

Em Defesa da Vida: Modelo do Sistema Único de Saúde de Volta Redonda

ROSENI PINHEIRO¹

RESUMO

A reforma do sistema de saúde brasileiro é um dos mais bem-sucedidos exemplos de descentralização institucional, a despeito de ser uma experiência que contém limites. Esses limites estão relacionados com a natureza das instituições responsáveis pela prestação dos serviços, e pelas demandas apresentadas pela população. Na Constituição de 1998 que deu forte ênfase à democratização das relações políticas, ocorreu a incorporação da saúde enquanto direito de cidadania, através do qual foram fixados atributos para o Estado, de modo a definir um outro patamar em seu relacionamento com a sociedade. O direito à saúde conduziu a uma centralidade nas questões relativas ao acesso aos serviços de saúde. Assim, produziu-se um reordenamento político e institucional do aparato estatal, orientado para potencializar a ação dos municípios, pois essa era a esfera de governo que caberia ampliar a oferta local de serviços básicos de saúde. Neste sentido, o direito à saúde torna-se direito universal a serviços locais de atenção à saúde. O presente estudo é uma investigação exploratória sobre a relação da demanda e oferta, na perspectiva da prática quotidiana dos diversos atores. Essa relação foi examinada através de um estudo de um caso concreto, de reforma do sistema de saúde do município de Volta Redonda, o qual se desenvolveu um modelo de SUS denominado "Em Defesa da Vida", que é a base dessa investigação.

A experiência de Volta Redonda revelou que nesse município os preceitos institucionais do SUS – universalidade, integralidade, descentralização e participação social – foram plenamente incorporados, em paralelo à adoção de iniciativas inovadoras de reorganização das práticas em saúde e medicina, tais como: o Programa Saúde da Família e a medicina homeopática. Esse êxito, no entanto foi limitado pela presença de variáveis relacionadas não somente ao campo biomédico, mas também aos contextos econômico, político e social.

Palavras-chave: Modelos tecnoassistenciais, reforma do setor saúde, SUS; sistemas locais de saúde.

1. Introdução

A rede municipal de saúde de Volta Redonda, assim como a maioria dos equipamentos sociais lá criados, teve o seu nascedouro na implantação da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN).

Na década de 40, a CSN criou um hospital provisório, com o objetivo de prestar assistência aos trabalhadores empregados na construção da usina. O hospital da CSN foi a primeira instituição na área de saúde no município (MENDONÇA e TEIXEIRA, 1998). Nos anos 50, foi fundado o Hospital São João Batista, por uma instituição sem fins lucrativos chamada União Hospitalar Gratuita, que visava a atender à população não coberta pelos benefícios da previdência social (MENDONÇA e TEIXEIRA, 1998).

Somente na década de 70, houve um incremento no número de estabelecimentos de saúde, assim como na oferta de serviços. Do lado do setor público, o incremento se deu pela municipalização do hospital e a instalação de mais três unidades estatais: uma unidade estadual e duas unidades federais (um ambulatório de especialidades e outro ambulatório de urgência — o Pronto-Atendimento Médico — PAM, sendo em seguida criado o Departamento do Pronto-Socorro e Fiscalização da Saúde). No setor privado, foram construídos e colocados em funcionamento seis estabelecimentos hospitalares. Segundo MENDONÇA e TEIXEIRA (1998), a expansão da assistência hospitalar, sobretudo a privada, se deu em consequência da política de financiamento e credenciamento aplicada pelo ex-INAMPS. Mais tarde, muitos desses serviços foram descredenciados ou fechados, devido à comprovação de fraudes e esquema de corrupção.

Dessa forma, em 1986, o hospital da CSN em Volta Redonda ainda representava a principal referência na oferta de serviços de saúde no município, apontando “naturalmente” para a demanda por internações e por consultas especializadas², cobrindo uma parcela significativa da população da cidade. No entanto, existia a previdenciária que precisava ser atendida, pela qual o INAMPS (as chamadas Superintendências Regionais) se pautava para a contratação dos serviços de assistência médica nos estabelecimentos de saúde privados existentes na região.

Em que pese a existência do Departamento de Saúde ou Departamento do Pronto-Socorro Municipal, a sua influência sobre a organização da rede municipal era incipiente, pois as atividades relacionadas aos serviços de

saúde de Volta Redonda, especialmente a assistência médica hospitalar, na sua grande maioria eram executadas pelo hospital da CSN, restando ao Posto de Saúde Estadual as ações de saúde pública³.

Portanto, existiam três diferentes tipos de mandos conduzindo a saúde em Volta Redonda: o Ministério das Minas e Energia, órgão mantenedor do hospital da CSN; o Ministério da Previdência e Assistência Social, que por meio do INAMPS mantinha o grande PAM e a rede contratada/conveniada; e a Secretaria Estadual de Saúde, órgão gestor, responsável pelo Posto de Saúde do Estado no município. Isto é, dois órgãos do nível federal e um do nível estadual, com atribuições absolutamente distintas e não integradas, ofertando serviços de saúde à população.

Já aquela população sem vínculo empregatício, não-operária ou não-previdenciária, era atendida pelo hospital filantrópico – Unidade Hospitalar Gratuita, hoje Hospital São João Batista.

Até a chegada das AIS, a instância municipal de saúde de Volta Redonda não participava da formulação, tampouco da organização dos serviços existentes na cidade, a começar pela nomeação dos responsáveis técnicos dos órgãos estadual e federal na localidade, que era realizada pelos respectivos órgãos de origem, sem nenhuma influência do nível local. Essa situação só começa a se inverter os anos 80, no processo de transição de regimes no governo brasileiro (ditatorial para o democrático), com a implementação da política de descentralização no setor saúde que fez emergir novos atores sociais (MULLER-NETO, 1991), colocando o município como principal *locus* para a concepção de novos arranjos institucionais.

Volta Redonda pode ser considerado um exemplo emblemático nesse processo, pois já se sobressaía no conjunto dos municípios do estado, enquanto local de transformações sociais, pela própria origem de seu tecido social. MENDONÇA e TEIXEIRA (1998) relatam que novos atores coletivos surgiram no município de Volta Redonda. Do lado da sociedade civil, proliferaram movimentos populares, associados ao movimento estudantil e sindical, fazendo surgir novos partidos políticos. Neste período, primeira metade da década de 80, o Departamento de Pronto-Socorro adquire o *status* de secretaria.

Estimulados pelo movimento de reforma sanitária, os representantes de instituições públicas⁴ e lideranças ligadas aos sindicatos do trabalhadores da saúde e patronal iniciaram as discussões de implantação das AIS (Ações Integradas de Saúde). Na segunda metade de 1986, criou-se a Comissão Interinstitucional de Saúde, da qual faziam parte os representantes do con-

selho comunitário de saúde, órgão instituído pelo movimento popular; representantes das instituições federais e estaduais, bem como os diretores do Hospital São João Batista, do Hospital da CSN e das Escolas Médicas de Volta Redonda. E no dia 3 de outubro de 1987, a CIMS-VR realizou o 1º Fórum de Saúde de Volta Redonda, considerado como a I Conferência Municipal de Saúde na cidade. Foi nesse fórum que se gerou o movimento político-técnico operacional para a formação do sistema municipal de saúde em Volta Redonda.

Nesse fórum foram realizadas as primeiras discussões sobre a proposta de redefinição do modelo assistencial, com objetivo de estabelecer, conjuntamente, poder público e usuários, um outro perfil de oferta⁵ e de demanda por serviços de saúde existente até aquele momento no município (MENDONÇA e TEIXEIRA, 1998). Nesse sentido, foi formulada uma estratégia que se assentava em dois pilares. “O primeiro corresponde à reestruturação da capacidade instalada e dos recursos humanos existentes, que organizariam um sistema hierarquizado de saúde, com o estabelecimento claro dos diferentes níveis de atuação, a partir da complexidade da oferta de serviços, redefinindo atribuições e ações prioritárias que deverão ser desenvolvidas em cada nível de atendimento e detectando os grupos populacionais alvos destas ações prioritárias; o segundo diz respeito à criação do Fundo Municipal de Saúde, composto por recursos provenientes do orçamento fiscal do município, para a área de saúde, e os recursos do INAMPS repassados sob forma de orçamento global. Este fundo garantiria: a) ampliação da capacidade instalada da rede assistencial, com a construção de novas unidades e a ampliação das existentes; b) a aquisição de equipamentos; e c) a isonomia salarial dos profissionais vinculados ao setor” (CIMS/SMS/VR, 1987).

Após a discussão das propostas em plenária sobre a nova estrutura do sistema municipal de saúde de Volta Redonda, deliberou-se, no fórum: a implantação de um sistema de referência e contra-referência, de programas de saúde nas áreas da saúde da mulher e da criança, saúde mental, hipertensão e doenças transmissíveis, reformas no Hospital São João Batista, além da construção de seis unidades básicas de saúde.

Encerra-se o fórum com a montagem de um plano, com ações programadas baseadas em riscos de saúde, a partir da identificação dos principais problemas de saúde da população do município. Entre esses problemas, destacaram-se as afecções do período perinatal, as doenças cardiovasculares e as causas externas⁶. No rol dos objetivos dessas ações programadas, estavam: a) o comprometimento institucional em termos da padronização de

uma mesma oferta de serviços básicos de saúde; b) a criação de um mecanismo interinstitucional de divulgação e esclarecimentos; c) criação de um sistema de referência facilitando o acesso a todos os níveis de assistência, por meio da triagem no posto de saúde; d) criação de uma contra-referência, facilitando a orientação do especialista ao clínico ou pediatra do posto de saúde, e e) desenvolvimento de uma política de recursos humanos (contratação por concurso público, treinamento, planejamento participativo nos programas, melhores condições de trabalho e garantia de compromisso dos profissionais quanto ao horário de trabalho e a qualidade da assistência)⁷.

Com relação aos recursos complementares existentes no município, para diagnóstico e tratamento, o hospital da CSN respondia por grande parte de sua oferta, principalmente no que se refere à terapia, isto é, diálise, hemoterapia, hemodiálise, quimioterapia e fisioterapia.

Em 1989, acontecem as eleições municipais, sendo eleito prefeito Juarez Antunes, do Partido Democrático Trabalhista. O prefeito eleito era uma importante liderança sindical, trabalhador da CSN, que, segundo depoimentos e documentos da SMS/VR, comprometia-se com a implementação das políticas reivindicadas pela população na I Conferência Municipal de Saúde. Com a sua morte⁸, antes de ser empossado, os compromissos por ele assumidos no momento da campanha, com os partidos da chapa eleita, não foram assumidos pelo vice-prefeito, Antonio Carlos Senra. De acordo com documentos da SMS/VR, o vice-prefeito não considerou a saúde como uma ação prioritária na política local. Ainda que tenha sido ampliada a capacidade instalada, a oferta de serviços não foi ampliada, tampouco qualificada, ocasionado um verdadeiro *gap* no processo de formação do sistema municipal de saúde de Volta Redonda entre 1989 e 1992.

A II Conferência Municipal de Saúde foi realizada pela “nova” secretaria municipal, excluindo a participação popular no primeiro momento. Mediante essa atitude do governo municipal, os movimentos sociais locais denunciaram, em instâncias e fóruns dos diversos níveis da área de saúde, o que estava ocorrendo em Volta Redonda, reivindicando a realização de uma conferência que, de fato, fosse representativa da sociedade. A postura arbitrária do governo municipal postergou a institucionalização de segmentos importantes para a consolidação do SUS em Volta Redonda, tais como o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde.

Em 1992, ocorre nova eleição municipal e a Frente Popular conquista o governo. O Partido dos Trabalhadores assume a Secretaria Municipal de Saúde, sendo nomeada a Dra. Maria Aparecida Diogo, que reúne um corpo

técnico afinado com os princípios norteadores do SUS. Segundo depoimentos dos técnicos, a SMS/VR encontrava-se em profundo estado de depauperação e com unidades de saúde praticamente fechadas.

No final do ano de 1993, a SMS/VR organiza a III Conferência Municipal de Saúde, elegendo como temas de discussões os seguintes itens: Saúde e Cidadania, Controle Social, Financiamento do Setor de Recursos Humanos. Nessa conferência foram deliberados: a) indicação dos representantes do Conselho Municipal de Saúde; b) a criação do Fundo Municipal de Saúde; e c) aprovação do repasse de 25% do faturamento do SUS para aplicação da complementação salarial, que evoluiu posteriormente para pagamento da Gratificação de Incentivo e Desempenho⁹.

