

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
DEPARTAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E
POLÍTICAS PÚBLICAS

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA GESTÃO
DESCENTRALIZADA NOS SISTEMAS MUNICIPAIS DE
SAÚDE DA IBIAPABA – CEARÁ, NOS ANOS 1996 E 2005

ANA MÁRCIA ROSA VERAS PINTO

FORTALEZA – CEARÁ

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANA MÁRCIA ROSA VERAS PINTO

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA GESTÃO
DESCENTRALIZADA NOS SISTEMAS MUNICIPAIS DE
SAÚDE DA IBIAPABA – CEARÁ, NOS ANOS 1996 E 2005**

Dissertação de Mestrado
apresentada à Universidade
Estadual do Ceará – UECE,
como parte dos requisitos
para obtenção do Título de
Mestre em Planejamento e
Políticas Públicas.

Orientadora:

Dra. Anamaria Cavalcante e Silva

Fortaleza – Ceará

2006

Ficha Catalográfica

Elaborada por: João Araújo Santiago Martins

P659a Pinto, Ana Márcia Rosa Veras
 Avaliação do impacto da gestão descentralizada nos sistemas
 municipais de saúde da Ibiapaba - Ceará nos anos 1996 e 2005 /
 Ana Márcia Rosa Veras Pinto. – Fortaleza, 2006.
 120 f.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará –
 Departamento de Políticas Públicas.
 “Orientação: Prof^a. Dr^a. Anamaria Cavalcante e Silva”.

1. Política de Saúde. 2. Avaliação. 3. Descentralização. 4.
Sistemas Municipais de Saúde. I. Título.

CDD – 362.1

ANA MÁRCIA ROSA VERAS PINTO

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA GESTÃO
DESCENTRALIZADA NOS SISTEMAS MUNICIPAIS DE
SAÚDE DA IBIAPABA – CEARÁ, NOS ANOS 1996 E 2005**

Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Sociedade
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Aprovada em _____ / _____ / _____

Banca Examinadora:

Dra. Anamaria Cavalcante e Silva
DOUTORA

Dra. Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida
DOUTORA

Dr. Paulo César Almeida
DOUTOR

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a:

Meus pais, Luis e Leny

Exemplos de luta, força e amor.

Meu marido, Edílson...

Companheiro de vida há 26 anos

Lilica, Du e Paulinho...

Amores da minha vida.

AGRADECIMENTOS

... Ao Senhor, pois sei que nada me faltará...

Aos meus familiares, de quem tiro energia e estímulo para continuar o meu trabalho...

À Dra. Anamaria em especial... você sempre me surpreende ... com seu espírito de luta incansável... com sua sensibilidade feminina... com sua competência gerencial...é um exemplo para todas nós mulheres! Sem você eu não teria finalizado este trabalho.

A meus filhos, Lia ... por sua ajuda na internet e na impressão do trabalho e ao Paulinho ... que na sua impaciência para jogar vídeo-game, me ajudava na internet.

À Conceição Furtado ...amiga de outrora ou amiga de agora...sempre tão disponível e solícita na coleta de dados deste trabalho... você teve importância fundamental neste trabalho.

À Claudinha da Secretaria de Saúde de Tianguá... ah se todos os chefes tivessem funcionárias como você, competente e sempre disposta a colaborar.

À Adriana Nogueira e ao pequeno e esperado Júlio César...que entre uma e outra mamada, nos deixava trabalhar nos dados da pesquisa.

À Equipe de profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Tianguá...Graça, Adriana Nogueira, Adriana Guerra, Tânia, Júlia, Marta, Marleusa e Valéria ...que seguravam a barra em minha ausência durante as aulas do Mestrado.

À Graça Rocha ... grande amiga ...pelo estímulo e apoio na minha ausência ao trabalho.

Aos amigos da Secretaria de Saúde....Rafael, Lisejane, Aninha e Juliana.... pelo apoio e dedicação.

Aos profissionais da 13^a Célula Regional de Saúde de Tianguá, Valdene, e em especial Vanússia e Quintina... fonte de carinho e gratidão ... que muito nos ajudaram na coleta dos documentos e dados dos municípios estudados.

Às Secretárias de Saúde de Carnaubal e Guaraciaba do Norte, Eliane e Olga, respectivamente... colegas na gestão da saúde... que tão bem nos acolheram e contribuíram para o sucesso deste trabalho.

Às Dras. Nádia Girão e Elsie Sobreira... colegas de profissão... tão solícitas e sempre dispostas a ajudar... orientadoras das horas difíceis e inesperadas. Obrigada por sua ajuda.

Ao Sr. Santiago... da biblioteca da Escola de Saúde Pública do Ceará, por sua imensa ajuda na organização das referências bibliográficas.

Ao Bruno... especial desde pequeno ... por sua colaboração

Ao Mamede... por sua competência e compromisso... pela ajuda no sistema de informações da
SESA

Ao Dr. Paulo César Batista... por sua importante contribuição neste projeto sobre a avaliação
do sistema de saúde

Ao Márcio... colega de mestrado... pelo incentivo à finalização deste estudo

Ao Dr. Paulo César Almeida... a quem devemos a coordenação do nosso mestrado e à sua
luta para a finalização... sempre ao nosso lado

Ao Prof. Horácio... por sua especial atenção aos mestrandos da Escola de Saúde Pública do
Ceará

Aos colegas do Mestrado de Gestão... saudades do nosso tempo ... adultos e crianças em sala
de aula

A todos que fazem a Escola de Saúde Pública do Ceará... mestres ... funcionários e
...colaboradores... o meu muito obrigada.

**“Embora já tenhamos percorrido um longo caminho,
há sempre algo a fazer”.**

RESUMO

O movimento pela reforma sanitária brasileira, inserida num momento de redemocratização do país foi fator político importante para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, considerada um marco para a reorganização do Sistema de Saúde Brasileiro. O relatório desta Conferência foi referência para a elaboração da Constituição de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde, quando então se iniciou o processo de descentralização na área da saúde. Esta constituição instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e mostrou uma nítida propensão descentralizadora, na área da Saúde, com as ações e serviços públicos de saúde passando a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e tendo como um de seus princípios a descentralização. A descentralização foi implementada a partir das Normas Operacionais Básicas – NOB, que juntamente com o controle social deu suporte ao novo Sistema. O objetivo deste projeto foi avaliar o impacto da gestão descentralizada da assistência à saúde e suas repercussões nos Sistemas Municipais de Saúde, em três municípios da região da Ibiapaba no Ceará, nos anos 1996 e 2005, selecionados pelo critério populacional. Os dados foram coletados nos sistemas de informações do Ministério da Saúde e de documentos das Secretarias Municipais de Saúde. A descentralização foi avaliada à luz dos instrumentos normatizadores e a partir dos dados quantitativos referentes à estrutura, produção dos serviços de saúde e resolutividade dos serviços, além da avaliação da situação de saúde destes municípios através de seus indicadores de saúde. O estudo evidenciou que a descentralização teve impactos positivos na reorganização e estruturação das Secretarias Municipais de Saúde; na implantação dos conselhos municipais de saúde; na implantação dos Programas agentes comunitários de saúde com mais de 98% de cobertura e Saúde da Família em mais de 75% dos municípios; no incremento de recursos humanos contratados (aumento de médicos e enfermeiros: 400% e 150% em Carnaubal, 200% e 300% em Guaraciaba e 200% e 200% em Tianguá, respectivamente); na produção de serviços (incremento da assistência médico-odontológica em Carnaubal - 35,5%, Guaraciaba – 36,5% e Tianguá - 23,8% e das internações: Carnaubal – 162,0%, Guaraciaba – 16,75% e Tianguá – 74,13%) e aumento da resolutividade dos serviços (através da redução da evasão em 21,41% em Guaraciaba e aumento da invasão em Carnaubal – 2,79%, Guaraciaba – 4,9% e Tianguá – 119,54%, além da redução dos óbitos por causas mal definidas em Carnaubal – 81,32%, Guaraciaba – 62,61% e Tianguá - 3,54%). Tais mudanças resultaram em melhoria dos indicadores de saúde: redução na taxa de mortalidade infantil (em Carnaubal – 43,91%, Guaraciaba – 44,97% e Tianguá – 62,58%), redução na taxa de mortalidade pós-neonatal (em Carnaubal – 86,66%, Guaraciaba – 84,25% e Tianguá – 87%), redução da taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos por doenças diarreicas (em Guaraciaba – 43,98% e Tianguá – 91,53%), aumento da cobertura de pré-natal – mais de 7 consultas de pré-natal (em Carnaubal – 152,50%, Guaraciaba – 59,02% e Tianguá – 57,72%) e redução dos partos domiciliares (em Carnaubal – 57,69%, Guaraciaba – 26,04% e Tianguá – 83,58%).

Palavras-chave: Descentralização, Avaliação, Sistemas Municipais de Saúde.

SUMMARY

PINTO, A.M.R.V. FORTALEZA – CEARÁ, 2006. **The impact avaluation of decentralized management in the Municipal Health Systems of Ibiapaba – Ceará, in the years of 1996 and 2005.** CEARÁ 2006 Thesis (Mestrado) – Ceará State University – UECE.

The movement for the Brazilian sanitary reform, in a moment of re-democratization of the country was a political factor important for the realization of the VIII Conference of National Health, in 1986, considered a landmark for the reorganization of the Brazilian Health System. The report of this Conference was a reference to the elaboration of the 1988's Constitution and the Organic Health Law, when it was started the process for decentralization in the Health sector. The Brazilian 1988's Constitution instated the Health Single System (Sistema Único de Saúde – SUS) and showed a clear decentralization propensity in the Health Sector, with the integration of public health actions and services passing to integrate a regional and hierarchy network and having as one of its principles decentralization. The strategy used to the implementation of the decentralization process occurred through Basic Operational Norms (Normas Operacionais Básicas – NOB) together with the social control gave support to the new System. With the objective of evaluating the impact and repercussion of the Health assistance decentralized management to the Municipal Health Systems, a study of a sample of three towns in the Ibiapaba area, at Ceara in the years 1996 to 2005, selected by the population criteria. The data was collected from the Health Ministry's information system and documents from the Health Municipal Secretary. The decentralization was evaluated by regulatory instruments and qualitative data referring to structure, production of health services and resolution of services and also the health situation of these towns was evaluated though their health indicators. The study showed that the decentralization had a positive impact at the reorganization and structuring of Municipal Health Secretaries; the implantation of Municipal Health Councils; the implantation of the Health Community Agents Program with a coverage of over 98% and Family Health Program in over 75% of the cities; the increase of hired human resources (increase of physicians and nurses: 400% and 150% at Carnaubal, 200% and 300% at Guaraciaba and 200% and 200% at Tiangua, respectively); increase of production of services (increase of medical-odontological health support at Carnaubal – 35,5%, Guaraciaba – 36,5% and Tiangua – 23,8% and of internments Carnaubal – 162,0%, Guaraciaba – 16,75% e Tiangua – 74,13%) and increase of resolutivity of services (through reduction of evasion in 21,41% at Guaraciaba and increase of invasion at Carnaubal – 2,79%, Guaraciaba – 4,9% and Tiangua – 119,54%, and reduction of deaths of badly defined causes at Carnaubal – 81,32%, Guaraciaba – 62,61% and Tiangua – 3,54%). Those changes resulted in a improvement of Health Indicators: reduction of Children Mortality Rate (Carnaubal – 43,91%, Guaraciaba – 44,97% and Tiangua – 62,58%), reduction of After-Neonatal Mortality Rate (Carnaubal – 86,66%, Guaraciaba – 84,25% and Tiangua – 87%), reduction of Mortality Rate of Children under 5 years old by diarrhea disease (Guaraciaba – 43,98% and Tiangua – 91,53%), increase of Prenatal Coverage – more then 7 prenatal consultations (Carnaubal – 152,50%, Guaraciaba – 59,02% and Tiangua – 57,72%) and reduction of Home Childbirths (Carnaubal – 57,69%, Guaraciaba – 26,04% and Tiangua – 83,59%).

Keywords: Decentralization, Evaluation, Municipal Health Systems.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa da Regionalização da Assistência à Saúde na região da Ibiapaba – Ceará.....	63
Figura 2	Percentual de AVEIANM/hab, Atendimentos Ambulatoriais/hab e proporção AVEIANM/Atendimento Ambulatorial, por município e por ano. Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	68
Figura 3	Percentual de Atendimentos Ambulatoriais: AVEIANM, Assistência Médico-Odontológica e Procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial - Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	70
Figura 4	Internações por 100/habitante/Ano, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	71
Figura 5	Principais Causas de Internações segundo CID-9 e CID-10, no município de Carnaubal - Ce, 1996 e 2005.....	73
Figura 6	Principais Causas de Internações segundo CID-9 e CID-10, no município de Guaraciaba do Norte - Ce, 1996 e 2005.....	74
Figura 7	Principais Causas de Internações segundo CID-9 e CID-10, no município de Tianguá - Ce, 1996 e 2005.....	75
Figura 8	Vacinação nos três municípios da Ibiapaba – Ce, 1996.....	77
Figura 9	Vacinação nos três municípios da Ibiapaba – Ce, 2005.....	77
Figura 10	Taxa de Mortalidade Infantil / 1000 Nascidos Vivos, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	79
Figura 11	Evolução da Proporção dos Óbitos Neonatais, Neonatais Tardios e Pós-Neonatais - Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	80
Figura 12	Mortalidade Proporcional por Doenças Diarréicas em crianças Menores de 5 Anos - Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	82
Figura 13	Cobertura de Pré-Natal - Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	85
Figura 14	Percentual de Crianças com peso inferior a 2.500g, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	86
Figura 15	Taxa de Cesareana, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	87
Figura 16	Proporção de Partos Domiciliares, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	87
Figura 17	Percentual de Gravidez em Mulheres menores de 20 Anos, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	88
Figura 18	Evolução dos Óbitos por “Causas Mal Definidas”, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Características e Objetivos da Modalidade de Avaliação de Aguilar & Ander-Egg (1994) citados por Cotta (1998).....	26
Quadro 2	Distribuição dos Municípios da região da Ibiapaba - Ceará, segundo a população, IBGE, 2005.....	44
Quadro 3	Sistemas de Informação utilizados.....	48
Quadro 4	Cronologia dos principais instrumentos de gestão municipal (convênio da municipalização, leis orgânicas, conselhos, fundos municipais e estrutura organizacional das secretarias municipais de saúde) dos municípios da Ibiapaba – Ce.....	55
Quadro 5	Composição dos CMS na sua constituição e na atualidade, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	57
Quadro 6	Distribuição dos três municípios da Ibiapaba – Ce, segundo a habilitação à NOB – 93, NOB – 96 e NOAS – 2002.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Demonstrativo da Implantação dos Agentes Comunitários de Saúde nos três municípios da Ibiapaba – Ce, 2005.....	58
Tabela 2	Demonstrativo da Implantação das Equipes de Saúde da Família nos três municípios da Ibiapaba – Ce, 2005.....	58
Tabela 3	Disponibilidade de recursos Físicos e Humanos para o SUS, nos municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	65
Tabela 4	Serviços Produzidos nos Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	67
Tabela 5	Volume de Atendimentos Ambulatoriais: Percentual** de AVEIANM (1), Assistência Médica e Odontológica (2) e Complementação diagnóstica e Terapêutica de Média e Alta Complexidade (3), municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	69
Tabela 6	Internações Hospitalares por 100 habitantes (I/h), municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	71
Tabela 7	Número e Percentual de Vacinas Aplicadas nos Municípios da Ibiapaba – Ce, nos anos 1996 e 2005.....	76
Tabela 8	Número de óbitos de crianças menores de 1 ano, Número de Nascidos Vivos e Taxa de Mortalidade Infantil / 1000 Nascidos Vivos, municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	78
Tabela 9	Evolução do Número dos Óbitos Neonatais e Pós-Neonatais, Número de Nascidos Vivos, Taxas de Mortalidade Neonatal, Neonatal Tardia e Pós-Neonatal, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	80
Tabela 10	Número de Óbitos em Crianças Menores de 5 Anos por Doenças Diarréicas, Número de Crianças Menores de 5 Anos e Mortalidade Proporcional por Doenças Diarréicas em Crianças Menores de 5 Anos - Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	81
Tabela 11	Mortalidade Proporcional por Causa (%), Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	82
Tabela 12	Percentual de Cobertura de Pré-Natal, Baixo Peso ao Nascer, Partos Cirúrgicos e Domiciliares e Gravidez em Mulheres menores de 20 anos, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	84
Tabela 13	Taxas de Invasão e Evasão de Internações, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	89
Tabela 14	Óbitos por “Causas Mal Definidas”, Número total de Óbitos e Mortalidade Proporcional por “Causas Mal Definidas”, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.....	89

LISTA DE SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	- Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância
AIH	- Autorização de Internação Hospitalar
AIS	- Ações Integradas de Saúde
AMB	- Associação Médica Brasileira
AVEIANM	- Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunização e Atos Não Médicos
BCG	- Vacina contra Tuberculose
CDC	- Center for Disease Control (Centro de Controle de Doenças)
CIB	- Comissão Intergestores Bipartite
CENEPI	- Centro Nacional de epidemiologia
CERES	- Célula Regional de Saúde de Tianguá
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CIT	- Comissão Intergestores Tripartite
CMS	- Conselho Municipal de Saúde
CONASP	- Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	- Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
DATASUS	- Departamento de Informática do SUS
DPT	- Difteria, Tétano, Coqueluche
FMS	- Fundo Municipal de Saúde
FPAS	- Fundo de Previdência e Assistência Social
FSEADE	- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados e Estatísticas
GED/MS	- Grupo Especial para a Descentralização do Ministério da Saúde
GPAB	- Gestão Plena da Atenção Básica
GSPM	- Gestão Plena do Sistema Municipal
IBD	- Indicadores e Dados Básicos
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPLANCE	- Fundação Instituto de Planejamento do Ceará
MG	- Minas Gerais
MPAS	- Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-americana de Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	- Plano Diretor de Investimentos
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PCCS	- Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PPI	- Programação Pactuada Integrada
PIASS	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
Prev-Saúde	- Programa Nacional de Serviços de Saúde
PSF	- Programa de Saúde da Família
PT	- Portaria
RH	- Recursos Humanos
RJ	- Rio de Janeiro

SINAN	- Sistema de Informações sobre Agravos Notificáveis.
SINASC	- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS-PNI	- Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
SP	- São Paulo
SADT	- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAMHPS	- Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SAS/MS	- Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SES	- Secretaria de Estado da Saúde
SIA/SUS	- Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIH/SUS	- Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SIM	- Sistema de Informação sobre Mortalidade
UBSF	- Unidade Básica de Saúde da Família
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
VE	- Vigilância Epidemiológica
VS	- Vigilância Sanitária
WHO	- World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE QUADROS	12
LISTA DE TABELAS	13
LISTA DE SIGLAS	14
1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1. A avaliação aplicada à descentralização em Saúde: aspectos teóricos e evidências empíricas.....	21
1.1.1. A avaliação em saúde.....	21
1.1.2. O processo de descentralização em saúde.....	28
2. OBJETIVOS.....	39
2.1. Geral	40
2.2. Específicos.....	40
3. METODOLOGIA	41
3.1. Tipo de pesquisa	42
3.2. O processo de seleção dos municípios	42
3.3. O cenário do estudo	43
3.4. A avaliação da descentralização aplicada aos municípios	44
3.5. Etapas da avaliação	44
3.6. A abordagem metodológica	45
3.7. Fontes de informação	46
3.8. Seleção dos indicadores	47
3.9. Definição de variáveis dos indicadores.....	49
3.9.1. Com relação à produção de serviços.....	49
3.9.2. Com relação à resolutividade.....	50
3.9.3. Com relação aos indicadores de saúde.....	51
3.10. Análise dos dados.....	52
4. RESULTADOS	53
4.1. Quanto ao processo de municipalização e instrumentos normatizadores	54

4.2. Estrutura dos serviços de saúde	64
4.3. Produção dos serviços de saúde	66
4.3.1. atendimentos ambulatoriais	67
4.3.2. Internações hospitalares	70
4.3.3. Cobertura vacinal	75
4.4. Indicadores baseados no SIM e SINASC	78
4.4.1. Mortalidade Infantil	78
4.4.1.1. Taxas de Mortalidade Neonatal, Neonatal Tardia e Pós-Neonatal	79
4.4.2. Mortalidade proporcional por Doenças Diarréicas em menores de cinco anos	81
4.4.3. Mortalidade proporcional por causa	82
4.5. Indicadores baseados no SINASC	83
4.5.1. Cobertura de pré-natal	84
4.5.2. Baixo peso ao nascer	85
4.5.3. Taxa de cesareana	86
4.5.4. Local de ocorrência do parto	87
4.5.5. Gravidez na adolescência	88
4.6. Resolutividade	88
4.6.1. Taxa de invasão e evasão de internações	89
4.6.2. Mortalidade proporcional por causas mal definidas	89
5. DISCUSSÃO.....	91
5.1. A gestão descentralizada do SUS: realidade nos municípios estudados	92
5.2. As modificações na estrutura, produção de serviços de saúde e resolutividade dos sistemas municipais de saúde	93
5.3. A evolução dos indicadores de saúde nos municípios da Ibiapaba nos anos 1996 e 2005	98
6. CONCLUSÃO.....	102
REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICES.....	113
ANEXOS.....	120

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A descentralização na área da Saúde começou a se estruturar ao longo da década de 1980 e somente ganhou contornos mais definitivos na Constituição de 1988 e na legislação infraconstitucional subsequente (a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990).

Na realidade, tais iniciativas tinham por objetivo solucionar outros problemas do sistema público de saúde, como a falta de comando único e as desigualdades no acesso aos serviços e ações de saúde pela população brasileira.

Fator político importante foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, considerada um marco para a reorganização setorial, idealizada e orquestrada pelos militantes do movimento sanitário brasileiro e que se inseriu no movimento mais amplo de redemocratização do país. O relatório desta Conferência foi referência para os constituintes que participaram da elaboração da Constituição de 1988.

Na verdade, o sucesso do movimento descentralizador na área da saúde pode ser atribuído, em boa medida, à presença de uma coalização reformadora, capaz de elaborar um projeto, de mobilizar os atores setoriais e de negociá-lo com as autoridades governamentais e constituintes (ALMEIDA, 1995).

A Constituição Brasileira de 1988 mostrou uma nítida propensão descentralizadora, tanto em relação a temas gerais, como particularmente no que diz respeito à área da saúde, com as ações e serviços públicos de saúde passando a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e com as diretrizes constantes nos itens I e III do Art.198, que postulavam a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, e a participação da comunidade. Os princípios consagrados na Constituição foram implementados através da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Capítulo II, Artigo 7º, Itens VIII e IX).

Após a promulgação dessa Lei, foi formalizada uma estratégia para a implementação do processo de descentralização, através da instituição das Normas Operacionais Básicas – NOB's e, a partir de 1991, com a edição da Resolução nº 273 do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social - INAMPS e a Norma Operacional Básica 1/1991(BRASIL, 1991). A estas, seguiram-se a NOB 1/1992, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS (BRASIL, 1992) e a NOB/SUS 01/1993, aprovada pela Portaria do Ministério da

Saúde nº 545, de 20 de maio de 1993, que estabeleceu “normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde”. No entanto, a grande limitação desta NOB foi tratar somente da descentralização da assistência médico-hospitalar, não incorporando no esforço descentralizador a execução de outras atividades, como a vigilância sanitária, a epidemiológica e o controle de doenças.

Em novembro de 1996, com a aprovação da NOB 01/1996, mudanças fundamentais foram introduzidas na sistemática definida pela NOB 01/1993. As formas de gestão municipal reduziram-se a duas: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde.

Este primeiro momento de descentralização do SUS, através das Normas Operacionais Básicas 01/1993 e 01/1996, foi caracterizado por uma nítida tendência municipalizante, na qual o papel das Secretarias Estaduais de Saúde era apenas residual. De modo semelhante, essas normas não contribuíram para a construção solidária de redes hierarquizadas supramunicipais e de mecanismos de acesso do cidadão a serviços de saúde de maior complexidade. (CAMPOS, 2001).

Para enfrentar essas dificuldades, foi negociada a Norma Operacional da Assistência Saúde - NOAS/SUS 01/2001, instituída pela Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001, cujos objetivos foram incrementar a resolutividade da atenção básica e aumentar a acessibilidade a uma atenção mais integral, mediante a regionalização e a hierarquização da rede assistencial, reforçando o propósito de organização dos sistemas estaduais.

Apesar da descentralização ser uma das diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde, medidas mais concretas para dar início a este processo, só começaram a ser tomadas com a Norma Operacional 01/1993. A grande virtude desta norma foi estabelecer gradualidade, flexibilidade e pactuação como as condições essenciais ao desenvolvimento do processo de descentralização. Os resultados desta NOB foram o desenvolvimento de um ambiente de discussão permanente entre as três esferas de governo e da criação de instrumentos de negociação representados pela Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito federal, e pelas Comissões Intergestores Bipartites, no âmbito estadual.

O processo de descentralização conduziu a inúmeras experiências exitosas em todas as regiões do país, relacionadas à eficiência, à integralidade do atendimento e à equidade na alocação de recursos e na utilização dos serviços.

As Normas Operacionais Básicas 01/1993 e 01/1996, ao privilegiarem o contato direto entre a União e os municípios, conferiram, sem dúvida, maior rapidez ao processo de

descentralização e proporcionaram a que a grande maioria dos municípios brasileiros assumisse alguma responsabilidade na gestão da atenção à saúde de suas populações.

As diretrizes de descentralização e municipalização do setor saúde e dos impasses na implantação do SUS, tomando como eixo principal o deslocamento do processo decisório para os municípios, revestem-se de primordial importância para recuperar os atores políticos e instituições que definem o sistema local de saúde, levando a que se repense o papel das organizações coletivas e dos sujeitos políticos envolvidos na redefinição e na construção de um novo modelo assistencial, que utilize mais adequadamente os recursos públicos, seja mais eficaz e que garanta maior equidade no acesso da população às ações e serviços de saúde.

A implantação do SUS – Sistema Único de Saúde avançou consideravelmente a partir da Constituição de 1988, sendo reconhecidamente a única opção de atenção à saúde para mais de 120 milhões de brasileiros. Além disso, na grande maioria dos municípios brasileiros a descentralização do poder, dos recursos e da decisão, permitiu a reorganização do sistema de saúde, com a extensão da cobertura da atenção primária e da assistência à saúde de maior complexidade, à população ainda não assistida por esses serviços. A avaliação desse processo de descentralização, em vista de seu elevado impacto social, é, portanto, um tema importante de estudo na área de saúde.

Em vista do exposto, a avaliação do processo de descentralização em saúde é o tema desse projeto, que será desenvolvido nos municípios da região da Ibiapaba, no Ceará, nos anos 1996 e 2005.

Além da relevância social do assunto, o projeto é importante pelos subsídios que poderá oferecer ao aperfeiçoamento do atual sistema de gestão de saúde na região, à orientação de processos de descentralização em outras áreas do estado e do Brasil e por revelar o efetivo impacto dessa medida sobre as ações locais de saúde.

Além disso, a avaliação na região é de particular interesse da autora que atuou como participante ativa do processo, por cerca de dezesseis anos, incluindo neste período o exercício de cargo de executivo regional e municipal na área de saúde, em Tianguá.

1.1. Avaliação aplicada à descentralização em saúde: aspectos teóricos e evidências empíricas.

1.1.1. A avaliação em saúde

A avaliação, em suas diversas possibilidades, faz parte hoje das preocupações de gestores do setor público e privado, embora muitas vezes, seus resultados não sejam considerados no processo de decisão. No setor público, a atuação da saúde coletiva tem despertado maior interesse pelas avaliações de programas e, em menor intensidade pelas avaliações de qualidade e tecnológicas. A respeito, Novaes (2000) adverte que há um certo recuo na visibilidade desta questão, sem que tenha ocorrido uma efetiva institucionalização de práticas de avaliação no setor saúde.

A avaliação é uma atividade bastante antiga, observada desde os primórdios na história da humanidade (CONTANDRIOPOULOS *et. al*, 1997). Porém, o conceito de avaliação de programas públicos surgiu no cenário mundial somente após a segunda Guerra Mundial, com o propósito de melhorar a eficácia da aplicação de recursos pelo Estado.

De acordo com a sua raiz latina, avaliar significa medir por meio de padrões quantificáveis. Em grego o radical *axios* aproxima da noção de construção de juízos, pois lida com valores, ou seja, com medidas qualitativas. Sendo assim, a avaliação em saúde como processo técnico instrumentalizador – que depende da definição política, mede, compara e emite juízos de valor para dar fundamentação as suas decisões – cria possibilidades de análise em metodologias advindas tanto das ciências humanas como das exatas e biológicas, o que pode enfatizar medidas quantitativas ou qualitativas. (FIGUEIREDO & TANAKA, 1998).

Em sentido mais amplo, a palavra *avaliação*, consiste em atribuir valor a algo (AGUILAR & ANDER-EGG, 1994). Neste sentido, o termo *avaliação* refere-se ao ato ou efeito de avaliar, de conferir valor e de manifestar-se em relação a alguma coisa, sem compromisso, no entanto, com o fundamento desse juízo ou com um método específico. (FERREIRA, 1986).

Aguilar & Ander-Egg (1994) definem avaliação, enquanto processo sistemático de valoração ou julgamento, como:

A avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa [...], com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos [...] (AGUILAR e ANDER-EGG, 1994).

Em 1981, a Organização Mundial de Saúde - OMS, com o objetivo de disseminar idéias sobre a avaliação em saúde, publicou um documento que estabeleceu os princípios gerais, os objetivos, os principais componentes e as limitações do processo avaliativo em serviços de saúde (ADAMI & MARANHÃO, 1995, *apud* OMS, 1981). Neste mesmo documento, a OMS elaborou a seguinte definição para avaliação, aplicada ao campo da saúde:

A avaliação é um meio sistemático de aprender empiricamente e de utilizar as lições aprendidas para o melhoramento das atividades em curso e para o fomento de um planejamento mais satisfatório mediante uma seleção rigorosa entre as diferentes possibilidades de ação futura. Deve ser, pois, um processo permanente que busca aumentar a pertinência, a eficiência e a eficácia das atividades de saúde.(OMS, 1981).

Segundo Contandriopoulos *et al* (1990) uma definição de amplo consenso para avaliação é: “Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. De acordo com estes autores, este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas, ou seja, através da *avaliação normativa*, ou se elaborado a partir de um procedimento científico ou *pesquisa avaliativa*. Portanto, um programa, seja ele qual for, pode sofrer os dois tipos de avaliação. A avaliação normativa acontece, quando se busca estudar cada um dos componentes do programa em relação a normas e critérios e a pesquisa avaliativa ocorre quando se pretende examinar através de um procedimento científico, as relações que existem entre os diferentes componentes de um programa (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1990).

Segundo Cohen & Franco (2000), “as relações existentes entre avaliação e pesquisa são estreitas, já que aquela supõe a utilização do conjunto de modelos, instrumentos e técnicas que constituem a chamada metodologia da pesquisa em ciências sociais”. Estes autores enumeram algumas de suas peculiaridades, distinguindo-as, como quando se refere ao objetivo, em que “a pesquisa pode ser básica ou aplicada” e cita:

A pesquisa científica pura pretende incrementar o conhecimento disponível, enquanto que a avaliação procura prover informações para aumentar a racionalidade com que se tomam as decisões [...]. A pesquisa aplicada, por sua vez, tenta proporcionar conhecimentos para modificar a realidade, sendo fundamental para a elaboração de programas e projetos. A avaliação se diferencia dela pela utilização de metodologias e técnicas próprias, tais como a análise de custo-benefício e a análise custo-efetividade. (COHEN & FRANCO, 2000).

Cohen & Franco (2000) realçam as diferenças entre a avaliação e a pesquisa avaliativa ao mencionar a preocupação desta última com a eficiência e a eficácia das ações públicas.

