schimidt; Hospital Maternidade Bethesda; Maternidade Darcy Vargas e Hospital Municipal São José que prestam atendimento ao SUS e o Hospital Dona Helena que é totalmente privado.

A rede de saúde pública de Joinville, no ano de 2003, dava cobertura para todos os trinta e sete bairros do município. A distribuição das Unidades de Saúde segue abaixo:



LEGENDA:
 SMS – Secretaria Municipal de Saúde
 PSF – Programa de Saúde da Família
 CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
 PAPS – Pronto –atendimento Psicossocial
 CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
 CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
 PA – Pronto – atendimento
 NAIPE – Núcleo de Assistência Integrada ao Paciente Especial

3. MATERIAL E MÉTODO

Os recursos financeiros recebidos pelo município de Joinville-SC, na área da saúde, e qual sua utilização, foi o objeto norteador desta pesquisa, tendo como recorte temporal os anos de 1999 a 2003, especificamente.

Para se realizar a pesquisa, optou-se por um estudo de caso que é entendido como sendo o estudo de uma unidade, analisada em profundidade, para que todas as dimensões desse estudo possam revelar a compreensão do assunto de maneira mais ampla.

A metodologia baseou-se na abordagem de pesquisa aplicada, conforme defende LAKATOS & MARCONI (1990, p.19) que preconiza um estudo que vise a aplicação prática dos resultados para a solução de problemas que ocorrem na realidade, adotando o instrumento de estudo de caso, numa perspectiva histórica, sendo utilizadas fontes primárias e secundárias.

3.1 FONTE DE DADOS

As fontes primárias foram obtidas por meio de entrevistas com dois grupos distintos: profissionais de saúde da SMS de Joinville e, conselheiros municipais de saúde (municipais e/ou locais) por parte dos usuários.

A entrevista é um importante instrumento de trabalho em vários campos do saber e se caracteriza pelo encontro de duas pessoas a fim de que uma delas receba informações a respeito de um determinado assunto através de um diálogo profissional (LAKATOS E MARCONI, p. 84).

Houve a opção, de se privilegiar para a coleta e análise dos dados, a abordagem qualitativa, haja vista ser esse tipo de escolha compatível com o estudo de caso. A entrevista, neste trabalho, tornou-se o instrumento de coleta de dados fundamental.

Para a seleção dos entrevistados, foram utilizados os seguintes critérios:

Profissionais de saúde:

- suas funções dentro da SMS no período pesquisado, priorizando aqueles que possuam alto grau de conhecimento e envolvimento no planejamento financeiro, ou seja, os responsáveis pela formulação da LDO;
- ser concursado há mais de cinco anos.

Conselheiros municipais de saúde, por parte dos usuários:

- o tempo em que o conselheiro exerce ou exerceu essa função, tendo cumprido ou estando cumprindo uma gestão ininterrupta no mínimo;
- sua participação em, no mínimo, 75% das reuniões do CM, verificada através de lista de presença, a qual encontra-se disponível na Secretaria Executiva do CM;
- freqüência de no mínimo 70% nas capacitações para conselheiros de saúde promovidas pela SMS, conforme constatado na lista de presença disponível na Secretaria Executiva do CM, no período de 2000 a 2002.

Esses informantes-chaves foram em número de 10 (dez) pessoas sendo 05 (cinco) profissionais e 05 (cinco) conselheiros municipais de saúde. Os quais foram abordados, esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o termo de compromisso, conforme ANEXO II, cientes de que suas contribuições foram utilizadas neste trabalho.

As entrevistas seguiram um padrão estruturado, nas quais a pesquisadora cumpriu um roteiro pré-determinado, conforme ANEXO I, cujo objetivo foi o de se obter respostas de todos os entrevistados com relação às mesmas perguntas, permitindo que fossem comparadas as opiniões tanto dos indivíduos pertencentes a mesma categoria, quanto realizar a análise das respostas dos dois grupos entre si. Nesse tipo de entrevista verifica-se a

vantagem de poder se colher dados que não seriam possíveis de se obter por meio de fontes documentais e que são relevantes e significativos.

Conforme parecer nº 036/2002 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, referindo-se ao trabalho de mestrado: “Controle, Avaliação e Auditoria no Sistema Único de Saúde: a Implantação do Serviço nos Municípios em Gestão Plena do sistema Municipal – SC”, onde é esclarecido que; “o objeto de pesquisa não são os seres humanos e sim o Sistema Único de Saúde (SUS), em sua implantação, estruturação e desenvolvimento”, nos baseamos, no presente trabalho, não havendo necessidade de encaminhamento para a aprovação do Comitê de Ética.

Para coleta de dados secundários foram utilizados os seguintes documentos oficiais: dados do SIOPS (Sistema de Informações e Orçamentos Públicos em Saúde) e do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Para a realização da pesquisa foram consultados os Relatórios de Gestão Municipal, do período de 1999 a 2003.

Optou-se por se utilizar os dados financeiros que constavam nos Relatórios de Gestão por ser este o instrumento mais acessível aos técnicos da SMS e aos Conselheiros Municipais, pelo fato de não se ter a necessidade de se acessar a Internet, podendo ser consultado na própria SMS ou solicitado cópia junto ao setor responsável pela guarda dos documentos organizacionais.

A idéia de se pensar num instrumento para a coleta de dados sobre os recursos financeiros para o SUS em todas as esferas de governo teve seu início com o Inquérito Civil Público, instaurado pela Portaria nº 002/94 da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e Procuradoria da República do Distrito Federal. Esse Inquérito destinou-se a investigar o cumprimento da legislação relativa ao financiamento e a efetividade do SUS. (GONÇALVES, 2002)

Em 30 de abril de 1999, com a edição da Portaria Interministerial nº 529, constituiu-se uma equipe responsável pelo desenvolvimento do SIOPS.

Até o ano de 2003, o SIOPS encontra-se na estrutura da Coordenação Geral de Orçamentos Públicos da Diretoria de Projetos da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, conforme Decreto nº 3774 de 15 de março de 2001.

O SIOPS apresenta os seguintes objetivos: auxiliar no planejamento, na gestão, na avaliação e no controle social do financiamento e do gasto público na área da saúde nas três esferas de governo, através da formação e manutenção de um Banco de Dados nacional, com informações sobre receitas e despesas com ações e serviços de saúde, sob responsabilidade das três esferas de governo.

É composto por cinco grandes grupos de Informações: Dados Gerais, Receita Direta, Receita Indireta, Despesa Direta e Despesa Indireta.

Através de dados do IBGE foi possível o acesso a indicadores relativos ao município de Joinville tais como: população estimada entre os anos de 1999 a 2003, abastecimento de água, entre outros.

4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM TÉCNICOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E CONSELHEIROS MUNICIPAIS

Neste capítulo descreve-se a percepção que os sujeitos (usuários/conselheiros e profissionais da SMS) têm com relação a aplicação dos recursos financeiros, conforme proposto no roteiro de entrevista no anexo I.

A apresentação das respostas foi feita optando-se pela representação escrita, que é a forma de se apresentar os dados em forma de texto.

Optou-se pela escolha de 5 (cinco) profissionais de saúde da SMS de Joinville e de 5 (cinco) conselheiros municipais/locais por parte dos usuários por se entender que esse número seria o suficiente para representar a parcela envolvida dentro do assunto tratado, não sendo necessário um grande número de sujeitos entrevistados pois, as respostas, a partir de um determinado momento, poderiam passar a serem repetidas.

A pesquisa valeu-se de uma amostragem não probabilista, denominada intencional que conforme Lakatos e Marconi (p.47) o pesquisador está interessado na opinião de pessoas que segundo entender pela função empenhada, cargo ocupado, exercem as funções de líderes de opinião (.....).

Para a preparação das entrevistas valeu-se da lista de presença dos conselheiros municipais/locais solicitada à secretaria executiva do CM de Joinville, setor responsável pela organização das capacitações onde se pode verificar os cinco conselheiros que obtiveram maior número de participações nas capacitações. Após essa constatação, entrou-se em contato, via telefone, com os conselheiros, informando sobre a intenção de se realizar entrevistas com os mesmos e recebendo sua anuência. Marcou-se o dia e horário para realização da entrevista, quando se pode realizar o questionário a sós, com cada um separadamente, explicando-se sobre o trabalho. Garantiu-se o anonimato e foi-lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Anexo II para que assinassem. As respostas foram anotadas durante a realização das entrevistas, não se usando gravador.