2. Em Defesa da Vida: a Construção de um Sistema de Saúde Cidadão

O nome ou a logomarca “Em Defesa da Vida” surgiu da idéia de se inverter o modelo de assistência à saúde no município, que fosse assentado no princípio de que a saúde é um preceito para a qualidade de vida das pessoas.

A proposta de reorganização e reordenamento do sistema municipal de saúde de Volta Redonda continha mudanças que previam uma expressiva ampliação e qualificação dos serviços e ações de saúde. Para atender à inversão do modelo, a proposta de Volta Redonda incorporou vários projetos institucionais. Voltava-se não somente ao princípio da integralidade na atenção e assistência à saúde oferecida, de serviços de saúde (entendida aqui como acesso aos níveis hierarquizados da assistência, isto é, Programa Saúde da Família, serviços especializados de diagnóstico e terapia, especialidades cirúrgicas de alto custo e graus variados de complexidade), como também para o princípio do direito de escolha, por parte do usuário, de sua terapêutica (Grupo de Trabalho em Homeopatia na rede de serviços de Volta Redonda).

Com essa marca, a SMS/VR passou a ser reconhecida, tanto interna quanto externamente aos seus limites de atuação. Volta Redonda sempre se comportou como um município-pólo, servindo de referência para as demais secretarias de sua região. Desde o processo de conformação do novo desenho para o sistema de saúde de Volta Redonda, o intercâmbio de experiências se tornou uma atividade cotidiana no corpo técnico da secretaria.

Vale registrar o município de Santos-SP, cuja experiência **subsidiou não só** a formação do sistema de saúde de Volta Redonda, **mas das demais localidades** da região.

Foi dessa maneira que germinou a proposta de **construção do SUS de Volta Redonda**. Na perspectiva de uma construção **participativa, a SMS/VR** apresenta a proposta do SUS na III Conferência **Municipal de Saúde**, para serem discutidas, com os representantes das **comunidades da população do município**, as diretrizes políticas e organizacionais **de sua implementação**.

Nos temas “saúde e cidadania”, “controle social – **formação e eleição do Conselho Municipal de Saúde**” e “**constituição do Fundo Municipal de Saúde**”, foram definidas as formas de **participação e controle social pelos usuários** em todos os níveis do sistema, e **como seriam eleitas as entidades** de sua representação (usuários).

Esse nexó recíproco que foi criado **entre gestão e participação** concedeu à conferência a transparência e **legitimidade necessárias** para sustentação da proposta. O grau de clareza **dos representantes do usuários**, profissionais de saúde e da própria SMS/VR, **acerca das questões de saúde** e seu financiamento, é o que mais **chama a atenção quando se examinam** as ações aprovadas nesse evento. **Entre as ações aprovadas** estavam previstas as seguintes medidas: **a) uma nova configuração organizacional** da SMS/VR, com a **promoção de fóruns participativos**; **b) a recomposição dos recursos financeiros destinados à saúde**, reivindicando maior participação de recursos municipais; **c) a incorporação de práticas terapêuticas alternativas** na rede de serviços de saúde; e **d) fiscalização** da assistência médica complementar do sistema de saúde no município.

Desse modo, a proposta “Em Defesa da Vida”, da SMS/VR, não apenas ganhou força, **mas materialidade**. A partir das deliberações da III Conferência, a Secretaria **Municipal de Saúde de Volta Redonda** definiu cinco pontos estratégicos para sua reestruturação: **gestão democrática**; **definição de uma política de recursos humanos**; **formulação de uma política de financiamento para o setor**; **qualificação do modelo assistencial**; e um trabalho de **comunicação social voltado para educação, saúde e marketing**.

Juntamente com essas ações, foram instituídos mecanismos de controle social na elaboração e avaliação da política de saúde local. Isto se deu por meio da criação de conselhos nos diversos níveis de decisão da secretaria — **Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Distritais, Conselhos Gestores de Unidades** e o **Conselho Gestor do Hospital Filantrópico São João Batista**.

Desde a implantação do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde passou a realizar as Conferências Municipais de Saúde, a cada dois anos, tendo sido a última (V Conferência) realizada em novembro de 1997.

Atualmente, cerca de 90% das unidades de saúde da rede municipal possuem um conselho gestor de unidade, que conta com a participação dos gerentes, profissionais e usuários. Esses conselhos discutem as questões emergentes da unidade, interferindo e definindo as prioridades a serem incorporadas ao trabalho cotidiano dos profissionais¹⁰ (PMVR/SMS, 1997).

Durante o período de 1993-1995, o processo de implantação da proposta “Em Defesa da Vida” necessitou de um conjunto de medidas político-técnico-operacionais. Essas medidas impactaram positivamente, em curto prazo, com, por exemplo, uma redução de 30% nas internações clínicas e 100% nas internações psiquiátricas. Tais medidas estavam assentadas em quatro pilares específicos: a) a extensão da cobertura; b) aumento da participação do setor público na prestação dos serviços de saúde; c) aumento da complexidade; d) aumento da resolutividade com intervenção global em áreas consideradas estratégicas.

Com a ampliação do quadro, por meio da contratação de profissionais, e a decisão política de incrementar a rede pública, a SMS/VR instaurou mecanismos de controle e avaliação das instituições privadas integrantes do sistema. Essa ação possibilitou o redimensionamento da oferta, principalmente os procedimentos de alta complexidade na rede SUS municipal. Desse modo, com os mecanismos de controle e avaliação acionados, viabilizou-se a revisão do modelo assistencial a ser adotado, estabelecendo-se no sistema de saúde local a melhoria de sua capacidade resolutiva, o que requereu do corpo técnico uma intervenção global nas estruturas de atenção e assistência à saúde.

As medidas de intervenção incidiram diretamente em áreas tradicionais, sendo eleitas como prioritários os grupos de crianças, dos adolescentes e do adulto/idoso. Assim, várias ações pleiteadas na III Conferência Municipal de Saúde foram concretizadas por meio de iniciativas inovadoras, tais como a incorporação da assistência odontológica, da medicina homeopática na rede de serviços públicos, a reforma psiquiátrica, a implantação de centro de testagem anônima para vírus HIV, a descentralização das ações de controle da tuberculose, hanseníase e dengue, a implantação do Programa Saúde da Família e do programa GERAVIDA.

Outras áreas também foram incrementadas para dar o suporte necessário ao êxito das medidas. Entre elas destacaram-se as ações da vigilância epidemiológica e sanitária, por meio da modernização de suas instalações (equipamentos e espaço físico) e da capacitação dos recursos humanos.

Cabe ressaltar que o exemplo do Hospital São João Batista foi importante desde a sua conformação como ente público municipal, pois dali partiu-se de maneira democrática para a reorganização de toda assistência hospitalar da rede. Mais do que isso, a municipalização do São João Batista possibilitou rediscutir a questão sobre recursos humanos na rede municipal.

As questões relacionadas com a intersectorialidade e integralidade mostraram-se um ponto importante para concepção e operacionalização do modelo tecnoassistencial a ser adotado. Essa discussão levou os técnicos da secretaria a repensarem a estruturação da assistência, sobretudo dos programas tradicionais de atenção à saúde. As equipes da SMS/VR defendem o funcionamento dos programas não como estruturas estanques, mas como estruturas de organização de demandas por risco, que devem ser feitos por meio de rotinas inseridas no dia-a-dia das UBS. Isto significou readequar nove programas: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente; Programa de Saúde Mental; Programa de Saúde Bucal; Programa de Doenças Crônicas Degenerativas; Hipertensão; Diabetes; Programa de Atenção ao Idoso; Programa de Saúde do Trabalhador; Programa de DST/AIDS.

Em novembro de 1997, realizou-se a V Conferência Municipal de Saúde, sob o tema “A Garantia do SUS é a defesa da vida”, com objetivo de avaliar o feito do biênio 95/97 e discutir a continuidade das ações aprovadas na IV Conferência, realizada em 1995. Nesse momento, foram eleitos os novos representantes do Conselho Municipal de Saúde para o mandato 97/99.

Mas é no ano de 1998, que a Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda alcança a condição máxima de gestão no SUS, com a sua habilitação na condição de gestão plena do sistema municipal de acordo com a Norma Operacional Básica 01/96 do SUS, conquistando assim o *status quo* institucional necessário para lograr as transformações obtidas no campo da organização da estrutura e da oferta de serviços de saúde municipal.

3. O SUS em Volta Redonda: a Organização da Estrutura e da Oferta de Serviços de Saúde

As mudanças promovidas pela SMS/VR somente foram possíveis após o reordenamento gerencial e administrativo e da organização da oferta de serviços.

O relatório de gestão da SMS/Volta Redonda de 1995 apresenta um conjunto de ações que foram desenvolvidas dando prosseguimento aos trabalhos iniciados em 1993, junto à rede de serviços próprios e contratados¹¹. Tais ações destacam o grande investimento por parte da SMS/VR nas áreas ambulatorial e hospitalar, com forte incremento da capacidade instalada de sua rede, com objetivo de auxiliar a melhoria da eficácia dos postos de saúde e dos postos de urgência e área de internações.

Na área ambulatorial, os investimentos de melhoria da capacidade resolutiva incidiram diretamente sobre os serviços de diagnóstico e terapia da rede pública (municipal e contratado), levando à implementação dos serviços de eletroencefalografia, cicloergometria, eletrocardiograma e ultra-sonografia, e à automatização do laboratório de patologia clínica. Além disso, foi implementado um centro de fisioterapia respiratória, neurológica e ortopédica. Também se criou o centro de saúde da mulher, com serviços de fertilidade e planejamento familiar. Ainda no setor de diagnóstico e terapia, foram contratados serviços de tomografia, rádio e quimioterapia, a fim de melhorar a oferta e resolutividade do sistema.

No que se refere à área das clínicas especializadas, foram criados seis centros de atendimentos especializados (um Centro de Saúde da Criança e Adolescentes com *Follow-up* - "Viva Vida", um Centro Municipal de Saúde da Mulher, um Centro de Orientação Apoio Sorológico, dois Centros Ambulatoriais especializados - referência para consultas e programas -, e dois núcleos de apoio: um Núcleo de Saúde do Trabalhador, um Núcleo de Assistência ao Portador de Deficiência Física e Auditiva, e uma fábrica municipal de óculos). Na área da odontologia, foram implantados cinco módulos odontológicos, situados em quatro unidades básicas de saúde, sendo que, destas, uma Unidade de Buco-Maxilo, uma Unidade de Periodontia e uma Unidade de Endodontia, e mais doze módulos nas escolas municipais.

Na área hospitalar, o caso do Hospital São João Batista — hospital público municipal — é emblemático. Apresentando um *déficit* de leitos, a SMS/VR ampliou seu total (55 leitos), nas áreas da maternidade, do berçário

patológico (dez leitos) e C.T.I. (seis leitos), e Unidade Intermediária de Adulto e Criança, concluída em maio de 1997.

Com relação à rede contratada, a SMS tem cadastrados serviços de diagnóstico e terapêutica nas áreas de nefrologia, cancerologia e medicina interna (cinco laboratórios de análises clínicas, dois serviços de radiologia, dois serviços de mamografia, dois centros de terapia renal substitutiva, um serviço de radiologia odontológica, cinco clínicas especializadas, um serviço de tomografia, uma clínica de químico, radioterapia e medicina nuclear e dois hospitais privados).

O sistema de referência e contra-referência, instalado desde 1993, funciona com as especialidades médicas disponibilizadas pela rede pública (municipal e contratada). Conforme informações do relatório de gestão de 1997, o sistema de saúde municipal apresentou um *superávit* na oferta de consultas nas especialidades de Nefrologia, Urologia, Hematologia, Gastroenterologia, Endocrinologia, e déficit nas consultas de Oftalmologia e de Neurologia. Contudo, foram verificadas evidências de dificuldades na contra-referência.

Para que o projeto político-técnico-institucional para a área da saúde de Volta Redonda desse certo, o corpo técnico da SMS/VR promoveu modificações do organograma da secretaria. O resultado foi uma outra configuração institucional, que possibilitou a implementação do novo modelo assistencial do município. Essa nova configuração institucional tem uma coordenação no nível central que, por meio de assessorias¹², setores e serviços específicos, desenvolvem as ações relacionadas à assistência e atividades relacionadas ao planejamento e gestão da saúde.