Além da contribuição para a melhoria do processo decisório como meio para a maior eficácia do uso dos recursos públicos, outros objetivos da avaliação podem ser encontrados na literatura.

Hartz (1997) entende que são numerosos os objetivos da avaliação, e que podem ser classificados em oficiais e oficiosos. Este autor descreve quatro tipos de objetivos oficiais: (i) Estratégico: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; (ii) Formativo: fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer; (iii) Somativo: determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida e, (iv) Fundamental: contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica. Os objetivos oficiosos seriam aqueles referentes aos diversos atores envolvidos no processo de avaliação. Eles podem ser exemplificados quando se referem a possíveis interesses de administradores (atrasar uma decisão, legitimar uma decisão já tomada, ampliar seu poder e o controle que eles exercem sobre a intervenção, satisfazer as exigências dos organismos de financiamento), avaliadores (ampliar os seus conhecimentos, prestígio e poder, obter uma promoção, promover uma idéia, etc.), usuários (obter benefícios com serviços diferentes dos disponíveis atualmente, reduzir sua dependência perante profissionais) e, pessoal da organização (atropelar as regras hierárquicas e obter um adiantamento).

Aguilar & Ander-Egg (1994) descreveram quatro formas ou tipos de avaliação, segundo: (i) o momento em que se avalia, (ii) o papel ou função da avaliação, (iii) a procedência dos avaliadores e (iv) os aspectos do programa que são objetos de avaliação.

De acordo com o momento em que se avalia, a avaliação pode ser:

- a) Avaliação *antes (ou ex ante)*: é realizada antes de tomar a decisão de empreender um programa ou projeto, ou de aprovar a sua realização e consiste em avaliar o programa ou o projeto em si mesmo, mediante a estimativa crítica de sua

pertinência (trata-se de estabelecer a coerência entre as soluções que se propõem e a realidade que se pretende modificar); viabilidade (através da coerência das relações entre meios/recursos e objetivos, objetivos gerais, especiais e metas e, diagnóstico e proposições); rentabilidade econômica das diferentes ações para alcançar os objetivos propostos e; eficácia potencial, com a finalidade de proporcionar critérios racionais sobre a conveniência ou não de levar a cabo um programa ou projeto.

- b) Avaliação durante a execução: fornece informação sobre o andamento do programa com uma ponderação dos resultados e tem como objetivo básico, avaliar as mudanças situacionais, isto é, estabelecer até que ponto se está cumprindo e realizando o programa ou prestando um serviço de acordo com a proposta inicial. Permite adotar dois tipos de decisão: continuar ou não com o programa e, se continuar, estabelecer se deve ser mantida a formulação inicial ou se devem ser redefinidos os objetivos e metas propostos e os procedimentos operativos utilizados;
- c) Avaliação *expost*: realizada quando o projeto chegou ao fim; porém, há que se distinguir a avaliação do fim do projeto da avaliação *expost*. A avaliação do fim do projeto é a que se faz uma vez concluída a fase de execução, enquanto a avaliação *expost* é levada a cabo quando o programa alcançou seu pleno desenvolvimento e, portanto costuma chamar-se de avaliação de impacto ou avaliação pós-decisão. Este tipo de avaliação tem uma dupla finalidade: avaliar o ganho dos resultados gerais em termos de eficiência, produtos, efeitos e impacto e, adquirir conhecimento e experiências para outros programas ou projetos futuros.

Segundo Cohen & Franco (2000) “a dimensão temporal permite diferenciar, na avaliação *expost*, as fases do durante a realização do projeto (avaliação de processos ou concomitante) e do depois (avaliação terminal)”. Estes autores fazem a seguinte diferenciação entre a avaliação de processos e a avaliação de impacto:

A avaliação de processos é realizada durante a implementação e, portanto, afeta a organização e as operações. Procura detectar as dificuldades que ocorrem na programação, administração, controle, etc., para serem corrigidos oportunamente, diminuindo os custos derivados da ineficiência [...], é uma avaliação periódica. Sua função central é medir a eficiência de operação do projeto.[...]. “A avaliação de impacto procura determinar em que medida o projeto alcançou seus objetivos e quais são seus efeitos secundários (previstos ou não previstos). (COHEN e FRANCO, 2000).

Ambos os tipos de avaliação (processos e impacto) se distinguem, então, pelos tipos de problemas (as perguntas que respondem), as decisões que envolvem e os potenciais usuários de seus resultados (COHEN & FRANCO, 2000, *apud* CONTRERAS, 1981). Esses autores ainda mencionam o fato da avaliação de processos olhar para a frente, cuidando de correções e de adequações, enquanto a avaliação de impacto, olha para trás, tratando do cotejamento dos resultados propostos e realizados.

Segundo as funções que a avaliação deve cumprir, Scriven (1967) propõe modalidades para avaliar as necessidades dos usuários e faz a distinção entre a avaliação somativa (refere-se ao estudo dos resultados ou efeitos de um programa; determina o valor de um programa uma vez que foi desenvolvido, investiga os efeitos comparando-os com as necessidades dos usuários ou beneficiários) e a avaliação formativa (refere-se ao seguimento que se realiza durante o processo de execução de um programa ou projeto e serve basicamente para ajudar a pôr em andamento um programa ou para melhorar o que está sendo posto em prática ou seu funcionamento).

Segundo a procedência dos avaliadores, distingue-se quatro tipos de avaliação (Aguilar & Ander -Egg, 2000):

- a) *Avaliação externa*: quando recorre a avaliadores que não pertencem nem são vinculados (direta ou indiretamente) à instituição executora do programa ou projeto em avaliação, recorrendo-se a participação de especialistas contratados pela instituição;
- b) *Avaliação interna*: quando é realizada com a participação como avaliadores de pessoas que pertencem à instituição promotora ou gestora do programa ou projeto a avaliar, mas que não são diretamente responsáveis pela execução;
- c) *Avaliação mista*: quando há uma combinação das anteriores, realizada por uma equipe de trabalho que inclui avaliadores externos (alheios à instituição) e avaliadores internos (pertencentes à unidade executora) e,
- d) *A auto-avaliação*: quando as próprias pessoas implicadas na execução do programa são encarregadas das atividades avaliativas.

Segundo os aspectos do programa que são objeto de avaliação, as avaliações possíveis são: “Avaliação de necessidades, de processos, de resultados, de eficácia e de custos” (LUQUE & CASQUETE, 1989). Ainda sobre este assunto, Caride (1989) distingue quatro tipos de classificação: (i) avaliação de contexto/avaliação de necessidades, (ii) avaliação do plano, (iii) avaliação do processo e (iv) avaliação do produto. Esta classificação, contudo, se

ajusta ao critério de avaliação temporal (antes, durante e depois) sem que adote exatamente o mesmo critério temporal.

Na área da saúde, a classificação geralmente aceita é a de Pineault & Daveluy (1987) e Donabedian (1966; 1984), que estabelece três tipos de avaliação: (i) a avaliação da estrutura, (ii) a avaliação do processo e (iii) a avaliação dos efeitos. Esta classificação é muito útil para os programas de saúde, pois eles consistem na utilização de uma série de recursos organizados para a prestação de certos serviços e atividades visando alcançar determinados objetivos. Sendo interessante a avaliação desses recursos e sua organização (estrutura), a avaliação das atividades e serviços (processo) e a avaliação dos efeitos (objetivos).

Com o objetivo de esclarecer melhor a natureza dessas modalidades de avaliação o Quadro 1 define características principais e objetivos, baseados nos aspectos do programa ou projetos que são submetidos à avaliação a partir da contribuição dos autores.

Quadro 1 – Características e Objetivos da Modalidade de Avaliação de Aguilar & Ander-Egg (1994) citados por Cotta (1998).

Modalidades	Características	Objetivos ou Finalidades
Avaliação do Plano e conceitualização da intervenção	Diz respeito à dimensão de gestão	Julga a pertinência formal e conceitual do programa ou projeto, apontando falhas no diagnóstico ou no próprio desenho da intervenção.
Avaliação de Processos	Avaliação da instrumentação e seguimento da intervenção.	Corresponde ao acompanhamento da execução.
Avaliação de Resultados	Avaliação da eficácia e da eficiência da intervenção	Corresponde à confrontação dos resultados previstos e dos resultados efetivamente obtidos.

Fonte: Adaptado de Cotta (1998)

No quadro acima, pode-se dizer que a avaliação de eficácia enfatizaria os resultados intermediários (avaliação de resultados) ou os resultados finais da intervenção (avaliação de impacto). A diferença entre a avaliação de resultados e a de impacto depende do tipo de análise: na avaliação de resultados, o objetivo é inquirir sobre os efeitos de uma intervenção sobre a clientela atendida; já na avaliação de impacto, a intenção é captar os reflexos desta mesma intervenção em contexto mais amplo. Ante o exposto, a avaliação de resultados visa aferir os resultados intermediários da intervenção e a avaliação de impacto seus resultados finais. (COTTA, 1998).

Segundo Cohen & Franco (2000), o impacto é definido como “os resultados dos efeitos de um projeto” (OPS, 1985). Os efeitos, por sua vez, derivam da utilização dos produtos dos projetos e corresponderiam aos resultados e objetivos intermediários da intervenção e o impacto a seus resultados e objetivos finais.

“As análises de impacto apontam a efetividade de programas e projetos, estabelecendo o grau de correspondência entre seus objetivos e resultados. Elas podem ser prospectivas ou retrospectivas”. (COTTA, 1998). Segundo ainda, esta autora, para que haja avaliações desta natureza, é necessário que os objetivos da intervenção estejam definidos de forma que se possa identificar metas mensuráveis e, que sua implementação tenha sido minimamente satisfatória, para que se possa aferir o impacto.

Ainda nos remetendo um pouco a questão conceitual e metodológica, podemos dizer que ainda são insuficientes as experiências com as avaliações sistemáticas de desempenho e de resultados tanto em referência ao funcionamento das instituições como em relação à implementação de políticas públicas, pois a maioria das metodologias adotadas referem-se aos impactos quantitativos e imediatos das ações desenvolvidas. No processo de avaliação de uma política pública é primordial o exame das políticas propriamente ditas, ou seja, o conjunto de orientações e ações de um governo com vistas ao alcance de determinados objetivos além de seus resultados e conseqüências.

Sabemos que atualmente a avaliação de uma política pública é um instrumento de aperfeiçoamento da gestão de Estado no sentido do desenvolvimento de ações eficientes e eficazes diante das necessidades da população.

Uma política pública sempre traz em seu bojo uma ação intencional do Estado junto à Sociedade e esta deve ser avaliada do ponto de vista de sua relevância e adequação às necessidades sociais, além de abordar os critérios avaliativos básicos: a eficiência, a eficácia e a efetividade das ações empreendidas ou da política pública propriamente dita.

O conceito de eficiência diz respeito à relação entre os resultados e os custos envolvidos na execução de um programa ou projeto, ou pode-se ainda dizer que são as respostas dadas a questionamentos ou indicadores relativos às necessidades atendidas, recursos utilizados e gestão desenvolvida.

Já a eficácia refere-se ao grau em que se alcançam os objetivos e metas do projeto na população beneficiária, em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados, ou seja, refere-se ao resultado efetivamente alcançado, corresponde ao resultado de um processo. Este tipo de avaliação analisa os resultados do programa em termos de

efeitos (sobre a clientela atendida) e em termos de impacto (sobre o conjunto da população e o meio) (COHEN E FRANCO, 1993),

A efetividade compreende o exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos e/ou resultados, ou seja, o sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança nas condições sociais prévias da vida das populações atingidas pelo programa sob avaliação.

A descentralização seria um dos critérios operacionais de avaliação dentre outros como relevância, adequação, coerência, compatibilidade, parceria, exequibilidade, etc. citados por Belloni, 2000, para a construção da análise de uma política pública. A descentralização seria então a transferência, do todo ou em parte, das ações de planejamento, execução e controle para as instâncias de governo mais próximas do usuário, tais como, municípios e distritos ou regiões administrativas ou de planejamento, objeto de nossa discussão a seguir.

1.1.2. O Processo de Descentralização em Saúde

O termo descentralização apresenta-se sob diferentes conceitos, formas legais e modalidades operativas em diferentes países, embora seja definido como transferência de poder, competências e recursos a instâncias e atores além dos núcleos do governo central (HORTALE *et al*, 2000 *apud* CASTILLO,1998; OPS,1997).

Para Miranda Neto (1986), a descentralização pode ser administrativa, de serviços, política, autárquica ou institucional e burocrática. Na descentralização administrativa, são definidas competências a serem mantidas pelas autoridades administrativas centrais e a serem transferidas para seus delegados e representantes; a de serviços pressupõe diminuir sua dependência do poder central, para constituí-lo com personalidade própria e com alguma autonomia de administração; na política, existe a idéia de direito autônomo; na autárquica ou institucional, são atribuídas funções para entidades separadas do estado e, na burocrática, preconiza o ordenamento do poder no âmbito de uma única organização (HORTALE *et al*, 2000).

Segundo Vianna (1992), existe uma distinção entre descentralização e desconcentração. Na desconcentração não se dá perda de poder central e a instituição cedente pode a qualquer tempo, cancelar a delegação e o serviço pactuado está sujeito às normas centrais, e, pode ser entendida apenas como um “processo de dispersão físico-territorial de instituições [...] inicialmente localizadas de forma concentrada”(Ugá, 1991). Isto ocorreu no

Brasil há cerca de trinta ou quarenta anos, em que as rígidas estruturas da administração direta, começaram a criar empresas públicas, autarquias e fundações, sob o rótulo de descentralização, apenas para delegar à essas empresas, funções executivas específicas. Com relação à descentralização há “perda centrífuga de poder” e como esse poder não foi delegado, mas foi conquistado politicamente e democraticamente, só pode ser retomado pela mesma via (VIANNA, 1992).

A descentralização, segundo Souza (1997) tem como objetivos principais permitir uma melhor alocação e distribuição de recursos e promover uma maior participação política, na medida em que fortalece na área política, atores sociais com pouco poder de barganha ou pouco contemplados em governos muito centralizados.

A descentralização deve ser entendida como uma diretriz eminentemente política, que tem conseqüências administrativas e o poder de decisão deve ser exercido na realidade pelos seus reais atores, onde os fatos ocorrem.(RODRIGUEZ NETO, 1994).

Os preceitos constitucionais de 1988 adequavam-se plenamente à diretriz da descentralização “à organização julgada ideal para o Estado” (DALLARI, 1992). Assim, segundo esta autora, os Estados-membro e os municípios brasileiros são constitucionalmente competentes para editarem normas próprias que estabelecem sua organização. O significado da transferência de poderes a autoridades eleitas localmente, definida no sistema de saúde foi analisado por Dallari (1992):

Tal escolha significou o reconhecimento do comando político dos Municípios, dos Estados e da União, em seus respectivos campos de atuação, sobre as ações e os serviços de saúde nele desenvolvidos” [...] Não há, deste modo, hipótese alguma - dentro dos limites postos pela Constituição – para engendrar-se qualquer oposição entre descentralização e municipalização, uma vez que esta é a expressão constitucional da mais ampla descentralização possível no Brasil.

É consensual na literatura sobre o tema (Draibe, 1999; Arretche, 2000) o reconhecimento de que, dentre as políticas sociais, é na saúde que o processo de descentralização alcançou o seu mais alto grau. (SIQUEIRA et al, 2002).

A municipalização da Saúde no Brasil é originária de um longo processo, que teve início na década de 60, com a III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, pioneira na tentativa de descentralização da saúde no país. Esta Conferência discutiu aspectos essenciais como a situação sanitária da população brasileira, a distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos âmbitos federal, estadual e municipal, a municipalização dos serviços de saúde e a fixação de um Plano Nacional de Saúde (Fadul, 1978). Segundo ainda este autor, “a idéia fundamental era criar uma rede flexível, que à nível municipal se

adequasse à realidade do município e que fosse se tornando mais complexa à medida que o próprio município se desenvolvesse. . .”. (FADUL,1978)

Esta Conferência teve, portanto, o mérito de manifestar a criação de uma rede municipal de serviços de saúde, sem, contudo ampliar a autonomia política e administrativa das instâncias locais (SILVA, 2001).

Por meados da década de 1970, surgiram experiências preventivistas, localizadas e bem-sucedidas em algumas cidades como Londrina (PR), Campinas (SP), Niterói (RJ) e Montes Claros (MG), baseadas em programas comunitários de saúde dirigidos à população carente. Estes programas implementaram políticas de saúde de organização de redes municipais, baseadas nos princípios da atenção primária (Conferência de Alma Ata/OMS,1978), que foram estimuladas também pelo movimento municipalista da saúde, no momento em que se iniciava um movimento de articulação de secretários municipais de saúde em encontros nacionais e em que representantes do movimento sanitário necessitavam de bases empíricas para um novo modelo de saúde (GOULART, 1996 e PAIM, 1999).

Nesta época, houve uma acentuada divulgação do movimento municipalista, sendo a motivação do processo de descentralização em saúde analisada por Santos *apud* Goulart (1996) da seguinte forma:

A questão da municipalização não surgiu de uma visão filosófica doutrinária ou técnica provinda da União e dos estados. Houve um verdadeiro movimento municipal de saúde no sentido de as prefeituras assumirem, cada vez mais, o compromisso com a resolutividade, levando à população a extensão de cobertura, não mais meramente preventivista e contemporizadora.

Apesar da centralização exercida pelo Governo Federal, através do Ministério da Previdência e Assistência Social, principalmente no final da década de 1970, com a vigência de um estado burocrático e autoritário, com repressão política e arrocho salarial, paralelamente a este fato, surgiam mais adesões ao movimento sanitário brasileiro, contra o modelo médico-assistencial privativista hegemônico que, se caracterizava por: (i) centralização de decisões, a nível financeiro e operacional, através do INAMPS, o real executor da política governamental para o setor; (ii) privilegiador de uma forma de financiamento que se apóia na captação de recursos independentes do orçamento fiscal via contribuições sociais, bastante vulneráveis às crises econômicas; (iii) excesso de atividades curativas, predominantemente hospitalocêntricas; (iv) privatizante na execução dos serviços; (v) exclusão na cobertura assistencial de amplos segmentos sociais não cobertos pela assistência previdenciária; (vi) falta de gestão, controle público e avaliação das ações

desenvolvidas pelo setor privado médico-hospitalar, gerando fraudes, distorções do sistema, desperdícios e custos crescentes; (vii) inefetivo com relação às necessidades de acesso, quantidade e qualidade dos serviços e, (viii) fraco desempenho na melhoria dos indicadores de saúde.

Nesse período a assistência médica previdenciária era a principal forma de prestação de atenção à saúde, caracterizada pelo atendimento clínico individual, com privilegio da atenção hospitalar e especializada. Os serviços de saúde pública de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde cuidavam basicamente das doenças infecciosas de caráter endêmico e epidêmico, com ênfase na educação em saúde. (SILVA, 2001).

Em 1976, o processo de descentralização da saúde passou ter a participação do governo federal, através do Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, elaborado por técnicos do movimento sanitário e que tinha em sua concepção um programa de medicina simplificada e a finalidade de expandir a rede de postos e centros de saúde para atendimentos das doenças mais comuns. Segundo Mendes (1993) em todo o país, a rede ambulatorial pública passou de 1.122 para 13.739 unidades em um período de 10 anos. Desde então, mudanças estruturais ocorreram, como a criação da carreira de sanitaristas, a incorporação de grande número de atendentes de saúde pública e o maior envolvimento das secretarias estaduais de saúde e das prefeituras no sistema de saúde. (SILVA, 2001).

No início da década de 1980, surgiu uma nova proposta de política de saúde, o Prev-saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, influenciada pela VII Conferência Nacional de Saúde, projeto dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, que reforçava a atenção primária de saúde e previa a reorganização do sistema de saúde, com regionalização, hierarquização, participação da comunidade e atenção integral. Porém, este não foi implementado pela burocracia do INAMPS e por resistência de órgãos como a Associação Brasileira dos Hospitais e Associação Brasileira de Medicina de Grupo (SILVA, 2001).

Para resolver a crise financeira da Previdência Social e a necessidade crescente de ampliação da assistência médica, em 1982, o governo criou o Plano de Reorientação da Assistência no Âmbito da Previdência Social, por iniciativa do CONASP – Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária, conhecido como Plano do CONASP, incorporando propostas do Prev-Saúde e do movimento sanitário.

Este Plano tinha as seguintes características: (i) Seu objetivo era eliminar a ociosidade dos recursos públicos, ampliar a produtividade e a eficiência do sistema; (ii) Instituiu

convênios trilaterais entre os Ministérios da Saúde - MS e Previdência Social - MPAS e as Secretarias Estaduais de Saúde, que delegavam poder de interferência das secretarias estaduais, na assistência médico-hospitalar do sistema previdenciário contratado; (iii) Criou as Ações Integradas de Saúde – AIS, estabelecendo convênios entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que caracterizavam-se pela tentativa de gestão e programação conjunta das ações das três esferas de governo, propiciando assim um reforço de descentralização. As AIS promoveram a expansão da capacidade instalada da rede pública e contribuíram para a articulação interinstitucional, no período de 1984 a 1987. Por fim, acabaram transformando-se em compra de serviços públicos de estados e municípios, incentivando a atenção curativa médica individual em detrimento das ações coletivas; (iv) Criou o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social - SAMHPS, que instituiu uma nova sistemática de pagamento por diagnósticos e procedimentos hospitalares (as Autorizações de Internações Hospitalares – AIH's), realizadas pelos serviços privados e filantrópicos contratados e conveniados com o Inamps; (v) O planejamento era realizado por parâmetros de demanda/oferta dos serviços, a partir da Portaria MS Nº 3.046/1982, que consolidou a avaliação e controle baseado ainda nos critérios do Inamps, reforçando o modelo médico-curativo hegemônico (MENDES, 1993).

Com a abertura política, no início da década de 1980, e em meio à crise da previdência e da saúde, o país vivenciou diversos movimentos reivindicatórios, como o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela de intelectuais universitários e dos profissionais da área da saúde, posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares. As propostas desse movimento eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, a universalização e a unificação como elementos essenciais para a reforma do setor. (SILVA, 2001).

Estes movimentos culminaram com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, um de seus *locus* privilegiados para o estabelecimento das grandes diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil, a partir da qual se registraram iniciativas para implementação da descentralização, quando foi então implantado em 1987, através de decreto presidencial, o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

O SUDS representou a descentralização de recursos físicos, humanos e financeiros da Previdência para estados e municípios, com racionalização da gestão e dos recursos, possibilitando às secretarias estaduais de saúde interferência na formulação de políticas de

saúde, porém não houve descentralização para os municípios (Heimann, 1998). Para Paim (1999), “o SUDS possibilitou o desencadeamento de mais dois processos no sentido de descentralização das ações e serviços de saúde: a municipalização e a distritalização”.

Ao lado dos avanços no campo político-institucional, com a estratégia das AIS - Ações Integradas de Saúde e a implantação do SUDS, houve um trabalho político no campo legislativo na Assembléia Nacional Constituinte. Desse modo, a saúde teve um expressivo reconhecimento e a descentralização da saúde foi inserida na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, destacando-se a inclusão da saúde como um componente da seguridade social, a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública, estando seu referencial político básico expresso no Art. 196:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988, Art. 196).

Além disso, foram assumidos também os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade às ações de Saúde. Contudo, a natureza, a complexidade e a abrangência dessas mudanças e as suas implicações em termos de situações e interesses existentes, associadas ao momento político, ao processo eleitoral e à eleição de um governo não comprometido com as teses centrais da reforma sanitária, dificultaram a implementação dessa nova política de saúde.

A regulamentação só foi estabelecida no final de 1990, com as Leis Orgânicas da Saúde, n^{os} 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que juntamente com as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais, constituíram o arcabouço jurídico-legal do SUS (SILVA, 2001). A promulgação da Lei Orgânica da Saúde vinculou a descentralização da saúde à municipalização e a Lei 8.142/90 destacou os princípios organizativos e operacionais do SUS - Sistema Único de Saúde, tais como a construção de modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, o controle social e o sistema descentralizado e regionalizado com base municipal. Registrem-se as experiências de descentralização da gestão, com ênfase na criação de instrumentos e de estruturas que deram a estados e municípios uma maior capacidade gerencial, como os conselhos e fundos de saúde, planos estaduais e municipais e relatórios de gestão, estabelecidas nas leis mencionadas.

Paralelamente aos avanços do SUS, existiam as dificuldades para sua implementação que, com a crise do governo em 1992, foi acompanhada de retrocesso na política e administração pública, através de denúncias e críticas, principalmente na área da saúde, que

foi seriamente afetada. Novamente, o Movimento Sanitário reivindicou e pressionou pela realização da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada neste mesmo ano, com o tema central "Saúde: a Municipalização é o Caminho". A Conferência contou com ampla participação de todos os setores, articulados pelos defensores do SUS, recolocando a descentralização como municipalização e com fortes posições contrárias a qualquer tipo de retrocesso na implementação do SUS. Esta Conferência aconteceu em meio à crise de votação do "impeachment" do Presidente Fernando Collor de Melo, representando um importante ato político, tanto de apoio à mudança do governo (Carta da IX Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira), com de defesa dos avanços e conquistas jurídicas, institucionais e práticas da reforma sanitária para a efetiva implantação do SUS. (SILVA, 2001).

Após a destituição do governo Collor, em 1992, houve a expectativa de avanço democrático, com reforma do aparelho estatal, desenvolvimento econômico e social, com sua especificação na área da saúde, quando assumiu a gestão da saúde o GED/MS - Grupo Especial para a Descentralização do Ministério da Saúde, constituído por técnicos e políticos do Movimento Sanitário, que adotou a decisão política de continuar a luta pela efetiva implantação do SUS, elaborando um documento "Descentralização do SUS: Prioridade do Ministério da Saúde, em cujo conteúdo está presente o texto intitulado "Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei" (MS, 1993). O documento reafirma a necessidade de descentralizar os recursos e a gestão da saúde para os estados e municípios, cumprindo a legislação do SUS.

Para a retomada das ações de implantação como decidido pelo Grupo Especial, foram importantes as NOB - Normas Operacionais Básicas editadas, a partir de 1991 (NOB 01/91 e 01/92), como instrumentos para a regulação do processo de descentralização da gestão dos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde e para a definição dos mecanismos de repasse (HEIMANN, 1998).

Porém, as NOB 01/91 e 01/92, consideradas como "o mais importante retrocesso, no plano jurídico normativo", concentraram seus enfoques no financiamento, gerando uma oferta de assistência médica, individual e curativa, que mantiveram o modelo hegemônico anterior, pois "restabeleceu a centralização e o controle dos fluxos financeiros no nível federal, convertendo as transferências financeiras intragovernamentais em pagamentos por faturas por serviços produzidos". (CARVALHO, 1993).

Em maio de 1993, foi publicada a NOB/93 - Norma Operacional Básica nº 01/93, cuja característica principal foi a transformação dos serviços de natureza pública, estaduais e municipais, em prestadores pagos por produção, como os prestadores privados e filantrópicos

e introduziu a relação direta entre o nível federal, Ministério da Saúde, e as Secretarias Municipais de Saúde através dos Convênios de Municipalização, que incentivavam a criação de requisitos como os Fundos e Conselhos Municipais de Saúde, para o repasse de recursos financeiros constantes nas Leis nºs 8.142 e 8.080/90.

Segundo Almeida (1995), a NOB 01/93 foi o instrumento – ou estratégia, que permitiu o verdadeiro impulso rumo à descentralização, tanto por constituir-se resultado de discussões, reivindicações e anseios de atores sociais envolvidos na construção do SUS, como por orientar a organização progressiva, gradual, flexível e democrática dos Sistemas Municipais de Saúde, através de várias formas de gestão que preconizava.

A NOB 01/93 sistematizou o processo de descentralização da gestão do sistema e serviços, num esquema de transição, com diferentes níveis de responsabilidades para os Estados e Municípios. Para os Municípios, foram estabelecidas três condições de gestão da saúde: Incipiente, Parcial e Semi-Plena. Para os Estados, duas foram definidas: Parcial e Semi-Plena. Na gestão denominada Semi-Plena, foi instituída nova relação do Governo Federal com os outros níveis de governo, possibilitando a transferência de recursos a partir de tetos mensais globais sem exigir dependência direta com a produção. Para a coordenação, gerenciamento e controle deste processo, foram criadas as CIB - Comissões Intergestoras Bipartite e as CIT-Comissões Intergestoras Tripartite, como foros permanentes de negociação e deliberações (Silva, 2001). Segundo este autor, na gestão Semi-Plena, “existe maior autonomia de gestão administrativa e financeira e a possibilidade concreta de efetivo deslocamento de poder das instâncias centrais para o chamado poder local” (SILVA,2001).

A partir do ano de 1994, a situação dos municípios brasileiros, segundo o nível de gestão, foi descrita por Almeida, Castro e Lisboa (1998):

... diversos municípios brasileiros foram habilitados à condição de Gestão Semi-Plena. No final de 1994, eram 24 (vinte e quatro) municípios habilitados. Em fins de julho de 1995, estavam habilitados 43 (quarenta e três) municípios, perfazendo um total de 0,86% dos municípios, compreendendo 7,4% da população e 10,07% dos recursos alocados do sistema financeiro das despesas federais para o custeio (SIA/SIH/SUS), da assistência médica. No final de 1997, mais de uma centena de municípios estavam habilitados na Gestão Semi-Plena. Estes municípios distribuídos pelas mais diferentes regiões do país, abrigavam cerca de 12% da população e 20% dos recursos federais transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais.(SILVA, 2001, *apud* ALMEIDA,CASTRO & LISBOA 1998).

Com a ocorrência da NOB-SUS 01/96, em novembro de 1996, publicada no Diário Oficial da União, através da Portaria Nº 2.203 GM/MS, de 06/11/96, observou-se um avanço no processo de municipalização do setor saúde e, embora com as dificuldades referentes ao financiamento do SUS, que só foi efetivamente implantada no início de 1998. A NOB-SUS 01/96 estabeleceu o princípio constitucional do comando único em cada nível de governo, descentralizando os instrumentos gerenciais necessários por meio das duas formas de gestão propostas GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica e, GSPM – Gestão Plena do Sistema Municipal, caracterizando as responsabilidades sanitárias de cada gestor, definindo como principal operador da rede de serviços do SUS o Sistema Municipal de Saúde e permitindo aos usuários ter visibilidade dos responsáveis pelas políticas públicas que determinam o seu estado de saúde e condições de vida. (MS, 1996).

Segundo Silva (2001), “a NOB SUS/96 amplia a municipalização da saúde”; “é nitidamente municipalista”. O autor cita ainda que “o município é considerado o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território”. (SILVA, 2001 *apud* MS, 1996).

A NOB SUS/96 estabeleceu, também, em relação ao financiamento federal do SUS, as transferências regulares e automáticas fundo a fundo e a remuneração por serviços produzidos, para assistência hospitalar e ambulatorial, para as ações de vigilância sanitária e para as ações de epidemiologia e de controle de doenças, mantendo neste último caso a modalidade da Transferência por Convênio (MS, 1996). Alguns aspectos positivos puderam ser notados como: (i) a ampliação da descentralização de recursos ao incluir, como objeto de repasses automáticos, além dos recursos destinados à assistência médica, outros destinados ao controle de doenças transmissíveis, vigilância sanitária e epidemiológica; (ii) a criação do Piso Assistencial Básico (PAB), valor *per capita* que passou a ser transferido diretamente aos municípios habilitados e destinado ao custeio de serviços básicos de saúde; (iii) sinalização para mudança do modelo assistencial, ao intensificar o apoio à adoção de estratégias como o Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde e, (iv) a criação da Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumento central para definição da oferta dos serviços e critérios de alocação dos recursos para os estados e municípios. (MS, 1996).