Vale ressaltar que a pesquisadora participou de todas as capacitações para conselheiros, realizadas pela SMS de Joinville, desde seu início em 2000, portanto, era conhecida de todos os conselheiros, o que contribuiu, em muito, na facilidade de se chegar até eles e realizar as entrevistas.

Com relação às entrevistas com os profissionais de saúde, deve-se também esclarecer que a pesquisadora já esteve à frente da coordenação de uma regional de saúde no município de Joinville, portanto, conhecia quatro profissionais entrevistados, não conhecendo pessoalmente apenas um profissional, porém, durante a obtenção de dados financeiros a respeito do município de Joinville teve contato com o mesmo tornando-se constante seus encontros o que, também, não dificultou o acesso às questões levantadas.

No caso das entrevistas, como o levantamento de dados ocorreu no próprio local onde os fenômenos ocorreram, trata-se de documentação direta. A pesquisadora realizou as entrevistas nos locais de trabalho de 3 profissionais de saúde e na casa de dois deles. No caso dos conselheiros, por parte dos usuários, a pesquisadora escolheu o dia da reunião ordinária do CM de Joinville para realizar a entrevista que foi realizada com 4 conselheiros, estando apenas um ausente mas que foi entrevistado no dia seguinte durante a realização de capacitação para conselheiros.

As perguntas se caracterizaram por serem abertas, também chamadas de livres o que possibilita ao entrevistado responder usando linguagem própria e emitir suas opiniões acerca do assunto tratado porém, esse tipo de abordagem apresenta o inconveniente de que a análise desse torna complexa e difícil por vezes.

Para um melhor entendimento e organização das respostas, optou-se pela codificação dos sujeitos, atribuindo-se aos usuários letras maiúsculas do alfabeto (A, B, C, D, E) e os profissionais foram identificados com os algarismos romanos (I, II, III, IV, V).

Destacamos que os envolvidos nesta etapa da pesquisa, por parte dos usuários, são conselheiros municipais há no mínimo um ano (01 pessoa) e os demais no máximo 05 anos, demonstrando que possuem segurança e vivência em

acompanhar a elaboração do orçamento da SMS, todos fazendo parte das capacitações e alguns das comissões de assuntos internos (CAI) e de assuntos externos (CAE).

Quanto aos profissionais destacamos que são todos funcionários públicos atuando na SMS, há no mínimo 06 anos, em vários setores, sendo: um exercendo cargo no CMS; outro atuando junto ao FMS; dois deles com experiência enquanto secretário adjunto, chefe de divisão, coordenação de regional de saúde, entre outros e um auditor.

Referente à dificuldade em compreender o orçamento verificamos que os sujeitos/usuários que participaram das comissões do Conselho afirmam não terem dificuldade, o que pode sinalizar que quanto mais envolvimento e participação mais compreensão e controle social poderá ser feito. Como segue: (A) *“Não devido à participação na CAE”*. Reforçando o participante (B) refere ser necessário estudar e procurar fundamentação legal: *“Não, devido ao fato de ter participado da CAI, deve-se estudar muito, ir atrás de leis, etc”*.

Porém três sujeitos/usuários relatam certa dificuldade em compreender o orçamento, mas nenhum deles manifestou desconhecimento no assunto em pauta vejamos: (C) *“sim, apesar das capacitações, pois dentro da SMS de Joinville existem muitos setores, é muito complexo, e também saem muitas portarias, o que torna difícil acompanhar tudo, é muito complexo e dinâmico”*. (D) *“Sim, por ser muito técnica, específica da área da saúde e (E) sente um pouco de dificuldade”*.

A maioria dos sujeitos/profissionais também referiu não terem dificuldade em compreender o orçamento como segue: (I) *“nenhuma dificuldade”*; (II) *“não tem dificuldade, mas para se compreender a pessoa deve entender os instrumentos de gestão e de governo”*; (III) *“nenhuma dificuldade”*.

Vale destacar que os referidos profissionais sempre atuaram em funções/cargos diretamente ligados a elaboração dos instrumentos de gestão da SMS.

Contudo dois deles relataram ter alguma dificuldade: (IV) *“tenho uma certa dificuldade principalmente porque as rubricas que constam no orçamento não são claras, não são específicas, o que dificulta a compreensão de para onde*

exatamente irá o recurso financeiro e o seu controle” e (V) “sim”, podemos compreender que para estes atores a dificuldade se dá no campo mais geral, mais amplo, mostrando o seu entendimento em nível de SMS mas existindo a vontade de se realizar um aprofundamento no que se refere aos recursos orçados à partir da PMJ (Prefeitura Municipal de Joinville) .

Verificamos que, de maneira geral, para ambos atores sociais, não há discrepâncias nos discursos referentes à compreensão do orçamento, o que possibilita inferir que a participação e envolvimento destes no processo democrático de implementação do SUS em Joinville vem sendo um crescente no período pesquisado.

Neste ponto, faz-se necessário esclarecer que as capacitações, que são citadas durante esse trabalho, e que são programadas por uma comissão de funcionários da SMS de Joinville, não são exclusivas para os conselheiros municipais/locais por parte dos usuários, mas sim, que qualquer pessoa, pertencendo inclusive a outro município, além de Joinville, que queira adquirir maiores conhecimentos nas questões relacionadas ao SUS têm total acesso às palestras, oficinas e reuniões.

Ainda com relação à importância das capacitações no conhecimento demonstrado pelos atores sociais entrevistados citamos TARRIDE (1998) “existe sempre mudança no conhecimento. Seu caráter pode ser tanto de acréscimo – quantitativo – quanto revolucionário – qualitativo” (p. 46)

Com relação à pergunta se os recursos são escassos, verificamos que dois usuários consideram que os recursos são suficientes (A) *“não é escasso, é mal aplicado, por exemplo, se gasta com pessoal terceirizado, com materiais que não são para a saúde (datashow) estagiários, compra de exames externos em vez de comprar equipamento”* e (E) *“o recurso é suficiente, o dinheiro é desviado dentro da PMJ e da SMS”*.

Os outros três atores/usuários ponderam que os recursos deveriam ser melhor administrados, como segue: (B) *“são escassos, mas também mal administrados. Falta controle social para fiscalizar se o recurso financeiro foi para o devido lugar”*; (C) *“para algumas áreas o recurso é suficiente, para outras não,*

atenção básica precisa de mais recursos, para a prevenção. Para alguns programas não tem vindo dinheiro do MS e também precisa haver melhor conscientização dos usuários com relação ao SUS, por exemplo, faltam às consultas com especialistas e não avisam” e (D) “não são tão escassos são mal administrados” .

Na opinião dos profissionais de saúde, verificamos que para três deles os recursos são escassos e também mal administrados como podemos conferir: (I) *“são escassos se comparados com a arrecadação que ocorre, mas também são mal administrados, investe-se muito na alta e média complexidade e na curativa. Não há controle para se saber se o médico do posto está pedindo um exame mais simples em vez de algo mais caro. O recurso deve ser otimizado para a promoção e prevenção em vez da assistência”*; (III) *“a saúde não é um poço sem fundo, um dia, os recursos podem vir a serem suficientes. Hoje é escasso. Os recursos ainda são engessados, devem ter um melhor planejamento da necessidade de cada realidade conforme o perfil epidemiológico da cidade/região. Os agentes comunitários de saúde (ACS) são desnecessários”* e por último:(V) *“são escassos, mal administrados, a tabela do SUS é injusta pois para a média e alta complexidade, os valores são adequados, tornando-se competitiva, mas para a atenção básica é muito baixa. Os exames, internações, etc, são mal auditados”*.

Durante a fase de análise das entrevistas, faz-se necessário lançar mão do que LAKATOS E MARCONI (p.32) nomeiam “interpretação, que é a atividade intelectual que procura dar significado mais amplo às respostas, vinculando-as a outros conhecimentos”.

Apenas uma pessoa considera que os recursos são suficientes: (IV) *“o recurso não é escasso ele é mal administrado. O dinheiro não vai para certas áreas baseadas na epidemiologia. Deveria haver uma comissão para verificar onde o dinheiro deve ir com vários segmentos (tanto usuários quanto técnicos da SMS) fazendo parte. Na maioria das vezes, se segue a cabeça do gestor”*.

Temos, ainda, uma opinião que difere das demais: (II) *“falta conhecimento por parte de gestores e usuários e de se colocar em prática esse conhecimento. O recurso é insuficiente, mas não escasso. Precisa haver um*

melhor planejamento, os instrumentos de gestão só são utilizados para se cumprir a Lei, não estão em prática”.