Utilizando-se dos documentos institucionais, pôde-se assim classificar e enumerar a oferta da SMS/VR, do ponto de vista operacional:

a) Atenção básica: atendimento pediátrico básico em enfermagem clínica e pediátrica (orientações básicas de saúde; imunização; curativos; aplicação de injeções e nebulizações; visita domiciliar; pesagem das crianças; aferição arterial — oferecida em todas as UBS e Módulo PSF. Programa do leite, vigilância da saúde (vigilância alimentar e nutricional (SISVAN), oferecida em todas UBS; Programa de Hipertensão Arterial (com dispensação de medicamentos a pacientes cadastrados – oferecido em todas UBS e módulos PSF e CAAI). Realização do teste do pezinho; atendimento homeopático (oferta em quatro UBS); atendimento básico em saúde bucal; atendimento odontológico (oferta em 25 escolas); Dentista de Família (oferta em quatro

módulos PSF); cinco módulos do PSF, Sala de Espera de BCG de Higienização da boca do RN (oferta em seis UBS e um módulo Saúde da Família São Carlos). Programa de Controle da Diabetes (controle e tratamento de diabetes, com distribuição de medicamentos a pacientes cadastrados — insulina e hipoglicemiante oral); coleta descentralizada (oferta em todas as UBS).

b) Assistência de média complexidade ambulatorial – urgência odontológica (oferta no CAIS – Conforto e Aterrado e Hospital Municipal de Retiro); consultas de urgência e emergência (oferta no Hospital São João Batista e no Hospital Municipal de Retiro); serviço de pronto-atendimento em clínica, pediatria e enfermagem (oferta no CAIS Conforto e Aterrado e no Hospital São João Batista); programa de controle de hanseníase (CAA II), ambulatório de especialidades (oferta no CAIS I e Hospital São João Batista); programa de tuberculose (oferta no CAA II); programa de controle de diabetes (estágio avançado – CAA I); serviço de pronto-atendimento em clínica, pediatria e emergência (oferta no CAIS Conforto e Aterrado, Hospital Municipal de Retiro e Hospital São João Batista); programa de controle de DST/AIDS (oferta no CAA II) — ambulatório de nutrição (oferta no CAA I), unidade de saúde mental; atendimento de egressos da Casa de Saúde Volta Redonda (saúde mental) – oferta na Usina dos Sonhos; Centro Municipal de Saúde da Mulher — oferta dos seguintes atendimentos: odontológico a gestantes, pré-natal de alto risco, sexualidade e anticoncepção, do projeto Viva a Vida - Atendimento a crianças com dificuldade de aprendizagem, Atendimento ao *Follow-Up* – bebês de alto risco, atendimento à saúde mental (crianças e adolescentes até 17 anos); Programa de Internação domiciliar (PID), Laboratório de Análises Clínicas (Laboratório Municipal) e Patologia Clínica; ações da saúde do trabalhador: oferta no Centro Municipal de Saúde do Trabalhador; RX e USG (oferta no CAA I), RX odontológico (CAA I e II), eletroencefalograma, carditocografia (oferta no Centro Municipal de Saúde da Mulher, Centro de Testagem Anônima e Apoio Sorológico).

c) Insumos: dispensa de medicamentos da farmácia básica; dispensação de óculos (Fábrica Municipal de Óculos), Horta fitoterápica (P. S. Dom Bosco).

d) Gestão e Gerência: central de internação, a solicitação de ambulâncias, central de marcação de consultas, encaminhamento de referências, encaminhamento para tratamento em outro município, assistência psicossocial e jurídica à mulher.

e) Assistência de alto/custo: internações em especialidades básicas, Unidade de Terapia Intensiva, tomografia, quimioterapia.

f) Vigilância: sanitária e combate de vetores e epidemiológica.

Esquemáticamente apresentados em níveis de atenção/assistência e instância de gerência e gestão, é possível perceber a preocupação da SMS/VR com a hierarquização dos serviços e uma busca de sua qualificação. O relatório de gestão Biênio 97/98 (PMS/SMS, 1999) mostra que a SMS/VR vem trabalhando áreas, que podem ser agrupadas em quatro setores:

No primeiro setor, a área I – Controle social: ações executadas e a executar (1997/1998) constam da criação dos conselhos distritais, capacitação dos conselheiros de saúde e a realização da VI Conferência Municipal de Saúde. No segundo setor, a área II - Desenvolvimento de Recursos Humanos, que objetiva a capacitação contínua da RH e a realização da III Conferência Municipal de Saúde de Recursos Humanos. O terceiro setor é composto pelas áreas IV - Gerencial e Administrativa, V - Vigilância Epidemiológica e Sanitária e VI - Ampliação e Reestruturação da Rede, visando à ampliação da capacidade gerencial e administrativa do sistema, democratização das informações, melhoria de acesso, promoção da integralidade das ações e ampliação da autonomia do setor público, com a construção de um hospital municipal, além do reaparelhamento das unidades de saúde da família. Por fim o quarto setor composto pela área III. Nela se concentram as ações que se referem à qualificação da atenção à saúde, e apresenta como objetivos: a) garantia da universalidade, integridade e acesso, por meio da assessoria LAPA/UNICAMP; b) implementação dos programas de saúde: PAISMCA, Programa de Prevenção e Controle das Doenças Crônicas e Degenerativas; Programa de DST-AIDS; Programa Saúde da Família, Programa de Saúde Mental e Programa Saúde do Trabalhador; c) GT de Homeopatia.

Nota-se que, nessa área III, a SMS/VR se esforça pela redefinição dos programas tradicionais implantados pelo Ministério da Saúde, mas imprime uma condução diferenciada pelo menos para dois programas específicos: Programa Saúde da Família (PSF) e Grupo Técnico de Homeopatia.

Mais do que isso, esses modelos apresentavam o desejo explícito de uma tentativa de inversão de um modelo tradicional, dicotômico, de ações preventivas e curativas. Diante dessa perspectiva, que tais modelos tornaram-se exemplo de qualificação da oferta de serviços, sendo discutidos no tópico a seguir.

3. Qualificação da Oferta de Serviços: os Programas Especiais

3.1. Programa Saúde da Família: a Garantia do Direito em Casa

Em 1994, a Secretaria Municipal de Saúde assina convênio com o Ministério da Saúde para implantação do Programa Saúde da Família. Foram instalados cinco módulos em três distritos sanitários, cobrindo oito localidades: Vila Rica, Pedreira, Mariana Torres, Fazendinha, Verde Vale, Padre Josimo e Santa Rita do Zarur. Os critérios utilizados para sua implantação consideraram dois níveis distintos: o nível técnico-institucional (os indicadores de saúde da população) e o nível político (a aprovação da comunidade, por meio do Conselho Municipal de Saúde). Os módulos foram assim dispostos: um módulo de Saúde da Família Mariana Torres e dois Módulos de Saúde da Família Padre Josimo — Distrito Sanitário II; um módulo Saúde da Família São Carlos — Distrito Sanitário III; um módulo Saúde da Família Santa Rita do Zarur — Distrito Sanitário IV.

Segundo depoimentos dos técnicos responsáveis pelas ações do programa, a implantação do PSF foi estratégica por dois motivos. Primeiro, porque o PSF respeita os princípios do SUS, descentralização e participação na organização e gestão do módulo. E, segundo, porque relaciona-se à possibilidade de se criar uma proposta concreta de inversão do modelo assistencial que tem, nas práticas de atenção à saúde, o cuidado individual e coletivo da família como eixo organizador.

Numa perspectiva multidisciplinar, o PSF traz no bojo de sua proposta o rompimento com o modelo tradicional, centrado no hospital e no médico, dando prioridade às ações de cunho preventivo e de promoção da saúde¹³. O processo de implementação do PSF no município, levou cerca de um ano para seu efetivo funcionamento. Na verdade esse processo foi percorrido somente pelo município por meio da Secretaria Municipal de Saúde. A participação das demais esferas de governo, naquele momento, foi meramente cartorial.

No entanto, por todo o processo de implantação, a SMS/VR continuou a aplicar medidas técnicas e operacionais, no sentido de viabilizar a proposta enquanto um instrumento de mudança. A primeira delas foi discutir a proposta do PSF nas instâncias colegiadas existentes na secretaria (Conselho Municipal de Saúde e o Colegiado Executivo — departamento e coordenações da SMS). Aprovado no CMS/VR em outubro de 1994, partiu-se para

a constituição das equipes da saúde da família. A segunda medida referiu-se justamente à formação das equipes. Os processos de seleção, contratação e capacitação constam das diretrizes operacionais necessárias à implantação do PSF, que é conduzida exclusivamente pela SMS/VR. A seleção e o treinamento das equipes de saúde da família foi a etapa mais demorada, pois nesse momento seria definido o perfil do profissional executor das ações das unidades e os conteúdos programáticos dos cursos de atualização dos profissionais. A coordenação do programa no município informou que em todo esse processo não houve qualquer interferência das demais esferas de governo:

Mas nem por isso a SMS/VR deixou de se preocupar com a qualificação dos profissionais, numa tentativa de reorganização das práticas de trabalho nas unidades de saúde da família. Segundo documentos técnicos da secretaria, os princípios doutrinários do treinamento também incluíam: estimular os membros das equipes a primar pelo compromisso com a ética profissional, buscar estabelecer vínculo de confiança, entre profissional/usuário/serviço e, mais do que isso, “deve-se buscar resgatar no saber popular onde o usuário e os profissionais refletem sobre a prática e, coletivamente, buscam a transformação da qualidade de vida” (SMS/VR e PMVR, 1994).

No que concerne à integração do PSF à rede ambulatorial, o município, diferentemente de outras experiências de implantação do PSF¹⁴, optou pela construção de unidades ou mesmo a substituição de algumas UBS, para implantação dos seus módulos. Isto é, não há superposição de ações do ponto de vista técnico-operacional. As unidades foram instaladas obedecendo a parâmetros técnicos e sociais compatíveis com o número de famílias que receberiam cobertura.

Todas as unidades de saúde da família do município possuem um conselho gestor implantado, com participação paritária entre a comunidade (50%), profissionais de saúde (25%) e gestor (25%), com direito a voz e voto. Com uma carga horária de 40 horas semanais, o Programa Saúde da Família em Volta Redonda vem realizando consultas médicas, de enfermagem, além de realizar atividades educativas de prevenção e promoção da saúde. A equipe da saúde da família é composta por um médico, uma enfermeira, três agentes comunitários e dois auxiliares de enfermagem, sendo que o número de agentes e auxiliares de enfermagem varia de acordo com o perfil demográfico-social-econômico.

Entre as prioridades de atenção à saúde, estabelecidas pela coordenação do PSF, a população feminina, sobretudo as gestantes, adolescentes e terceira idade vêm sendo alvo de sistematizações sobre o cuidado em saúde

nas unidades. O grau de resolutividade do programa vem sendo considerado satisfatório pelos técnicos e pelo CMS, tendo havido diminuição significativa de procura pelas especialidades¹⁵. O fluxo dos pacientes do PSF que requerem exames e laudos de especialidades segue o mesmo das UBS do sistema, sendo o sistema de referência e contra-referência o mesmo. Numa recente avaliação feita pela coordenação do PSF em Volta Redonda, foram constatados os resultados que se seguem.

Com relação à cobertura: o PSF, em 1997, cobria 4.033 famílias com seus cinco módulos; em 1998, eram 4.428 famílias (+9,8%) e, em 1999, chegou-se a 4.611 famílias, 19.540 pessoas (+14,3%); (gráfico 1). A situação do câncer cérvico uterino em mulheres de 20 a 60 anos nas áreas cobertas pelo PSF vem apresentando oscilações. Durante o período de 1995 a 1998, cerca de 69% dessas mulheres tinham feito pelo menos um exame, sendo que o grau “atrasado” quase se iguala ao grau “em dia” proposto pela Secretaria de Saúde. Dos grupos de hipertensos e diabéticos, a regularidade foi um item avaliado pela SMS para aferir o grau de adesão. Nos dois programas, a regularidade do tratamento atingiu quase 99%. Dos pacientes portadores de diabetes, foi verificado que a adesão aumentou, entre os anos de 95 a 99, cerca de 26,4%. Já os pacientes portadores de hipertensão apresentaram percentuais mais elevados, durante esse mesmo período, chegando a aumentar na ordem de 33,3%. Cabe salientar que, no estudo para se aferir a eficácia do tratamento, das 531 pessoas cadastradas no programa, cerca de 53% estavam com a hipertensão controlada. O restante da demanda oscilava entre leve (16%), moderada (7%) e grave (3%). Com relação a situação vacinal da gestante da área de abrangência: cerca de 96,8% das gestantes cadastradas portavam sua carteira “em dia” — mais que o dobro; quando o PSF começou, em outubro de 1995, eram 40,1% das gestantes. Por fim, a análise feita sobre a frequência mostra uma adesão quase total (96,15%) do total de gestantes nas atividades que envolvem o pré-natal. Isto representou um incremento, de 1995 a 1999, da ordem de 17% da cobertura de pré-natal.