Conforme citado anteriormente, a NOB 01/96 passou por um período de indefinições durante o ano de 1997 e boa parte do ano de 1998, devido a discussões a respeito dos valores do PAB. Naquele período, foram inseridas algumas modificações e o PAB passou a ser denominado Piso da Atenção Básica, composto de uma parte fixa (PAB original) e de uma parte variável, relativa a incentivos financeiros para a implantação do Programa de Saúde da

Família, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, bem como da vigilância sanitária, do combate a carências nutricionais e à aquisição de medicamentos básicos (OLIVEIRA JR., 2000).

De acordo com Mendes (1998), as NOB SUS/93 e a NOB SUS/96 inauguraram uma forma diferente de descentralização da saúde, criando relação direta entre o Ministério da Saúde e os municípios, sem a participação dos governos estaduais, que ficaram esvaziados a partir de 1993. Este autor destaca vários aspectos positivos da municipalização como:

“a consolidação do mando único municipal, a ampliação da capacidade de regulação dos prestadores de serviços pela secretaria municipal de saúde, a ampliação do controle público dos serviços pelos conselhos de saúde, o aumento da produtividade, e incorporação de segmentos populacionais desassistidos, entre outros”.

Dentre os aspectos negativos, Mendes (1988.) assinala: “reforço ao modelo flexneriano de atenção médica em detrimento das ações de saúde pública, ineficiência na aplicação dos recursos por perda de escala e pulverização de recursos públicos e, aumento da iniquidade”. (SILVA, 2001, *apud* MENDES, 1998).

As Normas Operacionais 01/93 e 01/96 conferiram maior velocidade ao processo de descentralização, propiciaram que a totalidade dos municípios brasileiros assumisse alguma responsabilidade na gestão da atenção à saúde de suas populações e uma retração das secretarias estaduais de saúde no papel de coordenador do SUS no âmbito do estado. Também criaram um sistema de saúde fragmentado, com comprometimento da complementariedade entre as esferas de governo e do compartilhamento nas responsabilidades de gestão.

De acordo com Mendes (2001), o processo de municipalização autárquica, sem a estruturação orgânica de espaços microrregionais, está expandindo a atenção médica sem nenhuma articulação regional, “pulverizando recursos públicos e gerando brutais ineficiências” (MENDES, 2001).

Em 2001, o Ministério da Saúde aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001, através da Portaria Ministerial Nº 95, de 26 de janeiro de 2001, ampliando as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios. Esta norma procurou responder a alguns dos problemas acima citados, ampliando as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência através do reforço do papel da PPI - Programação Pactuada

Integrada e do PDR - Plano Diretor de Regionalização, e também o estabelecimento de Termos de Compromisso entre secretarias estadual e municipais de saúde, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios. (MS, 2001).

Pode-se, então, afirmar que para a implantação do SUS, em termos de concretizar ou pôr em prática os seus princípios e diretrizes, o princípio da descentralização das ações e serviços de saúde foi o que teve maior presença e avanço.

A descentralização ou municipalização da saúde tem um conteúdo social significativo, tendo em vista o Município poder atuar na base, como um dos entes da Federação, com maior agilidade para provocar as devidas transformações, principalmente na área das políticas sociais, particularmente na saúde. Enquanto política pública, ela significa uma constante e progressiva articulação e integração com os níveis estadual e federal, nos seus respectivos papéis, e de acordo com suas competências constitucionais e aquelas previstas nas

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Avaliar o impacto da descentralização nos padrões de gestão e suas repercussões nos sistemas municipais de saúde em três municípios da Região da Ibiapaba - Ceará, no período de 10 anos (1996 e 2005).

2.2. Específicos

- a) Identificar as modificações relacionadas ao processo de municipalização e aos instrumentos normatizadores da gestão descentralizada observadas nos sistemas municipais de saúde na região.
 - b) Analisar elementos de estrutura, de produção dos serviços e de resolutividade dos Sistemas Municipais de Saúde, relativos aos anos de 1996 e 2005.
 - c) Identificar os resultados da descentralização que se refletem em mudanças na situação de saúde dos sistemas municipais de saúde, através dos indicadores de
-

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

Para se realizar a avaliação de um projeto deve ser definido o universo do estudo, as unidades de análises, as hipóteses, o modelo de amostra, o plano de análise, os instrumentos de coleta de dados, as formas e passos do processamento e as técnicas a serem utilizadas (COHEN & FRANCO, 2000).

A avaliação do processo de implementação da assistência à saúde na região da Ibiapaba fundamentou-se no reconhecimento da existência de vários sistemas municipais e no impacto que a descentralização teve sobre a saúde da população destes municípios após a municipalização da saúde. Do universo de oito municípios, a pesquisa foi realizada em três deles, procurando considerar nesse processo aspectos que dêem representatividade a amostra.

3.1. Tipo de pesquisa

O desenho da pesquisa é do tipo exploratório, pois segundo Gil (1999), “as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. Segundo ainda este autor, este tipo de pesquisa envolve levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso.

Este estudo também se configura como uma pesquisa avaliativa, que pode ser definida como o procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos. Segundo Hartz (1997), a pesquisa avaliativa trata de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

3.2. O processo de seleção dos municípios

Foram escolhidos os municípios que compõem administrativamente a 13^a Célula Regional de Saúde de Tianguá, localizados na região da Ibiapaba – Ceará, tendo em vista

critérios como: características socioeconômicas similares, facilidade do acesso geográfico para obtenção de informações e a inexistência de estudos anteriores na região sobre a descentralização na assistência à saúde.

A avaliação do processo de implementação e o impacto da gestão descentralizada da assistência à saúde nos sistemas municipais de saúde teve como objeto de estudo, apenas três dos oito municípios que compõem administrativamente, pelo Governo do Estado do Ceará, a 13^a Célula Regional de Saúde de Tianguá, inseridos na região da Ibiapaba. O critério de escolha dos três municípios foi principalmente populacional (dados do IBGE referentes ao ano 2005). O município de maior porte populacional (Tianguá, com população de 66.880 habitantes), o de menor densidade populacional (Carnaubal, com população de 16.236 habitantes) e o município de população intermediária escolhido por sorteio, ou seja, Guaraciaba do Norte (com população estimada de 37.997 habitantes).

3.3. O cenário do estudo

Os municípios do estudo estão inseridos no Planalto ou Chapada da Ibiapaba, região situada a oeste de Fortaleza, capital do estado do Ceará e a noroeste deste. Inicia-se a 304 km do litoral e vai aos confins ocidentais do estado, fazendo limite com o estado do Piauí.

Dista em média de 304 km da capital do estado, com acesso através da BR 222 com uma população estimada pelo IBGE no ano de 2005 de 281.011 habitantes, uma área total de 4.121,20 Km² e densidade demográfica de 61,01 hab/ Km².

A pluviosidade atinge 1000 mm/ano e, as chuvas são influenciadas diretamente pelo relevo. Os planaltos com seus topos aplainados e encostas voltadas para o interior contrastam com a fisionomia acidentada das serras. A “chamada serra grande”, com uma altitude média de 700 a 900m constitui uma das mais grandiosas feições geográficas de todo o estado, pela extensão e continuidade da escarpa que corre paralela aos limites com o estado do Piauí, chegando a 450 km, desde seu início, próximo ao litoral até a cidade de Campos Sales.

As maiores altitudes da Ibiapaba estão na sua porção norte, onde o planalto chega a 900m. É um dos poucos lugares onde a vegetação é variada, ocorrendo caatinga no sopé, mata atlântica nas encostas e cerrados no planalto. O terreno de origem calcárea favorece a formação de picos ou grutas, estas em sua maioria no Parque Nacional de Ubajara.

Com uma temperatura oscilando entre 19°C e 30°C, a região conta com atrativos naturais como as cachoeiras Cana Brava, São Gonçalo e Sete Quedas; o Parque Cachoeira da

Floresta, em Tianguá; as cachoeiras Pirapora, Tarumã Sítio do Gerson/Pilões, em Viçosa do Ceará; e a famosa Gruta de Ubajara, localizada dentro do Parque Nacional de Ubajara, uma das principais atrações turísticas das regiões Norte e Nordeste do país.

Fazem parte da chapada, as cidades de Tianguá, Viçosa do Ceará, Ubajara, Ibiapina, São Benedito, Carnaubal, Guaraciaba do Norte e Croatá. De acesso fácil, as cidades são todas interligadas por rodovias asfaltadas e próximas umas das outras.

Quadro 2 - Distribuição dos Municípios da Região da Ibiapaba, Ceará, segundo a população, IBGE, 2005.

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	%
Carnaubal	16.236	5,7
Croata	16.803	5,9
Guaraciaba do Norte	37.997	13,5
Ibiapina	23.489	8,5
São Benedito	41.895	14,9
Tianguá	66.880	23,8
Ubajara	29.426	10,5
Viçosa do Ceará	48.285	17,2
Total	281.011	100,0

Na região da Ibiapaba, a grande maioria dos municípios é de pequeno porte, ou seja, tem população abaixo de 50.000 habitantes, equivalente a 76,2 % - sete municípios da região e apenas um município é considerado de médio porte, o município de Tianguá, representando 23,8 % da população da região.

3.4. A avaliação da descentralização aplicada aos municípios

Na avaliação da implementação da gestão descentralizada nos sistemas municipais de saúde da Ibiapaba, as modalidades de avaliação citadas anteriormente se adequam pertinentemente a esse estudo, ao se identificar as modificações no modelo de atenção e em sua resolutividade, o enfoque encontra-se no *processo*. A avaliação de resultados será contemplada ao se avaliar o impacto representado pelos serviços produzidos, em termos de melhoria dos indicadores de saúde, utilizados pela epidemiologia.

O uso e importância dos conhecimentos gerados pela Epidemiologia, enquanto orientadora de estratégias na definição e implementação de políticas de saúde, como também no processo de acompanhamento e avaliação das mesmas é largamente reconhecido no campo teórico e conceitual (Goldbaum, 1992). Segundo este autor, a epidemiologia tem sido utilizada nos seguintes “quatro tipos de usos: estudos de situação de saúde; vigilância epidemiológica; estudos causais; e avaliação de serviços, programas e tecnologias”.

Porém, a avaliação dos serviços, programas e tecnologias tem se restringido a aspectos administrativo-financeiros, deixando de lado o seu objetivo maior que seria o impacto gerado sobre o nível de saúde da população e, portanto, servem como elemento adicional à análise da situação de saúde. (GOLDBAUM, 1992).

A avaliação da implementação e do impacto da gestão descentralizada na assistência à saúde nos municípios da Região da Ibiapaba, a partir da municipalização dos serviços de saúde, buscou evidências de resultado da implementação do SUS nos sistemas locais de saúde, através dos avanços alcançados pelos municípios com a descentralização da gestão.

3.5. Etapas da Avaliação

Três componentes básicos orientaram a avaliação da descentralização:

- a) As modificações ocorridas nos sistemas municipais de saúde por ocasião do processo de municipalização e descentralização da gestão à luz de instrumentos normatizadores;
- b) As mudanças nos Sistemas Municipais de Saúde em termos de estrutura dos serviços de saúde, produção dos serviços e resolutividade;
- c) O impacto da descentralização dos serviços de saúde refletida no quadro sanitário da população através de indicadores de saúde dos sistemas oficiais de informação.

Os elementos que deram suporte a esse estudo foi um levantamento de dados a partir da data do início da descentralização (municipalização) dos municípios selecionados e, especificamente nos anos de 1996 e 2005, com informações relativas a:

- a) Quanto ao processo de reorganização da assistência à saúde à luz dos instrumentos normatizadores: como se deu o processo de municipalização da saúde, a elaboração da legislação municipal para a saúde (Leis Orgânicas Municipais), as condições de gestão dos sistemas municipais, as leis que deram origem as instâncias gestoras municipais (Conselhos Municipais de Saúde, Fundos

Municipais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde) e as estruturas organizacionais das Secretarias Municipais de Saúde. Observar se houve mudanças na composição do Conselho Municipal de Saúde voltadas para o aumento da representatividade da comunidade.

- b) Quanto a organização e oferta de serviços: observar o tipo e o volume de serviços produzidos (preventivos e curativos); observar as tendências na composição da oferta de serviços públicos quanto ao nível assistencial (ambulatorial e hospitalar) ou complexidade da assistência (básico e especializado) e, observar se a gestão descentralizada resultou na melhoria dos indicadores de saúde ou aumentou a cobertura de algum outro programa definido como prioritário pelo governo municipal.
- c) As repercussões das mudanças sobre a situação de saúde dos municípios, através dos indicadores que refletem tal situação.

3.6. A abordagem metodológica

A escolha da metodologia a ser utilizada na avaliação é sempre desafiante, tendo em vista o papel predominante dos modelos teóricos quantitativos não permitir a compreensão dos atributos e possibilidades dos modelos qualitativos, já que estes podem complementar e aprofundar o alcance de uma avaliação (TANAKA & MELO, 2001). No entanto, para se conseguir uma avaliação em saúde mais abrangente é necessário combinar abordagens quantitativas e qualitativas.

A pesquisa terá um cunho quantitativo, portanto, os elementos serão explicitados quantitativamente.

Segundo Tanaka & Melo (2001), devido às características fundamentais dos serviços e programas de saúde, é recomendável que se inicie o processo de avaliação utilizando-se a abordagem quantitativa, tendo em vista a maior facilidade e disponibilidade de informações que podem ser utilizadas nesse contexto, permitindo uma primeira aproximação com o objeto a ser avaliado.

O estudo foi realizado através de um roteiro pré-definido contendo informações necessárias que foram coletadas inicialmente na Secretaria de Saúde do Estado a nível Regional (13^a CERES - Célula Regional de Saúde de Tianguá), localizada no município de Tianguá, além de visitas realizadas às Secretarias Municipais de Saúde de Carnaubal,

Guaraciaba do Norte e Tianguá, para complementação de informações fornecidas por estes órgãos, com o objetivo de levantar dados primários e secundários das fontes disponíveis.

Foram levantados dados secundários sobre:

- a) estrutura do Sistema Municipal de Saúde, através da rede física e quadro de recursos humanos, sua constituição no tempo e sua organização frente à atenção básica de saúde, ambulatorial e hospitalar.
- b) volume de serviços de saúde prestados nos municípios: atividades de nível médio e elementar, atividades programáticas, consultas, exames complementares, internações, encaminhamento de pacientes, etc.
- c) resolutividade dos serviços de saúde medida através do número de pacientes referenciados pelo sistema de referência e contra-referência para outros municípios dentro e fora da região de abrangência da 13^a CERES - Célula Regional de Saúde de Tianguá;

As informações acima foram norteadas por um roteiro específico (Apêndice 1) através de um conjunto de planilhas para coleta de dados (Apêndice 2).

3.7. Fontes de Informação

As fontes disponíveis de informação foram adquiridas nos seguintes órgãos:

- a) IBGE: dados populacionais
- b) Secretaria Estadual da Saúde do Ceará, 13^a Célula Regional de Saúde de Tianguá e Secretarias Municipais de Saúde através dos seguintes instrumentos: documentos da legislação, bancos de dados dos Sistemas de Informações oficiais operacionalizados pelo Ministério da Saúde, cadastro de estabelecimentos de saúde, dados de produção dos sistemas de informações municipais, planos municipais de saúde, plano diretor de regionalização do estado do Ceará, relatórios de gestão dos municípios, programação pactuada integrada e atas dos conselhos municipais de saúde.
- c) Para a construção dos indicadores foram utilizadas informações obtidas a partir das bases de dados nacionais operadas pelo Ministério da Saúde, através dos seguintes Sistemas de Informação, constantes no Quadro 3.

Quadro 3 – Sistemas de Informação utilizados.

Sistemas de Informação	Sigla	Órgão	Tipo de Informação
Sistemas de Informação sobre Mortalidade	SIM	CENEPI	Relacionadas ao perfil epidemiológico
Sistema de Informação Sobre Agravos Notificáveis	SINAN		
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos	SINASC		
Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS	SIA-SUS	DATASUS	Relacionados à atenção à saúde.
Sistema de Informações Hospitalares do SUS	SIH-SUS		
Sistema de Informação Programa Nacional de Imunizações	SI-PNI		

Fonte: Quadro adaptado de Ferreira, 2000.

3.8. Seleção de Indicadores

A seleção dos indicadores foi realizada segundo alguns critérios como: (i) simplicidade de cálculo; (ii) disponibilidade ou facilidade de cálculo; (iii) atualidade; (iv) confiabilidade e, (v) adequação ao objeto de estudo.

O uso da Epidemiologia fundamentou a seleção e a construção dos indicadores através dos diversos sub-sistemas de informação, permitindo assim o conhecimento das diversas situações de saúde

Os indicadores foram selecionados tendo em vista a necessidade de se avaliar:

- a) A oferta e utilização de serviços de saúde através dos recursos humanos e da capacidade instalada: Médicos / 1000 habitantes, odontólogos / 1000 habitantes, enfermeiros / 1000 habitantes, profissionais de nível médio de enfermagem (auxiliares e atendentes de enfermagem + técnicos de enfermagem + agentes comunitários de saúde) / 1000 habitantes, leitos hospitalares / 1000 habitantes e unidades ambulatoriais do SUS / 10.000 habitantes, internações SUS/100 habitantes, percentual de AVEIANM / habitante, atendimentos médico-odontológicos / habitante, percentual de internações / causas e cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano (sabin, DPT, tetravalente e hepatite B – 3^{as} doses e sarampo e BCG – 1^a dose).
- b) A resolutividade: Taxa de invasão e evasão de internações e mortalidade proporcional por “causas mal definidas”.

- c) A mudança na situação de saúde dos sistemas municipais de saúde: Taxa de mortalidade infantil/1000 nascidos vivos, taxa de mortalidade neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal, mortalidade proporcional por doenças diarréicas em menores de 5 anos, taxa de mortalidade proporcional por agravos, cobertura de pré-natal, baixo peso ao nascer, taxa de cesareanas, percentual de partos domiciliares e percentual de gravidez na adolescência.

3.9. Definição de variáveis dos indicadores

3.9.1. Com relação à produção dos serviços

3.9.1.1. Atendimentos Ambulatoriais:

Refere-se ao número de atendimentos ambulatoriais (apresentados ou pagos) cadastrados pelo SIA/SUS divididos pela população do município de estudo:

$$= \frac{\text{Atendimentos ambulatoriais cadastrados no DATASUS, município, ano X 100}}{\text{População do município, ano.}}$$

Este indicador foi desagregado segundo outros “itens de programação” relacionados pelo DATASUS, como: AVEIAM, Consultas e Procedimentos médicos e Odontológicos, Patologia Clínica, Radiologia, etc.

Fonte: DATASUS/SIA/SUS/IBGE.

3.9.1.2. Internações Hospitalares

Total de internações hospitalares pagas pelo SUS e cadastrados pelo SIH/SUS, divididos pela população do município de estudo:

$$= \frac{\text{Internações hospitalares cadastradas no DATASUS, município, ano X 100}}{\text{População do município, ano}}$$

Este indicador foi desagregado segundo capítulos da CID, ou segundo determinados procedimentos de internação.

Fonte: DATASUS/ SIH/SUS.

3.9.1.3. Morbidade – internações proporcionais por causa

Para cada ano, foi utilizado o número de internações com causa definida, calculando-se o percentual de cada causa, ou grupo de causas de interesse, por exemplo:

$$= \frac{\text{Total de internações por doenças do ap.respiratório, município, ano}}{\text{Total de internações com causas definidas, município, ano}} \times 100$$

Fonte: DATASUS.

3.9.1.4. Cobertura vacinal

O cálculo foi realizado de acordo com o número de crianças menores de 1 ano vacinadas, considerando-se o total de doses registradas como doses completadas (terceiras doses para Sabin,DPT, tetravalente e hepatite B e primeiras doses para BCG e anti-sarampo), divididos pelo número de nascidos vivos:

$$= \frac{\text{Número de doses completadas, município, ano}}{\text{Nascidos Vivos, município, ano}} \times 100$$

Para o levantamento do número de nascidos vivos foi utilizado o SINASC e os dados de natalidade pela estimativa indireta do IBGE para cada município no ano estudado.

Fonte: SIAB/PNI/IBGE

3.9.2. Com relação a resolutividade:

3.9.2.1. Taxa de invasão e evasão de internações

A invasão de internações foi calculada tendo como numerador o número de internações de residentes de outros municípios e o denominador, o total de internações ocorridos no município.

$$= \frac{\text{Total de internações de residentes de outros mun.ocorridos no município}}{\text{Total de internações ocorridos no município, ano}} \times 100$$

Os indicadores acima tiveram como fonte de dados o DATASUS/SIH/SUS, referentes às internações ocorridas por município de residência e município de ocorrência.

3.9.2.2. Óbitos por causas mal definidas

Teve como universo o total de óbitos do município estudado e o percentual de óbitos por causas mal definidas foi representado pela fração de óbitos cujas causas se incluem dentro da categoria de “sinais, sintomas e afecções mal definidas”(capítulo XVI da CID 9) ou na categoria de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte”(capítulo XVIII da CID 10):

$$= \frac{\text{Total de óbitos por causa mal definida, município, ano}}{\text{Total de óbitos, município, ano}} \times 100$$

3.9.3. Com relação aos indicadores de saúde:

3.9.3.1. Mortalidade infantil

O coeficiente de mortalidade infantil é a relação entre o número de óbitos entre as crianças menores de 1 ano e a população de nascidos vivos, no ano estudado.

$$= \frac{\text{Número de óbitos em crianças menores de 1 ano, município, ano}}{\text{Número de nascidos vivos, município, ano}} \times 1000$$

Fonte: SINASC/ SIAB/ SIM

3.9.3.2. Mortalidade proporcional por causa

Para cada ano, foi utilizado o número de óbitos com causa definida, calculando-se o percentual de cada causa, ou grupo de causas de interesse, por exemplo:

$$= \frac{\text{Total de óbitos por causas externas, município, ano}}{\text{Total de óbitos com causas definidas, município, ano}} \times 100$$

Fonte: DATASUS /SIM

3.9.3.3. Baixo peso ao nascer

Este indicador expressa o número de nascimentos com peso menor que 2500g e o total de nascimentos cadastrados, com informação sobre o peso:

$$= \frac{\text{Número de nascidos vivos com peso menor que 2500g, município, ano}}{\text{Total de nascimentos com informação sobre o peso, município, ano}} \times 100$$

Fonte: SINASC

3.9.3.4. Cobertura de pré-natal

É a relação entre o total de mães que informaram 7 ou mais consultas de pré-natal durante aquela gestação e o total de nascimentos com informação adequada sobre o pré-natal.

$$= \frac{\text{Número de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, município, ano}}{\text{Total de nascimentos com informação sobre o Pré-natal, município, ano}} \times 100$$

Fonte: SINASC/SIAB.

3.9.3.5. Percentual de partos cirúrgicos

É a relação entre o número de partos cesareanos e o total de nascimentos no período.

$$= \frac{\text{Número de partos cesareanos, município, ano}}{\text{Total de nascimentos, município, ano}} \times 100$$

Fonte: SINASC/SIH/SUS.

3.9.3.6. Percentual de Gravidez na adolescência

É a relação entre o número de gestantes de menores de 20 anos e o total de gestantes no município e no ano estudado.

$$= \frac{\text{Número de gestantes menores de 20 anos, município, ano}}{\text{Total de gestantes, município, ano}} \times 100$$

3.10. Análise dos dados

A análise quantitativa dos dados levantados foi realizada seguindo alguns princípios tais como:

- a) A epidemiologia deu fundamentação a seleção dos indicadores, a utilização dos dados provenientes dos diversos sistemas de informação e a construção dos indicadores selecionados, cuja comparação e análise permitiram o conhecimento das diversas situações de saúde, assim como a avaliação nos anos estudados.
- b) A avaliação buscou coletar informações sobre a estrutura (física e de recursos humanos), produção e resolutividade dos serviços de saúde utilizados pelos usuários do SUS, com o propósito de analisar e identificar as melhorias nos serviços de saúde e sua relação com a política de descentralização da saúde.
- c) Buscou num primeiro passo da etapa quantitativa fazer um diagnóstico da situação de saúde, relativos aos anos de 1996 e 2005, bem como evidenciar através dos indicadores construídos, o modelo de atenção à saúde que se foi implantando no período de 10 anos.

Os dados foram colocados em tabelas e gráficos, o que permitiu uma visualização

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Quanto ao processo de municipalização e instrumentos normatizadores da gestão descentralizada.

Os municípios deste estudo até os anos noventa, como a grande maioria dos municípios brasileiros possuíam Sistemas Municipais de Saúde pouco estruturados em termos organizacionais e sem poder de resolutividade, necessária para atender a demanda de sua população.

Nestes municípios, existiam na sede: apenas um hospital de pequeno porte com um único médico para todo o município e pessoal auxiliar de nível médio e uma unidade de saúde maior chamada “Centro de Saúde”. Nesta unidade ambulatorial, realizava-se atendimento médico e de enfermagem através de um profissional de enfermagem de nível superior que atendia aos programas verticalizados do Ministério da Saúde como tuberculose, hanseníase, imunizações, etc. e, distribuídos na zona rural, existiam algumas unidades de saúde, os “Postos de Saúde” – responsáveis pelos atendimentos básicos como realização de curativos, aplicação de injeções e vacinas; nestes postos trabalhavam “os orientadores de saúde e saneamento” – profissionais de saúde de nível médio, que eram treinados pelo Departamento Regional de Saúde de Tianguá – órgão regional da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Ceará, que na época além do seu papel gerencial, exercia a função de executor de serviços de saúde em todos os municípios.

A Região da Ibiapaba havia sido beneficiada no final dos anos setenta e início dos anos oitenta, através de financiamento do Governo Federal com o Banco Mundial, com a construção de um grande número de Postos e Centros de Saúde em toda a Ibiapaba, em função do processo de descentralização da saúde iniciado pelo governo federal, através do PIASS, que tinha em sua concepção um programa de medicina simplificada e a finalidade de expandir a rede de postos e centros de saúde para atendimentos das doenças mais comuns, ampliando assim em todo o país, a rede ambulatorial pública, além de mudanças estruturais como a incorporação de grande número de atendentes de saúde pública e o maior envolvimento das secretarias estaduais de saúde e das prefeituras no sistema de saúde (SILVA, 2001). Nesse período toda a saúde pública na região era financiada pelos Governos Federal e Estadual sem a participação dos governos municipais.

A atenção à saúde dos municípios da Ibiapaba era concentrada nos pequenos hospitais, época em que a maioria dos hospitais eram filantrópicos, gerenciados por entidades que se autodenominavam de “Ligas de Proteção à Infância e à Maternidade” e que eram geralmente manipulados por grupos políticos locais influenciados diretamente pelo partido político majoritário do município. Estas unidades hospitalares, financiadas com credenciamento público, favoreciam a atenção curativa, atendendo à demanda espontânea e desordenada, centrada na doença.

O impacto da municipalização na reorganização dos serviços de saúde prestados pela rede municipal a partir dos anos noventa, evidenciou uma reversão do modelo assistencial vigente, ou seja, uma valorização de práticas voltadas para a saúde coletiva, prevenção e promoção, sem detrimento das práticas individuais e curativas, ocasião em que esses hospitais filantrópicos passaram a ser “municipalizados”, cuja atenção à saúde se tornou eminentemente de caráter público.

Os municípios deste estudo começaram a reorganizar seus sistemas municipais de saúde a partir da efetivação dos Convênios da Municipalização, assinado entre o Governo do Estado do Ceará e as Prefeituras Municipais da Ibiapaba e sua implementação teve início no município de Guaraciaba do Norte no dia 20 de junho de 1989, seguidos por Carnaubal que teve suas ações e serviços de saúde municipalizadas a partir do dia 3 de setembro de 1993 e, por último, o município de Tianguá, em novembro de 1994. A partir do processo de municipalização os municípios começaram a se reorganizar para se adequar as exigências legais da gestão descentralizada, através dos seguintes instrumentos de gestão e que podem também ser visualizados no Quadro 4.

Quadro 4 – Cronologia de criação dos principais instrumentos de gestão municipal (convênio da municipalização, leis orgânicas, conselhos, fundos municipais e estrutura organizacional das secretarias municipais de saúde) dos municípios da Ibiapaba – Ce.

Municípios	CARNAUBAL	GUARACIABA	TIANGUÁ
Instrumentos/Gestão			
Convênio da Municipalização	3/Set/1993	20/Jun/1989	Nov/1994
Criação das Leis Orgânicas Municipais	Lei nº 19/01 21/Maio/2001	Lei nº 521/91 27/Dez/91	Lei Orgânica 31/Maio/1990
Criação dos Conselhos Municipais de Saúde	Lei nº 027/1991	Lei nº 447/1989 04/Set/1989	Lei nº.116/1992 02/Abr/1992
Criação dos Fundos Municipais de Saúde	Lei nº 06/1992	Lei nº 490/1991	Lei nº 125/1993
Criação da Estrutura Organizacional das Secretarias Municipais de Saúde	Lei nº005/97 14/02/1997	Lei nº525/1992 17/Fev/1992	Lei nº 120/1992

Fonte: Relatórios de Gestão das Secretarias Municipais de Saúde da Ibiapaba, 1996 e 2005.

A organização da estrutura das Secretarias Municipais de Saúde só teve início a partir de 1992 com a sua criação através de Leis Municipais. Foram se desenvolvendo gradualmente à medida em que se constituíam os Sistemas Municipais de Saúde e aos poucos foram atingindo um nível de complexidade maior, de acordo com o porte de cada município. Inicialmente a estrutura organizacional das Secretarias Municipais era representada pelos seguintes tipos de Organogramas:

- Tipo I: Organogramas simples, com dois níveis hierárquicos e número máximo de seis estruturas subordinadas ao Secretário Municipal. Nesta estrutura se encaixava o município de Carnaubal no ano 1996 (Anexo A)
- Tipo II: Organogramas um pouco mais complexos contemplando um nível hierárquico intermediário (coordenação) entre o Secretário e as estruturas executoras, estas em número de três. Este foi o modelo encontrado nos municípios de Guaraciaba do Norte no ano de 1996 (Anexos B).
- Tipo III: Organograma com até dois níveis hierárquicos entre o Secretário e as estruturas executoras, estas com número igual ou superior a cinco. Este modelo pode ser observado na estrutura das Secretarias Municipais de Saúde de Carnaubal, Guaraciaba do Norte e Tianguá no ano 2005 (Anexos C, D e E, respectivamente)

As mudanças estruturais nos organogramas no período de dez anos, entre 1996 e 2005, ocorreram tanto em função do aumento da complexidade dos serviços de saúde ofertados a população como também por uma necessidade gerencial.

A elaboração das Leis Orgânicas Municipais foi mais um passo importante na reorganização da assistência à saúde de forma a garantir aos munícipes os seus direitos constitucionais na área da saúde.

A criação e a implantação dos Conselhos Municipais de Saúde configurou-se estruturalmente necessário para o estímulo à participação comunitária no âmbito dos Sistemas Municipais de Saúde de forma paritária entre os membros representantes de instituições, profissionais de saúde e prestadores de serviços e os usuários do Sistema Único de Saúde. De acordo com a Lei 8.142/90 (BRASIL,1990), “a representação dos usuários nos Conselhos de saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”(Art. 1, parágrafo 4).

Quadro 5 – Composição dos CMS na sua constituição e na atualidade, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.

Município \ CMS	Ano de Criação do CMS	Criação do CMS			CMS atual			
		Membros	Usuários	Presidente	Alterado em:	Membros	Usuários	Presidente
Carnaubal	1991	22	11	SMS	2001	19	10	SMS
Guaraciaba	1989	16	08	SMS	2003	16	08	SMS
Tianguá	1992	24	12	SMS	2003	72	36	Usuário eleito

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde

O Quadro 5 mostra que os conselhos municipais de saúde dos municípios estudados foram instituídos a partir do ano de 1989 (em Guaraciaba do Norte), e por último em Tianguá, no ano de 1992.