Dentre as opiniões levantadas a respeito da suficiência ou não dos recursos, o que mais chama a atenção, é que, tanto para os Conselheiros quanto para os profissionais, a maioria, considera os recursos mal administrados, além de escassos também.

Conforme o relato de que os recursos são mal administrados e, sabendo que a maior responsabilidade no uso do dinheiro público para a saúde é do gestor municipal, descrevemos abaixo algumas características que foram levantadas por SALLES (2001) que analisou o inadequado perfil do gestor municipal de saúde do estado de SC:

- Falta de base de dimensão ideológica na defesa dos ideários do SUS;
- Falta de ética na função gestora para conduzir os postulados do SUS;
- Não adequada qualificação e desempenho, com baixos salários;
- Pouco controle social em nível local;
- Prevalência na escolha por critérios político-clientelística;
- Falta de cursos de capacitação específica para Gestores SUS;
- Interesses eleitoreiros sobre a necessária coerência e ética para o cargo;
- Falta de interesse pela transparência da gestão;
- Não valorizam a saúde como função social e de relevância pública;
- Base de dimensão corporativista muito forte na função gestora;
- Base de dimensão clientelística (político-partidária) muito presente na gestão.

Conforme opinião dos usuários com relação à última pergunta que solicita sugestões com relação ao melhor uso do dinheiro, transcrevemos suas falas resumidamente visto a diversidade de respostas:

- (A) “valorizar o profissional de carreira, concursado, para os cargos de chefia em detrimento de pessoas indicadas politicamente para tais cargos e que desconhecem o funcionamento do SUS”;

- (B) “as taxas da vigilância sanitária deveriam ficar na saúde e, deveria haver um melhor controle das pessoas que vem a Joinville de outros municípios ficando na casa de parentes só para se consultar, a solução para isso seria a implantação do cartão SUS”;

- (C) “capacitação para os funcionários, maior informação para os usuários e fortalecimento do CM”;

- (D) “fim da estabilidade para que não existam maus funcionários”;

- (E) “criação de uma comissão nas três esferas, federal, estadual e municipal que fiscalizasse os repasses, que fossem idôneas sem vínculos políticos, interesses próprios, etc”.

Diante de tais opiniões verificamos a complexidade e a diversidade desta área, dentro do SUS, que nos leva a refletir o quanto falta aprofundar no conhecimento do assunto pesquisado.

A seguir, transcrevemos as falas dos atores/profissionais da SMS referente à questão anterior:

- (I) “SUS bem administrado; atenção básica mais resolutiva; deve-se resolver as questões determinantes da saúde (saneamento básico, habitação, entre outros); conforme preconizado pela lei nº 8080/90 no seu artigo 3º; efetivação do controle social, devendo o usuário acompanhar a utilização e a programação dos recursos”.

- (II) “as três esferas de governo deveriam cumprir a EC-29, devendo haver punição para quem não a cumprir; a função executiva deve ser do município e não do estado nem da união que estão cumprindo esse papel e conforme dita a CF, que o dever do estado não isenta o dever da população de cuidados com sua saúde e fiscalizar as funções que oferecem condições insalubres de trabalho, o que causa danos à saúde”.

- (III) *“aumentar os recursos financeiros; melhor igualdade de recursos de município para município porque se verifica que existe discrepância entre eles; a preocupação com falta de material interfere indiretamente na questão da motivação do funcionário e, por último a questão classista dos médicos que se unem para benefícios próprios”*.

- (IV) *“deveria haver uma comissão dentro do CMS que fiscalizasse para onde vai o recurso e deveria haver um conselheiro, por parte dos usuários, que assinasse a saída de recurso juntamente com o Secretário da Saúde”*.

- (V) *“precisava haver maior investimento nas áreas de: habitação, educação, saneamento, isto é, investimentos na área social; deveria haver maior investimento na atenção básica; aumento do número de profissionais, melhores qualificados e remunerados dignamente; unidades básicas deveriam ser equipadas conforme seu nível de complexidade e, efetiva fiscalização por parte do CM, dos Conselhos de classes (médico, odontológico, etc), do Ministério Público, no uso do recurso financeiro”*.

Verificamos a riqueza da compreensão e argumentação por parte dos atores/profissionais entrevistados pela pesquisadora, cujas falas revelam a importância de se dar continuidade ao aprimoramento das bases que sustentam o SUS, especificamente no que se refere ao seu financiamento.

Destacamos que esta etapa da pesquisa revelou considerável conhecimento por parte dos atores sociais envolvidos, que forma agradável surpreendeu a pesquisadora e motivou-a a continuar suas indagações e investigações no campo do financiamento e orçamento para a saúde no Brasil. Salientamos como fator fundamental que contribuiu efetivamente na experiência dos atores sociais terem recebido capacitação continuada para conselheiros à partir do ano de 2000, o que demonstra a preocupação da SMS com relação a participação de todos os envolvidos e comprometidos com o SUS e com a necessidade de controle social, na socialização da informação e divulgação das normas, portarias entre outros.

5. ANÁLISE DOS RECURSOS FINANCEIROS RECEBIDOS PELO MUNICÍPIO DE JOINVILLE NO PERÍODO 1999 - 2003

Neste capítulo será feita análise dos recursos recebidos pelo município de Joinville para o SUS dentro das três esferas de governo.

Os dados foram coletados dos relatórios de gestão da SMS e do SIOPS, conforme já foi descrito anteriormente.

Ressaltamos que o FMS vem a ser um Fundo Especial, portanto, ele tem a função de vincular determinadas receitas e programas de trabalho específicos com a finalidade de facilitar a realização dos objetivos pré estabelecidos, no caso ações de saúde pública. Ele não se constitui um fundo administrativo autônomo como pessoa jurídica.

A criação do FMS ocorre através da proposta do Executivo, aprovação da Câmara de Vereadores e sua regulamentação ocorre através de Decreto e operacionalização através de Portarias.

O Gestor do FMS é a SMS, sendo seu fiscalizador o Conselho de Saúde recebendo apoio, quando convocado, do Tribunal de Contas e do Ministério Público e Judiciário.

Constituem receitas do FMS:

- contribuições, donativos, legados;
- auxílio e subvenções;
- transferências da União e do estado;
- multas e juros de inflação do código sanitário municipal;
- taxas de fiscalização sanitária; operação de crédito (empréstimos) interno ou externo.

As despesas do FMS se enquadram em:

- financiamento dos programas de saúde;
- salários, gratificações, serviços, encargos;

- pagamento de contratos e convênios;
 - todas as despesas diretas e indiretas com saúde;
 - obras, equipamentos, instrumentais;
 - material de consumo;
 - desenvolvimento de recursos humanos;
- amortização de dívidas.

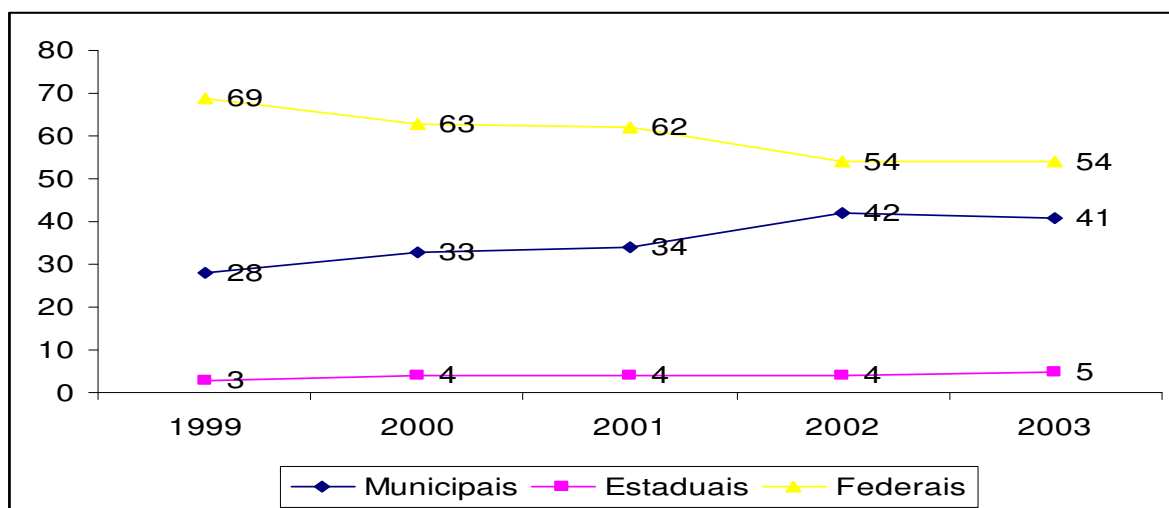
Neste momento irão ser apresentados os dados coletados e será feita sua análise.