Além disso, pode-se dizer que, no caso de Volta Redonda, o PSF vem possibilitando a construção de novas alianças na saúde — gestores locais, técnicos externos e comunidade (VIANA, 1998), para enfim buscar, no seu cotidiano, mudanças nas práticas de saúde, retomando na práxis o cuidado como *mix continuum* do individual e coletivo.

3.2. Grupo de Trabalho de Homeopatia: o Direito de Escolha da Terapêutica

Em 1998, de acordo com estudo realizado pela Comissão de Saúde Pública e Socialização da Homeopatia – AMHB¹⁶, foram identificados 21 serviços de homeopatia em funcionamento no país¹⁷. No estado do Rio de Janeiro¹⁸, Volta Redonda é o único município da região do Médio Paraíba que institucionalizou a homeopatia na sua rede de serviços, disponibilizando profissionais em cinco UBS do seu sistema de saúde.

A proposta de se institucionalizar a homeopatia nos serviços de saúde em Volta Redonda fazia parte do programa de governo do Partido dos Trabalhadores para a saúde — partido de coalizão da chapa eleita em 1993. Inserir a homeopatia na rede pública no rol de prioridades no modelo do SUS de Volta Redonda significava conceber uma nova concepção de atendimento à demanda da população. Essa proposta foi amplamente debatida nos conselhos comunitários populares, dos quais a então Secretária de Saúde, Dra. Maria Aparecida Diogo, e a coordenadora do Grupo de Homeopatia (GT de Homeopatia), Angela Guidorendi, faziam parte como militantes.

Assinale-se que a implantação da homeopatia na rede pública de Volta Redonda fazia parte da discussão coletiva sobre a agenda da saúde para a próxima gestão da Secretaria de Saúde. Contudo, a tarefa de se implementar a homeopatia em toda a rede mostrou-se comprometida, na totalidade da proposta, devido aos obstáculos de cunho operacional e administrativo que a SMS/VR apresentava naquele momento, fruto da gestão anterior. Embora a decisão política de se institucionalizar a homeopatia na rede fosse unânime¹⁹ - tanto dentro como fora da secretaria -, a situação das estruturas físicas, tecnológicas e organizacionais da SMS/VR era lastimável. A equipe chegou à conclusão que era necessário começar do zero, pois o governo anterior tinha sucateado toda a rede, deixando a SMS/VR sem “o básico do básico”.

Todavia, para que a inserção da homeopatia fosse entendida como uma significativa melhoria na qualidade da assistência e atenção à saúde da população, se fazia necessário contemplar outras ações de revitalização da rede como um todo. Caso contrário, acabaria por se comprometer o próprio projeto da homeopatia, já que não se tinha nenhum mecanismo (de aporte para investimentos ou custeio diferenciado) para sustentá-lo na sua implantação, ao contrário do que ocorreu com o PSF.

Em que pesem os obstáculos iniciais, o projeto não minguou. A SMS se organizou e incluiu no concurso público, realizado no ano de 1994, cinco vagas, com carga horária de 20 horas semanais. Tentou-se sensibilizar os 17 médicos especialistas em homeopatia, mas apenas dois aceitaram esse “desvio de função”. Inicialmente, os homeopatas concursados foram trabalhar de forma centralizada. Depois de sucessivas discussões, foram lotados em uma UBS de cada distrito sanitário, servindo de referência para aquela área. Dessas discussões, também resultaram as normatizações necessárias à programação e avaliação dos procedimentos realizados na rede. Essa normatização relacionava-se ao tempo de consultas, agendamento e definição de instrumentos de controle e avaliação. Nesse processo, foram utilizadas como referências os documentos institucionais da Comissão de Saúde Pública da AMHB, com as devidas adaptações para o município de Volta Redonda.

Na avaliação realizada, em 1998, pela coordenação do GT de homeopatia de Volta Redonda, a especialidade de homeopatia fez, nos quatro anos desde sua implantação, 20.935 atendimentos, sendo que, destes, 13,9% foram atendimentos odontológicos. As consultas médicas em homeopatia, em 1998, totalizaram 4.361, sendo 18,1% atendimentos de urgências; 10,4% de puericultura; 13,8% de primeira vez e 57,8% subsequentes. Do total de consultas, em 90,5% não houve solicitação de exames de laboratório ou de imagem. Das 413 consultas que solicitaram exames, 35,3% referiam-se a exames laboratoriais e 65,7% relacionavam-se a exames de imagem. Apenas um paciente necessitou de internação. A faixa etária que concentra maior número de pacientes é a de 1-4 anos, com 23%. A concentração de consulta é 1,29 mês para cada paciente. Setenta e quatro por cento dos casos apresentaram melhora com o tratamento homeopático, sendo a maior incidência de doenças das vias áreas superiores, seguida pelas doenças de pele.

Na verdade, as duas propostas (PSF e Homeopatia) passam pelo resgate do papel milenar do médico: curar o doente²⁰, restabelecendo a saúde necessária para o indivíduo viver (sobreviver). Parece ser este o mote que mobiliza o GT de homeopatia: “Não somos os donos da verdade, a missão do médico é curar, se for possível com a homeopatia, senão que seja outra” (Coordenadora do GT de Homeopatia).

4. Em Defesa da Vida Funcionando: Indicadores de Produção e Produtividade

4.1. Rede Ambulatorial - Evolução de Rede Física – 1987/1999

Como se disse anteriormente, houve uma significativa expansão da rede municipal de saúde de Volta Redonda, entre 1987 e 1999. Tal expansão pode ser observada na tabela 1. Em 1987, a rede municipal contava com 59 unidades de saúde; esse número mais que duplicava e passava, em 1999, para 127 unidades de saúde, sob gestão municipal.

Tabela 1 - Município de Volta Redonda - Rede de serviços ambulatoriais municipal

Tipo de Unidade	1987	1993	1995	1997	1999
Total	59	54	118	121	123
CENTRO DE SAÚDE	25	25	32	32	29
POLICLÍNICA	3	3	4	4	4
AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	0	0	5	7	7
PRONTO-SOCORRO	3	1	1	1	3
CENTRO/CLÍNICA ESPECIALIZADA	4	4	10	12	13
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	8	8	29	29	34
CLÍNICA DE FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO	0	0	1	1	1
CLÍNICA DE PSIQUIATRIA	12	11	13	13	13
CENTRO/NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	8	6	6
CENTRO/NÚCLEO DE REABILITAÇÃO	0		2	2	2
OUTROS SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA	4	5	8	9	10
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	0	0	5	5	5
HOSPITAIS GERAIS	1	1	1	1	2

Fontes: Dados – PMVR (1987); CIDE-RJ e SIA/SUS (1993, 1999).

A expansão da rede ambulatorial do SUS de Volta Redonda se deu tanto na área da atenção básica como na especializada, apontando para uma mudança quantitativa e qualitativa desses serviços. Ressalta-se aqui a implantação das cinco unidades de saúde da família e das clínicas de fisioterapia (uma) e centro de núcleo de atenção psicossocial (um) e núcleo de reabilitação (um), que foram implantados no período 1993-1999.

A mudança qualitativa mostra-se evidente quando se observam as áreas estabelecidas como prioritárias no programa de trabalho, no que diz respeito à assistência especializada, tais como assistência odontológica, a municipalização da Casa de Saúde de Volta Redonda — Usina dos Sonhos, centros de saúde da mulher e centro de saúde do trabalhador.

Com relação à área hospitalar, foi construído, em 1998, mais um hospital pronto-socorro do Retiro, e o Hospital São João Batista está sob gestão municipal.

Diante dessa constatação, pode-se inferir que Volta Redonda apresenta um perfil consoante com os municípios de características inovadoras. A gestão semiplena (NOB 01/93) e a gestão plena do sistema municipal (NOB 01/96), proporcionaram condições operacionais e financeiras de implementar iniciativas inovadoras em áreas até então pouco contempladas pelas políticas sociais, tais como saúde mental e portadores de doenças ocupacionais e física. MELO e HEINEMANN (1998) identificaram essas características em municípios da Região Sudeste, segundo porte (população) e condição de gestão no sistema. O sistema de saúde de Santos, na gestão do Dr. David Capistrano, foi estudado, sendo constatadas características semelhantes às de Volta Redonda (MELO, 1999; HEINEMANN, 1998).

4.2. Da Política de Recursos Humanos à Composição da Força de Trabalho

Com relação à política de recursos humanos, foram implementadas medidas de ampliação do quadro e qualificação dos profissionais. Uma delas foi a realização de dois concursos públicos (1994 e 1996) para admissão de médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, e treinamento. Em 1994 foram admitidos cerca de 600 profissionais por meio de concurso público, além de serem realizados mais de 500 cursos nas diversas modalidades de treinamento e níveis profissionais. Apenas 10% dos profissionais de rede não passaram por alguma modalidade desses cursos.

Em seguida à contratação dos recursos humanos, foi criado um projeto que estabeleceu o envolvimento do servidor no processo de trabalho sob as novas diretrizes da Secretaria de Saúde, denominado de ADPH — Ações de Desenvolvimento para o Potencial Humano na rede. Esse projeto destinava-se a fortalecer o poder público e a diminuir a intervenção da rede privada e contratada nas ações de saúde. O objetivo principal do ADPH é a “construção” de um trabalho coletivo na área da saúde, onde não sejam privilegiadas as ações mais individualizadas, mas sim as ações em equipe.

De acordo com os técnicos da Secretaria de Saúde, um dos principais resultados desse trabalho seria a formação de equipes capazes de definir o cotidiano da unidade, interferindo concretamente no desenvolvimento na área em que atuasse, seja daquele programa ou daquele serviço.

Em 1996 foi implantado o incentivo ao desempenho. Todos os profissionais receberam, ao final do ano, o equivalente a 18 salários anuais, o que correspondia ao incentivo por desempenho recebido trimestralmente, com base em indicadores de qualidade estabelecidos pela secretaria.

Com relação à composição da força de trabalho, segundo MENDONÇA e TEIXEIRA (1998), a SMS/VR conta atualmente com 1.583 trabalhadores em saúde. Destes, 753 detêm formação profissional específica ou capacitação prática ou acadêmica para o desempenho das atividades ligadas diretamente ao cuidado ou ações em saúde, representando 49% da força de trabalho da SMS/VR.

Quando somados aos profissionais que não apresentam nenhuma capacitação ou formação específica, esse número eleva-se para 774, isto é, 51% da força de trabalho desta secretaria. De acordo com as análises de MENDONÇA e TEIXEIRA (1998), esses dados vêm demonstrar que existe uma tendência da SMS/VR em utilizar um maior número de profissionais envolvidos com atividades-meio, requerendo em maior medida uma avaliação mais aprofundada com relação às unidades operacionais da rede municipal de saúde.

Com relação à distribuição dos recursos humanos no sistema de saúde de Volta Redonda, pode-se observar que 11,1% do total de recursos humanos estão lotados no nível central, no gabinete da SMS/VR.

Do total dos recursos humanos existentes na SMS/VR, 34% são profissionais de nível superior. Desse total, 60% dos profissionais são médicos; 16,9% enfermeiras, e 18,1% odontólogos.

É interessante notar uma característica bastante marcante da força de trabalho da secretaria, que mereceria uma pesquisa detalhada sobre a questão de gênero — a expressiva predominância do sexo feminino na composição da força de trabalho da SMS/VR. Dos 1.527 trabalhadores da saúde, 1.059 são mulheres, isto é, 69% da força de trabalho. Seguramente, essa característica não é somente importante para análises na área de gênero, mas sobretudo é um importante determinante para o planejamento de recursos humanos e das ações de saúde.

Outra questão importante diz respeito ao vínculo trabalhista. A prefeitura municipal é o maior empregador, com 9986 trabalhadores, ou seja, 64% da força de trabalho. Em seguida aparecem as autarquias municipais, entre elas o Hospital São João Batista, que cede os funcionários à SMS, perfazendo um total de 394 trabalhadores. Aumenta, assim, a parcela municipal enquanto órgão empregador, na composição da força de trabalho, que passa para 90% do total na SMS/VR. O restante dos trabalhadores em saúde tem o seu vínculo relacionado a instituições federais, estaduais e municipais, estando cedidos à secretaria (MENDONÇA e TEIXEIRA, 1998).

O regime jurídico estatutário é o regime da grande maioria dos trabalhadores (726), seguidos pelos celetistas (482), com contrato por prazo determinado (226) e profissionais autônomos (93).