Pode-se observar que a grande maioria dos CMS da região da Ibiapaba tinha composição paritária por ocasião de sua instituição, a exceção do município de Carnaubal que tinha um usuário a mais em sua composição. Todos os CMS tinham como presidente o secretário municipal de saúde, a exceção do município de Tianguá que a partir da alteração em sua composição no ano 2003, passou a ter um usuário eleito para o cargo de presidente do CMS.

O Fundo Municipal de Saúde foi constituído nos municípios estudados, conforme cronologia no Quadro 4, quando sua criação passou a ser pré-requisito para os repasses financeiros previstos na NOB 01/91 e 01/92 e na habilitação às formas de gestão da NOB 01/93. Apesar da constituição destes fundos nem sempre significar autonomia no gerenciamento dos recursos públicos municipais para a saúde, mas já representou um avanço na democratização gerencial nas instituições públicas.

O processo de mudança no modelo assistencial vigente teve início com a implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família nos municípios da região.

Tabela 1 – Demonstrativo da Implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde nos três municípios da Ibiapaba, 2005.

Município	Implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde			Situação em 2005	
	Ano de implantação	Número de Agentes	Cobertura (%)	Número de Agentes	Cobertura (%)
Carnaubal	1991	25	91,0	32	104,0
Guaraciaba	1991	50	82,0	71	102,0
Tianguá	1991	64	73,0	117	95,0

FONTE: Secretarias Municipais de Saúde da Ibiapaba, 2005.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi implantado nos municípios da região em 1991, em fase inicial, atingindo uma cobertura em torno de 50% da população assistida nos municípios de Guaraciaba do Norte e Tianguá, enquanto Carnaubal apresentava uma cobertura de 25% da população. No ano 2005 estes municípios passaram a apresentar uma cobertura acima de 95% pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, refletindo uma reorganização dos serviços voltada para a atenção básica.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde não se constituiu apenas num programa vertical do Ministério da Saúde, mas representou antes de tudo, um impulso na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde. Pois a partir da implantação desse Programa passou a se exigir dos municípios requisitos como o funcionamento dos conselhos municipais de saúde, a existência de uma unidade básica de saúde de referência do programa, a disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão e execução das ações de saúde e a existência de fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa – este se tornou, sobretudo, um instrumento de reorganização dos modelos locais de saúde.

Tabela 2 – Demonstrativo da Implantação das Equipes de Saúde da Família nos três municípios da Ibiapaba - Ce, 2005.

Município	Implantação do Programa Saúde da Família			Situação em 2005	
	Ano de implantação	Número de Equipes	Cobertura (%)	Número de Equipes	Cobertura (%)
Carnaubal	1997	03	60,0	06	130,0
Guaraciaba	1997	02	21,29	11	92,0
Tianguá	1994	07	51,33	14	74,0

FONTE: Secretarias Municipais de Saúde da Ibiapaba, 2005.

O Programa de Saúde da Família foi implantado na região inicialmente no município de Tianguá em 1994, com uma cobertura de 51,33% da sua população e, em 1997 nos municípios de Carnaubal e Guaraciaba do Norte com coberturas em torno de 60% e 21,19%, respectivamente. No ano 2005, estes municípios já apresentavam coberturas pelo Programa de Saúde da Família acima de 70% da população assistida.

As mudanças que ocorreram nos municípios se deu principalmente no plano organizacional e político, por ocasião da edição da NOB-93 e conseqüente habilitação dos municípios às formas de gestão por ela propostos. A Gestão Incipiente (forma de gestão em que os recursos federais eram repassados para a esfera estadual que depois os transferiam para os municípios) predominou nos três municípios estudados. Portanto, desde o ano de 1994, que, estes municípios habilitados pela NOB-93, passaram a ser responsáveis por toda a estrutura física da rede de saúde como também os recursos humanos existentes nos municípios fossem eles de nível federal, estadual ou municipal em termos de gestão e de responsabilidade dos Sistemas Municipais de Saúde constituídos.

Os municípios da região já habilitados pela NOB-93 foram reorganizando seus Sistemas Municipais de Saúde até os anos de 1995/1996, quando juntamente com outros municípios brasileiros, iniciaram o processo de implementação acelerada e em nível nacional desses novos programas, das novas práticas gerenciais e da emergência do processo de formulação da nova norma operacional (NOB-96), tendo início o chamado período de reforma incremental do SUS.

Somente a partir de 1996, o PSF começa a ter melhor integração com o PACS, o que aponta para uma fusão dos dois programas, representando um instrumento de pressão no sentido da habilitação proposta pela NOB-93, pois as portarias da SAS/MS – Secretaria de assistência à Saúde do Ministério da Saúde, instituíram que só poderiam ser cadastrados no SIA-SUS, como unidades do PSF, ambulatórios localizados em municípios enquadrados em uma das modalidades previstas por essa norma.

O Quadro 6, demonstra o nível de gestão segundo a habilitação dos municípios da Ibiapaba nos documentos normatizadores da assistência à saúde no Brasil.

Quadro 6 - Distribuição dos três municípios da Ibiapaba – Ce, segundo habilitação à NOB-93, NOB-96 e NOAS-2002.

NÍVEL DE GESTÃO	MUNICÍPIOS		
	CARNAUBAL	GUARACIABA DO NORTE	TIANGUÁ
NOB-93			
Incipiente	X	X	X
Parcial			
Semi-Plena			
NOB-96			
Plena da Atenção Básica	X	X	X
Plena do Sistema Municipal			
NOAS-2002			
Plena da Atenção Básica Ampliada	X		
Plena do Sistema Municipal		X	X

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde da Ibiapaba – Ce, 2005

A partir do ano 2000, a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará iniciou o processo da Microrregionalização da Atenção à Saúde, antecipando-se a NOAS-01/2001, - Norma Operacional da Assistência à Saúde - Portaria nº 95 de 26.01.2001, do Ministério da Saúde, que deu início ao processo definido como "regionalização da saúde".

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará iniciou o processo com uma experiência piloto na Microrregião de Saúde do Baturité, que serviu de modelo para a implantação da Regionalização da Assistência à Saúde no Estado do Ceará: o Estado do Ceará foi dividido em vinte e duas microrregiões e três macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral e Cariri). Estas últimas responderiam por serviços especializados de maior complexidade e de alto custo. As microrregiões são espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com vontade política para pactuarem na busca de soluções para problemas comuns, na área da saúde e os critérios que delimitaram as Microrregiões de Saúde foram: malha viária, proximidade dos municípios, deslocamento da população aos serviços de saúde, capacidade máxima dos serviços de saúde existente nos municípios e a disposição política para pactuação.

As diretrizes de organização das Microrregiões são: (i) Organização da atenção primária em cada município, cuja estratégia é o Programa Saúde da Família (PSF); (ii) Organização da atenção secundária, ou seja, dos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de média complexidade, pactuados entre o conjunto de municípios, considerando a otimização dos recursos e a resolutividade, para a garantia do atendimento à população da microrregião; (iii) Oferta prioritária de especialidades básicas como pediatria,

gineco-obstetrícia, traumatologia-ortopedia, clínica médica, cirurgia geral, com serviços de urgência emergência 24 horas, e ambulatório de psiquiatria, otorrinolaringologia e oftalmologia; (iv) Pactuação no âmbito da microrregião, onde cada microrregião tem uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional, paritária, composta por secretários municipais de saúde e representantes da Secretaria da Saúde do Estado; (v) Controle público: fortalecimento dos conselhos municipais de saúde, criação de Fóruns Microrregionais de Conselheiros da Saúde e articulação com o ministério público para o controle das ações e serviços de saúde na defesa dos interesses da coletividade; (vi) Organização em cada microrregião, da vigilância sanitária; vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, controle de endemias e sistema de informações em saúde e, (vii) Integração, onde os níveis de atenção primária, secundária e terciária, formam um sistema integrado, utilizando-se de mecanismos articuladores, dentre estes as centrais de regulação micro e macrorregionais para viabilizarem o sistema de referência e contra-referência de usuários.

Para cumprir as exigências da NOAS-01/2001, o Estado do Ceará elaborou os seguintes instrumentos de gestão:

- a) Plano Diretor de Regionalização – PDR, instrumento que regulamentou o processo de regionalização da assistência à saúde da população no Estado, definiu o perfil assistencial dos municípios e estabeleceu o Sistema de Referência e Contra-referência, cuja finalidade era garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde, de acordo com suas necessidades, integrando o Plano Estadual de Saúde. O PDR no Ceará se deu em dois momentos: (i) primeiro momento: a descrição da organização do Estado em macrorregiões / microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios sede de módulos assistenciais e pólos, bem como a abrangência populacional dos módulos assistenciais e das microrregiões e macrorregiões de saúde, as referências para as ações de média e alta complexidade e a potencialidade de gestão nos municípios e, (ii) segundo momento: a descrição dos serviços de saúde que integram os sistemas municipais e do perfil de assistência das unidades de apoio para referência, a constituição dos sistemas de referência especializada, o plano de investimento e o cronograma de implantação do PDR.
- b) O Plano Diretor de Investimento – PDI, instrumento que definiu o perfil de atendimento e necessidades de investimento das unidades de saúde do Sistema Único de Saúde, baseado no Plano Diretor de Regionalização e,

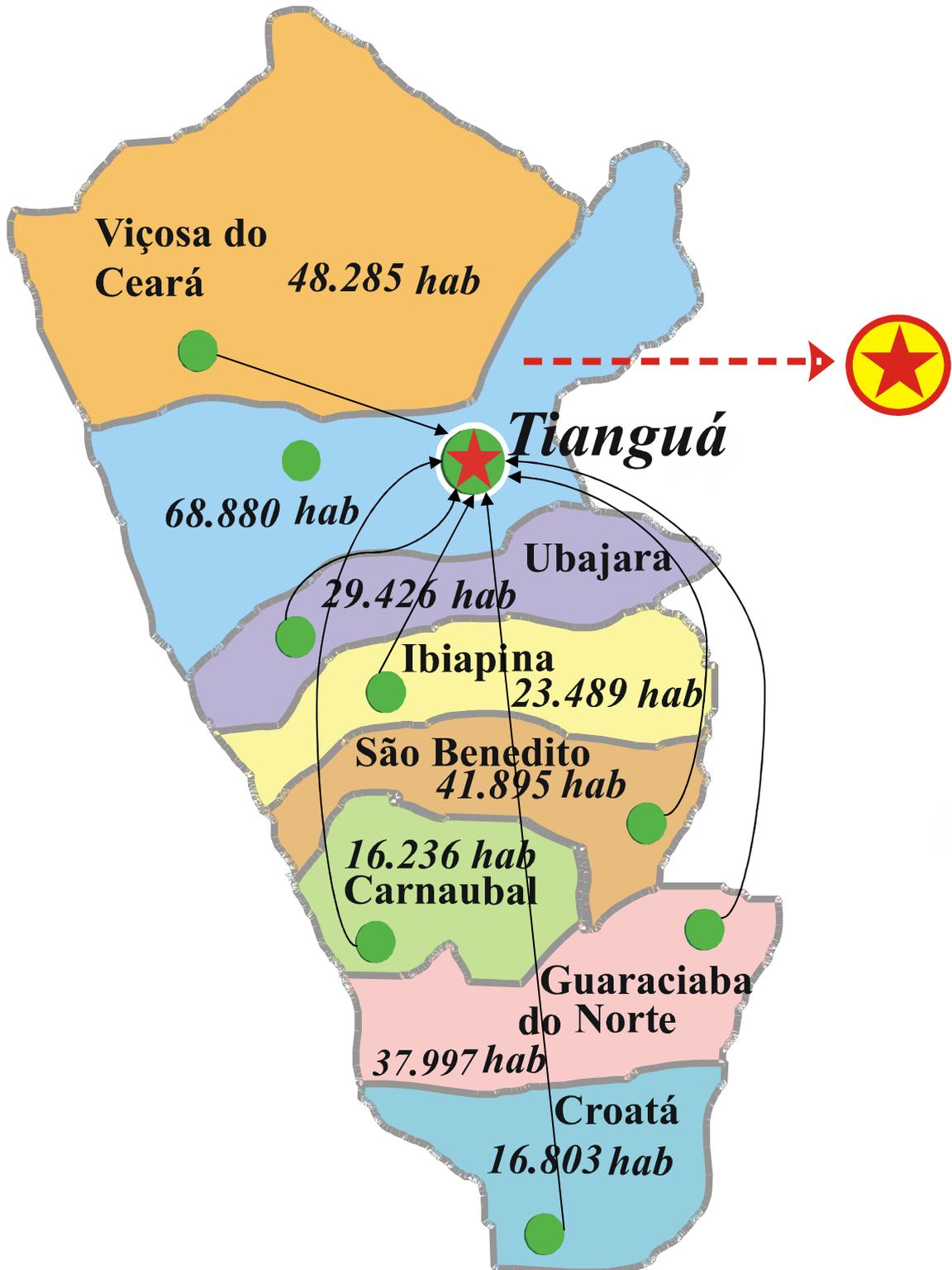
- c) Programação Pactuada e Integrada – PPI que expressa as responsabilidades do Estado e dos municípios para a assistência à saúde da população, organizada de modo regionalizado, hierarquizado e integrado, orientada pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado, segundo a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/2001 inicialmente e posteriormente pela NOAS/2002.

De acordo com o PDR da Microrregião da Ibiapaba ou Tianguá, o município de Tianguá (que já tinha um Hospital municipalizado em setembro de 2001 e recebia recursos para sua manutenção do Estado e do Município), por sua capacidade instalada, localização estratégica e recursos humanos e materiais existentes, foi selecionado para ser município módulo dele mesmo e município pólo de atendimento secundário, isto é, responsável na área ambulatorial e hospitalar pela assistência médica especializada em traumato-ortopedia, ginecologia e obstetrícia, pediatria e cirurgia geral, contando com recursos de diagnósticos de radiologia completa e serviços de hemoterapia (agência transfusional). O Hospital Maternidade Madalena Nunes de Tianguá, então municipal, passou a ter uma abrangência regional e receberia investimentos para custeio e ampliação de sua capacidade instalada para o atendimento preferencialmente à população proveniente dos Módulos Assistenciais da Microrregional de Saúde nas especialidades acima mencionadas.

Os municípios de Carnaubal e Guaraciaba do Norte foram selecionados como módulos assistenciais, cujos pacientes seriam encaminhados para Tianguá (atenção secundária nas especialidades previstas) e para as macrorregiões de Sobral e/ou Fortaleza (atenção terciária).

O mapa da região da Ibiapaba ilustra a organização do Sistema Microrregional de Saúde de Tianguá após o Processo de Regionalização da Assistência à Saúde, segundo a NOAS -01/2001 e 2002, onde os sete municípios da região são sedes de módulo e o município de Tianguá é sede de Pólo da atenção secundária, sendo portanto, município de referência nas clínicas: geral, cirúrgica, traumato-ortopédica, gineco-obstétrica e pediátrica, além de urgência e emergência.

Figura 1 – Regionalização da Assistência à Saúde na região da Ibiapaba – Ceará



 Sobral e/ou Fortaleza

 Pólo

 Módulo

Em 2003, a regionalização da assistência à saúde propiciou uma mudança no modelo de organização da atenção à saúde na medida em que os municípios da região, conforme a NOAS-01/2001, de forma regionalizada e hierarquizada, estabeleceram o Termo de Compromisso entre a secretaria estadual e os municípios para a organização da atenção básica em cada município e o ordenamento e garantia da assistência dos casos que necessitam ser transferidos para outras localidades através das centrais de regulação estadual, regionais e municipais que regulamentaram a referência e contra-referência de pacientes para níveis de maior complexidade. Apesar de todas essas mudanças, a reorganização da rede e sua expansão requerem um plano consistente de investimentos estratégicos em infra-estrutura, para a superação dos problemas detectados, sem o qual o esforço de desenhar a regionalização/hierarquização da rede de serviços terá sido infrutífero.

Os municípios deste estudo foram habilitados no novo tipo de gestão em 2003, segundo a NOAS-01/2002: o município de Carnaubal, habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada através da Portaria nº 1510/GM, de 5/08/2003 e os municípios de Guaraciaba do Norte e Tianguá na Gestão Plena do Sistema Municipal, através das Portarias Ministeriais nº 1680/GM, de 20/08/2003 e nº 1799/GM, de 12/09/2003, respectivamente.

Observou-se que na gestão descentralizada, as secretarias municipais de saúde, executoras das ações de saúde do sistema, passaram a ter maior projeção e desenvolveram sua capacidade gerencial em função de suas novas responsabilidades, numa tentativa de aproximar as ações e os serviços às necessidades de saúde da população.

4.2. Estrutura dos Serviços de Saúde

As informações referentes a estrutura foram levantadas utilizando-se dados relativos a rede ambulatorial e hospitalar nas várias fontes existentes – Secretaria de Saúde do Estado e secretarias municipais de saúde – principalmente através dos Relatórios de Gestão dos municípios estudados nos anos 1996 e 2005.

Tabela 3 – Disponibilidade de Recursos Físicos e Humanos para o SUS, nos municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.

MUNICÍPIOS	Carnaubal			Guaraciaba do Norte			Tianguá		
	1996	2005	TI*	1996	2005	TI*	1996	2005	TI*
Médicos / 1000 habitantes	0,1	0,5	400,0	0,1	0,3	200,0	0,2	0,6	200,0
Odontólogos / 1000 habitantes	0,6	0,2	-66,6	0,1	0,2	100,0	0,1	0,1	-
Enfermeiros /1000 habitantes	0,2	0,5	150,0	0,1	0,4	300,0	0,1	0,3	200,0
ACS ¹ + AE ² + TE ³ / 1000 hab	2,0	3,0	50,0	1,7	3,5	105,8	-	2,6	-
Leitos Hospitalares SUS / 1000 hab	2,3	0,9	-60,86	1,2	1,2	-	0,9	0,8	-11,11
Unidades Ambulat / 5000 hab	3,8	3,3	-13,15	2,3	1,8	-21,73	1,5	2,0	33,33

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde/ MS/ IBGE. 1: ACS = agente comunitário de saúde; 2: AE = Auxiliares e atendentes de enfermagem; 3: TE = Técnico de Enfermagem. * = Taxa de Incremento em %.

Na Tabela 3 observamos as informações referentes aos recursos humanos existentes e capacidade instalada nos municípios do estudo, nos anos 1996 e 2005, com exceção do município de Tianguá em que não foi possível resgatar a informação referente aos recursos humanos de nível médio no ano 1996.

Com relação a oferta de médicos por habitante/ano, observou-se que esta cobertura encontra-se bem abaixo da média nacional, que é 1,60 médicos/1000 habitantes, em todos os municípios estudados, apesar do incremento que ocorreu no ano de 2005 comparado ao ano de 1996.

Com relação aos odontólogos e enfermeiros, o parâmetro utilizado pelo Ministério da Saúde para a avaliação da cobertura é de um dentista para cada 1.500 a 5000 habitantes e observou-se uma oferta aquém da demanda; no município de Carnaubal este número de profissionais sofreu um decréscimo em 2005 em relação ao ano de 1996, enquanto que nos municípios de Guaraciaba do Norte e Tianguá, esta oferta se manteve a mesma nos dois anos pesquisados, em relação à sua população.

Observou-se um incremento de enfermeiros em todos os municípios no ano de 2005, quando comparado a 1996.

O pessoal de nível médio da área da saúde representado pelos agentes comunitários de saúde, auxiliares e atendentes de enfermagem e técnicos de enfermagem tiveram um aumento expressivo em todos os municípios do estudo, em relação ao ano de 1996, o que demonstra uma priorização das atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, atividades estas de baixa complexidade, constituindo dentro da Atenção Primária à Saúde, aqueles

procedimentos mais simples, como as ações de vigilância epidemiológica, imunizações e atos não médicos (AVEIANM).

O número de leitos por habitante/ano foi escolhido como indicador representativo da capacidade instalada, seja pela facilidade na obtenção da informação, seja porque o leito é um insumo assistencial crítico. O parâmetro utilizado para o cálculo das necessidades é de 2,18 leitos/1000 habitantes, segundo PT/MS nº 1101/02. Por este parâmetro, observou-se que há um déficit da oferta de leitos na região e praticamente não se alterou nos municípios de Guaraciaba e Tianguá, além de ser observado um decréscimo no município de Carnaubal no ano de 2005.

Analisando-se a taxa de unidades ambulatoriais SUS/ 5000 habitantes, observou-se que houve uma estabilização no número de unidades ambulatoriais de saúde nos municípios de Carnaubal e Guaraciaba do Norte e um incremento destas unidades no município de Tianguá. O que se observou na realidade, foi a transformação das unidades de saúde antes denominadas de centros e postos de saúde para uma nova reorganização territorial em torno de 1000 a 1500 famílias, chamadas unidades básicas de saúde da família, que foram reformadas e ampliadas para atender a um novo perfil da assistência em saúde.

4.3. Produção dos Serviços de Saúde

As informações relativas aos atendimentos ambulatoriais foram levantadas no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, na Secretaria Estadual da Saúde e os dados coletados referentes aos serviços produzidos, ou seja, os atendimentos ocorridos e informados pelos municípios.

Para o cálculo e análise das coberturas dos serviços produzidos foram utilizados os parâmetros da Portaria GM nº 1101/02 do Ministério da Saúde. Estes dados estão distribuídos na Tabela 4.

Tabela 4 – Serviços Produzidos nos Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.

Item de Programação por Ano	CARNAUBAL					GUARACIABA					TIANGUÁ				
	1996		2005		TI* (%)	1996		2005		TI* (%)	1996		2005		TI* (%)
	Nº	Cobert	Nº	Cobert		Nº	Cobert	Nº	Cobert		Nº	Cobert	Nº	Cobert	
1. AVEIANM	54287	3,75	72514	4,47	19,2	103836	3,20	144725	3,81	19	304778	6,48	231969	3,47	-46,4
2. Atendimento Médico (cons)	25484	1,76	30300	1,79	1,7	26.097	0,81	54888	1,34	65,4	72114	1,53	51892	0,78	-49
3. Atendimento Médico (proced.)	521	0,04	-	-		1.027	0,03	-	-		1691	0,04	-	-	
4. Ações exec out. prof. n. superior	-	-	21126	1,30		-	-	31033	0,82		-	-	51025	0,76	
5. Atendimento Odontológico	5281	0,37	47973	2,38	543,2	25911	0,80	88912	2,34	192,5	20044	0,43	81848	1,22	183,7
6. Proc. básicos em vig. Sanitária	-	-	1143	0,07		-	-	392	0,01		-	-	1723	0,03	
7. Proc. Espec. rea. Méd.out. n.superior	-	-	16706	1,18		-	-	26819	0,71		-	-	40434	0,97	
8. Cirurgias ambul. Especializadas	-	-	729	0,04		-	-	489	0,01		-	-	2974	0,04	
9. Proc. Traumatológico	-	-	30	0,00		-	-	338	0,01		-	-	883	0,01	
10. Ações espec. em odontologia	-	-	1008	0,02		-	-	1.890	0,05		-	-	-	-	
11. Patologia Clínica	5587	0,39	25991	1,60	310,2	23838	1,09	32703	0,86	-21,1	78356	1,67	56649	0,85	-49,1
12. Radiodiagnóstico	-	-	1728	0,11		510	0,02	2917	0,08	300	9802	0,21	8426	0,14	-33,3
13. Ultra-sonografia	-	-	738	0,05		-	-	1284	0,03		-	-	892	0,01	
14. Out. exames espec / Diagnose	-	-	264	0,02		-	-	128	0,00		518	0,01	6172	0,09	800
15. Fisioterapia	-	-	-	1		6743	0,16	10.530	0,28	75	36776	0,78	24723	0,37	-52,5

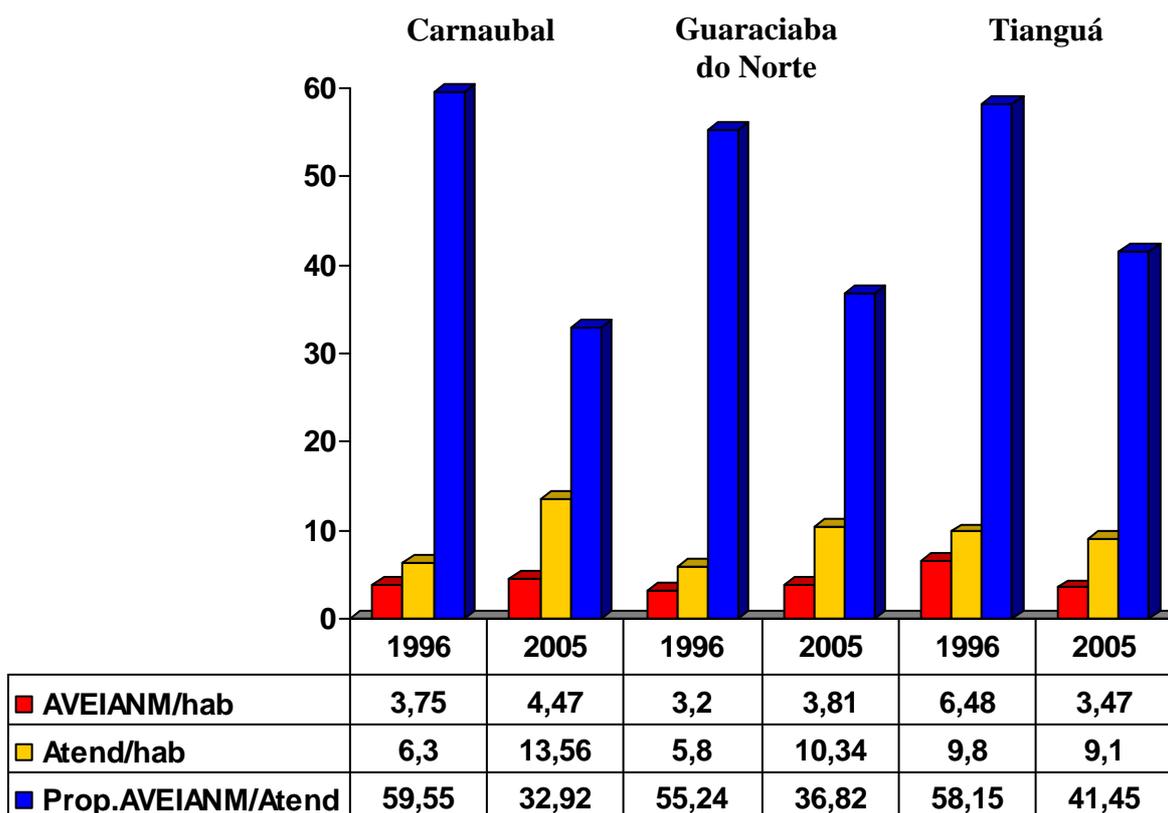
Fonte: SESA/APC/GT SIA/ SUS, 2005. * = Taxa de Incremento em %.

4.3.1. Atendimentos ambulatoriais

Com relação ao grupo de atendimentos rotulados de “Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunizações e Atos Não Médicos” (AVEIANM), realizados no ano de 1996, nos três municípios estudados, observa-se que estes atendimentos compuseram em média 59,55% em Carnaubal, 55,24 % em Guaraciaba do Norte e 58,15 % em Tianguá, de todos os atendimentos ambulatoriais realizados pelo SUS. Os municípios de Carnaubal e Guaraciaba executaram atendimentos ambulatoriais dentro da média de cobertura preconizado pela PT/MS 1101/02, cuja média é de 3 a 4 atendimentos habitante / ano, à exceção do município de Tianguá, que teve uma cobertura de 6,48 habitantes /ano, representando o dobro de atendimentos realizados pelos dois outros municípios. Os elevados percentuais de AVEIANM

em relação ao total de atendimentos ambulatoriais refletem uma estrutura de serviços ambulatoriais de baixa complexidade.

Figura 2 - Percentual de AVEIANM/hab, Atendimentos Ambulatoriais/hab e Proporção AVEIANM/Atendimento Ambulatorial, por município e por ano. Municípios da Ibiapaba - Ce, 1996 e 2005.



Fonte: SIA/SUS - SESA - CE, 2005

No ano 2005, apesar do incremento observado no número de atendimentos por habitante nos municípios, estes representaram um decréscimo nos atendimentos em relação a todos os outros procedimentos executados: Carnaubal com 4,47 atend/hab/ano, correspondendo a 32,92 %, Guaraciaba do Norte com 3,81 atend/hab/ano, correspondendo a 36,82 %, e Tianguá com 3,47 atend/hab/ano, equivalente a 41,45%, denotando, portanto, uma redução da cobertura de atendimentos ambulatoriais por habitante/ano em relação ao ano de 1996. O decréscimo observado na proporção AVEIANM/Atendimento é provavelmente resultado da incorporação de outros procedimentos mais complexos em nível ambulatorial nos municípios.

Tabela 5 – Volume de Atendimentos Ambulatoriais: Percentual de AVEIANM (1), Assistência Médica e Odontológica (2) e Complementação Diagnóstica e Terapêutica de Média e Alta Complexidade (3), Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.**

Ano/Atendimentos Ambulat. Municípios	1996			2005					
	1	2	3	1	TI*	2	TI*	3	TI*
Carnaubal	59,55	33,74	6,12	32,92	-44,71	35,53	5,30	21,40	249,6
Guaraciaba	55,24	27,66	16,54	36,82	-33,34	36,58	32,24	12,79	-22,67
Tianguá	58,15	17,58	23,93	41,45	-28,71	23,89	35,89	17,99	-24,82

Fonte: SESA/APC/GT SAI/ SUS, 2005. ** A soma das percentagens nem sempre atingiu 100,0%, porque alguns itens da programação não se enquadram na classificação utilizada. * Taxa de Incremento em %.

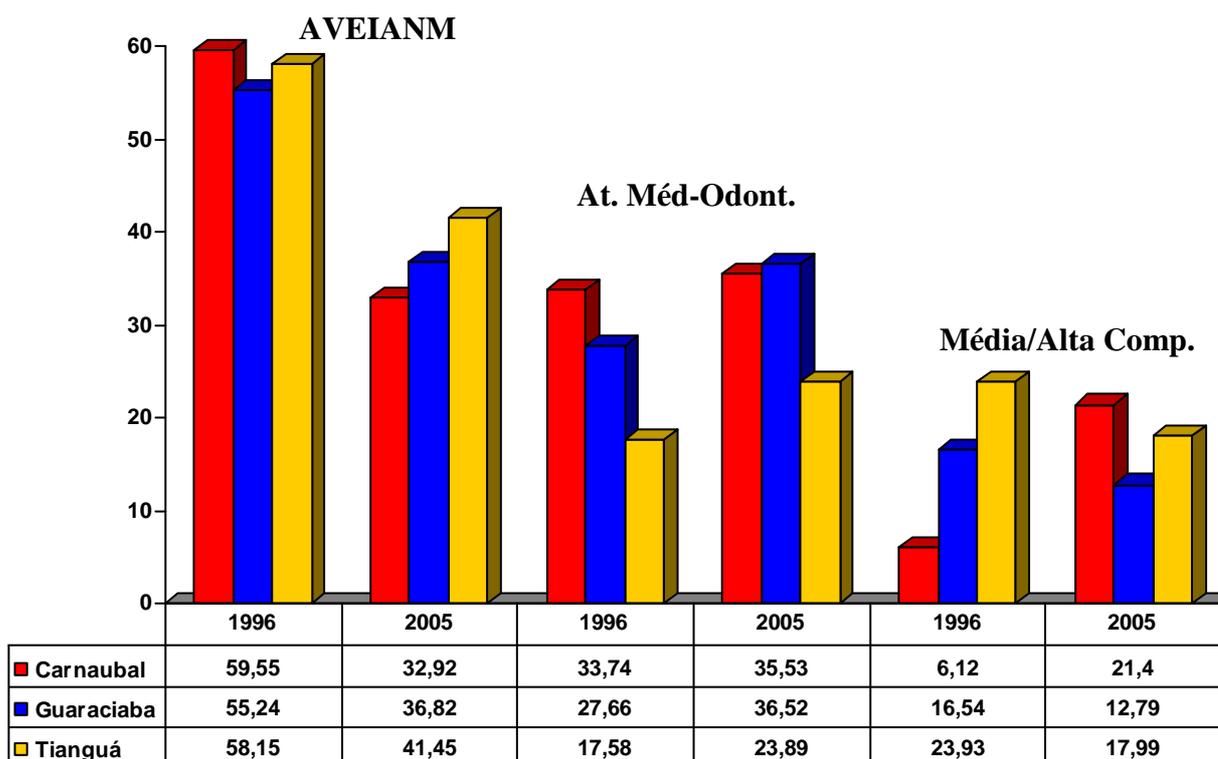
A Tabela 5 demonstra o percentual do volume de atendimentos ambulatoriais produzidos e apresentados nos três municípios nos anos 1996 e 2005, onde são apresentados os dados de AVEIANM, a agregação dos dados de assistência médica e odontológica e dos dados de procedimentos de média e alta complexidade (cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, radiodiagnóstico, exames ultra-sonográficos e diagnose).