TABELA 2 – TOTAL DE RECEITAS PARA O SUS EM JOINVILLE POR ESFERA DE GOVERNO

Consolidado das três esferas

ANO ESFERA DE GOVERNO	1999	%	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
Municipais	14.627.044	28	20.220.583	33	23.127.916	34	29.816.905	42	36.888.061	41
Estaduais	1.497.944	3	2.371.786	4	2.545.229	4	3.149.280	4	4.051.725	5
Federais	36.176.310	69	38.665.674	63	42.075.608	62	38.222.006	54	48.813.159	54
TOTAL	52.301.298	100	61.258.043	100	67.748.753	100	71.188.191	100	89.752.945	100

FONTE: RELATÓRIOS DE GESTÃO DA SMS DE JOINVILLE



Podemos perceber que os repasses municipais aumentaram de 28% em 1999 para 41% em 2003, havendo, portanto, uma contribuição percentual de 46% em relação ao total de recursos nesses anos. Já nos valores federais houve uma diminuição de 69% em 1999 para 54% em 2003 representando 27% a menos recursos, ao se comparar os recursos totais.

Uma das explicações para essa inversão de fonte de receita é a própria definição do SUS que tem como um de seus objetivos a descentralização no que se refere aos aspectos de competência dos municípios na execução das ações e serviços de saúde, outro aspecto que não pode deixar de ser citado, é a imposição e monitoração do Fundo Monetário Internacional com relação a redução do déficit público, principalmente federal.

Com a aprovação da EC - 29 no ano de 2000, houve a vinculação de receitas dos três níveis de governo para o sistema público de saúde. Os recursos federais, que correspondiam a mais de 70% vêm sendo repassados diretamente a estados e municípios progressivamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Os Estados, Distrito Federal e Municípios que não cumprirem os limites mínimos estabelecidos pela EC - 29 estarão sujeitos às mesmas sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal que vão desde retenção das transferências do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM), até a intervenção da União, bem como, a cassação dos mandatos.

A seguir, realizamos um comparativo dos recursos próprios aplicados em saúde no estado de Santa Catarina e no município de Joinville em relação aos percentuais mínimos exigidos pela EC - 29.

TABELA 3 – PERCENTUAL DE RECURSOS PRÓPRIOS APLICADOS EM SAÚDE EM SANTA CATARINA E EM JOINVILLE COMPARANDO-SE COM OS VALORES MÍNIMOS PRECONIZADOS PELA EC - 29

ESFERA DE GOVERNO \ ANO	2000		2001		2002		2003	
	Valor alcançado	EC-29	Valor alcançado	EC-29	Valor alcançado	EC-29	Valor alcançado	EC-29
SANTA CATARINA	8,77	7,00	8,43	8,00	7,48	9,00	10,56	10,00
JOINVILLE	16,74	7,00	18,40	8,60	25,41	10,20	25,25	11,80

FONTE: RELATÓRIOS DE GESTÃO DA SMS DE JOINVILLE/ SIOPS

Podemos observar que Santa Catarina não cumpriu a exigência da Lei apenas no ano de 2002.

O município de Joinville vem ultrapassando em mais de 100% os recursos próprios aplicados em saúde quando comparado com a Lei.

Porém, ao verificarmos a próxima tabela, podemos perceber que, analisando-se os gastos *per capita* de Santa Catarina e do Brasil, os valores dispendidos por Joinville ainda estão muito aquém daqueles.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO *PER CAPITA* DOS RECURSOS CONFORME ESFERA DE GOVERNO

ESFERA DE GOVERNO \ ANO	2000	2001	2002	2003
BRASIL	200,64	232,11	268,02	303,17
SANTA CATARINA	170,42	196,17	227,66	280,37
JOINVILLE	142,6	151,9	156,9	194,5

FONTE: RELATÓRIOS DE GESTÃO DA SMS DE JOINVILLE / SIOPS

Percebe-se que do ano 2000 ao ano 2003, em Joinville, houve um crescimento de aproximadamente 30% nos valores dos repasses *per capita* para a saúde, porém esses valores ainda são muitos baixos ao se comparar com os

gastos em outros países como Portugal e Espanha que chegam a 1000 dólares hab/ano, ou ainda Canadá, Inglaterra, Suíça e França que se utilizam 2000 dólares hab/ano para a saúde. (MACHADO, 2004)

Para o ano de 1999, não foi possível encontrar os valores dispendidos *per capita* pelo estado de Santa Catarina e para o Brasil.

Devido a grande opção dos municípios em se habilitarem em um modelo de gestão conforme a NOB/96 e NOAS, houve um expressivo aumento das transferências do FNS para estados e municípios, sendo que, em dezembro de 2001 a maior parte dos recursos da assistência fosse transferida nessa modalidade em contrapartida ao pagamento federal direto aos prestadores de serviço como era anteriormente usual.

Além das transferências do FNS os Fundos Estaduais e Municipais recebem recursos de seus próprios orçamentos, e alguns municípios recebem recursos do Estado conforme pactuados entre os municípios.

Independentemente da esfera de governo que execute o pagamento, o SUS utiliza o mesmo sistema de informações para os serviços ambulatoriais - o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIS) e outro para os serviços hospitalares - o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). No caso das internações hospitalares, ainda que o pagamento pelos serviços prestados esteja descentralizado para o nível de governo responsável por sua gestão, o processamento das informações relativas a todas as internações financiadas pelo órgão público de saúde é realizado de forma centralizada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) órgão do MS.

Apesar do incremento das habilitações de estados e municípios, e do conseqüente aumento do volume de recursos repassados diretamente aos fundos de saúde subnacionais, um terço dos recursos federais ainda é empregado em pagamentos diretos a prestadores de serviços de saúde. Tal situação decorre do processo de contratação e pagamento centralizado que vigorou durante o período do INAMPS que antecedeu á implementação do SUS e, em certa medida, ainda não foi plenamente substituído pelo processo de descentralização.

Apenas com a edição da Portaria nº 2121/GM de março de 1998, que veio a implantar o PAB é que se dividiram os recursos para financiamento da assistência a Atenção Básica e para a assistência de Média e Alta Complexidade. O PAB fixo segue a lógica de repasse automático do FNS aos municípios conforme o número de habitantes sendo de inteira responsabilidade do gestor municipal todas as ações de Atenção Básica, as quais já foram descritas anteriormente. Já o PAB variável vai depender da escolha dos municípios em aderirem a certos Programas do MS tais como: PSF, PACS, entre outros. Cabe ressaltar que a implantação do PAB foi um importante avanço no sentido da superação dos mecanismos de pós-pagamento.

Os gestores do SUS têm um papel muito importante na consolidação do atual sistema de saúde vigente no Brasil. No âmbito federal, o gestor é o Ministro da Saúde, em âmbito estadual temos o Secretário estadual de Saúde e no município temos o Secretário Municipal de Saúde. Os gestores devem atuar em duas esferas bastante intercaladas entre si, a esfera política e a esfera técnica. Na questão política o compromisso dos gestores deve ser com a população através da concretização da saúde como direito de cidadania mediante os princípios do SUS de equidade, integralidade, entre outros, visando o interesse público e não interesses particulares ou privados.

A atuação técnica do gestor do SUS vem a ser representada pelo exercício de quatro grandes grupos de funções: formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores, públicos ou privados) e prestação direta de serviços de saúde.

Apresentamos, discriminados, conforme Tabela 5, os repasses que foram incluídos no FMS.

TABELA 5 - COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS DO FMS DE JOINVILLE POR ATIVIDADE

ANO \ ATIVIDADE	1999	%	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
MAC	28.762.654	85	29.577.547	85	31.138.525	82	26.586.199	76	31.585.972	70
Ações estrat.	-	-	-	-	-	-	1.460.661	4	5.295.194	12
PAB(FIXO)	4.201.465	13	4.280.112	12	4.396.317	12	4.450.316	13	5.074.211	11
PACS	65.450	0	70.399	0	103.400	0	174.917	1	457.920	1
PSF	478.031	1	644.184	2	654.442	2	644.184	2	1.403.734	3
PVS	105.037	0	107.003	0	109.908	0	111.516	0	129.546	0
PCCN	166.051	0	166.050	0	166.050	-	110.700	0	-	-
FARMÁCIA BÁSICA	317.861	1	428.011	1	762.466	2	619.648	2	564.824	1
Epidemiologia e controle de doenças	-	-	-	-	673.433	2	673.433	2	714.217	2
Cadastro Nacional de usuários do SUS	-	-	-	-	-	-	81.267	0	-	-
TOTAL	34.094.549	100	35.273.306	100	38.004.541	100	34.912.841	100	45.225.618	100

FONTE: RELATÓRIOS DE GESTÃO DA SMS DE JOINVILLE

Podemos perceber um grande aumento de recursos repassados para o PACS no período de 1999 a 2003, passando de 65.450 para 457.920, representando 600% de aumento.