Por último, com relação ao RH da SMS/VR, o grau de escolaridade por cargo contratado é o seguinte: 535 são profissionais de nível superior, 369 de nível médio e 623 de nível elementar, sendo este último correspondente a 41% da força de trabalho.

4.3. Gastos em Saúde: Receitas e Despesas

A tabela 2 mostra a evolução dos componentes de receitas, de 1994 a 1996. Fica evidente o esforço da administração municipal, de aumentar a arrecadação de seus tributos entre os anos de 1994 e 1995, com aumento da participação tributária nas receitas próprias do município — de 14,6% no primeiro, para 24,9%, no segundo, respectivamente. Isto significou um aumento de mais de 300% da receita total do ano de 1994 para o ano de 1995. Nota-se que o componente *transferência* duplicou nesses anos, sendo o dobro da arrecadação de tributos, ainda que com pequeno decréscimo no ano de 1996, com aumento proporcional para transferência nos dois anos (1995 e 1996).

Tabela 2. Evolução dos componentes da receita do município de Volta Redonda 1994-1996

(em reais)

Componente/Receita	1994	%	1995	%	1996	%
Tributárias	6.636.544	14,6	35.841.135	24,9	31.032.000	21,0
Transferências	35.253.144	77,7	79.541.020	55,2	112.254.000	75,9
Correntes	1.603.442	3,5	24.477.635	17,0	640.000	0,4
Capital	86.140	0,2	178.833	0,1	1.987.000	1,3
Receita Patrimonial	1.765.304	3,9	4.122.729	2,9	1.946.000	1,3
Total	45.344.574	100,0	144.161.352	100,0	147.859.000	100,0

Atribui-se esse fato, principalmente no ano de 1996, ao aumento da arrecadação de ICMS e IPVA, e das cotas-parte das transferências estaduais, conforme foi visto no item 1.4 deste trabalho, quando tratamos das finanças públicas.

Com relação às despesas, pode-se concluir que ocorreu um aumento exponencialmente desse elemento quando observadas as receitas, durante o período 1994-1996, o que indica maior prioridade no dispêndio com capital. Pode-se observar, no quadro a seguir, que as despesas de capital apresentaram maior montante em relação à despesa total no ano de 1995, (32%). Sendo que, destes, 83% referem-se a gastos com investimentos (CIDE, 1997). Segundo fontes verbais, o ano de 1995 foi quando mais se investiu em obras e compras de equipamentos e material permanente para áreas sociais, educação, saúde, habitação e transportes. Ainda sobre esse elemento de despesa (despesa de capital), observa-se que o ano de 1995 foi o mais significativo, representando 32,6%. Este fato deveu-se à prioridade da prefeitura para área da saúde, principalmente no aumento da capacidade física e aquisição de equipamentos e materiais permanentes, para as áreas hospitalar e setor ambulatorial.

Tabela 3 - Evolução dos elementos de despesa no município de Volta Redonda -1994-1996 (em reais)

Elemento/despesa	1994	%	1995	%	1996	%
Correntes	46.325.555	94,3	112.709.253	67,4	31.130.000	80,3
Capital	2.806.201	5,7	54.459.471	32,6	32.110.000	19,7
Total	49.131.756	100,0	167.168.724	100,0	163.240.000	100,0

Assinala-se que esse aumento da despesa referente aos anos de 1995 e 1996 consta nos relatórios do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. O resultado da execução orçamentária e a participação do resultado da prestação de contas de Volta Redonda apresentou um déficit no ano de 1996, superior a R\$ 10 milhões de reais, representando 7% da receita .

O gasto com a função saúde, durante esse período, praticamente dobrou de 1994 (10,25%) para 1996 (20%), com relação à despesa total²¹, o que em certa medida pode ter influenciado na situação deficitária do município.

4.4. Evolução dos Gastos

Combinando os dados referentes aos balanços municipais com os dados dos sistemas de informações de Autorizações de Internações Hospitalares e de Informações Ambulatoriais, do DATASUS, pode-se inferir algumas conclusões e hipóteses: a) em 1994, a participação municipal com os gastos em saúde se equipara com a participação da esfera federal, apresentando-se com 51% dos recursos contra 49% das transferências federais; b) nos anos de 1995 e 1996, essa participação dá um salto, alcançando as porcentagens de 67% e 77%, respectivamente, do total de gastos com a saúde no município.

Tabela 4 - Município de Volta Redonda - Participação das esferas de governo no gasto com saúde no município - 1994-1996

Em mil R\$						
	1994	%	1995	%	1996	%
Esfera Municipal	5.002	51	22.812	67	32.691	77
Esfera Federal	4.890	49	11.108	33	9.861	23
AIHS contratadas	4.167	85	3.946	36	3.178	32
Ucas contratadas	225	5	2.318	21	3.225	33
Aihs e Ucas municipais	498	10	4.844	44	3.457	35
Total	9.892	100	33.920	100	42.552	100

Obs: Os valores de 1994 referem-se apenas ao 2º semestre

É interessante notar a inversão dos gastos com saúde, por natureza do prestador, no município de Volta Redonda. Observa-se que o montante de recursos provenientes das AIHs para o setor contratado se reduz na ordem de 85%, de 1994, para 36% em 1995, e 32% para 1996.

Ao mesmo tempo, há um aumento expressivo no montante de recursos oriundos de procedimentos ambulatoriais, nos dois setores, o que permite inferir maior prioridade, por parte da SMS/VR, em organizar e ampliar a oferta de serviços de maior complexidade na rede ambulatorial.

Essa afirmação pode ser consubstanciada pelo fato de que o aumento da oferta na atenção básica eleva o montante de recursos de UCAs municipais; assim como o aumento e qualificação da oferta de média e alta complexidade na rede de serviços (patologia clínica, quimioterapia, fisioterapia e medicina nuclear), que são oferecidas pela SMS/VR por meio do setor contratado, elevam o montante de recursos de UCAs desse setor.

Cabe lembrar, por último, que a SMS/VR assumiu, no final de 1994, a condição de gestão semiplena no Sistema Único de Saúde, que, aliada à decisão política de dar prioridade ao setor saúde, seguramente favoreceu a configuração desse quadro favorável. Isso contribuiu enormemente para que a SMS/VR alcançasse a condição de plena do sistema municipal, em 1998, permitindo assim dar continuidade, tanto na esfera política quanto de organização do sistema de saúde municipal, ao projeto iniciado em 1993.

4.5. Serviços Ambulatoriais - Consultas e Procedimentos 1993-1998

Ao examinar a produção da rede ambulatorial, observou-se a ocorrência de mudanças quantitativas e qualitativas no que diz respeito a ofertas desses serviços. No histórico apresentado nos precedentes, a decisão política de implantação do SUS e a decisão da melhoria da capacidade resolutiva por meio da readequação física e tecnológica (do aumento da capacidade instalada e a complexidade) da rede municipal de saúde foram fundamentais para as mudanças ocorridas.

Essa ação resultou no deslocamento de um quantitativo significativo de procedimentos ambulatoriais para a rede pública municipal de Volta Redonda, mas para a construção de uma outra lógica de realocação de recursos financeiros: uma lógica voltada para a redistribuição de recursos, calçadas em critérios tecnoassistenciais de programação da oferta de serviços.

Parece que, além de possibilitar a otimização dos recursos financeiros, levando à redução (na totalidade do número de procedimentos) favoreceu a qualificação da oferta, na medida em que diversificou as modalidades de serviços, entre os quais a consulta de homeopatia. Esse resultado permitiu, segundo documentos e fala dos atores institucionais, a ampliação do acesso da população da região a outros serviços, tais como os procedimentos de alto custo e de maior complexidade.

Ressalta-se que essa questão será discutida neste tópico, no exame das ações e atividades de controle e avaliação realizada pela SMS/VR, sendo apontada como modelo de atuação no conjunto do Estado.

Para a análise da evolução dos serviços ambulatoriais, foram utilizados os bancos de dados disponíveis, mediante a aferição da frequência de procedimentos realizados por item de programação e complexidade, segundo a natureza jurídica das unidades prestadoras desses serviços no período de 1993 -1999 — 1o semestre.

Na rede ambulatorial, os atendimentos de AVEIANM (atendimentos básicos, aplicação de vacinas, atos não-médicos por profissionais de nível médio e atos executados por profissionais de nível superior) executados pela secretaria apresentaram uma variação positiva de 257% entre os anos de 93/96 e 27,41 entre os anos 96/99. Se, tomarmos o período de 1993 a 1999, essa variação corresponde a mais de 355%.

O mesmo comportamento pode ser observado com relação às consultas ambulatoriais básicas. A rede pública apresentou uma variação positiva de 51,6% entre os anos 93/96 e 121,9% entre os anos 93/99. Nota-se uma inversão na natureza dos prestadores da oferta desses serviços. Em 1993, as consultas básicas eram predominantemente do setor contratado, respondendo por mais de 135%, quando comparadas com a oferta da rede pública, sendo que em 1996 esse percentual decresce - 94,3%

Situação semelhante pode ser vista, no que diz respeito às consultas odontológicas: além de alcançarem uma expressiva variação positiva entre os anos de 93-99 (93/96 = 80,6% e 93/99 = 167%), também houve uma inversão da natureza do prestador, sendo predominantemente público nos anos 1996 e 1999 .

No que concerne aos exames diagnósticos, de ultra-sonografia e radiagnóstico, a evolução da produção desses procedimentos também apresentou comportamento semelhante (USG = 93/96, + 1.018% e 93/99, + 3.640% e radiodiagnóstico = 93/96, + 148,8% e 93/96, + 317,7%). Com um aumento significativo de exames no 1º semestre de 1999 Talvez um dos

motivos desse aumento possa estar relacionado ao fato de que, nos últimos dois anos, a SMS/VR tem se empenhado na melhoria do pré-natal e acompanhamento de gestantes de alto risco.

Em que pese ter aumentado a oferta de procedimentos em análise clínicas e em fisioterapia, a natureza dos órgãos que prestam esses serviços é o contratado/privado. Apesar de ocorrer um aumento importante na oferta desses serviços no período estudado, a predominância desses atos está no setor privado/contratado (análises clínicas = 43,1% em 93/96 e 160 em 93/99; fisioterapia = 68,1% em 93/96 e 86,1% em 93/99).

Finalmente, no que se refere aos procedimentos realizados por outras terapias especializadas (atenção biopsicossocial e reabilitação), a oferta triplicou no ano de 1999, mas com uma inversão da natureza do prestador no período 96/99 (93/96 = 336%). Se considerarmos que não existia nenhum tipo desse serviço, a garantia da oferta evidencia a preocupação da SMS/VR com o acesso desse procedimentos à população.

As terapias renal, substitutiva e radioterapia são oferecidas pela rede contratada, aumentando em média a oferta da primeira em 10,72% e diminuindo 1,3% da segunda, entre os anos de 1997 e 1998 (SMS/VR-DIPA, 1999). Quanto aos procedimentos de medicina nuclear, somente a rede contratada teve, nesse período, uma variação positiva 23% (média). As órteses e próteses são fornecidas exclusivamente pela rede pública, apresentando entre os anos de 1997 e 1998 um decréscimo na frequência desses procedimentos inversamente proporcional ao aumento dos gastos.

Assinale-se que Volta Redonda é um município-pólo, é o único em gestão plena do sistema municipal na região do Médio Paraíba, além de ser de referência intermunicipal e inter-regional.

No que concerne a análise da oferta de serviços de saúde em Volta Redonda, é possível constatar que em algumas modalidades (principalmente as ações de básica e média complexidade), durante o período de 1993-1996 a variação foi negativa em média 12%, com um deslocamento importante do total da oferta para o setor público (próprio), chegando ao crescimento deste em 71%, e o setor contratado com um decréscimo de 71%.

Com isso, pode-se encerrar essa análise atribuindo a causa da variação negativa à rigorosa (e não rígida) atuação do Departamento de Controle e Avaliação da SMS/VR, por meio da utilização e implantação de instrumentos gerenciais de programação (PPI)²² e banco de dados municipal; aliada à qualificação da oferta na rede básica e implementação das equipes de Saúde da Família.

4.6. Rede Hospitalar

Na área hospitalar, a SMS/VR administra três hospitais: Hospital São João Batista, Hospital Pronto-Socorro de Retiro (inaugurado em 1998) e a Casa de Saúde Volta Redonda, que foi submetida a um processo de intervenção, estando desde de 1994 sob sua gestão. Na rede hospitalar estão incluídas, ainda, três unidades de saúde conveniadas com o SUS: a Casa de Saúde Santa Margarida, o Hospital Maternidade Jardim Amália e o Hospital da Siderúrgica Nacional – CSN.