Ao se analisar a distribuição proporcional dos atendimentos ambulatoriais, desagregados em AVEIANM, assistência médico-odontológica e complementação diagnóstica e terapêutica de média e alta complexidade, observa-se que:

- a) No ano de 1996 há uma preponderância de atendimentos ambulatoriais sobre todos os outros atendimentos, principalmente quando se somam os AVEIANM e os atendimentos referentes a assistência médico-odontológica, chegando a 93,29% em Carnaubal, 82,90% em Guaraciaba do Norte e a 75,73% em Tianguá. Uma concentração de atendimentos ambulatoriais de baixa complexidade em mais de 83%, o que aponta para sistemas de saúde pouco complexos e priorização da atenção básica.
- b) No ano 2005, houve um aumento proporcional no número de consultas médicas e odontológicas, reduzindo-se os AVEIANM e os atendimentos de maior complexidade aumentaram no município de Carnaubal e reduziram-se nos municípios de Guaraciaba do Norte e Tianguá. De qualquer forma, os atendimentos básicos (AVEIANM e assistência médico-odontológica) demonstraram um decréscimo, mas ainda representam 69% de todos os outros atendimentos e um maior incremento de procedimentos de média e alta complexidade e de outras atividades antes inexistentes nos municípios, como ações básicas em vigilância sanitária, radiodiagnóstico, cirurgias ambulatoriais

especializadas, exames ultra-sonográficos, procedimentos traumato-ortopédicos, atendimentos especializados em odontologia, etc, o que denota uma tendência, ainda de forma discreta, de incremento da complexidade da assistência ambulatorial.

Figura 3 – Percentual de Atendimentos Ambulatoriais: AVEIANM, Assistência Médico-Odontológica e Procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial – Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.



Fonte: SIA/SUS - SESA - Ce. 2005

4.3.2. Internações Hospitalares

A assistência hospitalar oferecida nos municípios da Ibiapaba é eminentemente de caráter público, indicando que o Estado é o maior financiador e fornecedor da assistência hospitalar. Não existiu nos três municípios em estudo, assistência médica privada, a exceção do município de Carnaubal que no ano de 1996, tinha somente um Hospital Filantrópico responsável pela assistência hospitalar do município. No ano de 1997, foi construído um hospital público municipal e, em 2005 somente prestava atendimentos aos usuários do SUS, o hospital público, pois o hospital privado já havia sido desativado.

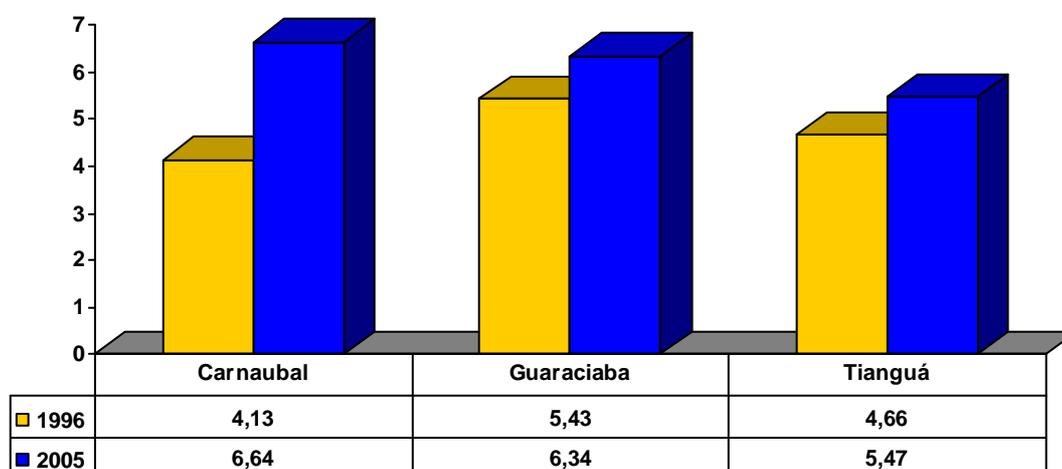
Tabela 6 – Internações hospitalares por 100 habitantes (I/h), Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005

Municípios	Ano	1996		2005		TI* (%)
		Número de internações	Internações por 100 hab	Número de internações	Internações por 100 hab	
CARNAUBAL		663	4,13	1079	6,64	162,0
GUARACIABA		2037	5,43	2411	6,34	16,75
TIANGUÁ		3046	2,9	3664	5,05	74,13

Fonte: SIH/SUS/DATASUS/MS, 2005. * Taxa de Incremento

No que tange às internações, observou-se um aumento no número de internações no ano 2005 em relação ao ano 1996, como também no número de internações/habitante/ano. O município de Carnaubal apresentou maior incremento no número de internações no ano 2005 em relação ao ano de 1996. O número de internações por habitante/ano mostrou – se nos anos 1996 e 2005 nos municípios estudados, inferior ao parâmetro do Ministério da Saúde, cujo número médio de internações preconizadas seria de 9,0 por 100 habitantes/ano (BRASIL,1995).

Figura 4 - Internações por 100/habitante/Ano, Municípios da Ibiapaba - Ce, 1996 e 2005.



Fonte: SIH/SUS/DATASUS/MS. 2005.

Em relação ainda às internações hospitalares, foi realizado também o levantamento de dados referentes à morbidade hospitalar, nos anos 1996 e 2005, através do SIH/SUS, que permitiu a consolidação dos agravos pelos capítulos da Classificação Internacional de Doenças – CID, 9^o e 10^o revisões (CID-9 foi utilizado no ano 1996 e o CID-10 no ano 2005).

As sete principais causas de internações observadas nos municípios do estudo, segundo sua frequência foram: gravidez, parto e puerpério (Cap. XI - CID-9 e Cap. XV -

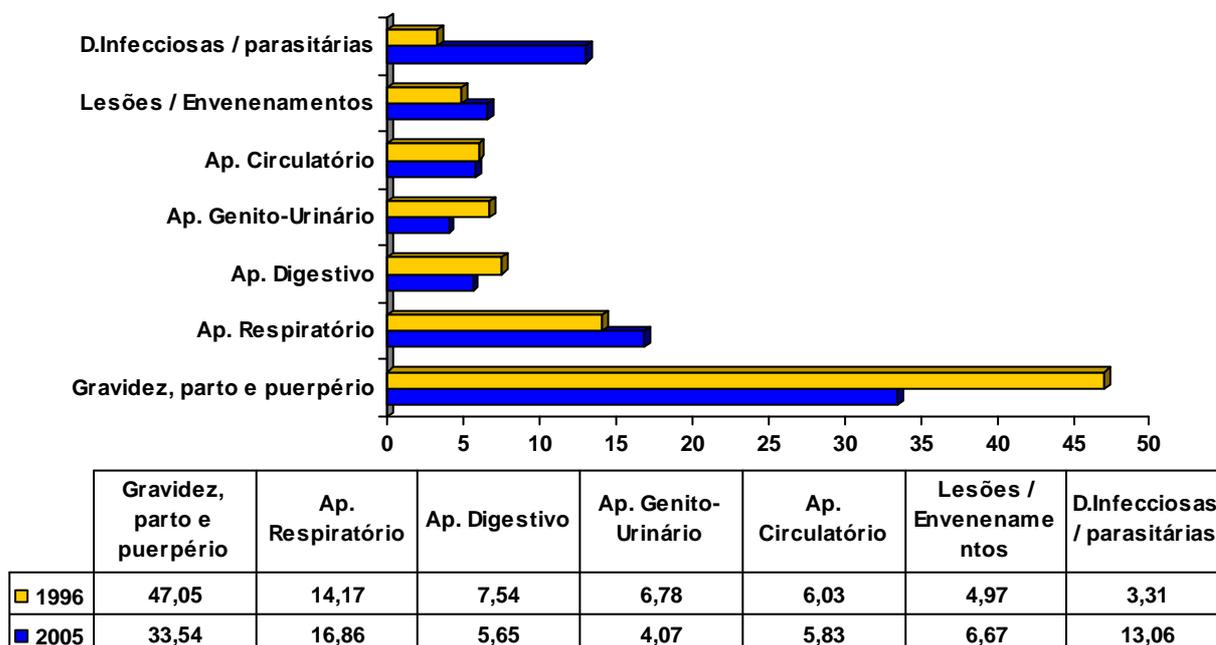
CID-10), doenças do aparelho respiratório (Cap. VIII do CID-9 e Cap. X – CID-10), doenças do aparelho digestivo (Cap.IX – CID-9 e Cap.XI – CID-10), doenças do aparelho genito-urinário (Cap.X – CID-9 e Cap.XIV – CID-10), doenças do aparelho circulatório (Cap.VII – CID-9 e Cap.IX – CID-10), doenças infecciosas e parasitárias (Cap. I CID 9 e 10) e lesões e envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (Cap.XVII – CID-9 e Cap. XIX – CID-10).

Estas causas de internações somadas, representaram os seguintes percentuais sobre o total de internações no ano 1996: no município de Carnaubal, 88,27%, em Guaraciaba do Norte, 89,24% e em Tianguá, 89,87%. Em 2005: Carnaubal (85,71%), Guaraciaba do Norte (85,18%) e Tianguá (88,23%).

Foram selecionadas as principais causas de internações nos municípios por ordem de frequência:

- a) No município de Carnaubal em 1996 as cinco principais causas de internações mais frequentes somadas representaram 81,59% de todas as internações (gravidez, parto e puerpério (47,05%), doenças do aparelho respiratório (14,17%), doenças do aparelho digestivo (7,54%), doenças do aparelho genito-urinário (6,78%) e doenças do aparelho circulatório (6,03%); já no ano 2005, as cinco primeiras causas de internações somaram 75,99% de todas as internações, representadas por gravidez, parto e puerpério (33,54%), doenças do aparelho respiratório (16,86%), doenças infecciosas e parasitárias (13,06%), lesões e envenenamentos e algumas consequências de causas externas (6,67%) e doenças do aparelho circulatório (5,83%). As duas primeiras causas de internamentos permaneceram as mesmas e mais frequentes nos anos de 1996 e 2005, mas no ano 2005, teve um aumento da morbidade pelas doenças infecciosas e parasitárias e por lesões e envenenamentos e outras causas externas e as doenças do aparelho circulatório passaram a representar a quinta causa de internação por ordem de frequência. observou-se uma redução das causas de internações por doenças do aparelho genito-urinário, representando 4,07% das internações, a sexta causa de internação.

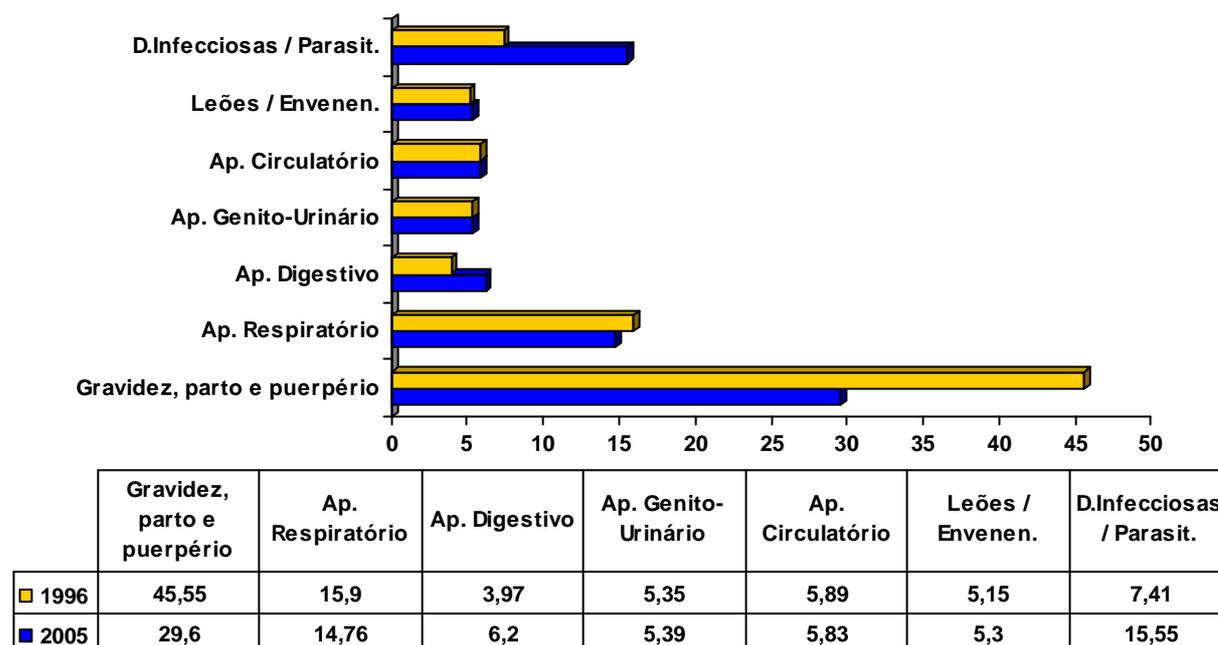
Figura 5 - Principais Causas de Internações segundo CID-9 e CID-10, no município de Carnaubal - Ce, 1996 e 2005.



Fonte: SIH/SUS/DATASUS/MS, 2005

- b) No município de Guaraciaba do Norte, as cinco principais causas de internações mais frequentes somadas representaram 79,92% e 74,49%, nos anos de 1996 e 2005, respectivamente, de todas as internações ocorridas. As cinco causas de internações em 1996 foram: gravidez, parto e puerpério (45,55%), doenças do aparelho respiratório (15,90%), doenças infecciosas e parasitárias (7,41%) e doenças do aparelho circulatório (5,89%) e lesões e envenenamentos (5,15%). No ano 2005, estas causas foram representadas por: gravidez, parto e puerpério (29,69%), doenças infecciosas e parasitárias (15,55%), doenças do aparelho respiratório (14,76%), doenças do aparelho circulatório (8,20%) e doenças do aparelho digestivo (6,2%). Observou-se uma redução das internações por doenças do aparelho genito-urinário (que representaram 5,39% no ano 2005, sexta causa de internamento em comparação com o ano de 1996 – segunda causa de internação) e por lesões e envenenamentos. Observou-se também um incremento das doenças parasitárias e infecciosas e das doenças do aparelho digestivo.

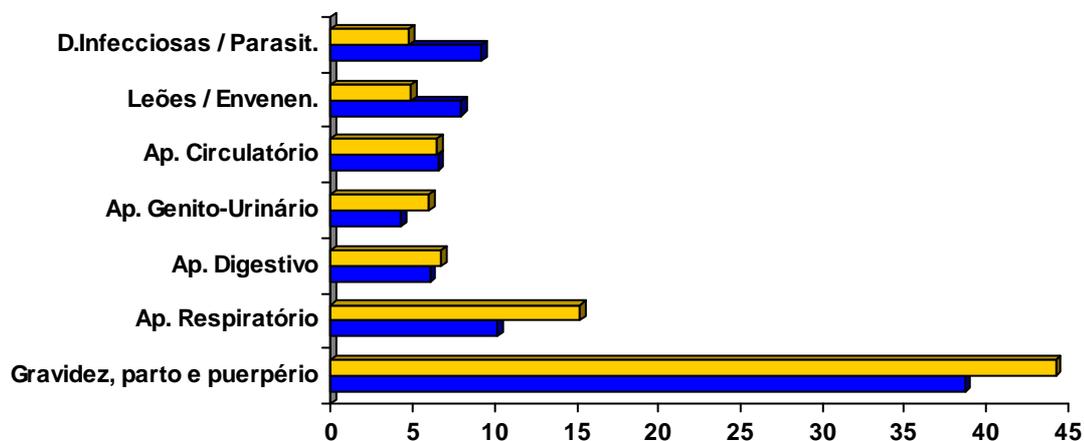
Figura 6 - Principais Causas de Internações segundo CID-9 e CID-10, Guaraciaba do Norte - Ce, 1996 e 2005.



Fonte: SIH/SUS/DATASUS/MS, 2005.

- c) No município de Tianguá, as cinco principais causas de internações mais frequentes somadas representaram 77,50% e 72,57%, nos anos de 1996 e 2005, respectivamente, de todas as internações ocorridas. As cinco causas de internações em 1996 foram: gravidez, parto e puerpério (44,22%), doenças do aparelho respiratório (15,20%), doenças do aparelho digestivo (6,76%), doenças do aparelho circulatório (6,46%) e lesões e envenenamentos (4,89%). No ano 2005, estas causas foram representadas por: gravidez, parto e puerpério (38,70%), doenças do aparelho respiratório (10,20%), doenças infecciosas e parasitárias (9,19%), lesões e envenenamentos (7,91%) e doenças do aparelho circulatório (6,55%). Observou-se que as duas maiores causas de internações foram as mesmas nos anos 1996 e 2005 e, em 2005 houve um aumento de internações por doenças infecciosas e parasitárias e por lesões e envenenamentos.

Figura 7 - Principais Causas de Internações segundo CID-9 e CID-10, Tianguá-Ce, 1996 e 2005



	Gravidez, parto e puerpério	Ap. Respiratório	Ap. Digestivo	Ap. Genito-Urinário	Ap. Circulatório	Leões / Envenen.	D.Infecciosas / Parasit.
■ 1996	44,22	15,2	6,76	5,97	6,46	4,89	4,76
■ 2005	38,7	10,2	6,05	4,25	6,55	7,91	9,19

Fonte: SIH/SUS/DATASUS/MS,2005.

4.3.3. Cobertura vacinal

o ano de 1996, eram aplicadas somente as vacinas BCG ao nascimento, sabin, tríplice bacteriana (DPT) e anti-sarampo. As vacinas para hepatite B e a tetravalente utilizada em substituição à DPT, foram introduzidas posteriormente. Observa-se então, que não consta no ano de 2005 as vacinas DPT e anti-sarampo, esta última substituída pela triviral.

Tabela 7 - Número e Percentual de Vacinas Aplicadas nos Municípios da Ibiapaba-Ce, nos anos 1996 e 2005.

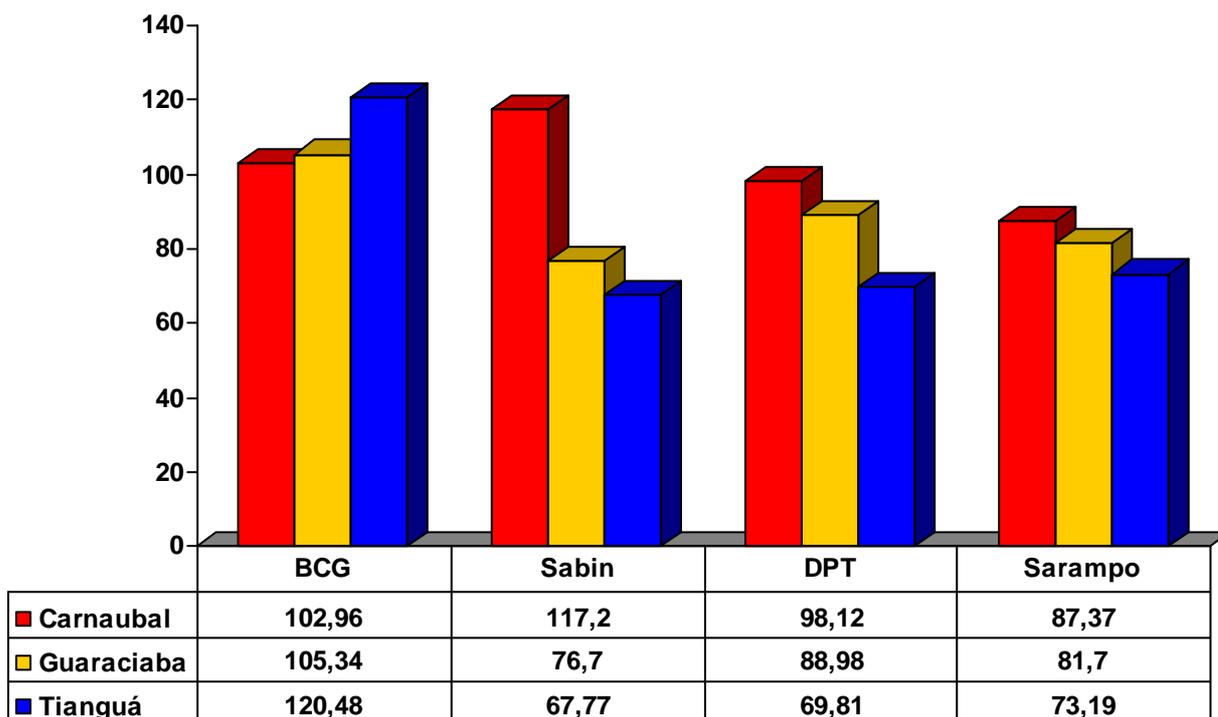
VACINA APLICADA	CARNAUBAL				GUARACIABA				TIANGUÁ			
	1996		2005		1996		2005		1996		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sabin	523	117,20	361	103,16	784	76,70	835	82,23	1345	67,77	1345	79,59
DPT	420	98,12	-	-	900	88,98	-	-	-	69,81	-	-
Sarampo	396	87,37	-	-	963	81,70	-	-	-	73,19	-	-
BCG	619	102,96	331	91,38	1088	105,34	736	72,26	1343	120,48	1343	79,47
Hepatite B	-	-	589	97,13	-	-	1193	81,05	1356	-	1356	80,24
Tetravalente (DPT/Hib)	-	-	360	103,16	-	-	833	82,03	1362	-	1362	80,59

Fonte: SIS-PNI- Secretarias Municipais de Saúde / SESA / Ce, 2005. (Obs.: (-) Vacina não realizada no período)

Ao analisar a Tabela 7, observa-se que: no ano de 1996, o município de Carnaubal atingiu boas coberturas vacinais, isto é, acima de 95%, nas vacinas Sabin, DPT e BCG e os municípios de Guaraciaba do Norte e Tianguá só atingiram a cobertura acima de 95% na vacina BCG. Em 2005, Carnaubal continuou com boas coberturas vacinas atingindo acima de 95% nas vacinas Sabin, Hepatite B e Tetravalente; Guaraciaba do Norte e Tianguá tiveram em todas as vacinas, coberturas em torno de 80%.

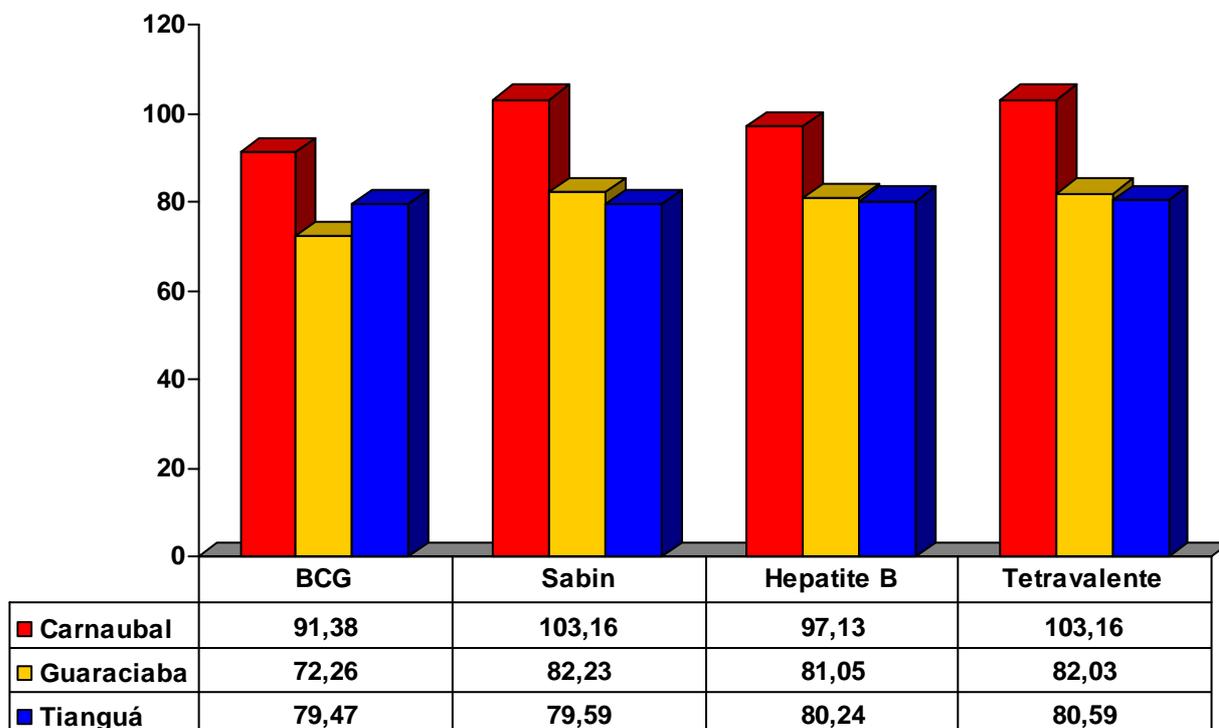
As figuras 8 e 9 demonstram o desempenho dos três municípios referente a cobertura vacinal, nos anos 1996 e 2005, respectivamente. Pode-se observar as baixas coberturas vacinais dos municípios de Guaraciaba do Norte e Tianguá.

Figura 8 - Vacinação nos três municípios da Ibiapaba - Ce, 1996.



Fonte: SIS/PNI,1996..

Figura 9 - Vacinação nos três municípios da Ibiapaba - Ce, 2005.



Fonte: PNI/MS, 2005.

4.4. Indicadores de Saúde baseados no SIM e SINASC

Os Sistemas de Informação em Saúde – SIM e SINASC – foram utilizados para buscar através da análise dos dados disponíveis, elementos de organização e produção dos serviços de saúde de forma a permitir comparar as diferentes realidades municipais nos anos estudados e assim fornecer subsídios para a avaliação.

Do SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade foram construídos os seguintes indicadores: coeficiente de mortalidade infantil e mortalidade proporcional por causa e do SINASC – sistema de informação sobre nascidos vivos, avaliar o baixo peso ao nascer, o pré-natal, gravidez em mulheres com menos de 20 anos, e o percentual de partos domiciliares e cirúrgicos.

4.4.1. Mortalidade Infantil

O coeficiente de mortalidade infantil não é um indicador de produção de serviços e sim um indicador de saúde que reflete as mudanças em uma realidade complexa, ou seja, o desenvolvimento de estruturas, as quais permitem processos, que viabilizam resultados.

Tabela 8 - Número de óbitos em crianças menores de 1 ano, Número de Nascidos Vivos e Taxa de Mortalidade Infantil / 1000 Nascidos Vivos, Municípios da Ibiapaba - Ce, 1996 e 2005.

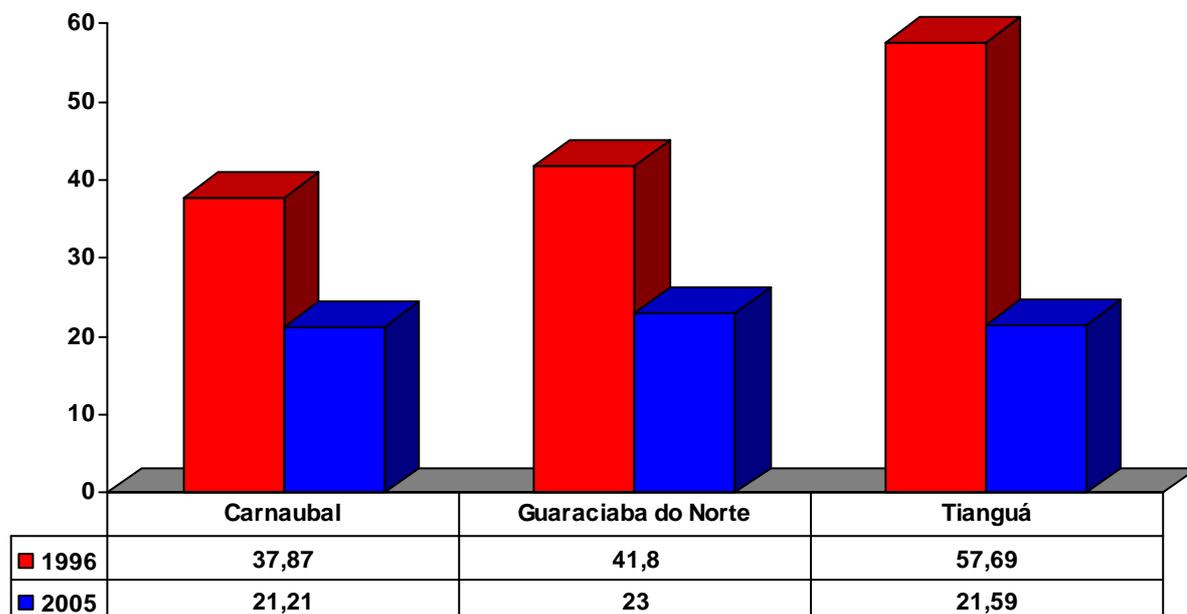
Municípios / Ano	Carnaubal			Guaraciaba			Tianguá		
	1996	2005	*TI	1996	2005	*TI	1996	2005	*TI
Número de óbitos < 1 ano	10	07	-30,0	26	17	-34,61	66	30	-54,54
Número de Nascidos Vivos	264	330	25,0	622	739	18,81	1144	1389	21,41
Taxa de Mort. Infantil/1000NV	37,8	21,2	-43,91	41,8	23,0	-44,97	57,7	21,59	-62,58

Fonte: SIM/SINASC, 2005. * = Taxa de Incremento em %.

As taxas de mortalidade infantil (TMI) de Carnaubal e Guaraciaba não são muito fidedignas, tendo em vista o pequeno número de nascidos vivos ser inferior a 1000 nos anos estudados.

Observou-se uma redução importante nas taxas de mortalidade infantil nos municípios estudados, no período de 10 anos, 1996 a 2005, denotando uma melhoria da situação de saúde da população e refletindo uma melhor qualidade de vida.

Figura 10 - Taxa de Mortalidade Infantil / 1000 Nascidos Vivos Municípios da Ibiapaba - Ce, 1996 e 2005.



Fonte: SINASC / DATASUS/2005.

4.4.1.1. Taxas de mortalidade neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal

A taxa de mortalidade infantil é um dos melhores indicadores de situação de saúde e condições de vida e pode ser desdobrado em taxa de mortalidade neonatal precoce, óbitos ocorridos de 0 a 7 dias de vida, neonatal tardia, cujos óbitos ocorrem de 8 a 28 dias, influenciado pela presença de alguns efeitos do parto e também pela presença de infecções e a taxa de mortalidade pós-neonatal, cujos óbitos ocorrem no período de 29 a 364 dias, sensível às condições do meio-ambiente onde a criança se desenvolve.