Para o PSF notamos que houve aumento de 478.031 em 1999 para 1.403.734 em 2003, representando 193%.

Esses dados vêm demonstrar o grande interesse que o MS e o município de Joinville têm de implementar esses programas.

A Atenção Primária tem como papel fundamental conforme MENDES (2002, p.07): “organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde para que respondam de maneira apropriada às necessidades de suas populações.”

Dentro desse contexto, o PSF, iniciado em 1994, significa a proposta de mais largo alcance para a organização da Atenção Primária no nosso país. O PSF

sofreu influência dos modelos de saúde da família canadense, cubano e inglês. Sua origem vem da criação do Programa de Agentes Comunitários criado pela Secretaria Estadual da Saúde do Ceará em 1987. Devido a diminuição da mortalidade infantil no Estado, o MS resolveu ampliar o Programa para todo o país com o nome de PACS.

O PACS representa um programa de impacto com custos baixos, os recursos federais repassados por agente comunitário de saúde são atrativos para o gestor local, há uma grande oferta de recursos humanos para o programa o que ajuda a diminuir o desemprego, entre outros fatores que fizeram com que o PACS fosse implantado em todo o país.

As ações estratégicas, conforme descrito anteriormente, foram criadas com o objetivo de garantir o financiamento de procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual ou procedimentos decorrentes de ações consideradas estratégicas pelo MS, como por exemplo: Prevenção do Câncer de Colo de Útero ou as campanhas de Cirurgias Eletivas (catarata, próstata, etc) que apresentavam grande demanda reprimida. Portanto, essas ações se enquadram nos procedimentos de MAC, estando agrupadas juntamente com os valores destinados a esse item.

Conforme constam no anexo III, pode-se observar quais são as ações de atenção básica compreendidas a cada ano conforme definição do MS, portanto, resolveu-se agrupar essas ações para melhor compreensão da variação dos recursos para atenção básica.

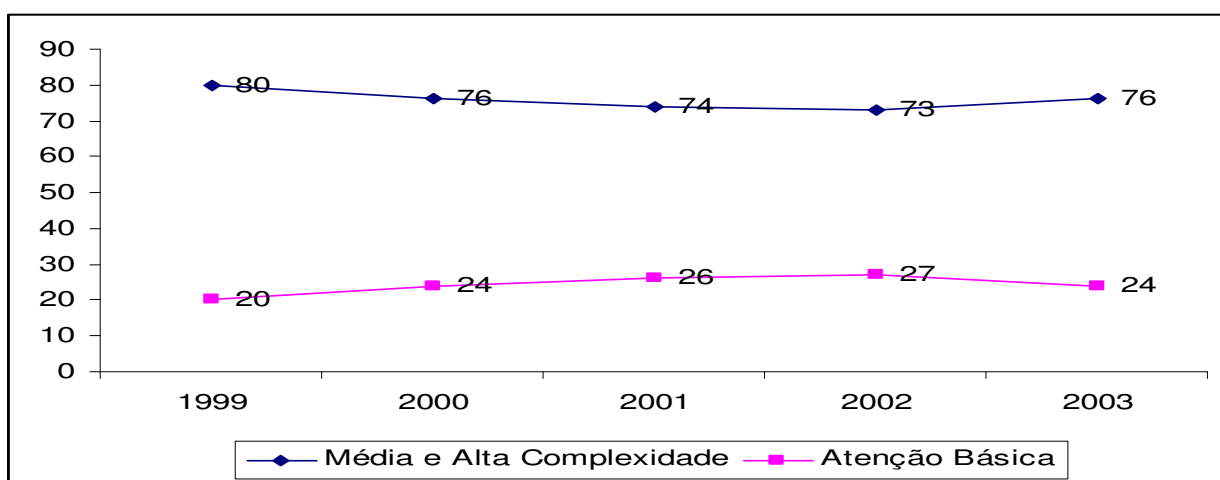
Nos relatórios de gestão consultados, aparecem valores repassados pelo governo federal para pagamento de salários e para medicamentos contra a Aids e Tuberculose, portanto, resolveu-se incluí-los juntamente aos recursos para atenção

Portanto, os recursos estão discriminados conforme segue:

TABELA 6– DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS CONFORME COMPLEXIDADE

ANO	1999		2000		2001		2002		2003	
		%		%		%		%		%
Complexidade										
Média e Alta Complexidade	28.762.654	80	29.577.547	76	31.138.525	74	28.046.860	73	36.881.166	76
Atenção Básica	7.415.657	20	9.088.127	24	10.937.083	26	10.175.147	27	11.931.992	24
TOTAL	36.178.311	100	38.665.674	100	42.075.608	100	38.222.007	100	48.813.158	100

FONTE: RELATÓRIOS DE GESTÃO DA SMS DE JOINVILLE



Constata-se que houve um aumento, nos repasses financeiros, de 22% no período de 1999 a 2003 para a MAC e de 38% de aumento no mesmo período para a atenção básica.

Sabe-se que os sistemas de saúde organizados tendo como base a atenção primária a saúde são os mais eficazes e de maior qualidade. Um trabalho realizado por Starfield, citado por Mendes (2002, p.14) “demonstrou que os sistemas orientados pela atenção primária à saúde estão associados com *menores custos*, (grifo nosso) maior satisfação da população, melhores níveis de saúde e menor uso de medicamentos.” A mesma autora, em outro trabalho, demonstrou que os EUA, apesar de serem o país que mais gasta com saúde, apresenta indicadores menores do que outros países igualmente ricos que foram

estudados, sendo o último colocado na taxa de baixo peso ao nascer, mortalidade infantil e em anos de vida potencial perdidos.

Na Tabela 7 apresentamos os recursos do SUS de Joinville que foram destinados aos hospitais e instituições.

TABELA 7 - APLICAÇÕES DOS RECURSOS DO SUS DE JOINVILLE

ANO ENTIDADE	1999	%	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ	12.760.175	24	12.819.250	21	14.830.537	22	13.762.579	19	14.471.350	17
HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT	3.326.748	6	3.376.480	6	3.462.066	5	3.391.472	5	4.827.123	5
INSTITUTO BETHESDA HOSPITAL	543.798	1	339.585	1	413.203	1	541.431	1	1.181.320	1
MATERN. DARCY VARGAS	4.046.391	8	3.739.329	6	3.763.645	6	2.987.911	4	2.682.378	3
CENTRO DE TRAT. DOENTES RENAISSANCE	2.145.823	4	2.307.218	4	2.233.149	3	2.449.689	3	3.102.003	3
ASS.BENEF. EVANG. JOINVILLE	73.100	0	108.844	0	97.288	0	87.6006	1	260.173	0
CLÍNICAS LABORAT. E	3.056.480	6	3.550.732	6	3.732.885	6	4.666.233	6	5.474.015	6
SINDICATOS	273.033	1	161.299	0	154.325	0	153.869	0	160.119	0
BOMBEIROS	46.038	0	96.871	0	107.905	0	85.857	0	93.899	0
SMS	26.029.712	50	34.758.436	56	38.953.752	57	43.061.544	61	57.500.564	65
TOTAL	52.301.298	100	61.258.043	100	67.748.752	100	71.188.191	100	89.752.944	100

FONTE: RELATÓRIOS DE GESTÃO DA SMS DE JOINVILLE

Na próxima Tabela, constam os recursos que foram destinados exclusivamente à SMS de Joinville.