A tabela 5 mostra a evolução do número de leitos entre 1993 e 1999 no sistema de saúde de Volta Redonda. Como se pode perceber a partir dos dados coletados, nos últimos anos vêm acontecendo dois movimentos: o primeiro relacionado a uma redução significativa da oferta de leitos dos estabelecimentos privados — decréscimo de 26% entre 96 e 99 — e o segundo, um aumento na oferta de leitos nos estabelecimentos públicos na ordem de 161,2% para o mesmo período.

Tabela 5 - Número de leitos segundo a natureza, variação (%) e taxa de leitos/habitantes/ano

Natureza	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Var. 93/96	%	Var. % 96/99	Leitos/hab. 93	Leitos/hab. 98
Público	89	89	89	89	168	166	233		0	161,2		
Privado	314	314	314	324	271	251	240		0	-26%		
Total	503	503	503	513	439	417	473		-	-	2,24	2,00

Fonte: DIPA/SMS.

Como pode ser observado no decorrer deste trabalho, a SMS/VR, nas suas duas gestões, vem se empenhando na programação e no controle dos serviços de saúde, principalmente os serviços hospitalares de assistência médica. Auditar, fiscalizar e descredenciar tem sido uma prática positiva do departamento, que busca nessas atividades a disponibilização de serviços hospitalares de melhor qualidade e maior controle do poder público. Em que pese a proporção leitos por 1.000 habitantes apresentar uma redução na ordem de 0,2% nesses seis últimos anos, o número de leitos 2,00 por 1.000 torna-se próximo ao compatível com o porte da cidade e com os investimentos na área ambulatorial.

Quando observadas as internações por natureza e analisadas as variações e a relação habitantes/ano, no período de 1993/1998, verifica-se uma redução global no número de internações: na variação entre os 1993 e 1996, e 1993 e 1998 identifica-se uma redução da ordem de menos de 43% para o primeiro e menos de 51% para o segundo, respectivamente. O número de internações habitantes/ano teve o mesmo comportamento, reduzindo-se, entre 1993 e 1996 de 139 int./1.000 habitantes para 64 int./1.000 habitantes, entre 1993 e 199 (tabela 6).

Tabela 6 - Internações hospitalares por mil habitantes e variação; internações por natureza – Município: Volta Redonda

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Var 93/96	Var 93/98	Int.Hab 93	Intern hab 98
Público	3752	3977	4.778	5.257	6521	8362	-40,1	-12,2	16,7	35,2
Privado	27673	26040	26.976	12.378	7920	6998	-55,2	-74,7	123,0	29,5
Total	31425	30017	31754	17635	14441	15360	-43,8	-51,12	139,6	64,7

Fonte:

DATASUS

Obs. O cálculo do número de internações por habitante considerou a população do ano respectivo.

Na tabela 7 verifica-se essa mesma tendência: redução no número de AIHs pagas ao município. Foram pagas à rede contratada do SUS de Volta Redonda, em 1993, 30.901 AIHs, caindo para 8.045 AIHs em 1998, representando uma variação negativa de mais de 50% do ano de 1993. Por sua vez, a rede pública cresceu 222,5%, ainda que com um decréscimo global da ordem de 12,2%.

Tabela 7 - AIH pagas por natureza e variação 1993-1998 – Município: Volta Redonda

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Var 93/96	Var 93/98	Int.Hab 93	Intern hab 98
Público	3.752	3977	4.778	5.257	6.521	8362	-40,1	-12,2	16,7	17,7
Privado	30.149	27.658	23.042	13.430	9.045	8.045	-55,5	-73,3	134,0	122,9
Total	33.901	31.635	27.820	18.687	15.566	16407	-44,8	-51,1	150,6	140,6

Fonte: DATASUS

Obs. O cálculo do número de internações por habitante considerou a população do ano respectivo.

Constata-se portanto, em Volta Redonda, uma tendência à redução na área hospitalar, tanto de leitos quanto de internações. Existem pelo menos dois fortes motivos para que ocorra tal redução a) atuação efetiva do controle e avaliação, por parte do gestor municipal de Volta Redonda, dos serviços de atenção hospitalar, reduzindo as fraudes e as internações desnecessárias; b) aumento da cobertura ambulatorial básica e especializada, principalmente de urgência e emergência, com maciço investimento financeiro, técnico e operacional das unidades ambulatoriais de policlínicas, ambulatoriais hospitalares e rede como um todo — isso resultou num aumento da resolutividade desse nível, face ao movimento hospitalar, tendência semelhante a outras estudadas no país²³.

5. Impacto das Ações: Desempenho, Ação do Controle e Avaliação

5.1. Dos Indicadores de Desempenho

A SMS/VR, por meio do Departamento de Informações e Desenvolvimento Assistencial²⁴, reuniu um elenco de indicadores que incidem diretamente sobre determinados programas considerados estratégicos para a avaliação da secretaria. Mais do que isso, esses indicadores procuram espelhar o perfil epidemiológico do município de Volta Redonda, num processo dinâmico face às ações de intervenção da secretaria. Essa metodologia vem sendo adotada desde 1996, sendo destacados aqui apenas seis indicadores dos vinte selecionados²⁵ pela SMS. Os dados aqui apresentados foram obtidos nos relatórios de gestão dos anos de 1995-1998 da SMS/VR.

O primeiro deles é o da cobertura vacinal. Esta vem aumentando no município de Volta Redonda desde 1994, quando a população coberta não ultrapassava os 79% (BCG 78,4 e sarampo 54%). O aumento médio de aplicação das vacinas corresponde a mais de 20% em 1996 e 1998, com relação ao ano de 1993. No ano de 1998, a cobertura da vacina BCG foi de 109,2%, a vacina antipólio em mais de 74,7%, anti-sarampo em 85% e DPT 62%

O segundo indicador diz respeito à mortalidade infantil. O coeficiente em 1993 era de 23,9/1.000 nascidos vivos, caindo para 18,8/1.000 nascidos vivos em 1995, mas com elevação em 1996 para 21,4 por nascidos vivos, estando ainda abaixo do ano de 1993. Verificou-se que, em 1998, esse coeficiente retorna aos patamares de 1995 (18,8 por 1.000 nascidos vivos). Desagregando-se esses dados, pode-se verificar que a mortalidade perinatal reduziu-se

de 29,4/1.000 nascidos vivos, em 1993, para 25,6/1.000 em 1996. Em 1998 esta continua a cair, chegando ao patamar 24,5/1.000 nascidos vivos (gráfico 6). Segundo relatório do Departamento de Epidemiologia da SMS/VR, a mortalidade materna apresentou um aumento, em 1997 e 1998, de 94,8% e 98,1%, respectivamente. Atribui-se esse crescimento a um paradoxo: por um lado, a melhora do registro e, por outro, o aumento da mortalidade por causas indiretas, não relacionadas a parto e puerpério.

O número de consultas pré-natal por parto é o terceiro indicador selecionado. Em 1996, 70% dos nascidos vivos com mães fizeram mais de seis consultas de pré-natal, e 8,3% dos recém-nascidos apresentavam baixo-peso ao nascer. Em 1998 esse número cai para 69,5%, com uma variação positiva para 97 (68,9%). Ressalta-se a prioridade no plano municipal de saúde de Volta Redonda, no biênio 97/98, para as questões voltadas à gravidez, parto e puerpério. Apesar de não constar no rol de indicadores atuais de avaliação e desempenho, houve uma redução expressiva do índice do CPOD em 20,4%, de 1993 a 1996 (PINHEIRO e DAL POZ, 1996).

O quinto refere-se à mortalidade geral. O coeficiente vem apresentando uma redução ano a ano, desde 1993 — isto é, em 1993 era de 6,72; em 1994, 6,70; em 1995, 6,32; 1996, 6,37; 1997, 6,4 e em 1998 6,5 por 1.000 habitantes (gráfico 2.4.5.3). Observando-se a taxa de mortalidade por causas, verifica-se uma redução nas cinco principais causas de mortalidade no município até o ano de 1996: doenças cardiovasculares, causas externas, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas e transtornos imunitários (gráfico 4).

O sexto e último indicador é o número de óbitos por AIDS no ano. A variação entre os anos de 1997 e 1998 foi negativa, isto é: - 48,3% dos pacientes portadores de AIDS, em 1998, não foram a óbitos por AIDS, em relação ao ano de 1997.

Para finalizar esse tópico, vale tecer alguns comentários sobre o perfil epidemiológico. É possível perceber nos resultados apresentados uma mudança nos coeficientes de mortalidade por causas da população do município de Volta Redonda, com expressivo aumento nas cinco primeiras causas: doenças do aparelho circulatório, causas externas, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Existem algumas hipóteses para tal mudança, entre as quais, estão: a) a piora substancial da qualidade de vida dos munícipes de Volta Redonda, o índice de desemprego vem aumentando exponencialmente, devido a privatização da CNS e ajuste do Governo federal. Com isso, vem crescendo o mercado

informal, com tentativas locais de projeto de geração de renda promovido pelo governo municipal; e b) acúmulo de registros de outras localidades dentro e fora do estado do Rio de Janeiro, em 1997 e 1998.

5.2. Do Controle e Avaliação

Conforme a NOB 01/96, “o gestor municipal é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados). (...)” (Brasil/MS, 1996). Das responsabilidades previstas na NOB/01/96 para os municípios de gestão plena do sistema municipal, no que concerne à programação, controle e avaliação, pode-se afirmar que o município de Volta Redonda vem cumprindo os requisitos e prerrogativas para exercício dessa condição de gestão.

Do conjunto de mudanças introduzidas no sistema relacionadas ao controle e à avaliação, o DIPA-SMS/VR desenvolveu uma central de regulação com o objetivo, não somente de regular, mas de avaliar a oferta de serviços existentes no sistema municipal de saúde. Nessa central foram criados mecanismos e instrumentos institucionais, que incidem sobre os procedimentos ambulatoriais e hospitalares, de acordo com o nível hierárquico do cuidado, grau de complexidade e de custo, tais como: disque-consulta-básica, sistema de referência local e intermunicipal, autorização prévia de exames de alto custo; autorização de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) relacionados ao Fator de Assistência Especializada, autorização de cirurgias eletivas; central de internação de urgência e emergência e central de ambulância.

Sua principal finalidade consiste em orientar os encaminhamentos dos pacientes para consultas, apoio diagnóstico e terapêutico e internações hospitalares; controlar o encaminhamento para fora do município (TFD) que constem na PPI; controlar e disponibilizar leitos vagos (públicos e conveniados/contratados); agendar exames ou consultas especializadas para as unidades requisitantes junto ao prestador público ou privado conveniado ou contratado; e elaborar relatórios de acompanhamento gerencial aos gestores.

Para operacionalizar essa central, a DIPA/SMS/VR definiu o perfil das unidades requisitantes e prestadoras, estabelecendo fluxos de acesso. Em seguida selecionou os serviços que serão regulados, de acordo com critérios relacionados aos seguintes quesitos: a) complexidade (preferencialmente são escolhidos os procedimentos de alta complexidade); b) demanda (os serviços

com demanda reprimida); c) tipo de exames (aqueles exames em que o paciente necessita de preparo prévio), e d) as internações eletivas de urgência e emergência. Foram implantados protocolos clínicos e disponibilizados RH com perfis adequados à operacionalização das ações.

No que se refere à auditoria, a DIPA/SMS/VR estabeleceu como meta para a melhoria da qualidade da atenção, por meio de uma análise dos dados sistemática e independente. Tal análise pode envolver técnicas de observação, medição, ensaio e outras, com objetivo de monitorar o modelo de atenção prestado e adequado a normas de acesso, diagnóstico, tratamento e reabilitação estabelecidos pelo SUS.

Com efeito, as atividades de controle e avaliação promovidas pela auditoria da DIPA/SMS/VR relacionam-se: a) ao monitoramento de processo, com objetivo de verificar a conformidade dos padrões estabelecidos e de detectar situações de risco ou alarme, e b) a análise de estruturas e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, a fim de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia e objetividade preconizados pelo SUS. Por último, a supervisão das ações, enquanto uma ação rotineira de verificação do cumprimento das normas estabelecidas, vem sendo realizada por meio da observação *in loco*. Para o corpo técnico do departamento, a orientação no processo de auditoria tem sido defendida como uma ação fundamentalmente de cunho educativo, sem deixar de ser rigorosa na avaliação.