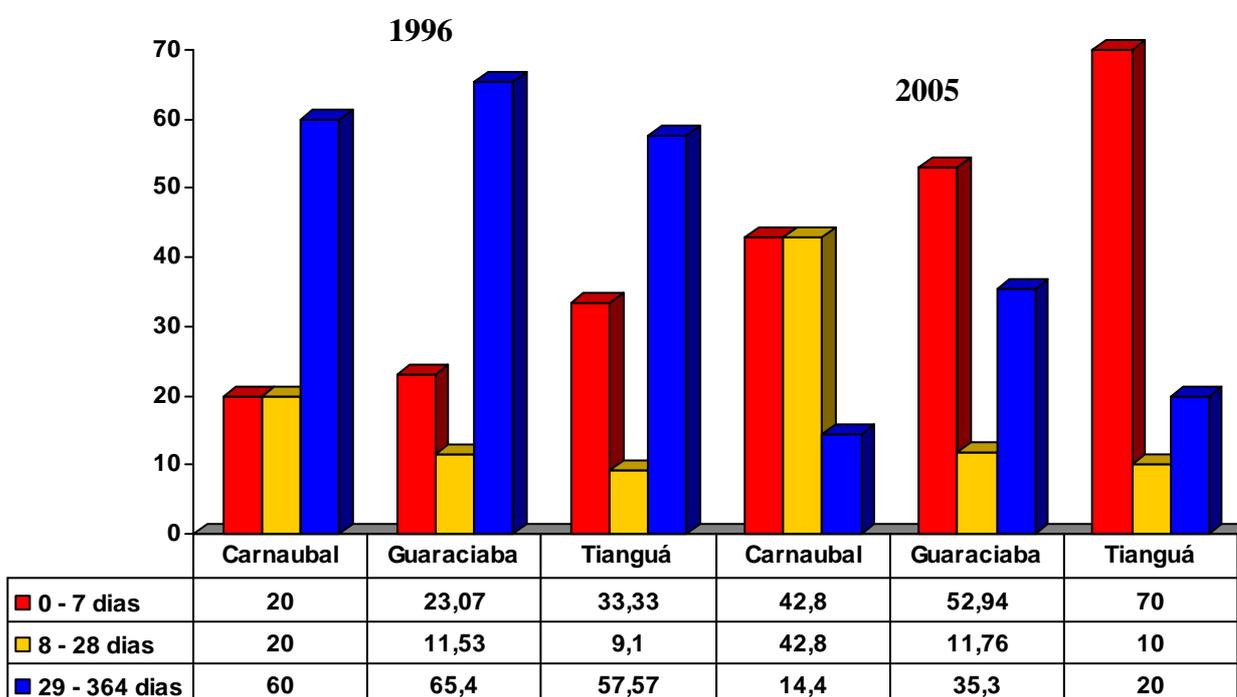
Ao analisar a Tabela 9, verificou-se um aumento da Taxa de Mortalidade Neonatal nos municípios de Carnaubal (16,72%), Guaraciaba do Norte (20,78%) e Tianguá (21,42%) no ano 2005. Com relação à taxa de mortalidade neonatal tardia, constatou-se um aumento de 53,27% em Carnaubal e de 9,0% em Tianguá. Já em Guaraciaba do Norte esta taxa permaneceu praticamente inalterada. A taxa de mortalidade pós-neonatal apresentou uma redução importante em todos os municípios: 86,66%, 84,25% e 87,01%, em Carnaubal, Guaraciaba do Norte e Tianguá, respectivamente.

Tabela 9 – Evolução do Número dos Óbitos Neonatais Precoces e Tardios e Pós-Neonatais, Número de Nascidos Vivos, Taxas de Mortalidade Neonatal Precoce, Neonatal Tardia e Pós-Neonatal, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.

Municípios / Ano	Carnaubal			Guaraciaba			Tianguá		
	1996	2005	*TI	1996	2005	*TI	1996	2005	*TI
Número de óbitos de 0 a 7 dias	2	3	50,0	6	9	-50,0	22	21	-4,54
Número de óbitos 8 a 28 dias	2	3	50,0	3	2	-33,33	6	3	-50,0
Número de óbitos 29 dias a 364 dias	6	1	-83,33	17	6	-64,70	38	6	-84,21
Número de Nascidos Vivos	264	330	25,0	622	739	18,81	1144	1389	21,41
Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce*	7,57	9,09	20,79	9,64	12,17	26,24	19,23	15,11	-21,42
Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia*	7,57	9,09	20,79	4,82	2,70	-43,98	5,24	2,15	-58,96
Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal*	22,72	3,03	-86,66	51,51	8,11	-84,25	33,20	4,31	-87,01

Fonte: SIM/SINASC, 2005. * Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce, Neonatal Tardia e Pós-Neonatal/1000 Nascidos Vivos. Fonte: SIM/SINASC, 2005. * = Taxa de Incremento em %.

Figura 11 – Evolução da Proporção dos Óbitos Neonatais Precoces, Neonatais Tardios e Pós-neonatais – Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.



Fonte: SIM/SINASC, 2005.

4.4.2 Mortalidade Proporcional por Doenças Diarréicas em Crianças Menores de 5 anos

Este indicador depende da morbidade por essa doença neste grupo etário, da gravidade desses casos e das condições de tratamento disponíveis. Trata-se, portanto, de uma medida relativa que aponta para a importância da doença diarréica, no total de óbitos registrados em menores de cinco anos.

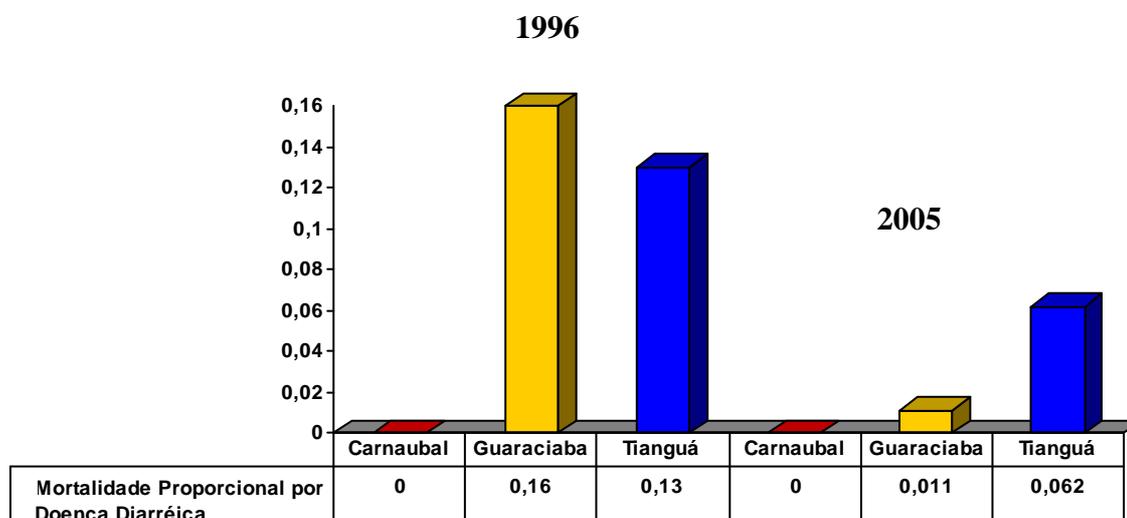
Na Tabela 10, observamos a inexistência de óbitos em crianças menores de 5 anos por doenças diarréicas no município de Carnaubal nos anos de 1996 e 2005. Nos municípios de Guaraciaba do Norte e Tianguá, observou-se uma redução do número de óbitos por doenças diarréicas no ano 2005 quando comparado ao ano de 1996, em torno de 57,14% e 88,8%, respectivamente. Isto evidenciou uma queda correspondente no coeficiente de mortalidade proporcional por doença diarréica, nos dois últimos municípios citados.

Tabela 10 – Número de Óbitos em Crianças Menores de 5 Anos por Doenças Diarréicas, Número de Crianças Menores de 5 Anos e Mortalidade Proporcional por Doenças Diarréicas em Crianças Menores de 5 Anos – Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.

Município /Ano	CARNAUBAL			GUARACIABA			TIANGUÁ		
	1996	2005	*TI	1996	2005	*TI	1996	2005	*TI
Número de óbitos em crianças menores de 5 anos por Doença Diarréica	0	0	-	7	3	-57,14	9	1	-88,88
Número de Crianças menores de 5 anos	1949	1957	0,41	4229	4805	13,62	6481	8437	30,18
Coefficiente de Mortalidade Proporcional por Doença Diarréica	0	0	-	0,16	0,062	-61,25	0,13	0,011	-91,53

Fonte: SIM / IBGE, 2005. * = Taxa de Incremento.

Figura 12 - Mortalidade Proporcional por Doenças Diarréicas em Crianças Menores de 5 Anos - Municípios da Ibiapaba - Ce, 1996 e 2005.



Fonte: SIM / IBGE, 2005

4.4.3. Mortalidade proporcional por causa.

Tabela 11 – Mortalidade Proporcional por Causa (em %), Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.

Causas	Municípios			Guaraciaba do Norte			Tianguá		
	Carnaubal	2005	*TI	1996	2005	*TI	1996	2005	*TI
D. Infecciosas e Parasitárias	3,70	-	-	9,15	8,41	-8,08	8,50	-	-
Neoplasias	4,93	14,44	192,9	10,56	14,95	41,57	5,5	9,60	74,54
D. Endócrinas Nut. Metabólicas	-	6,66	-	3,53	-	-	-	5,49	-
D. Aparelho Circulatório	6,17	28,88	368,07	16,19	33,64	107,78	11,50	18,95	64,78
D. Aparelho Respiratório	-	10,0	-	-	6,5	-	10,50	-	-
D. Aparelho Digestivo	4,93	8,88	395,0	-	-	-	-	-	-
Afecções Perinatais	2,46	6,66	420,0	5,63	-	-	13,0	5,76	55,69
Causas Externas	-	6,66	-	-	9,34	-	-	14,5	-

Fonte: SIM/DATASUS, 2005. *= Taxa de Incremento em %.

A Tabela 11 demonstra a distribuição, nos três municípios estudados, da mortalidade proporcional pelos cinco grupos mais frequentes de agravos, segundo os capítulos da CID-10. Optou-se pelo estudo destes cinco agravos, por eles representarem a grande parcela de óbitos com causas definidas e os óbitos utilizados foram os de residência.

Os agravos em questão: doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo afecções perinatais e causas externas, foram em conjunto responsáveis, no ano 1996, por respectivamente 22,19%, 45,6% e 49,0%, por todos os óbitos com causas definidas ocorridos nos municípios de Carnaubal, Guaraciaba do Norte e Tianguá.

No ano 2005 estas causas de óbitos por causas definidas sofreram um aumento e representaram: em Carnaubal (68,86%), em Guaraciaba do Norte (72,84%) e em Tianguá (54,33%). Isto pode representar uma melhora na notificação dos óbitos, que será comprovado mais adiante sobre a redução dos óbitos por causas mal definidas.

No município de Carnaubal, observou-se uma redução no número de doenças infecciosas e parasitárias e um aumento das doenças do aparelho respiratório, neoplasias, doenças do aparelho digestivo e afecções perinatais, que juntamente com outro grupo de agravos como as doenças das glândulas endócrinas, nutricionais e metabólicas e causas externas, compuseram cada 6,66%, cada (quinta causa mais comum).

Guaraciaba do Norte apresentou também uma redução no número de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias e um aumento de outros agravos como: neoplasias, doenças do aparelho circulatório e respiratório e por causas externas.

O município de Tianguá apresentou redução dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho respiratório e um aumento do percentual de óbitos por agravos como: neoplasias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças aparelho circulatório, afecções perinatais e causas externas.

Foi constatado de uma maneira geral nos três municípios, uma redução dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias e um aumento dos óbitos por neoplasias e doenças do aparelho circulatório.

4.5. Indicadores de Saúde baseados no SINASC

O SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos permite a análise dos nascidos vivos e a obtenção de um perfil epidemiológico de acordo com variáveis importantes como: idade da mãe, sexo do recém-nascido, peso ao nascer, duração da gestação, grau de instrução da mãe, índice de Apgar, tipo de parto, estabelecimento onde ocorreu o parto e município de origem da mãe.

Os dados levantados por este sistema de informação para este estudo foram: Cobertura de pré-natal, baixo peso ao nascer, taxa de cesareana, local de ocorrência do parto e gravidez em mulheres menores de vinte anos (Tabela 12).

Tabela 12 - Percentual de Cobertura de Pré-natal, Baixo Peso ao Nascer, Partos Cirúrgicos e Domiciliares e Gravidez em Mulheres menores de 20 anos, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.

Municípios / Ano Indicadores	CARNAUBAL			GUARACIABA			TIANGUÁ		
	1996	2005	*TI	1996	2005	*TI	1996	2005	*TI
Cobertura de Pré-natal	21,96	55,45	152,50	24,43	35,85	59,02	23,68	37,36	57,77
Baixo Peso ao Nascer	5,30	5,75	8,49	2,57	3,24	26,07	4,72	8,13	72,24
Taxa de Cesareana	4,54	15,15	233,70	3,21	19,62	511,21	15,55	26,99	73,56
Parto Domiciliar	6,43	2,72	-57,69	0,96	1,21	26,04	10,48	1,72	83,58
Gravidez < 20 anos	18,93	28,18	48,86	25,08	33,82	34,84	25,17	30,74	22,12

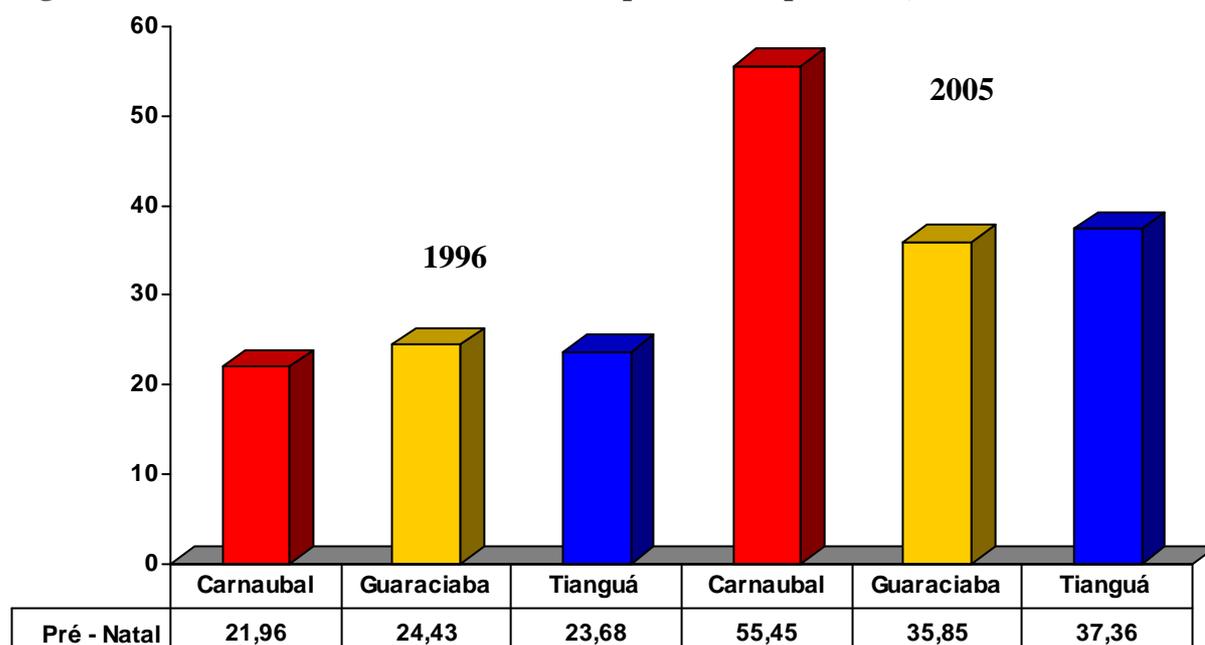
Fonte: SINASC/DATASUS, 2005. * TI = taxa de incremento em %.

4.5.1. Cobertura de Pré-natal

Utilizamos os dados do SINASC referentes a 7 ou mais consultas de Pré-natal, para analisar a cobertura de pré-natal, já que neste Sistema, o número de consultas é distribuído da seguinte forma: nenhuma, de 1 a 6 consultas, 7 ou mais consultas e, ignorado. Desta forma esse indicador ficou prejudicado por não termos dados referentes a 6 ou mais consultas de pré-natal, parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde.

Ao analisar a Fig. 13, observa-se que todos os municípios tiveram um aumento da cobertura de Pré-natal no ano de 2005 em comparação com o ano de 1996, mas somente o município de Carnaubal teve uma cobertura acima de 50%, enquanto Guaraciaba do Norte e Tianguá apresentaram baixas coberturas de pré-natal, já que o ideal seria uma cobertura acima de 85%.

Figura 13 - Cobertura de Pré-Natal - Municípios da Ibiapaba -Ce, 1996 e 2005.



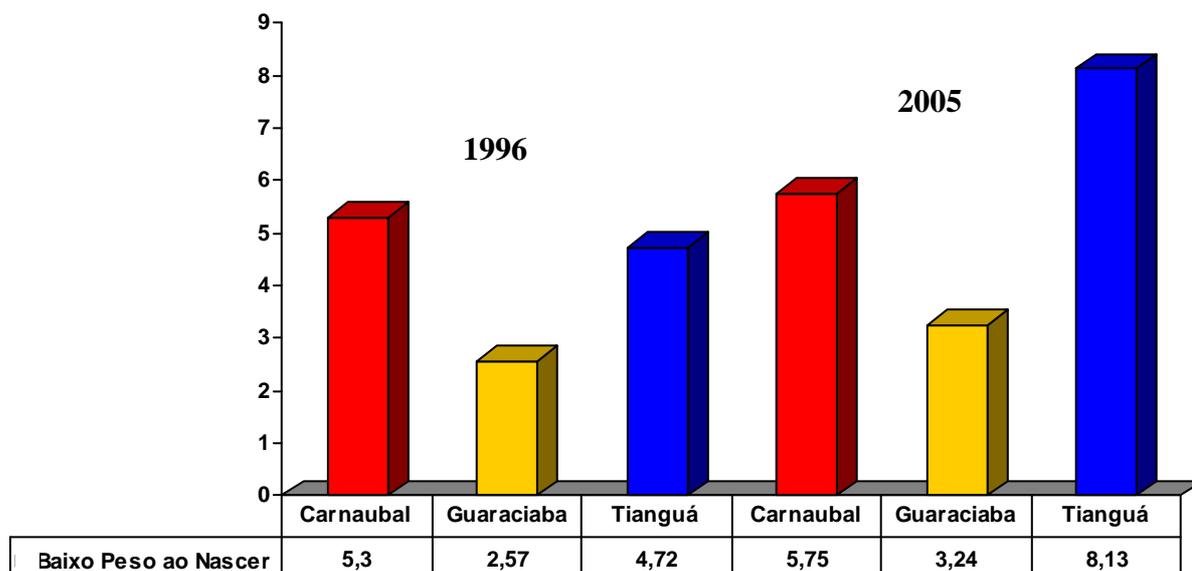
Fonte: SINASC / DATASUS, 2005.

4.5.2. Baixo Peso ao Nascer

O Baixo Peso ao Nascer indica risco futuro à saúde do recém-nascido e indica também o acompanhamento da gravidez e a maturidade do feto em termos de crescimento.

As informações referentes às crianças que nasceram com peso inferior a 2.500g nos municípios da região demonstram ainda um percentual elevado de crianças com baixo peso ao nascer, notadamente no ano de 2005 se comparado ao ano de 1996 e especialmente elevado no município de Tianguá, que teve o maior percentual de crianças com baixo peso.

Figura 14 – Percentual de Crianças com Peso inferior a 2.500g, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.



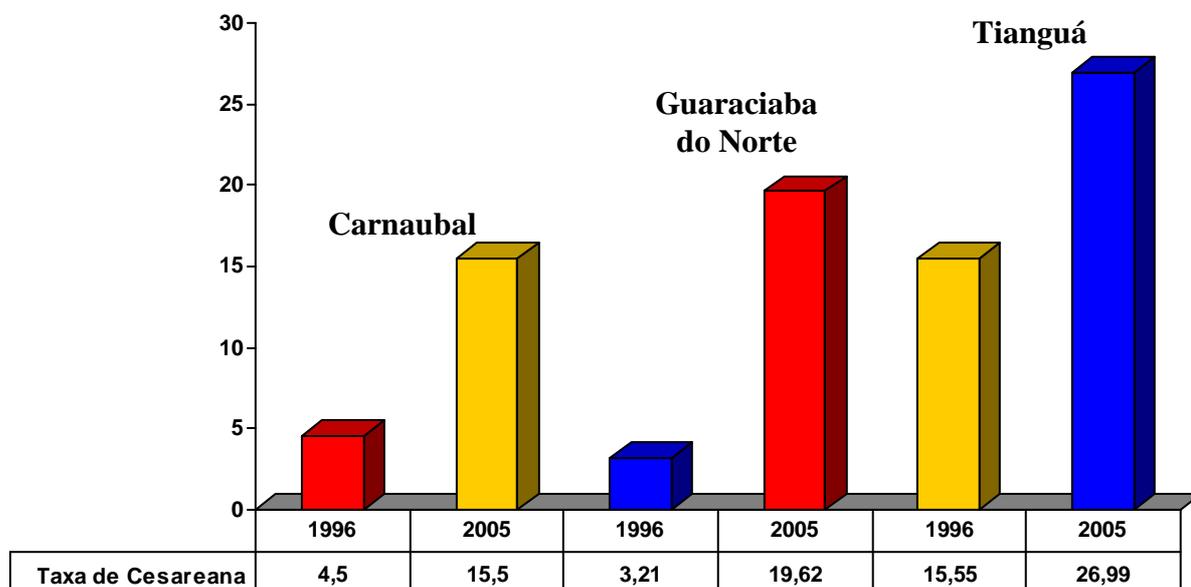
Fonte: SINASC / DATASUS, 2005.

4.5.3. Taxa de Cesareana

O percentual de partos cesáreos, quando acima do limite tecnicamente aceitável ou justificável denota menor qualidade na assistência às mulheres e aos recém-nascidos, já que a exposição a um procedimento cirúrgico desnecessário acarreta riscos às mães e aos recém-nascidos. Fornece alguns elementos que permitem diferenciar a estrutura e mesmo a organização dos serviços de saúde municipais.

O percentual de partos cesareanos nos municípios no ano 1996 era bem inferior a taxa de cesareanas apresentada no ano 2005. Observa-se que houve um aumento acentuado do número de cesáreas no município de Carnaubal que teve três vezes mais partos cirúrgicos em 2005 e Guaraciaba do Norte que teve cinco vezes mais partos cirúrgicos que no ano de 1996. Tianguá já apresentava um índice maior de partos cirúrgicos em 1996 e teve um aumento de 42,38% no ano 2005.

Figura 15 - Taxa de Cesareana, Municípios da Ibiapaba - Ce, 1996 e 2005.

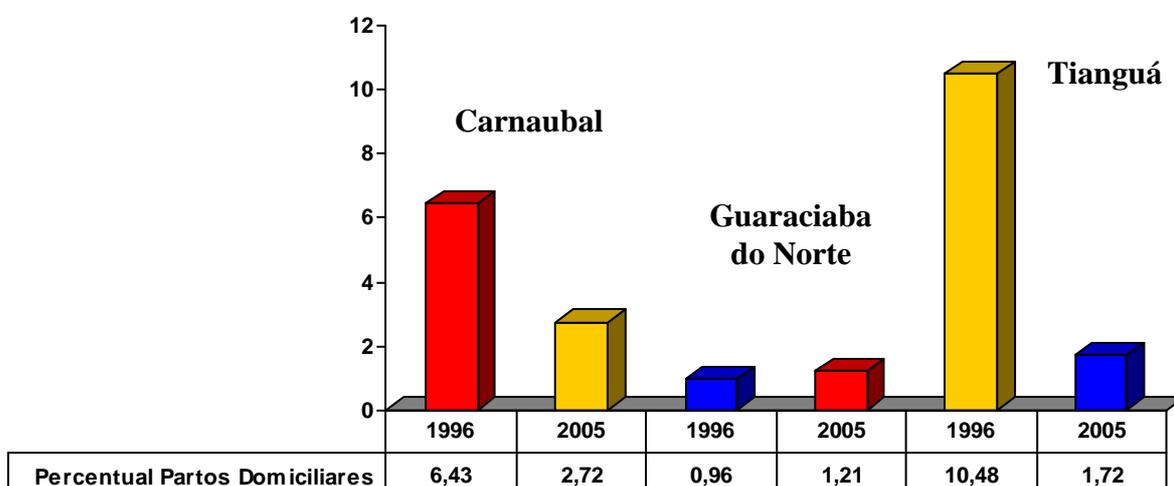


Fonte: SINASC / DATASUS, 2005

4.5.4. Local de Ocorrência do Parto

Ao analisar o número de partos por local de ocorrência, observou-se que o número de partos domiciliares teve uma redução acentuada nos municípios de Carnaubal e Tianguá no ano 2005 em comparação ao ano de 1996. A maior redução deste indicador foi observada no município de Tianguá. No município de Guaraciaba do Norte esse percentual quase não se alterou nos anos estudados.

Figura 16 - Proporção de Partos Domiciliares, Municípios da Ibiapaba - Ce, 1996 e 2005.

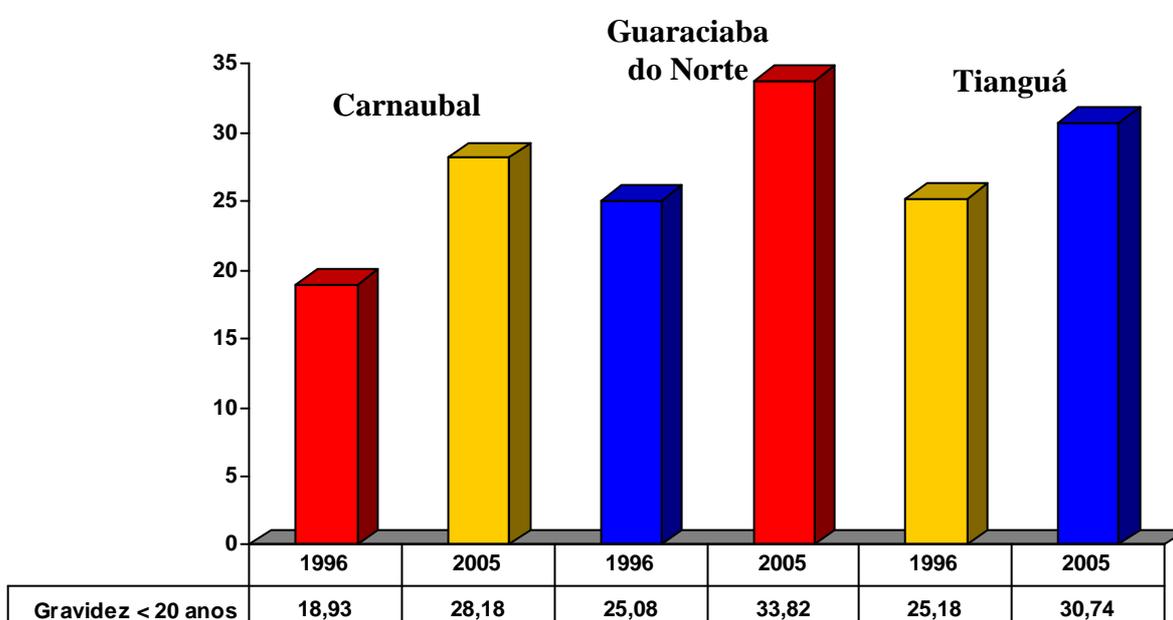


Fonte: SINASC / DATASUS, 2005

4.5.5. Gravidez na Adolescência

A gestação na adolescência é tida como de alto risco pela maioria dos pesquisadores por apresentar incidências elevadas de complicações obstétricas, as quais influem diretamente nas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. O percentual de gravidez em mulheres na faixa etária menor de 20 anos teve um incremento em todos os municípios: Carnaubal (53,76%), Guaraciaba do Norte (62,40%) e Tianguá (67,44%), portanto, seguindo uma tendência nacional.

Figura 17 - Percentual de Gravidez em mulheres menores de 20 Anos, municípios da Ibiapaba - Ce, 1996 e 2005.



Fonte: SINASC / DATASUS, 2005.

4.6. Resolutividade

Para realizar uma avaliação da resolutividade dos sistemas municipais de saúde foram utilizados os seguintes indicadores: Taxa de invasão e evasão de internações e mortalidade proporcional por “causas mal definidas”.

4.6.1 Taxa da Invasão e Evasão de Internações

Estas taxas permitem avaliar a referência e a resolutividade do sistema de atenção hospitalar, oferecendo subsídios para o estudo da complexidade de tal sistema. Os dois indicadores acima tiveram como fonte de dados o DATASUS/SIH/SUS, referentes às internações ocorridas por município de residência e município de ocorrência.

Tabela 13 - Taxas de Invasão e Evasão de Internações, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1991 e 2005.

Municípios / Ano	CARNAUBAL			GUARACIABA			TIANGUÁ		
	1996	2005	*TI	1996	2005	*TI	1996	2005	*TI
Invasão de Internações	0	2,79	-	0	4,9	-	8,29	18,20	119,54
Evasão de Internações	36,6	41,7	13,93	23,3	19,9	-14,59	17,97	21,41	19,14

Fonte: SIM/SINASC. * TI = taxa de incremento em %.

Com relação à invasão e evasão de internações, a análise constatou que os municípios de Carnaubal e Guaraciaba do Norte tiveram as menores taxas de invasão de internações em 1996, com um discreto aumento em 2005. As maiores taxas de evasão também ocorreram nos dois municípios ainda em 1996. No ano 2005, Carnaubal e Tianguá aumentaram a taxa de evasão.

4.6.2. Mortalidade Proporcional por “Causas Mal Definidas”.

Tabela 14 – Óbitos por “Causas Mal Definidas”, Número Total de Óbitos e Mortalidade Proporcional por “Causas Mal Definidas”, Municípios da Ibiapaba – Ce, 1996 e 2005.

Municípios / ano	Carnaubal			Guaraciaba do Norte			Tianguá		
	1996	2005	*TI	1996	2005	*TI	1996	2005	*TI
Óbitos “Causas Mal Definidas”	53	11	-79,24	55	31	-43,63	62	109	75,80
Número Total de Óbitos	81	90	11,11	142	214	50,70	200	364	82,0
Mortalidade Proporcional por “Causas Mal Definidas”	65,43	12,22	-81,32	38,73	14,48	-62,61	31,00	29,94	-3,54

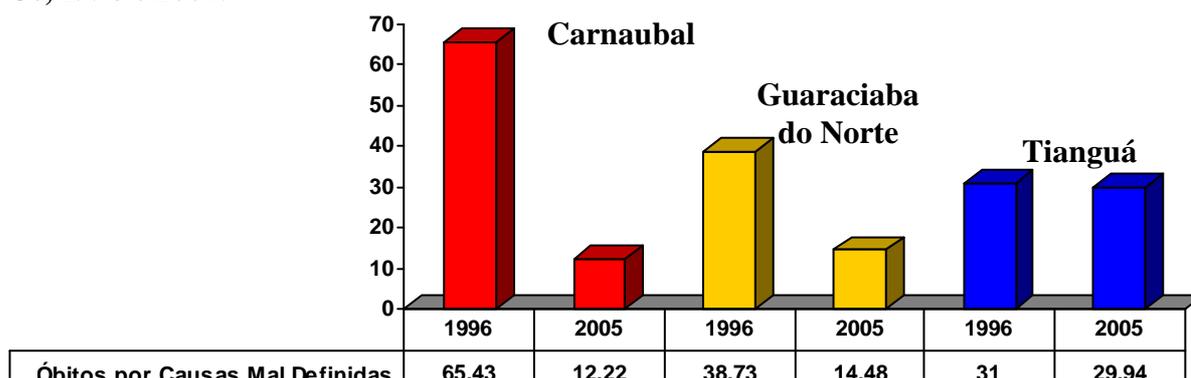
Fonte: SIM / CID-10, 2005. *TI = taxa de incremento em %.