TABELA 8 - GASTOS DA SMS DE JOINVILLE

ANO	1999		2000		2001		2002		2003	
		%		%		%		%		%
DESPEAS										
FOLHA DE PAGAMENTO DA SMS	12.287.916	47	12.945.465	37	14.698.900	39	16.662.997	38	20.700.909	35
ENCARGOS E BENEFÍCIOS	3.867.715	15	6.988.052	20	8.330.227	23	11.207.192	26	14.089.068	25
MATERIAIS E MEDICAM.	4.913.038	19	7.928.521	23	8.434.046	23	9.385.405	21	12.550.815	22
ALUGUÉIS-IMÓVEIS E VEÍCULOS	833.484	3	643.413	2	760.570	2	882.787	2	1.073.122	2
OUTRAS DESPESAS***	1.373.882	5	2.032.605	6	3.580.081	10	4.607.482	11	5.190.749	9
TRANSF. INTERNAS E SALDOS****	-----	----	-----	0	876.835	2	-736.130	-1	2.096.623	4
OUTRAS DESP. COM HOSP	2.953.876*	11	3.063.951	9	340.902**	1	-----	----	-----	0
IMOBIL.	-----	0	1.156.429	3	-----	0	1.051811	2	1.799.276	3
TOTAL	26.029.712	100	34.758.752	100	38.953.752	100	43.061.544	100	57.500.564	100

FONTE: RELATÓRIOS DE GESTÃO DA SMS DE JOINVILLE

Legenda:

*DÍVIDA 96/97/98

** DÍVIDA 96/97/98/99

***OUTRAS DESPESAS COMO: PAGAMENTO DE ÁGUA, TELEFONE, MANUTENÇÃO PREDIAL E VEICULAR, ZELADORIA, VIGILÂNCIA, ENTRE OUTROS

**** VARIAÇÕES DOS ESTOQUES-CAIXA-CONTAS/RECEBER-CONTAS/PAGAR

Onde se encontra 'transferências internas e saldos' se entende por variações dos estoques de caixa, ou seja, contas a receber ou contas a pagar. No ano de 2002 encontramos valor negativo pois existiam contas a serem pagas, as quais não foram liquidadas neste ano, sendo, provavelmente, efetivamente pagas no ano seguinte, pois encontramos um valor maior em 2003.

No ano de 1999, o valor corresponde a dívida com os hospitais, referentes aos anos de: 1996, 1997 e 1998. Nos anos de 2000 e 2001, nesse mesmo item, constam dívidas referentes aos anos de: 1996, 1997, 1998 e 1999.

Observa-se que nos anos de 2002 e 2003 não se encontram mais valores para esse item, o que demonstra que houve o pagamento de toda essa dívida.

Nos valores de 'imobilizações' se encontram os investimentos realizados para compra de equipamentos e reformas e/ou ampliações de unidades de saúde, ou seja, material permanente.

Pode-se perceber que houve investimento apenas no ano de 2000, e nos anos de 1999 e 2001 não constam incrementos, coincidindo com o período (1999 a 2001) em que foram pagas as dívidas atrasadas com hospitais, o que sugere, talvez, que tenha sido devido a falta de condições financeiras de se arcar com todas as despesas da SMS, o motivo de se optar pela diminuição de investimentos físicos em favor da regularização das contas da SMS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, quando se pensou em realizar um trabalho sobre financiamento do SUS, tinha-se o desejo de estudar os repasses financeiros para o município de Joinville à partir do ano de 1988, quando houve a promulgação da Constituição Federal passando a saúde a ser 'um direito de todos e dever do estado', porém, grandes dificuldades se interpuseram a concretização desta idéia. O principal entrave foi a falta de dados fidedignos que pudessem ser utilizados, então, optou-se por estudar os valores à partir do ano de 1999 até o ano de 2003, pois, com a NOB/96 e, posteriormente, com a NOAS ocorreram mudanças nas habilitações dos estados e municípios e conseqüentemente na forma do repasse financeiro.

Observou-se, com a realização das entrevistas, que a idéia de que os recursos além de serem insuficientes são também mal utilizados. Tanto técnicos da SMS quanto conselheiros municipais relataram a má administração como uma das causas desse desperdício. Houve a grata satisfação de se perceber que ambos os sujeitos apresentam conhecimento satisfatório sobre o assunto tratado, o que vem a colaborar com uma das diretrizes que o SUS preconiza que é o controle social.

Um importante aspecto que deve ser mencionado para esse conhecimento, principalmente dos conselheiros, são os cursos de capacitação oferecidos pela SMS de Joinville que vem tratando de vários assuntos pertinentes e atuais dentro do SUS.

O número de Normas e Portarias editadas constantemente pelo MS exige que os responsáveis pelas deliberações e aprovações junto ao CM estejam sempre atualizados e cientes de seus conteúdos para um efetivo debate e conseqüentemente coerência dentro das votações apresentadas. As capacitações vêm a esclarecer o teor de tais leis e importância das mesmas dentro da saúde pública municipal.

As sugestões apontadas pelos sujeitos entrevistados revelam clareza e discernimento com relação às ações que poderiam ser empreendidas para uma melhor utilização dos recursos, tais como: implantação do cartão - SUS ;

capacitação dos profissionais e do gestor municipal nos parâmetros do SUS; atenção básica mais resolutiva; aumento dos valores repassados ao município para a área da saúde; maiores investimentos nas áreas de habitação, educação, saneamento, entre outras propostas.

Com relação aos recursos financeiros, pode-se observar que o SUS em Joinville, no período estudado, recebeu valores maiores do que os previstos em lei (EC 29) para sua operacionalização, porém, está muito longe de poder ser considerado um sistema de saúde satisfatório em todos os níveis de atenção. No entanto, ao se estudar o processo de implantação de sistemas de saúde que seguiram a mesma direcionalidade do SUS em outros países como Inglaterra, Itália, Canadá e Espanha, mas que, possuíam melhores condições sociais e econômicas, os resultados consistentes levaram décadas para serem obtidos. (MACHADO, 2004)

Os tetos financeiros de estados e municípios encontram-se muito abaixo das necessidades dos serviços solicitados pelos usuários do SUS, porém, observa-se a má utilização destes recursos conforme Rodriguez Neto (2003) referindo-se ao mau uso do dinheiro público pode-se verificar duas questões: o não controle público sobre as ações e serviços prestados pelos hospitais, clínicas e laboratórios privados contratados pelo SUS e a ineficiência da gestão pública que sofre pressões de grupos profissionais corporativos.

A implantação de formas de controle que possibilite a utilização racional do sistema é uma das necessidades prementes do atual Sistema de Saúde Pública Brasileira.

Através da racionalização da aplicação dos recursos do SUS possibilitaria um melhor atendimento aos usuários do SUS não eliminando, todavia, a necessidade de ampliação dos recursos financeiros conforme Relatório da 10ª CNS.

Algumas propostas surgem ao se discutir o financiamento do setor saúde no Brasil, entre elas: elaboração de leis que garantam o compromisso dos gestores com a manutenção de fontes estáveis, que estas sejam flexíveis para oferecer agilidade no uso dos recursos ao mesmo tempo em que se busque

transparência possibilitando um efetivo controle social em todas as etapas de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação dos processos ligados à saúde pública.

Tem sido observado que os gastos com saúde apresentam uma proporção diretamente correspondente ao grau de desenvolvimento do país, ou seja, quanto maior o PIB, maiores serão os recursos para a saúde. Conforme os palestrantes da mesa-redonda acerca do financiamento da saúde no Brasil, em ocasião da 12ª CNS, “o financiamento do SUS não pode ser pensado isoladamente da política social e econômica do país.”

Os palestrantes também concluíram: “mais do que lutar pelo cumprimento da EC-29, a saúde precisa lutar pela inversão do modelo econômico do país”.

Citando novamente Rodriguez Neto (2003) verifica-se que no Brasil: “além de se gastar mal, não há dúvida que, para os parâmetros internacionais, também se gasta pouco”. O atual sistema público de saúde brasileiro foi, e está sendo comprometido pela política neoliberal e seu desfinanciamento tem como conseqüência às políticas de ajuste fiscal e do monetarismo vigente. O que vem ocorrendo no Brasil é o aumento da demanda levando a um aumento dos custos assistenciais devido ao envelhecimento da população e da segmentação da prestação dos serviços e uma insuficiência da oferta de serviços para atendê-la.

Com a realização do trabalho constatou-se que houve acréscimo de recursos financeiros para o SUS, tanto das esferas federais como estaduais e municipais, porém, proporcionalmente, houve maior aporte de recursos municipais. O Ministério da Saúde, através dos recursos transferidos ao PAB variável vem incentivando o município a adotar alguns programas que transferem recursos regularmente havendo uma contra-partida da SMS de Joinville. Alguns desses programas, como o PSF e o PACS demonstram a intenção que os gestores têm de incentivar atenção básica a que tem a capacidade de resolver até 85% dos problemas de saúde do município, representando uma grande economia quando se compara com as ações de média e alta complexidade, muitas vezes de caráter hospitalar e que requer exames e procedimentos de alto custo.