A PPI em Volta Redonda é definida, juntamente com municípios integrantes do consórcio intermunicipal do Médio Paraíba, como uma ação microrregionalizada. Tal atitude faz parte de um movimento da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, de envolvimento dos demais municípios, com vistas à regionalização dos serviços oferecidos pelo SUS (LIMA, 1999). Com essa atitude, a SMS/VR se apresenta, na sua condição de município-pólo, como reorganizadora da atenção prestada à população da região do Médio Paraíba, dando assim subsídio para realização da PPI regional. Os resultados desse trabalho têm permitido uma melhor alocação dos recursos e maior explicitação de pactos firmados, não somente na instância intramunicipal, mas intermunicipal e regional.

Segundo fontes verbais, essa ação tem potencializado o próprio modelo de atenção proposto pela SMS/VR, validando o processo de consolidação de reorganização tanto do próprio sistema de saúde de Volta Redonda como das demais localidades.

Mais do que um instrumento de reorganização da oferta face à demanda das localidades da região, a adoção da PPI tem revelado os seus próprios limites para enfrentar as disparidades regionais. Parece que tais limites estão circunscritos pelo reduzido montante de recursos financeiros destinados à função da programação, principalmente aqueles itens destinados às ações de média e alta complexidade. De acordo com os relatos dos técnicos da SMS/VR, na PPI ainda se trabalha com um montante limitado de recursos financeiros, que em muitos casos é insuficiente para suprir as necessidades da população, no que concerne a bens e serviços em saúde.

Na verdade, esse depoimento revela um ponto de inflexão na discussão sobre o financiamento do sistema de saúde, que no bojo da reforma preconiza uma efetiva participação de recursos dos tesouros municipais e estaduais no orçamento da saúde em sua esfera de execução. Em que pese o objeto deste trabalho não se relacionar diretamente com as questões sobre financiamento do setor saúde, não se pode deixar de assinalar a importância da participação dos entes subnacionais nos recursos financeiros que sustentam o sistema de saúde. Não se quer dizer, com isso, que os recursos destinados à saúde são suficientes para cobrir a demanda, tampouco para suprir as necessidades existentes em cada estado ou município — apenas aponta para a necessidade de se garantir fontes regulares de recursos financeiros, com participação não somente no nível federal, mas nas demais esferas de governo.

É importante notar os arranjos que foram estabelecidos, a partir da PPI, que levaram ao questionamento de outros instrumentos de organização regionalizada do sistema, tais como o consórcio intermunicipal. Embora se reconheça a debilidade que esse instrumento — o consórcio intermunicipal — possa ter (SCHINEIDER, 1998), a sua utilização junto com a PPI, pelo menos no caso de Volta Redonda, tem servido para o amadurecimento das discussões regionais sobre as políticas de saúde locais.

6. Algumas Considerações Parciais

Pelo menos no caso de Volta Redonda, a formulação da PPI tem sido conduzida no interior do consórcio intermunicipal, em reuniões periódicas entre os gestores integrantes do consórcio. Tais reuniões têm-se constituído num verdadeiro fórum de negociações, de cuja tomada de decisões participam gestores e técnicos, que irão discutir os componentes políticos e técnicos sobre oferta e demanda de seus municípios. Considerando que esses

municípios realizem o percurso operacional de seus planos ascendentes, mediante as conferências municipais e participação ativa dos colegiados gestores, espera-se que as questões sobre o tema oferta e demanda sejam cogitadas.

Assinala-se que o tema já extrapolou esse fórum, fazendo parte de fóruns locais participativos com presença de usuários. Na V Conferência Municipal de Saúde de Volta Redonda, os representantes dos usuários cogitaram a respeito da criação de um conselho de saúde regional, para participar da formulação de políticas de saúde regionais, dado que a problemática da saúde envolve não somente a localidade de Volta Redonda, mas os demais municípios.

Nesse sentido, a regionalização do sistema remete à discussão da regionalização da própria relação entre oferta e demanda, na medida em que essas categorias envolvem questões sobre a acessibilidade aos níveis de complexidade existentes nos serviços de saúde, pois a partir do momento que se avança na direção de uma discussão mais ampliada sobre a regionalização, é possível melhorar a auto-suficiência da atenção primária e secundária, além de proporcionar uma escala mais adequada de gastos e otimizar a utilização dos serviços.

Contudo, para que se atinja tal nível de organização regional, faz-se necessária a preservação da autonomia dos municípios em alocar (e realocar) seus próprios recursos. Para tanto, devem ser garantidas as flexibilizações do processo de realocação dos recursos financeiros nas ações de planejamento e, conseqüentemente, nas atividades de programação.

Estima-se que a formulação de uma programação seja uma combinação (não menos conflituosa) entre prioridades estabelecidas e as formas de como produzi-las, e obter recursos para atendê-las.

Embora a programação, enquanto instrumento de planejamento em saúde, sirva para organizar previamente as ações, bem como alocar os recursos para sustentá-las, é extremamente difícil a determinação *a priori* de todos os eventos clínicos e terapêuticos necessários para cobrir toda uma demanda.

Na prática, esse fato tem instituído verdadeiros estrangulamentos e até impasses entre os municípios que estão na máxima condição do sistema, isto é, aqueles que teriam maior autonomia de recursos — plena do sistema municipal — com aqueles municípios que se encontram numa condição básica — gestão da atenção básica do sistema municipal — com pouca autonomia de recursos, mas que necessitam de serviços de diferentes graus de complexidade, ainda mais quando os recursos são mais escassos.

Portanto, qualquer forma de estabelecimento de regras rígidas na alocação de recursos pode levar à paralisia das secretarias municipais, que são extremamente dependentes do repasse federal. Tem sido relatado pelos entrevistados da SMS/VR que o nível federal pretendeu exercer maior controle sobre a utilização dos recursos financeiros por parte dos municípios., mas parece que não houve êxito.

Em certa medida, essa situação ilustra a necessidade cada vez maior de se pensar instrumentos que utilizem as informações existentes nos sistemas para mensuração de demanda potencial aliada ao levantamento de necessidade para melhor adequação da oferta, tema identificado como pungente no campo da organização dos serviços de saúde (ARRUDA, 1998).

É importante frisar esses aspectos, sobretudo quando se discute a relação entre oferta e demanda num contexto de reforma de sistema. Seguramente, os instrumentos de alocação de recursos possibilitam maior controle e participação dos profissionais e usuários desses serviços, assim proporcionando outro patamar no processo de incorporação das demandas por parte do aparato estatal (município) e a forma como atendê-las.

Diante do exposto, pode-se perceber, ao menos, duas questões candentes: a) PPI possui uma importância fundamental na definição e qualificação da oferta dos serviços de saúde ou de uma região; b) na medida em que se organiza a oferta, por meio de decisões negociadas política e tecnicamente, a PPI tende a refletir um padrão de demanda de uma ou mais localidades.

Vale um breve comentário sobre o novo cenário nacional das políticas de saúde. Parece evidente que, uma vez deflagrado o movimento político-ideológico de construção do SUS, como definido por LEVCOVITZ (1997), tornou-se inevitável o surgimento de novos atores institucionais locais, que passaram a dar visibilidade às demandas, não somente enquanto termômetro da utilização dos serviços de saúde, mas no seu processo de construção. Esse processo envolvia a história de uma cultura política do nosso país e as formas de representação apresentam na formulação e implementação de políticas sociais. Esse movimento pode ser verificado no estudo que esta autora realizou sobre os conselhos municipais de saúde, em três localidades do estado do Rio de Janeiro, no qual concluiu que “a cultura política, o estilo de gestão e os partidos políticos podem ser elementos determinantes para o funcionamento de um sistema de saúde local” (PINHEIRO, 1995).

As combinações entre esses elementos podem criar graus diferenciados de maior ou menor visibilidade para as demandas referidas pela população e proporcionar melhor ou pior resolutividade para solucioná-las no que diz

respeito à saúde. Volta Redonda pode ser um exemplo de combinação exitosa, pelo alto grau de politização de seus habitantes e o estilo de gestão mais participativo com apoio de partidos com ideários mais reformistas.

No caso de Volta Redonda, o mais importante do exame dessas questões que envolvem a formação do sistema de saúde, é reconhecer que o caminho traçado para chegar ao SUS dos anos 90 nasce da interação e dos conflitos dos atores. Em que pese o conjunto de transformações e adequações ter sido realizado nos instrumentos organizacionais das instituições, via reforma do sistema, ainda se mantêm estruturas antigas das instâncias políticas e administrativas ligadas ao setor saúde. Avançou-se na reforma do sistema, mas não está clara se essa reforma afetou as instituições que a compõem.

Todavia, com a reforma do sistema, essas questões ganham maior visibilidade, permitindo às instâncias locais reorganizarem e proporem alternativas de também avançar na reforma das instituições. Ressalta-se, entre as iniciativas inovadoras, as do campo da atenção básica adotadas, tais como o PSF e o GT de Homeopatia.

Notas

- ¹ Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ e Professora visitante do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do IMS/UERJ.
- ² Ao hospital CSN cabia o atendimento da demanda "operária", cobrindo a referência ambulatorial (especialidades) e hospitalar (clínica e cirúrgica). Já as ações de saúde pública (as campanhas do ministério, controle de vetores etc.) eram executadas pelo posto de saúde do estado.
- ³ A influência da CSN era de tal ordem que se dava nos aspectos mais cotidianos dos serviços. A manutenção do posto de saúde do estado era feita pela CSN, isto é, os serviços de segurança, limpeza e conservação eram custeados pela CSN. Na verdade, a CSN tampava uma "buraco" que era de responsabilidade do estado.
- ⁴ Nesse período a SMS/VR vivia um ambiente político bastante favorável, que contava com apoio de atores sociais importantes, defensores explícitos da reforma do setor saúde, entre eles destacam-se Dr. Hésio Cordeiro, presidente do ex-INAMPS, Dr. José Carvalho de Noronha secretário e Dr. Eduardo Levcovitz sub-secretário de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Em 1987, a rede pública de saúde de Volta Redonda contava com 25 UBS, um Hospital Municipal de Saúde, dois ambulatórios de referência e o Hospital da CSN, que além de responsabilizar-se pelo atendimento da família siderúrgica, atendia à comunidade, através do convênio SUDS (MENDONÇA e TEIXEIRA, 1998).

- 6 Em 1986, identificava-se na análise dos dados vitais de Volta Redonda, como uma concentração de mortes na infância na faixa perinatal (28 semanas de gestação a 6 dias), apresentando uma taxa de 30,0 /1.000 nascidos vivos. A primeira causa de mortalidade no município era constituída pelo grupo das doenças cardiovasculares (na razão de 36% do total de óbitos); a segunda era o grupo das causas externas (14%), sendo a terceira as doenças do aparelho circulatório (13%)
- 7 Em 1987, existiam 510 profissionais na área de saúde; destes, 142 eram médicos e 43 outros profissionais de nível superior; e o restante — isto é, 325 profissionais — estava distribuído nas categorias de nível técnico/médio e elementar (65 eram técnicos em enfermagem e 78 eram auxiliares de enfermagem). No que concerne ao número de leitos neste ano, Volta Redonda possuía 246, sendo que, destes, 160 eram do hospital da CSN e 86 do Hospital São João Batista (do total dos 246 leitos, 7 de leitos eram de UTI, 47 de clínica médica, 34 de clínica obstétrica e 47 de clínica pediátrica; o restante era dividido entre as demais clínicas).
- 8 Em 1989, Juarez Antunes foi o prefeito eleito, com uma expressiva votação. Nesse período, o prefeito estava bastante envolvido com o processo de oposição à privatização da CSN, quando de sua morte num acidente de carro. O vice-prefeito assumiu, todo corpo técnico da secretaria pede demissão, inclusive o secretário Leniel Bairral, para ser designado Vanildo de Carvalho.
- 9 Foram realizadas quase que simultaneamente as Conferências Municipais de Saúde, a partir de 1993, e as Conferências de Recursos Humanos em Saúde da SMS de Volta Redonda. Na I Conferência Municipal de Recursos Humanos em Saúde, foram discutidos e estabelecidos os critérios para recebimento da Gratificação de Incentivo ao Desempenho, que são os seguintes: a) ausência de faltas consecutivas; b) ausência de pedido de licença e c) ausência de penalidades administrativas. Ressalta-se que, no hospital, a gratificação oferecida aos seus funcionários baseia-se em critérios qualitativos sobre o atendimento oferecido, que é avaliado pelo conselho gestor lá existente.
- 10 Ver: Prefeitura Municipal de Volta Redonda/Secretaria Municipal de Saúde /Conselho Municipal de Saúde - "Manual do Conselho Gestor de Unidade" - Volta Redonda 1997.
- 11 Atualmente, a rede de serviços de saúde de Volta Redonda é bastante extensa, sendo dividida em quatro regionais de saúde, cada uma delas abrangendo um grupo de bairros. Essas regionais representam o mapeamento das unidades de serviços integrantes da rede, que são: **Distrito Sanitário I** – sede – 3 postos de saúde, 2 Centros Ambulatoriais de Especialidades (antigo PAM e antigo Posto do Estado), 1 Pronto-Socorro, Centro do Orientação e apoio sorológico (HIV), Unidade de Epidemiologia, Unidade de Serviço Mental, Serviço de Eletroencefalografia, Laboratório Municipal de Fiscalização Sanitária e Combate a Vetores; 1 Unidade da Saúde do Trabalhador, Centro Municipal de Saúde da Mulher; Centro de Saúde da Criança e Adolescente "Viva a Vida" e a Farmácia Municipal; **Distrito Sanitário II** – 13 Postos de Saúde: 11 UBS e 2 Módulos Saúde da Família, Hospital Municipal do Retiro, Núcleo de Concepção e Sexualidade (NAFSP), 1 Núcleo de Atendimento Médico da Fundação Beatriz Gama, 9 gabinetes odontológicos nas escolas da região e Usina dos Sonhos; **Distrito Sanitário III** – 7 Postos de saúde: 6 UBS e 1 Módulo Saúde da Família, 6 gabinetes odontológicos, Centro de Assistência Intermediária e Saúde de Conforto (Centro de Especialidades); **Distrito Sanitário IV** – nove gabinetes odontológicos de saúde: 10 UBS um módulo Saúde da Família, Fábrica Municipal de óculos (IPU-VR,1994 e SMS/1997).