Os óbitos por “causas mal definidas”, agrupam os óbitos cujas causas básicas não foram bem esclarecidas, encontrando-se apenas “sinais e sintomas anormais”, achados anormais de exames clínicos ou laboratoriais” ou “causas mal definidas ou desconhecidas”. Estas situações denotam a qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito (influenciada

pela capacitação, consciência e sensibilidade do profissional médico diante deste instrumento), como também a resolutividade do Sistema de Saúde, já que um óbito mal esclarecido funciona como um evento sentinela que indica tanto as falhas no acompanhamento médico dos usuários do sistema ou dos registros deste acompanhamento, tais como deficiências de diagnóstico (laboratórios e serviços de complementação diagnóstica), da assistência médica hospitalar e do sistema de referência.

A redução da mortalidade proporcional por causas mal definidas, no ano 2005 comparada ao ano de 1996, foi bastante acentuada, representando 81,3% e 62,6%, respectivamente nos municípios de Carnaubal e Guaraciaba do Norte. Porém, não foi constatado esta redução no município de Tianguá, que teve um pequeno decréscimo de 3,54% e a taxa de mortalidade por causas mal definidas permanece ainda elevada.

Figura 18 - Evolução dos Óbitos por "Causas Mal Definidas", Municípios da Ibiapaba - Ce, 1996 e 2005.



DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

5.1. A gestão descentralizada do SUS: realidade nos municípios estudados

Com a municipalização da saúde, o poder público municipal passa a ser o responsável imediato, porém não o único, pelas necessidades de saúde de seus municípios. Com a descentralização, houve expansão e desconcentração da oferta de serviços, criação de instâncias mais democráticas de participação da sociedade na implementação da política de saúde, formação de instâncias intergestoras de gestão entre estados e municípios, expansão da atenção primária à saúde e mudança nas práticas assistenciais da saúde.

A entrada maciça dos municípios na gestão do SUS, teve um impacto enorme na ampliação da oferta de serviços e uma melhoria do acesso da população à rede SUS. Nos municípios estudados, serviços foram implantados, profissionais foram contratados, ações fundamentais foram desenvolvidas ou tiveram sua cobertura ampliada.

As mudanças no modelo assistencial operadas dentro do SUS, através dos programas — Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), que provocaram alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços se constituíram, segundo Viana e Dal Poz (2005), numa estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde, nas formas de organização dos serviços e práticas assistenciais no plano local e, portanto, no processo de descentralização.

Levcovitz, Lima & Machado (2001) relatam que uma das diferenças que a NOB 96 apresentou em relação às anteriores foi a tentativa de indução de mudança do modelo assistencial, através do estabelecimento de incentivos à estruturação dos Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) e foi por ocasião da implantação desta NOB que se observou de fato uma expansão importante das estratégias do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) em todo o país, sendo que em dezembro de 2000 já atingiam respectivamente 51,5% e 22,5% da população brasileira, com cobertura variável entre as regiões do país.

A cobertura acima de 70% pela equipes de PSF e acima de 95% pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde nos municípios da Ibiapaba comprova a reversão do modelo

assistencial. Estes programas colocados em prática com a descentralização já apresentam resultados positivos, conforme citado por Silva (2001): "A meu ver, o mais significativo deles é o Programa de Saúde da Família (PSF) que está implantado em 60% dos municípios brasileiros e teve seu início ligado ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)".

Além do impacto relacionado à ampliação da atenção básica, esses municípios apresentaram mudanças significativas na ampliação do acesso e da oferta de outros níveis de atenção, na implantação de novas modalidades assistenciais, na melhoria da articulação entre serviços e níveis de atenção, na implantação de redes de atenção hierarquizada e regionalizada e, na implantação de ações de regulação, controle, avaliação e auditoria.

Mudanças importantes puderam ser sentidas nas relações intergovernamentais desencadeadas pelo processo de descentralização da gestão do sistema de saúde como a modificação na responsabilização dos gestores locais e estaduais com as condições de saúde dos cidadãos de seus municípios e estados e, a criação das Comissões Intergestores nas esferas federal e estadual, como fórum de negociações e pactuações entre os gestores das três instâncias de direção do SUS.

Nos municípios estudados, as exigências para habilitação segundo as normas ministeriais, incentivaram a participação popular através da institucionalização dos Conselhos Municipais de Saúde, como órgãos colegiados permanentes e de caráter deliberativo sobre a política de saúde. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Heimman (1998), em que foi observado mudanças na legislação municipal relativa ao CMS, em muitos casos, no sentido de seu fortalecimento atendendo à legislação federal (Lei 8080 e NOB 01/93).

5.2. As modificações na estrutura, produção de serviços de saúde e resolutividade dos sistemas municipais de saúde

As mudanças observadas na estrutura deu-se principalmente através do aumento no número dos recursos humanos principalmente de nível médio (atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes de endemias), enfermeiros e médicos além do aumento na oferta de unidades básicas de saúde da família, apontando para uma priorização das ações preventivas e a atenção básica de saúde.

Estudo realizado por Heimman (1998) sobre a descentralização do Sistema de Saúde no Brasil, analisando dados sobre a rede de unidades de saúde e os recursos humanos em vários municípios do Brasil após a descentralização, constatou também aumento de pessoal e

uma tendência crescente na oferta de serviços públicos ambulatoriais tanto básicos quanto especializados. Este mesmo estudo demonstrou, a exemplo do que ocorreu na região da Ibiapaba, o aumento da oferta da atenção básica na rede de serviços públicos de saúde, principalmente, através da abertura de novas unidades, reforma e ampliação de unidades já existentes. O perfil da oferta da atenção básica consistia na assistência nas três clínicas básicas (pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia) realizadas pelas equipes de saúde da família.

Observou-se o incremento do volume de atendimentos ambulatoriais produzidos por habitante/ano em 2005 quando comparado a 1996. Dados semelhantes foram encontrados por Scatena (2000), em seu estudo sobre a descentralização no Estado do Mato Grosso, em que observou no conjunto de municípios pequenos e de médio porte um incremento de atendimentos por habitante, no período de 1995 a 1998, discretamente mais acentuado nos municípios pequenos.

Apesar do incremento acima citado, fato interessante foi a redução proporcional destes procedimentos em 2005, devido a incorporação de outros procedimentos mais complexos antes inexistentes, em nível ambulatorial nos municípios estudados. Uma explicação para este fato seria a deficiência nos registros da produção, principalmente das unidades públicas municipais a nível hospitalar e ambulatorial, já que o volume de serviços prestados não gera recursos financeiros a serem demandados ao Ministério da Saúde.

Com relação às internações / 100 habitantes / ano, observou-se um aumento de internações em todos os municípios do estudo em 2005, aliás, número de internações consideradas inferiores ao parâmetro do Ministério da Saúde cuja média de internações seria de 9,0/100 habitantes ou o parâmetro de 8% de internações da população por ano (BRASIL,1995). O município de Tianguá teve um maior aumento das internações em relação aos outros municípios, provavelmente em função desse município ser Pólo de referência regional para a atenção secundária. Os dados da região da Ibiapaba não coincidem com os dados da Pesquisa de Heimman (1998) que, constatou em todos os municípios uma redução das internações entre 1994 e 1996, com exceção dos municípios de Fortim e Blumenau.

Scatena (2000), evidenciou em seu estudo sobre a descentralização nos municípios de Mato Grosso, uma diminuição de internações observada principalmente nos municípios pequenos, onde o atendimento hospitalar nestes municípios não representa componente primordial da assistência à saúde e a maioria das internações ocorreram na capital do Estado; dados semelhante foram encontrados nos municípios de Carnaubal e Guaraciaba do Norte.

Fatores como um maior controle e avaliação por parte dos gestores municipais, dos serviços de atenção hospitalar, reduzindo fraudes e internações desnecessárias e a extensão da cobertura ambulatorial básica e de urgência e emergência teria acarretado maior resolutividade e conseqüente diminuição da necessidade de internações, explicariam o baixo número de internações.

Com relação à morbidade hospitalar, nos municípios estudados observou-se que, as principais causas de internações ocorreram por complicações da gravidez, parto e puerpério e doenças do aparelho respiratório no ano de 1996 e no ano 2005 estas duas primeiras causas de internação permaneceram as mais comuns, mas aumentaram o número de internações por doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório e por lesões e envenenamentos em contraposição, houve uma redução em todos os municípios da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e um aumento dos óbitos por neoplasias, doenças do aparelho circulatório e, doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais.

Um estudo realizado durante a década de oitenta sobre as doenças infecciosas e parasitárias no Brasil, revela mudanças nos padrões de mortalidade com acentuadas quedas nas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias para o Brasil, em particular para os estados das regiões Norte e Nordeste (PAES e SILVA, 1999). Citam esses autores:

“Nos últimos anos se observou uma modificação do padrão brasileiro de mortalidade com o decréscimo das doenças infecciosas e parasitárias como causa de morte. O comportamento geral da mortalidade por causas no mundo, principalmente da mortalidade decorrente de doenças infecciosas e parasitárias e de doenças crônico-degenerativas, contribuiu para a formulação da teoria da transição epidemiológica, segundo a qual ocorreria uma queda geral na mortalidade com um aumento geral da morbidade. Ao mesmo tempo, o risco de morte por doenças infecciosas e parasitárias diminuiria e perderia participação como foco prioritário de ação, enquanto que ocorreria um aumento da morbidade por doenças crônico-degenerativas, com mudanças no padrão de mortalidade. Desde então, essa teoria ganhou força e, a partir dela, surgiram modelos que sustentam e complementam a idéia de transição epidemiológica (PAES e SILVA, 1999).

Apesar da redução apresentada na mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, nas regiões Norte e Nordeste os óbitos por doenças infecciosas, perinatais e causas mal definidas ainda apresentaram freqüências altas (BRASIL, 2005).

Com relação à cobertura vacinal no ano 1996 nos municípios estudados observou-se que, no ano de 1996, o município de Carnaubal atingiu boas coberturas vacinais acima de 95%, nas vacinas Sabin, DPT e BCG e os municípios de Guaraciaba do Norte e Tianguá só

atingiram a cobertura acima de 95% na vacina BCG. Em 2005, Carnaubal teve coberturas vacinais acima de 95% nas vacinas sabin, hepatite B e tetravalente e, Guaraciaba do Norte e Tianguá tiveram em todas as vacinas, coberturas em torno de 80%, fato este que pode ser justificado pelo fato do PNI – Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, utilizar estimativas populacionais indiretas do IBGE onde consta um número de nascidos vivos superiores aos existentes nos municípios (cobertura de nascidos vivos pelo SINASC), fato este que vem ocorrendo já há alguns anos nos municípios da região.

Este fato pode ser comprovado pelo estudo realizado por Szwarcwald et al. (2002), sobre a estimação da mortalidade infantil utilizando dados do SIM e do SINASC (sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde) e utilizando procedimentos de mensuração indireta do IBGE, onde constatou indistintamente, em qualquer que seja a área geográfica, inconsistências relevantes e superestimativas nas estimativas oficiais da mortalidade infantil e da cobertura de óbitos informados conduzindo a erros na estimação de outros indicadores; no Brasil, a coleta, a apuração e a divulgação dos eventos vitais são de responsabilidade da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Este fato, levanta a hipótese de que o número de nascidos vivos nestes municípios estejam superestimados, mesmo sabendo-se das deficiências na cobertura do SINASC em alguns estados e municípios do país, o que justificaria a baixa cobertura vacinal.

No estudo realizado por Heimman (1998), foi observado uma tendência de aumento da cobertura vacinal, na maioria dos municípios, para as vacinas contra a poliomielite, tríplice (contra difteria, tétano e coqueluche), BCG (contra tuberculose) e contra o sarampo.

Nos municípios maiores de Mato Grosso, também foram encontradas baixas coberturas vacinais ao longo da década de 90, quando estes não atingiram 90,0% de cobertura em três vacinas, compatível com o quadro de disponibilidade estrutural, ou seja, foram os municípios com as mais baixas relações Centro de Saúde/hab. e Atendentes de Enfermagem e Agentes Comunitários/hab, reforçando a idéia de que não se priorizou a atenção básica nestes municípios (SCATENA, 2000).

A resolutividade dos sistemas municipais de saúde pode ser avaliada através das taxas de invasão e evasão nos três municípios, nos anos 1996 e 2005, além da mortalidade proporcional por "causas mal definidas".

As menores taxas de invasão foram observadas nos municípios de Carnaubal e Guaraciaba do Norte. A redução da evasão que ocorreu no município de Guaraciaba no ano 2005 e, por outro lado a elevação da invasão, como aconteceu em todos os municípios em 2005, principalmente em Tianguá, pode estar indicando a melhoria da organização e/ou

capacidade de assistência local, redundando em maior resolutividade. Tianguá teve um aumento da taxa de invasão em 54,45%, provavelmente por este município ser Pólo de atenção secundária regional, para onde os outros municípios migram, sendo, portanto, o maior recebedor de usuários de outros municípios que buscam assistência hospitalar. A redução da taxa de evasão de Guaraciaba do Norte em torno de 14,59% em 2005, pode estar indicando que este município esteja resolvendo localmente seus problemas de saúde e, portanto, melhorando a assistência hospitalar.

Esta situação revela que os municípios estão conseguindo atender mais e talvez melhor os seus munícipes, mas só conseguem resolver parte dos seus problemas. A partir da implantação do pólo de atenção secundária em Tianguá, acredita-se que este aumento de pacientes internados de outros municípios representem uma melhoria das referências realizadas dentro da microrregional de saúde e uma maior credibilidade destes municípios nos serviços de saúde do Hospital de referência da microrregião.

O percentual de óbitos por “causas mal definidas” é um indicador tradicional de qualidade da assistência, pois quando não se pode identificar adequadamente a causa do óbito pode estar relacionado à falta ou deficiência na assistência médica. Segundo Mota e Carvalho (2000), existe a necessidade de realizar a crítica do preenchimento da Declaração de Óbito para detectar erros de definição da causa básica e em outros campos do formulário, pois existem fatores que comprometem a qualidade dos dados como: preenchimento inadequado, sub-notificação, o expressivo percentual de óbitos por “sintomas e sinais mal definidos”, o que revela as limitações dos serviços de saúde quanto ao estabelecimento das causas do óbito e a ocorrência de óbitos sem assistência médica.

Observou-se neste estudo uma redução acentuada, nos municípios de Carnaubal e Guaraciaba do Norte, da mortalidade proporcional por “causas mal definidas”, enquanto o município de Tianguá manteve quase o mesmo percentual nos dois anos estudados.

É provável que a redução proporcional dos óbitos por causas mal definidas seja um reflexo da melhoria da qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito, aliada a uma melhor organização dos serviços de saúde sob gestão municipal.

Scatena (2000), encontrou nos municípios do Estado do Mato Grosso, uma redução bastante acentuada da mortalidade proporcional por causas mal definidas, de 1992 a 1998, representando 86,9%, 62,6% e 64,2%, respectivamente nos municípios de pequeno, médio e grande portes e sugeriu que melhorias no Sub-Sistema de Informações sobre a Mortalidade ou na organização dos serviços de saúde, possibilitaram maior acesso do usuário aos serviços de saúde e o esclarecimento da causa que conduziu ao seu óbito.

5.3. A evolução dos indicadores de saúde nos municípios da Ibiapaba nos anos 1996 e 2005

A redução da taxa de mortalidade infantil nos municípios estudados, coincide com a pesquisa feita pela Organização Pan-Americana de Saúde, por Soares (1993) no Ceará, numa amostra de municípios de vários tamanhos, constatou que as quedas da mortalidade infantil foram maiores nos municípios com gestão descentralizada em relação aos não-descentralizados (de 16% a 26%). A redução na taxa de mortalidade infantil nos municípios estudados, ocorreu em índices superiores ao desse estudo, pois em Carnaubal a redução se deu em torno de 43,91%, em Guaraciaba do Norte, 44,97% e Tianguá teve a maior redução dos três municípios, em torno de 62,58%. Esta redução da taxa de mortalidade infantil no município de Tianguá assemelha-se ao encontrado no município de Sobral, no período de 1996 a 2002, cuja redução foi de 61,4% (SILVA, 2003).

Heimman (1998), em estudo sobre a descentralização dos sistemas de saúde do Brasil, encontrou uma diminuição importante da mortalidade infantil entre 1980 e 1996, com maior destaque para a primeira década e nos últimos cinco anos, mantendo a tendência de queda principalmente às custas do componente neonatal (28,7% de variação entre 1994 e 1996) e da mortalidade tardia (20% de variação entre 1994 e 1996).

Segundo Victora e César (2003), assim como ocorreu com a mortalidade infantil, a mortalidade por diarreia entre pré-escolares (menores de cinco anos) apresentou uma redução acentuada na década (entre 1985-1987 e 1995 – 1997), de 14,6% para 7,8% do total de mortes. Dados semelhantes foram encontrados neste estudo.

Estratégias como o Programa de Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde, além do AIDPI – Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância, promovida pela OMS e UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância, implementada em várias estados do Nordeste, através da implementação de ações como treinamentos de profissionais de saúde em unidades básicas de saúde, melhorias nos serviços e a promoção de atividades comunitárias educativas em saúde, contribuíram sobremaneira para a redução das doenças diarreicas e para prevenir cerca de 11% das mortes em menores de cinco anos por este agravo (VICTORA e CÉSAR, 2003).

O aumento da cobertura de pré-natal no ano de 2005 em relação ao ano de 1996 foi demonstrado neste estudo, apesar desta cobertura ainda ser baixa.

Estudo realizado em Sobral por Silva (2003), constatou um aumento significativo no número de gestantes que realizou mais de seis consultas de pré-natal, em torno de 59,7% de

cobertura em 2002, dado semelhante encontrado no município de Carnaubal (55,45%) em 2005. Dados sobre a situação de saúde no Brasil, no ano 2003, revelaram que 40% das mães no Brasil haviam realizado 7 ou mais consultas de pré-natal e taxas menores foram encontradas no Nordeste, em torno de 35%. (BRASIL, 2005)

O percentual de gestantes que recebem seis ou mais consultas de pré-natal é um indicador de qualidade dos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 1995), na medida em que são necessárias ao menos seis consultas de pré-natal para que este procedimento preventivo tenha impacto positivo sobre a saúde das mães e de seus filhos. Apesar de não se conseguir informações mais detalhadas sobre o conteúdo das consultas, o acesso aos serviços de saúde em mais de seis oportunidades, indica a qualidade da assistência oferecida.

O aumento de baixo peso ao nascer nos municípios estudados revelou-se em níveis inferiores aos observados em outros estudos (VICTORA, 1989; MELLO JORGE e col. 1993). Acredita-se que o aumento deste indicador seja mais um resultado na melhoria na qualidade da informação, do que uma piora no serviço de assistência pré-natal.

Para todas as regiões brasileiras, os valores encontrados estão abaixo de 10%, portanto dentro dos limites das metas recomendadas na Declaração das Nações Unidas. Entretanto, essas proporções excedem as esperadas em condições ideais para um ótimo crescimento intra-uterino. Os menores percentuais encontrados no ano 1998 nas regiões Norte (6,5%) e Nordeste (7,2%) sugerem a necessidade de estudos adicionais, que levem a um aperfeiçoamento dessas informações (IDB, 2000). Ainda com relação à prevalência de baixo peso ao nascer, foi encontrado um percentual de 9,2 % de baixo peso ao nascer na região sudeste do Brasil no ano 2003. (BRASIL, 2005).

Em 140 municípios do Ceará, a prevalência média de baixo peso ao nascer em 1994-1996 foi de 5,1%, variando entre 0,1% e 20,7% e com desvio-padrão de 4,5 pontos percentuais (SOUZA et al, 1999).

O percentual de partos cirúrgicos teve um aumento em 2005 em todos os municípios estudados, de forma significativa nos municípios de Carnaubal (70,96%), Guaraciaba do Norte (83,63%) e Tianguá (42,38%). A OMS recomenda que não mais de 15% de todos os partos sejam por cesareana (WHO, 1985). As taxas de cesareanas encontradas nos municípios em 2005, ou seja, Carnaubal (15,5%) e Guaraciaba do Norte (19,62%) encontram-se dentro dos parâmetros aceitáveis pela OMS, a exceção do município de Tianguá (26,99%).

Vários países têm demonstrado preocupação com a tendência de crescimento de cesareanas nos últimos anos. A Comunidade Econômica Européia revela valores em torno de

12% e o Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos, refere que o Brasil, Porto Rico e Estados Unidos são os países com taxas de cesareanas elevadas (CDC, 1993).

A PNDS de 1996, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (BEMFAM/DHS, 1996), apresenta um valor de 36,4% de cesáreas para todas as mulheres brasileiras; no Rio de Janeiro 43,3%, São Paulo 52,1% e na região Sul 44,6%, enquanto que em países desenvolvidos fica entre 9% e 12%. O coeficiente é mais baixo no Nordeste (20,4%) e Norte (25,5%), mas representa quase a metade do total de partos nas demais regiões (VICTORA e CÉSAR, 2003). Estes autores entendem que níveis muito baixos de cesareanas aumentariam a mortalidade de recém-nascidos, por exporem recém-nascidos ao risco de traumatismos obstétricos e de anoxia e hipóxia, mas, taxas altas de cesareanas indicam que essas cirurgias são voluntárias.

Acredita-se que o aumento observado na taxa de cesareanas nos municípios estudados seja resultado da melhoria nos serviços de saúde, principalmente no acesso dessas pacientes aos serviços especializados no hospital pólo da região, refletindo um aumento da complexidade das ações a nível regional.

No estudo de Heimman (1998), foi observado uma tendência de aumento no número total de partos realizados no hospital, considerando apenas nove meses do ano de 1996, paralelamente à redução dos partos cirúrgicos, cuja proporção no total de partos passa de 28% para 21%, como resultado das atividades de treinamento e supervisão voltadas para este objetivo, trabalho este implementado com a gestão semi-plena.

A redução acentuada em todos os municípios da ocorrência de partos domiciliares, o equivalente a uma média de 1,8% de partos domiciliares e, portanto, 98,2% de partos hospitalares nos três municípios coincide com as estatísticas nacionais, em que 91,5% de todos os partos no Brasil acontecem em hospitais, variando entre 81,9% e 83,4% no Norte e Nordeste, respectivamente, até 97,4% no Sul (VICTORA E CÉSAR, 2003). Isto significa que um atendimento adequado ao parto pode reduzir o número de mortes por anóxia, hipóxia e outros problemas respiratórios e, também a incidência de infecções neonatais. (SILVA, 2003).

Estudo realizado em uma comunidade rural do Nordeste a respeito da sobrevivência neonatal, forneceu informações sobre os níveis de mortalidade de crianças nascidas em casa e em hospitais e apresentou um risco relativo ajustado de 1,2 (0,5-2,8) para a mortalidade neonatal para crianças nascidas em casa, comparados com nascimentos hospitalares, excluindo aquelas crianças com parto domiciliar previsto e que tiveram que ser encaminhados para o hospital por complicações durante o trabalho de parto e que, após ajuste destas complicações, apresentaram um risco relativo de 0,3 (0,1-1,4) de morte neonatal, cuja redução de risco é sugestiva mas, estatisticamente insignificante (VICTORA E CÉSAR, 2003).

Estudos comprovam que o aumento na cobertura de partos hospitalares, a prevenção de cesareanas desnecessárias e uma melhoria no atendimento ao recém-nascido influenciam na redução da mortalidade neonatal.

O aumento do percentual de gravidez na adolescência é um indicador preocupante, encontrado nos municípios estudados. 04 Estes dados estão de acordo com a Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde, de 1996, que mostrou um dado alarmante, onde 14% das adolescentes já tinham pelo menos um filho e as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior. Entre as garotas grávidas atendidas pelo SUS no período de 1993 a 1998, houve aumento de 31% dos casos de meninas grávidas entre 10 e 14 anos.

Alguns estudos realizados no Brasil sobre as adolescentes, revelam uma tendência de aumento da gravidez neste grupo etário. Um milhão de jovens brasileiras entre 10 e 20 anos dão a luz por ano. Apesar de se observar uma queda na taxa de fertilidade desde os anos 70, o número de mães adolescentes continua aumentando em todas as classes sociais; as gestantes com menos de 15 anos são responsáveis por aproximadamente 1,5% dos nascidos vivos; esta proporção é três vezes maior à de duas décadas atrás (BEMFAM 1989-90; SEADE 1995; PNDS 1996).

Além disso, estudos também têm sugerido que a gravidez na adolescência constitui grave ameaça ao desenvolvimento psíquico, social e econômico das jovens (LOPEZ, G. et al.,

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Pode-se dizer que a implementação da gestão descentralizada do SUS nos três municípios da região da Ibiapaba teve repercussões bastante positivas, tendo em vista elementos que comprovam esses efeitos:

- a) A organização estrutural ocorrida nas Secretarias Municipais de Saúde, para se adequar as normas vigentes do SUS, propiciou a formulação de instrumentos de acompanhamento da gestão como os relatórios de gestão, os planos municipais de saúde, a programação pactuada integrada de saúde, contendo indicadores não só referentes à produção dos serviços mas ao impacto provocado pelas ações do sistema na situação de saúde da população, o que possibilitou aos sistemas municipais de saúde organizarem-se de forma hierarquizada e regionalizada;
- b) A criação e institucionalização dos Conselhos Municipais de Saúde como instâncias oficiais de participação popular, propiciou uma participação mais efetiva e democrática da sociedade na implementação da política de saúde;
- c) O impacto da municipalização na reorganização dos serviços de saúde prestados pela rede pública evidenciou uma valorização de práticas voltadas para a saúde coletiva, prevenção e promoção, sem detrimento das práticas individuais e curativas. Esta valorização pode ser comprovada através da implantação de vários programas, como Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Saúde da Família (PSF), serviços de vigilância sanitária e epidemiológica como o controle descentralizado de endemias, as farmácias básicas municipais, os serviços de controle, avaliação, auditoria e regulação com a implantação de centrais municipais de marcação de consultas e procedimentos especializados.
- d) O aumento do número de recursos humanos para a saúde e a ampliação da rede de unidades básicas de saúde submetidas permanentemente à manutenção física e de equipamentos, ampliando assim a cobertura de serviços básicos de saúde à população carente;
- e) As modificações ocorridas na produção dos serviços de saúde como a racionalização das internações e o aumento do volume dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares denotaram a importância da oferta destes serviços de natureza pública e municipal de forma bastante expressiva;

- f) Melhoria na resolutividade dos sistemas municipais de saúde, refletido pelas taxas de invasão e evasão de internações, taxa de mortalidade infantil e mortalidade proporcional por causas mal definidas e,
- g) Melhoria dos indicadores de saúde:
- Foi evidenciado uma redução importante na taxa de mortalidade infantil e principalmente no componente pós-neonatal nos três municípios.
 - Dado bastante significativo em 2005, foi a redução dos óbitos em crianças menores de cinco anos por doenças diarreicas em todos os municípios deste estudo.
 - Os dados encontrados nos municípios do estudo revelaram ainda uma baixa cobertura de pré-natal, apesar de ter um aumento importante em 2005 quando comparado a 1996.
 - O percentual de crianças com baixo peso ao nascer teve uma redução importante no município de Carnaubal no ano 2005 e um aumento nos municípios de Guaraciaba do Norte e Tianguá.
 - O percentual de partos cirúrgicos teve um aumento em todos os municípios.
 - Observou-se neste estudo, uma redução acentuada em todos os municípios, da ocorrência de partos domiciliares.

É importante que ações e serviços de saúde de forma intersetorial e multidisciplinar sejam implementadas nestes municípios para reverter o aumento crescente da gravidez na

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ADAMI, N. P.; MARANHÃO, A. M. S. A., Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta Paul Enf.**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 47-55, maio/dez. 1995.
- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**, Petrópolis: Vozes, 1994.
- ALMEIDA, E.S.; CASTRO, C.G.J.; LISBOA, C. A. **Distritos sanitários: concepção e organização**. São Paulo: Fundação Peirópolis, 1998. Série Saúde e Cidadania.
- ALMEIDA, M.H. T. Federalismo e políticas sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 10, n. 28, p. 88-108, 1995.
- ARRETICHE, M. **Estado federativo e políticas sociais**. São Paulo: REVAM/FAPESP, 2000.
- BELLONI, I. **Metodologia de avaliação em política pública: uma experiência em educação profissional**. São Paulo: Cortez, 2000. (Coleção Questões da Nossa Época).
- BRASIL. Constituição 1988. **Constituição: República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União** n. 182, Brasília, 20 de setembro de 1990(a). Seção 1, p. 18055 – 18059.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**. Brasília, DF, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde: descentralizando e democratizando o conhecimento**. Brasília, DF, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de saúde: indicadores e dados básicos: Brasil 2000/IDB 2000**. Disponível em: < <http://www.tabnet.datasus.gov.br>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde**. < <http://www.datasus.gov.br>>. acesso em 10 ago 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde em Debate**, v. 38; p. 4-17, mar. 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1510/GM, 05/08/2003**: habilitação do município de Carnaubal - CE na gestão plena da atenção básica ampliada, nos termos da NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1680/GM, 28/08/2003**: habilitação do município de Guaraciaba do Norte - CE, na gestão plena do sistema municipal, nos termos da NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1799/GM, 12/09/2003**: habilitação do município de Tianguá-CE, na gestão plena do sistema municipal, nos termos da NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.203, de 6/11/1996: redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e aprova a NOB 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6, nov/1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 234 de 07 de fevereiro de 1992**: norma operacional básica do sistema único de saúde: NOB SUS/92. Brasília, DF, 1992.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 545 de 20 de maio de 1993**: norma operacional básica do sistema único de saúde: NOB SUS/93. Brasília, DF, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 95, de 26/01/2001: aprova a NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26/jan/ 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01-Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar. Brasília, DF, 2001. (Série A Normas e Manuais Técnicos, n.116).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de gestão da secretaria de assistência à saúde 1998/2001**. 2. ed. revista e modificada, Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde-1992**. Brasília, DF, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde-1986**. Brasília, DF, 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância a Saúde. 2005.
- BRASIL. **Resolução INAMPS 273 de 17 de julho de 1991**: reedição da norma operacional básica do sistema único de saúde: NOB SUS/91. Brasília, DF, 1991.
- BRASIL: Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União** n.249, Brasília, 31 de dezembro de 1990(b). Seção 1, p. 25694 – 25695.
- BRASIL: Portaria SAS/MS, n° 15,02/03/1995. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 de Maio de 1995. Seção 1, n. 43, p. 2907-2908.
- CAMPOS, F. C. C. C. Gestão intergovernamental e financiamento do Sistema Único de Saúde: apontamentos para os gestores municipais, In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal: textos básicos**. Brasília, DF, 2001. 342 p. p. 70-110.
- CARIDE, G. J. A. **Diseño y evaluación de programas sociales**. In: I Congress de Animación Sociocomunitaria, Salamanca, 1989.
- CARVALHO, A. I. et al, Os caminhos da descentralização no setor saúde brasileira. **Saúde em Debate**, n. 38, p. 49-54, mar. 1993.
- CASTILLO, J. R. **Descentralización de los servicios sanitarios**: aspectos generales y análisis del caso español. Granada, Espanha: Easp. 1998.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Rates of cesarean delivery: United State:1991. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 42, n. 15, p. 1-3, 1993.
- COHEN, E. ; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- COHEN, E. ; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes,1993.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al,. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A., (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29 – 47,
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Recherche lê système de santé: une utopie pour sortir de um statu quo impossible. **Ruptures, Revue Transdisciplinaire em Santé**, v. 3, n. 1, p. 10-17, 1990.