As dificuldades em se trabalhar com dados orçamentários se intensificaram devido as fontes utilizadas, pois se tratam de instrumentos contábeis, os quais são complexos e cujo os cálculos obedecem critérios diferentes, conforme o dado que se espera obter. Os valores referentes às despesas, por exemplo, podem ser considerados como efetivamente pagos ou apenas empenhados, o que vem a modificar o valor final encontrado. Outro aspecto que podemos notar foi que cada instrumento é formatado de uma maneira independente do outro não havendo integração para que haja uma comparação entre eles.

Finalmente, sabendo que a Saúde Pública está apoiada sobre três diretrizes: recursos humanos, financiamento e gestão, optou-se, devido a sua importância e necessidade de aprofundamento, se trabalhar com a questão do financiamento, a fim de contribuir para trazer a tona a discussão a respeito de tão relevante tema.

Com a realização deste trabalho, a pesquisadora pode se aprofundar neste tema, que como já foi descrito anteriormente, é muito específico, porém de extrema relevância para o SUS. Espera-se poder contribuir para desmistificar a área do financiamento público incentivando, assim, outros estudos que tragam conhecimentos, soluções e que venham beneficiar a população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. *Lei nº 4320 de 17 de maio de 1964*. Definiu as normas gerais para a elaboração dos orçamentos públicos.
- BRASIL. *Decreto- lei nº 72 1966*. Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).
- BRASIL. *Lei nº 6229 de 17 de julho de 1975*. Dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.
- BRASIL. *Decreto 94657 de 20 de julho de 1987*. Dispõe sobre a criação do programa de desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos estados (SUDS) e dá outras providências.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988
- BRASIL. *Decreto 95861 de 22 de março de 1988*. Dispõe sobre o programa de desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos estados (SUDS) na área de competência do Ministério da Previdência e Assistência Social e dá outras providências.
- BRASIL. *Decreto nº 97275 de 16 de dezembro de 1988*. Altera dispositivos do Decreto nº 96186 de 21 de junho de 1988 que dispõe sobre o programa de desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos estados (SUDS) na área de competência do Ministério da Saúde.
- BRASIL. *Decreto nº 99060 de 7 de março de 1990*. Dispõe sobre a transferência do INAMPS para o MS.

- BRASIL. *Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

- BRASIL. *Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, e dá outras providências.

- BRASIL. *Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993*. Edição da NOB/93.

- BRASIL. *Portaria PEDC/PRDF nº 002/1994*. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e Procuradoria da República do Distrito Federal. Instauração de Inquérito Civil Público.

- BRASIL. *Decreto presidencial de 04 de maio de 1994*. Relatório final do grupo de Trabalho Interministerial para racionalização dos gastos com saúde e melhoria do atendimento a população. Brasília, 1994.

- BRASIL. *Lei nº 9311 de 24 de outubro de 1996*. Criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF).

- BRASIL. *Portaria nº 2203/MS (DOU) de 06 de novembro de 1996*. Edição da NOB/96.

- BRASIL. *Portaria GM/MS nº 2094 de 26 de fevereiro de 1998*. Regulamentação do Cartão SUS Municipal.

- BRASIL. *Portaria nº 2121/GM de março de 1998*. Implantação do PAB.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília, 1999.
- BRASIL. *Portaria Interministerial nº 529 de 30 de abril de 1999*. Constituição de equipe para o desenvolvimento do SIOPS.
- BRASIL. *Portaria GM/MS nº 531 de abril de 1999*. Criação do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC).
- BRASIL. *Portaria nº 1360 GM/MS de 09 de dezembro de 1999*. Dispõe sobre a habilitação do estado de Santa Catarina na Gestão Plena do Sistema Estadual.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A prática do controle social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS – Brasília, 2000*.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *SUS descentralização*. Brasília, 2000.
- BRASIL. *Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101 de 04 de maio de 2000*.
- BRASIL. *Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000*. Dispõe sobre os repasses mínimos a serem feitos pela União, estados municípios e Distrito Federal para o SUS entre os anos de 2000 a 2004.
- BRASIL. *Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001*. Edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).
- BRASIL. *Decreto nº 3774 de 15 de março de 2001*. Dispõe sobre a localização do SIOPS dentro da estrutura do MS.

- BRASIL. *Portaria SAS/MS nº 526 de 16 de novembro de 2001*. Define quais procedimentos pertencem ao grupo de MC III.
- BRASIL. *Portaria nº 1261/GM de 10 de julho de 2002*. Habilitação do estado de Santa Catarina ao modelo de Gestão Plena do Sistema Estadual.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico* – Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde* – Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde* – SIOPS.
- CANTARINO, Gilson. Entrevista com o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde para o site de *12ª Conferência Nacional de Saúde*, disponível em < <http://www.12conferencia.com.br>> Acesso em 25 de maio de 2005.
- CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. *O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001*. Tese de Doutorado. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª , Relatório. Brasília, 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10ª, Relatório, Tema 4. Financiamento da Saúde, Brasília, 1996.

- FALEIROS, Vicente de Paula. *Prioridade versus escassez de recursos em Saúde*. Citação de referência eletrônica. Disponível em <<http://www.portalmédico.org.br/>> Acesso em 01 de dezembro de 2003.
- FUNCKS, Isabel Cristina Bertuol. *Controle, Avaliação e Auditoria no Sistema Único de Saúde: a Implantação do serviço nos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal – SC*, Florianópolis – SC – Dissertação (Mestrado) – UFSC, 2003.
- GONÇALVES, Laércio Ribeiro. *O Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS: instrumento de controle do gasto público no setor de saúde*, Rio de Janeiro – RJ, 2002 – Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- IBGE. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*.
- JOINVILLE. *Lei Municipal nº 2188 de 11 de novembro de 1987*. Dispõe sobre a criação da Secretaria Municipal de Saúde.
- JOINVILLE. *Lei Municipal nº 2503 de 22 de março de 1991*. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde.
- JOINVILLE. *Lei Municipal nº 2590 de 27 de novembro de 1991*. Apresenta nova redação para a Lei nº 2503.
- JOINVILLE. *Lei Municipal nº 2752 de 24 de novembro de 1992*. Dispõe sobre a criação do Fundo Municipal da Saúde.

- JOINVILLE. *Lei Municipal nº 3556 de 17 de setembro de 1997*. Instituição dos Conselhos Locais de Saúde.

- JOINVILLE. *Portaria nº 2801/GM de 01 de junho de 1998*. Habilitação do município de Joinville em Gestão Plena do Sistema Municipal.

- JOINVILLE. *Portaria nº 661/GM de 30 de maio de 2003*. Habilitação do município de Joinville em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

- JOINVILLE. *Lei Municipal nº 4577 de 06 de junho de 2002*. Definição da representatividade dentro do Conselho Municipal de Saúde.

- JOINVILLE. *Lei Municipal nº 4620 de 22 de agosto de 2002*. Ratificação da Lei nº 4577.

- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração de dados*. 2, edição, São Paulo, editora Atlas, 1990.

- MACHADO, Kátia. “Gastar bem o pouco que se tem, sem abandonar a luta para se ter mais”. RADIS. Rio de Janeiro, nº 18 , 12-13, fevereiro, 2004.

- MENDES, Eugênio Vilaça. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

- OPAS. Organização Pan – Americana da Saúde. Citação de referência eletrônica. Disponível em <<http://www.opas.gov.br/>>. Acesso em 10 de outubro de 2004.

- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2003.

- ROSEN, George. *Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica*. São Paulo: Edições Graal Ltda, 1980.

- SALLES, Dario Francisco. *Análise estratégica do perfil do gestor municipal do SUS no estado de Santa Catarina*. Joinville – SC - Dissertação (Mestrado) – UNIVILLE, 2001.

- SANTA CATARINA. *Lei Complementar nº 162 de 06 de janeiro de 1998*. Dispõe sobre a criação da região metropolitana do norte/nordeste catarinense.

- TARRIDE, Mário Ivan. *Saúde Pública: uma complexidade anunciada – 1 reimpressão*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2002.