- 12 No organograma funcional, as assessorias não são explícitas, mas, segundo a Secretária Municipal de Saúde de Volta Redonda, está assim discriminado o esquema “funcional” da secretaria: a) assessoria de assuntos comunitários; b) assessoria de comunicação em saúde; c) assessoria de desenvolvimento do potencial humano; d) assessoria de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos; e) departamento geral de administração em recursos humanos; f) serviço de manutenção de veículos; g) serviço de manutenção geral; h) setor de serviços gerais; i) setor de patrimônio; j) Fundo municipal de saúde; l) almoxarifado; m) Departamento de Informação, programação, avaliação e controle; e n) setor de tratamento de fora do domicílio (TFD); (1997/SMS).
- 13 Ver PMVR/SMS. Relatório de Atividades do Programa Saúde da Família em Volta Redonda 1996.
- 14 No caso de Juiz de Fora — município da região sul do Estado de Minas Gerais — as unidades da equipe saúde da família convivem no mesmo espaço físico e tecnológico da UBS. Isto é, a equipe do PSF é lotada nas unidades UBS.
- 15 Ver PMVR/SMS-VR/CMS/VR Relatório da V Conferência Municipal de Saúde de Volta Redonda(1997) e PMVR/SMS-VR/CMS-VR Relatório da III Conferência Municipal de , 1994.
- 16 A Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB), por meio da Comissão de Saúde Pública e Socialização da Homeopatia, realizou um estudo em 12 estados e 16 cidades sobre a institucionalização da homeopatia no país. Esse estudo integra o projeto de expansão da homeopatia na rede pública, que tem como objetivo oferecer aos gestores e às autoridades sanitárias subsídios mínimos necessários para que a prática homeopática possa ser implantada, consolidada e avaliada no SUS. Tal estudo enumera um conjunto de itens relacionados à institucionalização da homeopatia nos serviços do SUS, tomando como ponto de partida a atuação dos gestores, dos profissionais, das comunidades e dos usuários. Entre os resultados previstos estão: a) ampliação da oferta de serviços nessa área (com a incorporação de recursos humanos qualificados); e b) estabelecimento de vínculos com a clientela. Nota-se que os instrumentos para informação, programação e avaliação foram baseados nos instrumentos operacionais existentes no próprio Sistema Único de Saúde. Ver AMHB (1998).
- 17 Na verdade, a implantação da homeopatia no Brasil data do período de 1840 a 1859 pelos pioneiros Dr. Benoit Mure e alguns médicos franceses que se fixaram no Brasil, sobretudo na Região Sudeste. Ressalta-se que essa tarefa não foi trivial, sendo travada verdadeira batalha institucional e briga por espaço e por legitimação. Ver mais detalhes em LUZ (1996).
- 18 A SES/RJ publica a PT 012, de 11/3/1991, que disciplina a implementação e o funcionamento da atividade de homeopatia nas unidades SUS e, em 12/4/1993, publica a Resolução nº 839, que implanta o Programa Estadual de Homeopatia no SUS, sendo a atual Coordenadora a Dra. Angela Guidorendi – Coordenadora do GT de Homeopatia em Volta Redonda.
- 19 O prefeito Baltazar era médico e homeopata.
- 20 Luz, analisando a obra de Hanneman, o *Organon da arte de curar*, destaca que a finalidade básica do homeopata e da medicina como um todo é curar, e não “teorizar sobre a doença” cabendo aos médicos a tarefa única de restabelecer a saúde dos enfermos (LUZ, 1996: 50).

- ²¹ A despesa com a função saúde no período apresentou os seguintes valores: em 1994, R\$ 5.002.000,00; em 1995, R\$ 22.812.000,00 e, em 1996, R\$ 32.691.000,00.
- ²² A PPI é o a programação pactuada e integrada destinada a programação de todas as atividades assistências ambulatoriais e hospitalares, bem como as atividades de vigilância sanitária e epidemiológica realizadas ou a serem realizadas por um dado município, de uma dada região ou de um dado estado.
- ²³ Esta tendência podem ser verificadas nos trabalhos de MELO (1999), sobre o município de Santos e HEINEMANN (1998), sobre os municípios em gestão simplificada.
- ²⁴ A DIPA é um órgão com várias interfaces responsável pelo controle e avaliação, programação e planejamento dos procedimentos ambulatoriais e assistenciais, sistema de informação da SMS/VR está aqui todas as referências intermunicipais e interestadual Tratamento Fora de domicílio. Toda a parte técnica de contrato de convênio, os procedimentos de alto custo é regulação.
- ²⁵ Os indicadores para avaliação de desempenho são os seguintes: cobertura vacinal em menores de 1 ano; taxa mortalidade infantil, taxa de mortalidade materna, % de partos com mais de 6 consultas de pré-natal, índice de gravidez na adolescência; índice geral de cesariana, índice de cesariana na rede pública; número de casos notificados com diarreia, cobertura de preventivo do câncer cérvico uterino, cobertura do teste do pezinho, índice de prematuridade abaixo de 37 semanas gestacionais, cobertura do programa de hipertensão, cobertura do programa de diabetes, coeficiente de internação por enfarte e AVE na pop. 30 a 69 anos, Coeficiente de internação por *diabetes mellitus*, número de casos com AIDS até o ano de 1997 e 1998, número de casos com a AIDS no ano, casos novos de hanseníase, registro ativo de hanseníase, casos novos de tuberculose, número de óbitos por tuberculose.

Referências Bibliográficas

ARRUDA, D. *Sistemas de informações e alocação de recursos*. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA HOMEOPÁTICA BRASILEIRA (AMHB). Comissão de Saúde Pública. *A homeopatia nos serviços de saúde: relatório do projeto*. Rio Grande do Sul: A Comissão, 1998. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. *NOB/SUS 01/96: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: publicada n D.O .U. de 6/11/1996*. Brasília, DF: O Ministério, 1996.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica 01/96,MS: Saúde da Família: construindo um novo modelo: os municípios já tem histórias para contar*. Brasília, DF: O Ministério, 1996.
- CIMS/SMS/VR. *Atas de Reuniões do CMS/VR*. Volta Redonda: [s.n.], 1997.
- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Ayuri, 1991.
- FUNDAÇÃO CIDE. *Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: CIDE, 1997
- GOULART, F. *Municipalização: veredas: caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996. P. 40-51
- HEIMANN, L. (Coord.) *A descentralização do Sistema de saúde no Brasil: uma proposta de investigação sobre o impacto das políticas: relatório de pesquisa*. Campinas: UNICAMP, 1998.
- IUNES, R.F. Demanda e demanda em Saúde. In: PIOLA, S.F.; VIANA, S.M. *Economia da saúde: conceito e contribuição para gestão da saúde*. Brasília, DF: IPEA, 1995. P. 149.
- LEVCOVITZ.E. *Transição X consolidação: o dilema estratégico do SUS*. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- LIMA, L.D. *O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do RJ*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” anos 80. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.
- MEIRELES. H. L. *Direito municipal brasileiro*. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 1993.

- MELO, M. F. G. C. *O processo recente de descentralização das políticas de saúde: o caso de Santos*. 1999. Dissertação (Mestrado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade de Campinas, Campinas.
- MENDONÇA, V. R.; TEIXEIRA, M. F. C. *Capacitação do quadro gerencial da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda: estudos preliminares*. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde, 1998.
- MULLER NETO, J.S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Saúde e Debate*, n. 31, s/p., 1991.
- NORONHA, J.C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, 1994.
- PARADA, Roberto, 1997. *Sistema Estadual de Saúde. Descentralização e Relações Intergovernamentais: Um Estudo sobre o Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- PINHEIRO, R. *Conselhos municipais de saúde: o direito e o avesso*. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- PINHEIRO, R.; DAL POZ, M. *A Qualidade dos serviços de saúde e os espaços de controle social*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, 1996. (Série saúde em Movimento, n. 3).
- PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. *Modelos ideais versus práticas eficazes: o desencontro entre gestores e clientela*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1991. (Serie Estudos em saúde coletiva, 191).
- VIANNA, Ana Luiza; DAL POZ, Mário Roberto (Coord.). *Relatório de pesquisa: reforma em saúde no Brasil: Programa da Saúde da Família: informe final*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. (Série Estudos em saúde coletiva, n. 166).
- VOLTA REDONDA (RJ). Conselho Municipal de Saúde. *Manual do Conselho Gestor de Unidade*. Volta Redonda: Secretaria Municipal de Saúde, 1997.

VOLTA REDONDA (RJ). Prefeitura. IPUU. Informações para o Plano Diretor. Volta Redonda: A Prefeitura, 1994.

VOLTA REDONDA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. DIPA. *Relatório Comparativo 97/98*. Volta Redonda: A Secretaria, 1999.

VOLTA REDONDA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Grupo de Trabalho de Homeopatia. Estudo sobre o atendimento médico homeopático em Volta Redonda. In: FÓRUM BRASILEIRO DE HOMEOPATIA NA REDE PÚBLICA. 5., 1998, Gramado. [*Trabalhos apresentados...* Gramado: s. n. 1998?].

VOLTA REDONDA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. *O Programa Saúde da Família em Volta Redonda*. Volta Redonda: A Secretaria, 1997. Documento de avaliação do Programa apresentado ao Conselho Municipal de Saúde.

VOLTA REDONDA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório da V Conferência Municipal de Saúde de VR*. Volta Redonda: SMS, 1998.

VOLTA REDONDA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão de 1995-1998*. Volta Redonda: A Secretaria, [1999?].

VOLTA REDONDA (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão biênio 1997-1998*. Volta Redonda: A Secretaria, 1999.

ABSTRACT

In Defense of Life: A SUS Model in Volta Redonda, Brazil

Brazil's health system reform is one of the most successful examples of a non-centralized process of institutional building. Nevertheless, this was a limited process and those limits are related both with the nature of the institutions in charge of health services supply and with the population's demands, heavily committed with political democracy, considering that health is a citizenship right. This right placed the issues related to health services access to a central place in the Brazilian political debate; the political and institutional reform of the State were guided to an empowerment of local government, now the main supplier of health services, since the 1988 Brazilian Constitution, a universal right to local health services.

This thesis focuses on the relationship between demand and supply in health services, within the perspective of the daily life of the different social actors. The case of Volta Redonda — a historical birth land of the Brazilian steel metallurgy — is the basis of a local experience related to the health system reform.

The building of the "Unified Health System (SUS)" — the new health system created by 1988's Brazilian Constitution — in Volta Redonda was very successful, with the model named "Em Defesa da Vida" (In Defense of Life) that reached the four main institutional principles of the national health reform, also adopting a very efficient family's health program, along with a homeopathy medical assistance program at the local level.

The Volta Redonda success had been a limited one, because of non-biological factors. That means that social, political and economical variables were also very actively present on that scene.

Keywords: demand and supply in health services, health assistance models, health system reform, local health system

Keywords: Healthcare models; health reform; SUS; local health systems.

Recebido em: fevereiro de 2001.

Aprovado em: março de 2001.