ANEXO I

Roteiro da entrevista realizada com técnicos da SMS e Conselheiros Municipais:

- 1- FUNÇÃO ATUAL? DESDE QUANDO?
- 2- VOCÊ SENTE DIFICULDADE EM ENTENDER O ORÇAMENTO MUNICIPAL (LDO, LOA, PPA)?
- 3- NA SUA PERCEPÇÃO, OS RECURSOS SÃO REALMENTE ESCASSOS OU, OUTROS FATORES INFLUENCIAM O USO DO DINHEIRO PÚBLICO PARA A SAÚDE? QUAIS?
- 4- NA SUA OPINIÃO, O QUE PODERIA SER FEITO PARA QUE O DINHEIRO FOSSE SUFICIENTE?

ANEXO II



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COORDENADORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Helena Alves dos Santos e estou desenvolvendo a pesquisa: FINANCIAMENTO E GASTOS NA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE - SC DE 1999 A 2003 - UM ESTUDO DE CASO, com o objetivo de avaliar os repasses do SUS para o município de Joinville no período de 1999 a 2003 e, também, qual foi o destino desses recursos dentro das atenções: básica, média e alta complexidade.

Este estudo é necessário, para que eu obtenha o grau de mestre no Curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Serão coletados dados do Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS e serão realizadas entrevistas semi-estruturadas para se verificar qual a percepção de alguns técnicos e conselheiros municipais de saúde com relação a suficiência ou não de recursos financeiros para a área da saúde pública no município de Joinville-SC.

Helena Alves dos Santos
Pesquisador Principal

Eu, -----, fui esclarecido sobre a pesquisa FINANCIAMENTO E GASTOS NA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE - SC DE 1999 A 2003 - UM ESTUDO DE CASO e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma. Joinville, ----- de ----- de 2005.

Assinatura: _____ RG: _____

ANEXO III

Encontram-se discriminados neste ANEXO os procedimentos incluídos no cálculo dos recursos repassados do MS aos estados e municípios, conforme ano e tipo de remuneração.

1999

Remuneração por serviços produzidos

Atendimento ambulatorial (MS)

Internações hospitalares (MS)

Transferências - média e alta complexidade

Assistência hospitalar e ambulatorial (MAC)

Complemento teto financeiro – plena

Urgência e emergência - extra teto

Campanha de cirurgia da catarata

Campanha de cirurgia de hérnia inguinal

Campanha de cirurgia de varizes

Gestantes de alto risco - extra teto

Leitos de UTI - extra teto

Medicamentos excepcionais para transplantes

Neurocirurgia - extra teto

Plano nacional de controle tuberculose

Programa de combate ao câncer de colo uterino

Transplantes

Transferências - atenção básica

Incentivo a ações básicas vigilância sanitária

Incentivo ações combate a carência nutricional

Piso de atenção básica - fixo

Programa agentes comunitários de saúde

Programa de Saúde da Família

Farmácia básica

2000

Transferências - média e alta complexidade

Assistência hospitalar e ambulatorial (MAC)
Plano nacional de controle tuberculose
Programa de combate ao câncer de colo uterino
Transplantes
Campanha de cirurgia da próstata
Campanha de cirurgia de varizes
Cirurgia oncológica

Transferências - atenção básica

Incentivo a ações básicas vigilância sanitária
Incentivo ações combate a carência nutricional
Piso de atenção básica - fixo
Programa agentes comunitários de saúde
Programa de Saúde da Família
Farmácia básica
Epidemiologia e controle de doenças

2001

Transferências - média e alta complexidade

Assistência hospitalar e ambulatorial (MAC)
Plano nacional de controle tuberculose
Programa de combate ao câncer de colo uterino
Transplantes
Campanha de cirurgia da próstata
Campanha de cirurgia de varizes
Cirurgia oncológica
Campanha de acompanhamento pós-transplantes
Campanha de cirurgia da catarata
Campanha de quimioterapia
Campanha de radioterapia
Gestão plena sistema municipal - alta complexidade

Gestão plena sistema municipal - média complex

Impacto da psiquiatria

Transferências - atenção básica

Incentivo a ações básicas vigilância sanitária

Incentivo ações combate a carência nutricional

Piso de atenção básica - fixo

Programa agentes comunitários de saúde

Programa de Saúde da Família

Farmácia básica

Epidemiologia e controle de doenças

Cadastro nacional de usuários do SUS

Transferências - ações estratégicas

Acomp. pós transplante - Ações Estratégicas

Acompanh. a def. auditivo - Ações Estratégicas

Campanha de oftalmologia - Ações Estratégicas

Câncer de colo uterino - Ações Estratégicas

Deformidade crânio-facial - Ações Estratégicas

Ortodontia - Ações Estratégicas

Pré-natal - Ações Estratégicas

Próstata - Ações Estratégicas

Queimados - Ações Estratégicas

Transplantes - Ações Estratégicas

Tuberculose - Ações Estratégicas

Varizes - Ações Estratégicas

2002

Transferências - média e alta complexidade

Campanha de cirurgia da catarata

Gestão plena sistema municipal - alta complexidade

Gestão plena sistema municipal - média complexidade

Transferências - atenção básica

Incentivo a ações básicas vigilância sanitária

Incentivo ações combate a carência nutricional

Piso de atenção básica - fixo

Programa agentes comunitários de saúde

Programa de Saúde da Família

Farmácia básica

Epidemiologia e controle de doenças

Cadastro nacional de usuários do SUS

Incentivo adicional PACS

Transferências - ações estratégicas

Acompanhamento pós transplante - Ações Estratégicas

Acompanhamento a deficiente auditivo - Ações Estratégicas

Campanha de oftalmologia - Ações Estratégicas

Câncer de colo uterino - Ações Estratégicas

Deformidade crânio-facial - Ações Estratégicas

Ortodontia - Ações Estratégicas

Pré-natal - Ações Estratégicas

Próstata - Ações Estratégicas

Queimados - Ações Estratégicas

Transplantes - Ações Estratégicas

Tuberculose - Ações Estratégicas

Varizes - Ações Estratégicas

Acompanhamneto de paciente - Ações Estratégicas - SIA

Assistência domiciliar - Ações Estratégicas SIA

Assistência pré-natal – AIH

Defic. auditiva escolar - Ações Estratégicas –

Fisioterapia - - Ações Estratégicas SIA

Humanização do parto - Ações Estratégicas

Leucemia mielóide - SIA

Neonatal - Ações Estratégicas- SIA

Patologia clínica - Ações Estratégicas SIA

Programa Nacional de Atenção a usuários de álcool e drogas

Psicodiagnóstico - Ações Estratégicas SAI

Registro Civil e Nascimento – AIH

Terapia e psicoterapia - Ações Estratégicas SIA

Terapia renal substitutiva - SIA

2003

Transferências - média e alta complexidade

CAPS II - Incent. Cust. Centros At. Psicossocia

Campanha de cirurgia da catarata

Gestão plena sistema municipal - média complex

Incent. Prog. Nacional de HIV/AIDS e outras DST

Transferências - atenção básica

Cadastro nacional de usuários do SUS

Epidemiologia e controle de doenças..

Epidemiologia e controle de doenças (adicional)

Farmácia básica

Financ aos Centros de Referência Saúde Trabalhador

Incentivo a ações básicas vigilância sanitária

Incentivo adicional PACS

Piso de atenção básica - fixo

Programa agentes comunitários de saúde

Programa de Saúde da Família

Transferências - ações estratégicas

Acomp. Pac. Saúde Mental - Ações Estratégic

Acomp. de paciente - Ações Estratégicas - SIA

Acomp. pós transplante - Ações Estratégicas

Assistência domiciliar - Ações Estratégicas SIA

Assistência pré-natal - AIH

Campanha de oftalmologia - Ações Estratégicas

Câncer de colo uterino - Ações Estratégicas

Deformidade crânio-facial - Ações Estrategicas

Fisioterapia - Ações Estratégicas SIA

Humanização do parto - Ações Estratégicas

Leucemia mielóide - SIA

Neonatal - Ações Estratégicas - SIA
Ortodontia - Ações Estratégicas
Patologia clínica - Ações Estratégicas - SIA
Pré-natal - Ações Estratégicas
Próstata - Ações Estratégicas
Psicodiagnóstico - Ações Estratégicas - SAI
Queimados - Ações Estratégicas
Registro Civil e Nascimento - AIH
Retinopatia Diabética - Ações Estratégicas - AIH
Terapia e psicoterapia - Ações Estratégicas - SIA
Terapia renal substitutiva - SIA
Transplantes - Ações Estratégicas
Tuberculose - Ações Estratégicas
Varizes - Ações Estratégicas