- CONTRERAS,E.B. **La teleeducacion como sistema en los retos del a educación a distancia**, Guatemala: FUPAC, 1981.
- COSEMS (RJ).. **Manual do gestor: SUS: o avanço democrático de saúde**. Rio de Janeiro: Record, 2001, 490 p.
- COTTA, T. C., Metodologia de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultado e de impacto. **Revista do Serviço Público**, Ano 49, n. 2, Abr./Jun, 1998.
- DAL POZ, M. R. Reforma em saúde no Brasil. Programa de Saúde da Família: a experiência de Baturité. In: VIANA, A L.; DAL POZ, M. R. (Coord.). **Reforma em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 162).
- DALLARI, S. G., Descentralização versus municipalização. **Saúde em Debate**, n. 35, p. 39-42, jul.1992.
- DATASUS / Ministério da Saúde. **Informações de Saúde**.< [http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).> [acessado durante o ano 2006, para informações de 1996 e 2005].
- DATASUS. **Indicadores de saúde – indicadores e dados básicos – Brasil 2000/IDB 2000**. Disponível em: < [http:// www.tabnet.datasus.gov.br](http://www.tabnet.datasus.gov.br).>
- DONABEDIAN, A. **Criteria and standards for quality assessment and monitoring**. **ORB**, v. 12, n. 3, p. 99-107, mar. 1966.
- DONABEDIAN, A. Enfoques basicos para la evaluacion. In: _____.**La calidad de la atencion medica: definicion e metodos de evaluacion**. México: La Prensa Medica Mexicana, 1984.Cap.3, pp. 97-157.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Memorial Fund. Quaterly**, v. 44, 1996.
- DRAIBE, S. As políticas sociais nos anos 1990. In: BAUMANN, R. (Org). **Brasil: uma década em transição**. Rio de Janeiro: Campus/Cepal, 1999. p. 101-142.
- FACHIN, O. **Fundamentos da metodologia**. São Paulo: Atlas, 1993.
- FADUL, W. Minha política nacional de saúde. **Saúde em debate**, n. 7/8, p. 67-76, abr./jun. 1978. Entrevista.
- FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro:Nova Fronteira,1986. 1838p.
- FERREIRA, S. M. G. Principais sistemas de informação de abrangência nacional. **Jornal do CONASEMS**, ano 5, dez, 2000. p.10.
- FIGUEIREDO, A. M. A. ; TANAKA, O. A avaliação no SUS como estratégia de modernização da Saúde. **Cadernos FUNDAP**, 1998.
- FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS – SEADE. A fecundidade da mulher paulista. **Informe demográfico**, n. 25. São Paulo, 1995
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GOLDBAUM, M. Epidemiologia em serviços no Brasil: anotações para debate. **Saúde em Debate**, n. 35, p. 68-71, jul. 1992.
- GOULART, F. A. A. **Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO/CONASEMS, 1996.

- HARTZ, Z. M. A. Avaliação do programa de materno-infantil: análise de implantação em SILOS no nordeste do Brasil. In: _____. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p.89-131.
- HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- HEIMANN, L. S. et al. **A descentralização do sistema de saúde no Brasil: uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas: relatório final**. São Paulo: Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde/SES/SP. 1998.
- HENRIQUES-MUELLER, M. H. ; YUNES J. **Gênero, mujer y salud en las Américas: adolescencia: equivocaciones y esperanzas**. Public. Washington: OPAS, 1993.
- HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**: Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 57-66, set./dez. 2000.
- IBGE. **Anuário estatístico do Brasil, 1996**. Rio de Janeiro,1997.
- IBGE. **Contagem populacional e projeções demográficas preliminares**. Disponível em: www.datasus.gov.br/cgi, 2003.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. .V. Política de saúde dos anos 90: relações governamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 273-280, 2001.
- LOPEZ, G. et al. **Salud reproductiva en las Américas**. Washington: OPAS, 1992.
- LUQUE, A. ; CASQUETE, P. A. La evaluación de programas de Intervención Social: Criterios y Técnicas. **Revista de Trabalho Social**, n.115, 1989.
- MELLO JORGE, M. H, P. de et al. Avaliação do sistema de informações sobre nascidos vivos e ou uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 6, 1993. Suplemento.
- MELLO JORGE. M. H. **Sistema de informação sobre nascidos vivos – SINASC**. São Paulo;1992. (Série Divulgação, n, 7).
- MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (Org.). **A organização da saúde no nível social**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-55.
- MENDES, E. V. As políticas de saúde nos anos 80. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social da mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro, 1993, p. 19 – 91.
- MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade , 2001. 165 p. Tomo II. (Coleção Saúde Coletiva, 4).
- MIRANDA NETTO, A. G.(Coord). Descentralização. In:_____.**Dicionário de ciências sociais**, Rio de Janeiro: FVG, p. 326 – 327, 1986.
- MOTA, E ; CARVALHO, D. M.T. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAYROL M. Z. ; ALMEIDA FILHO, N. (Org.): **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro:MEDSI, 2003. 728 p. Cap.21, p. 605 – 628.

- NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 54-59. 2000.
- OLIVEIRA JÚNIOR. M. **Critérios para repasse dos recursos federais/Papel redistributivo do governo federal (MS) e estadual no financiamento da saúde**. Disponível em: <http://www.datsus.gov.br/cns/11Conferência/textos>, junho de 2000.
- OMS. **Classificação estatística internacional de doenças**.: CID-9 São Paulo: edusp, 1978, vol.1.
- OMS. **Classificação estatística internacional de doenças**: CID-10 São Paulo: Edusp, 1995, vol.1.
- OMS. **Declaração de Alma-ata**. In: Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.
- OMS. **Evaluación de programas de salud**: normas fundamentais para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional del a salud., Ginebra, 1981. (Série Salud para Todos, 6).
- OPAS. **La descentralización, los sistemas des alud y los procesos de reforma del sector**: Informe final. Valdivia, Chile, 17-20 mar/1997 (Série Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud).
- OPAS. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília, DF, 2001. 224 p.
- PAES, N. A., SILVA, L. A. A. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil: uma década de transação (relatório especial). **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 6, n. 2, p. 99-109, ago.1999.
- PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. A.; ALMEIDA, F. N. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 489-503.
- PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da Saúde, Humanas e Sociais**. 3. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.
- PINEAULT, R. ; DAVELUY, C. **La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias**. Barcelona: Masson, 1987.
- PIOLA, F. S. **Perspectivas de descentralização na saúde pública**: textos iniciais. Disponível em: <http://www.datsus.gov.br/cns/11Conferência/textos>, junho de 2000.
- REIS, A. O. A. Análise metafórico-metonímica do processo de constituição do pensamento da saúde pública acerca da adolescente grávida: os anos 60. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 115-123, 1998. Suplemento. 1.
- RODRIGUES, A. P. et al. Gravidez na adolescência. **Rev. Femina**. 1993
- RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília, DF, 1994. 95 p. p. 1-4.

- SCATENA, J. H. G. **Avaliação da descentralização da assistência à saúde no estado do Mato Grosso**, 2000, 214 f. Tese (Doutorado em Saúde Materno-infantil) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2000.
- SCRIVEN, M. The methodology of Evaluation. In: **Perspectives on Curriculum Evaluation**. Chicago, Rand McNally, 1967.
- SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 22. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2002.
- SILVA, A. C. e. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral – Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995 – 2002**. São Paulo, 2003. 139 f. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Pediatria). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Pediatria. São Paulo, 2003.
- SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: Hucitec, 2001, 293 p.
- SIQUEIRA, S. A. V. et al. Descentralização e assistência à saúde no Brasil: a oferta de serviços nos anos 90. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 25-36, jan./abr. 2002.
- SOARES, S.M.S, et al. **Mortalidade infantil e municipalização da saúde no estado do Ceará**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 1993.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE BEM-ESTAR DA FAMÍLIA – BEMFAM . **Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde**, 1997.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE BEM-ESTAR DA FAMÍLIA – BEMFAM. **Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem**. Rio de Janeiro, Curitiba e Recife, 1989-1990.
- SOUZA, M. T. A. **Argumentos em torno de um tema: descentralização**. Instituto de pesquisa do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, n. 40, 1997, p. 1- 25.
- SOUZA. A.C.T. et al. Variations in infant mortality rates among municipalities in the state of Ceará, Northeast Brazil: an ecological analysis. **Int. J. Epidemiol.** v.28, p.267-275, 1999.
- SZWARCWALD C.L. et al. Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, p.1728-1736, 2002.
- TANAKA, O. Y. ; MELO C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.
- UGÁ, M. A. Descentralização e democracia: o outro lado da moeda. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 5, jun.1991, p. 87-104.
- VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa saúde da família. **Phisys**, Rio de Janeiro, vol. 15, 2005. Suplemento.
- VIANA, S. M. A Descentralização tutelada. **Saúde em Debate**, n. 35, jul.1992, p. 35-38;
- VIANNA.S.M. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília, DF: OPAS, 2001. 224 p.

- VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. & VAUGHAN, J. P., 1989. **Epidemiologia da Desigualdade: Um Estudo Longitudinal de 6.000 Crianças Brasileiras**. São Paulo: Cebes/Hucitec.
- VICTORA, C.G.; CESAR, J.A. **Saúde materno-infantil no Brasil: padrões de morbimortalidade e possíveis intervenções**. In: ROUQUAYROL, M. Z. e ALMEIDA FILHO, N.(Org.)**Epidemiologia e Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro:Medsi, 2003. 728p. Cap.14, p. 415 – 461.
- WHO. **Appropriate technology for birth**. Lancet n.2, p. 436-437,1985.

PINTO, A.M.R.V. FORTALEZA – CEARÁ, 2006. **Avaliação do impacto da gestão descentralizada nos Sistemas Municipais de Saúde da Ibiapaba – Ceará, nos anos 1991 e 2005.** CEARÁ 2006 Tese (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará – UECE.

APENDICES

APÊNDICE I

ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS

1 – Identificação do Órgão Municipal responsável pela Saúde

Descrição sucinta da secretaria municipal de saúde, organograma, Leis orgânicas municipais, Conselho e Fundo municipal de saúde, Formas de Gestão.

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde.

2 – Infra-estrutura

2.1. Rede Física de Saúde (pública e/ou conveniada): Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios e Hospitais em número e capacidade instalada (para atendimentos, consultas e internações). Anos estudados

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde

3 – Produção de Serviços (Anos estudados)

3.1 Serviços de Atenção Básica de Saúde:

. N^o de vacinações efetuadas (por vacina, por ano e dose)

. N^o de óbitos (por causa)

. N^o de nascimentos

3.2 Serviços de Atendimento Ambulatorial:

. N^o de AVEIANM, atendimentos médico-odontológicos, média e alta complexidade etc.

3.3 Serviços de Internações Hospitalares:

. N^o de internações / habitante

. N^o de internações por causa

Fontes: Secretaria de Estado da Saúde (SIA/SUS, SIH/SUS, SIM, SINASC, SINAN) e Secretarias Municipais de Saúde.

4 – Resolutividade

4.1. Percentual de encaminhamentos para outros municípios. Anos estudados

4.2. Percentagem de partos e mães com pré-natal completo. Anos estudados

4.3. Taxa de Invasão e Evasão de Internações. Anos Estudados

4.4. Taxa de Mortalidade Proporcional por Causas Mal Definidas.

Fontes: Secretaria de Estado da Saúde (Vigilância Epidemiológica, SINASC, SIM) e Secretarias Municipais de Saúde

APÊNDICE II

PLANILHAS PARA COLETA DE DADOS

1. Serviços Produzidos por Item de Programação – SIA/SUS

Município _____

ITEM DE PROGRAMAÇÃO / ANO	1996	2005
1. AVEIANM		
2. Atendimento Médico		
3. Atendimento Médico(procedimento)		
4. Ações executadas por outros profissionais de nível superior		
5. Atendimento Odontológico		
6. Procedimentos básicos em vig. Sanitária		
7. Proced. esp. prof. médicos out.nível sup. médico		
8. Cirurgias ambulatoriais especializadas		
9. Procedimentos Traumato-ortopédicos		
10. Procedimentos especializados em odontologia		
11. Radiodiagnostico		
12. Ultra-sonografia		
13. Patologia Clinica		
14. Fisioterapia		
15. Outras terapias especializadas		

2. Internações Hospitalares por Capítulo da CID – 9 e CID-10

Município _____

Capítulos da CID 9	1996 CID 9	2005 CID 10	Capítulos do CID 10
Cap.I - Doenças Infecciosas e Parasitárias			Cap.I - Doenças Infecciosas e Parasitárias
Cap. II – Neoplasias			Cap. II – Neoplasias
Cap.III – Doenças de glândulas endócrinas, nutricionais e metabólicas.			Cap.IV – Doenças de glândulas endócrinas, nutricionais e metabólicas.
Cap.IV – Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos			Cap. III - Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos
Cap. V - Transtornos Mentais			Cap. V - Transtornos Mentais
Cap. VI – Sistema Nervoso e órgãos dos sentidos			Cap. VI – Sistema Nervoso
-			Cap. VII – Doenças do Olho e anexos
-			Cap.VIII – Doenças do Ouvido e da Apófise
Cap. VII – Doenças do Ap. Circulatório			Cap. IX - Doenças do Ap.Circulatório
Cap. VIII – Doenças do Ap. Respiratório			Cap. X - Doenças do Ap. Respiratório
Cap. IX – Doenças do Ap. Digestivo			Cap. XI – Doenças do Ap. Digestivo
Cap. X – Doenças do Ap. Genito-urinário			Cap. XIV – Doenças do Ap. Genito-urinário
Cap.XI – Complicações da gravidez, parto e puerpério			Cap.XV – Complicações da gravidez, parto e puerpério
Cap. XII – Doenças da pele e tecido celular subcutâneo			Cap. XII – Doenças da pele e tecido celular subcutâneo
Cap. XIII – Doenças do Sist. Osteomuscular e Tecido Conjuntivo			Cap. XIII – Doenças do Sist. Osteomuscular e Tecido Conjuntivo
Cap. XIV – Anomalias Congênicas			Cap. XVII – Malformações congênicas/anomalias cromossômicas
Cap. XV – Algumas afecções originadas no período neonatal			Cap. XVI – Algumas afecções originadas no período neonatal
Cap. XVI – Sintomas, sinais e afecções mal definidas			-
-			Cap.XVIII – Sintomas,sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial
Cap. XVII – Lesões e Envenenamentos			Cap. XIX – Lesões e Envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas.
-			Cap. XX – Causas Externas de Morbidade e Mortalidade
Contato com serviços de saúde			Cap. XXI – Contato com serviços de saúde
TOTAL			

Fonte: MS/SUS/DATASUS.

3. INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Município _____

	1996	2005
Internações Ocorridas		
. Residentes do município		
. Residentes outros municípios		
Taxa de Invasão		
Internações de Residentes		
Ocorridas no município		
Ocorridas em outros municípios		
Taxa de Evasão		

4. DADOS RELATIVOS À ESTRUTURA

Município _____

UNIDADES DE SAÚDE / ANO		1996			2005
U.B.S	Posto Saúde				
	Centro Saúde Centro de Nutrição				
Consultórios	Médicos Enfermagem Odontológicos				
Laboratório de Análises Clínicas					
Hospitais	Públicos				
	Conveniados				
	Total				
Capacidade Instalada Hospitalar	Leitos:				
	Clínica Médica				
	Clínica Cirúrgica				
	Clínica Gineco-Obstétrica				
Capacidade Instalada Hospitalar	Clínica Pediátrica				
	Total				
Recursos Humanos	Médicos Enfermeiras Dentistas Farmaceuticos Nutricionistas Assistente Social Terapeuta Ocupacional Contador Psicólogo Operador de Raio-X Atendentes de enfermagem Auxiliares Enfermagem Visitadores Sanitários Aux. Patologia Clínica Atendentes Cons. Dentário Agente Com. Saúde Orientadores de Saúde Aux. Administrativos Aux. Serviços Gerais Cozinheiros Vigilantes Motoristas				

5. DADOS RELATIVOS À PRODUÇÃO DE SERVIÇOS / RESOLUTIVIDADE

Município _____

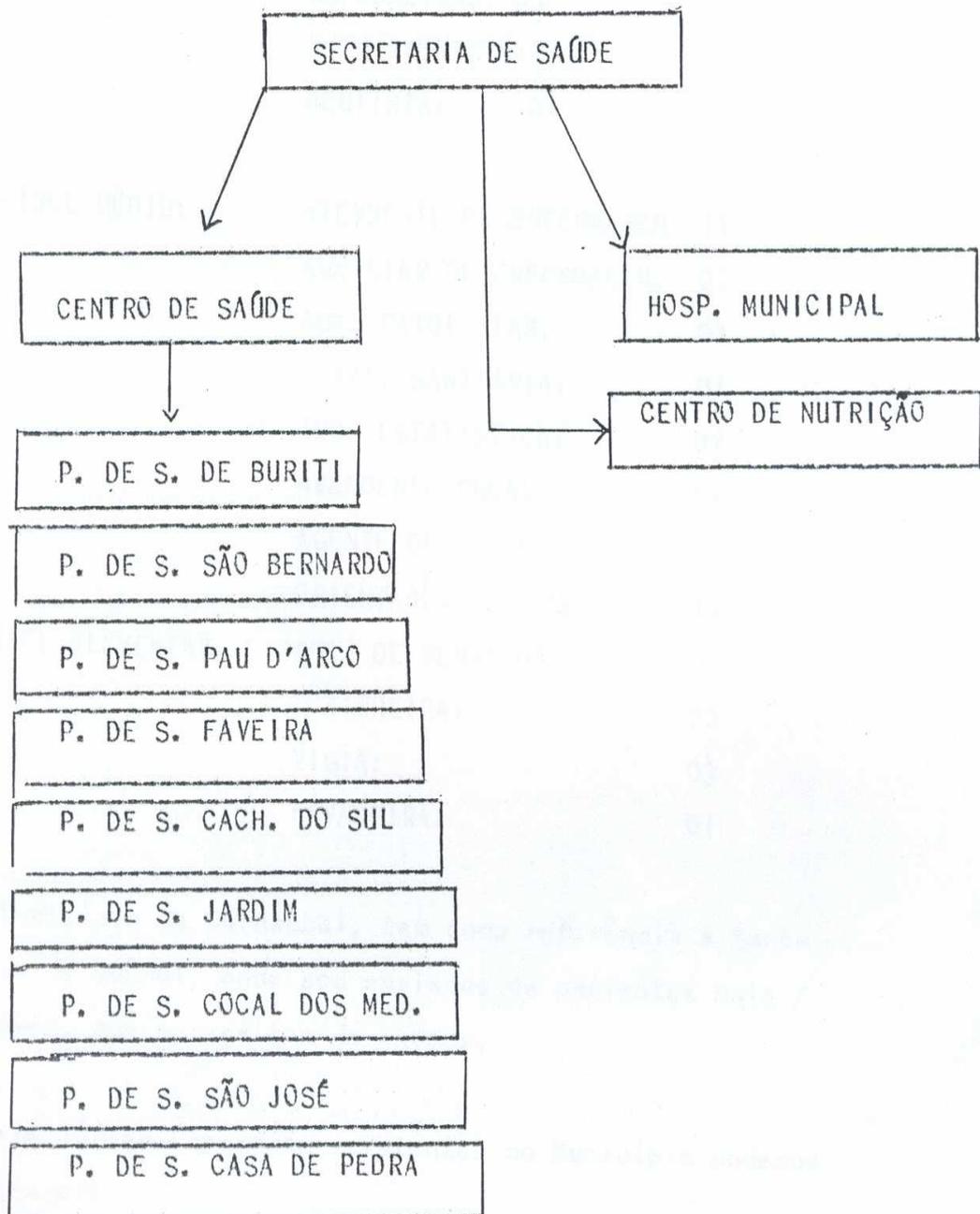
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO / ANO		1996		2005	
		Número	%	Número	%
SIAB	Vacinas: . 3ª dose Sabin . 3ª dose DPT . Sarampo. BCG . 3ª dose Hepatite B. 3ª dose Tetravalente (DPT/Hib)				
SINASC	Nascidos Vivos (Residência) Pré-Natal (7 ou mais consultas) Cesarianas Baixo Peso ao Nascer Gravidez < 20 anos Ocorrência do Parto . Domiciliar . Hospitalar				
SIM	Óbitos totais Óbitos Infantis Gravidez, Parto e Puerpério D. Ap. digestivo D. Ap. Circulatório D. Ap. Genito-Urinário D. Infeciosas e Parasitárias Neoplasias Lesões e Envenenamentos e outras conseq. causas externas Óbitos por Causas Mal Definidas				

ANEXOS

ANEXO A

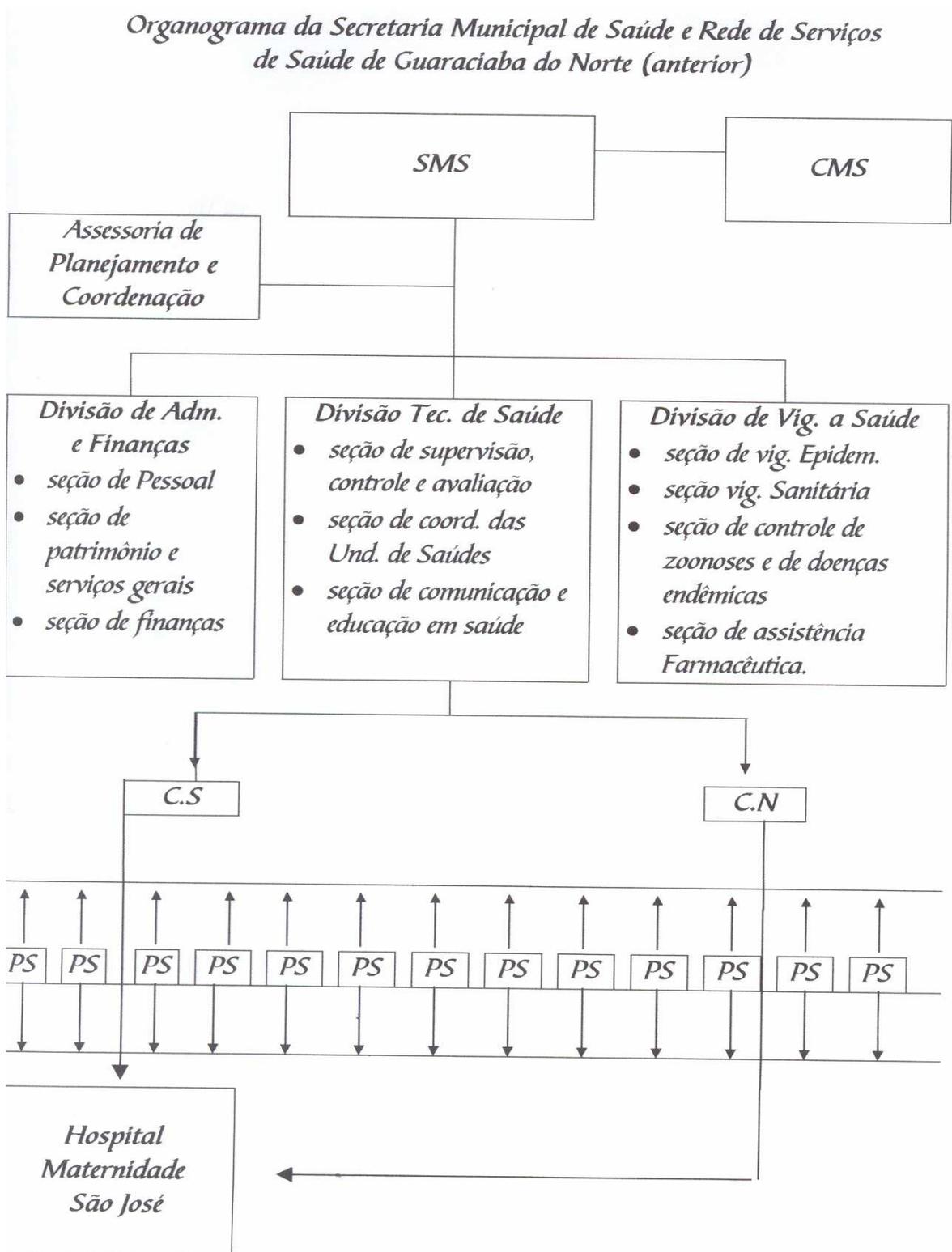
Organograma da Secretaria de Saúde de Carnaubal em 1996.

O SISTEMA DE SAÚDE EM CARNAUBAL OBEDECE ASSIM A SEGUINTE ORGANIZAÇÃO:



ANEXO B

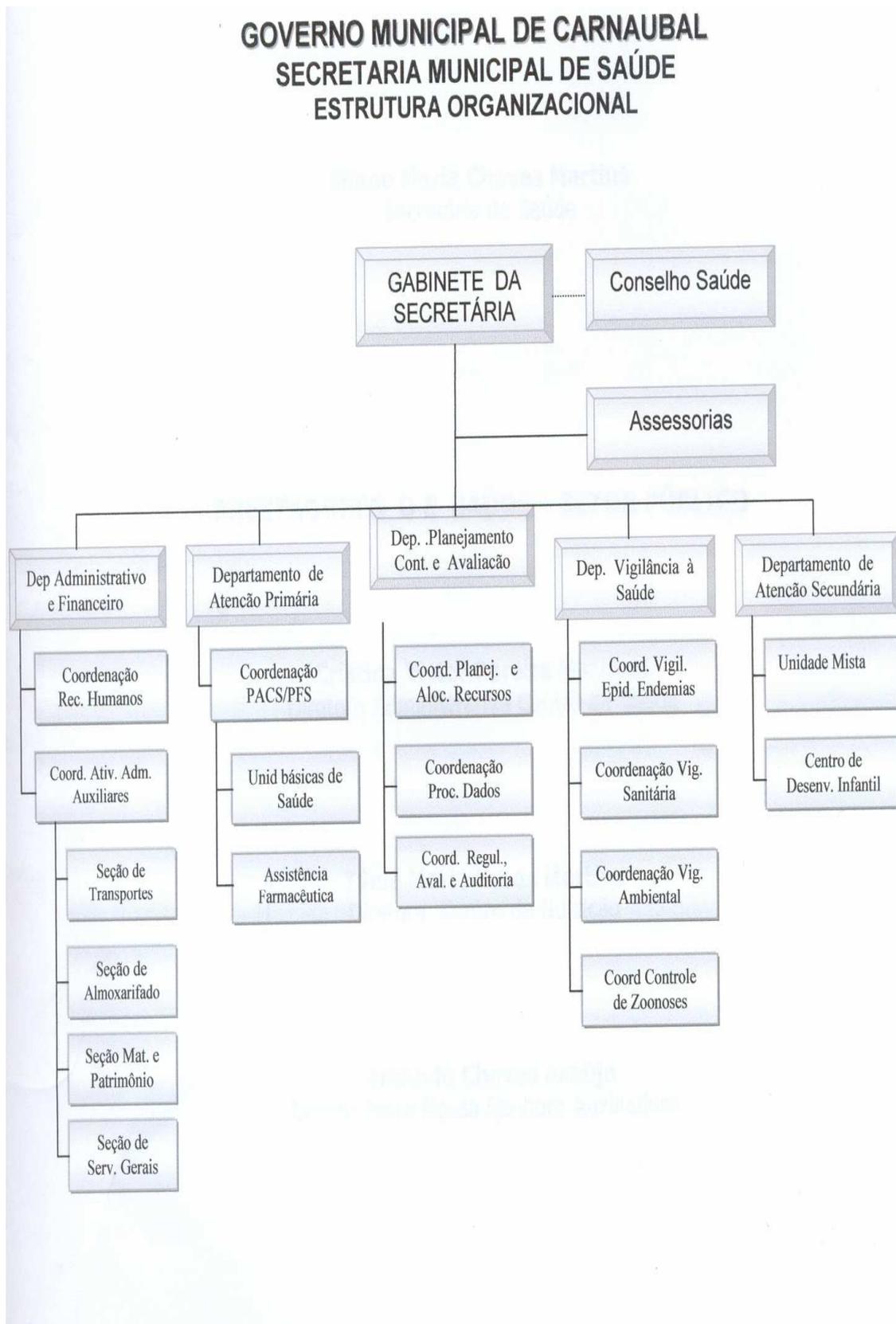
Organograma da Secretaria de Saúde de Guaraciaba em 1996



O organograma da Secretaria Municipal de Saúde passou por uma reformulação pela necessidade de entrar no novo sistema de gestão, de acordo com a NOAS/2001

ANEXO C

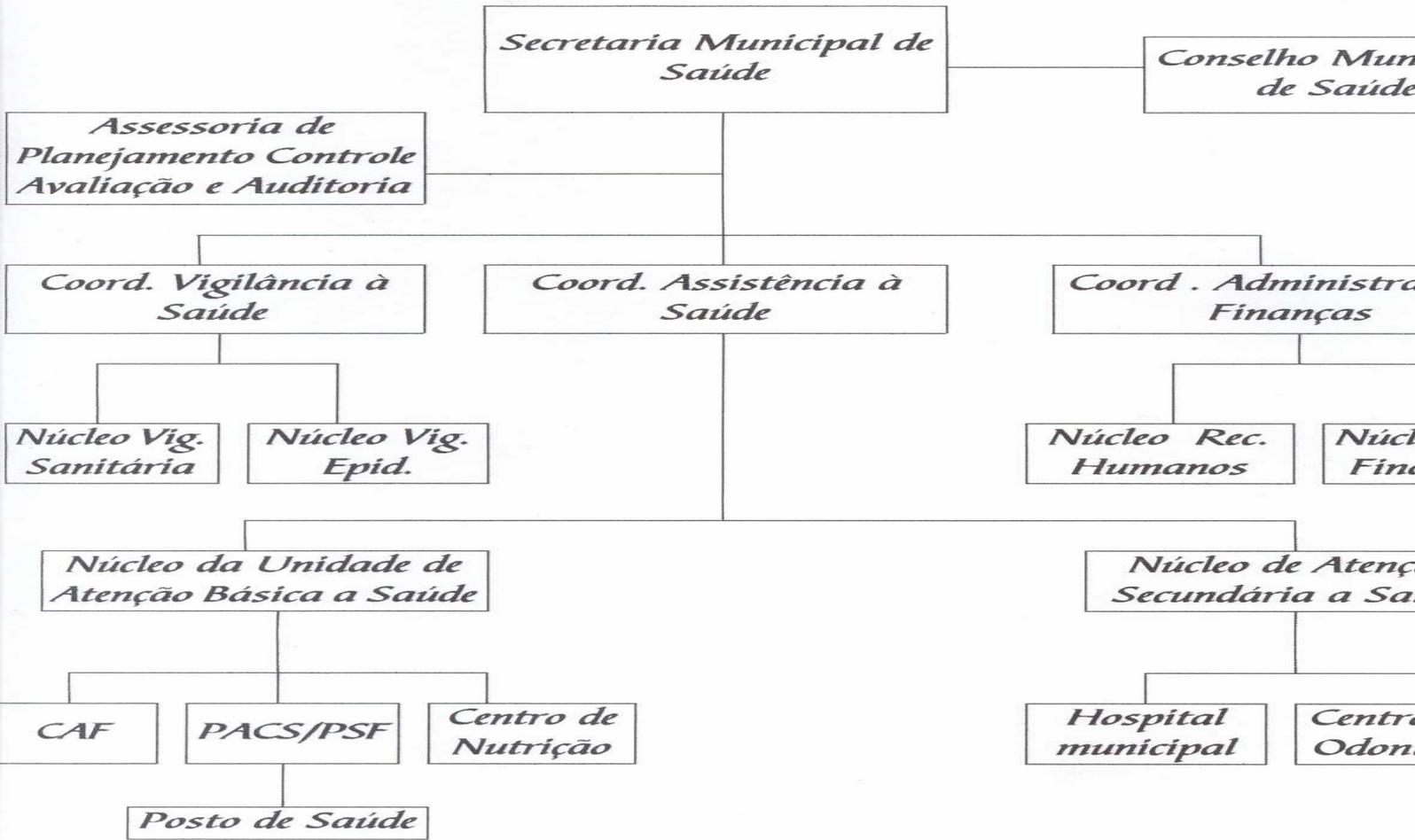
Organograma da Secretaria de Saúde de Carnaubal em 2005.



ANEXO D

Organograma da Secretaria de Saúde de Guaraciaba em 2005.

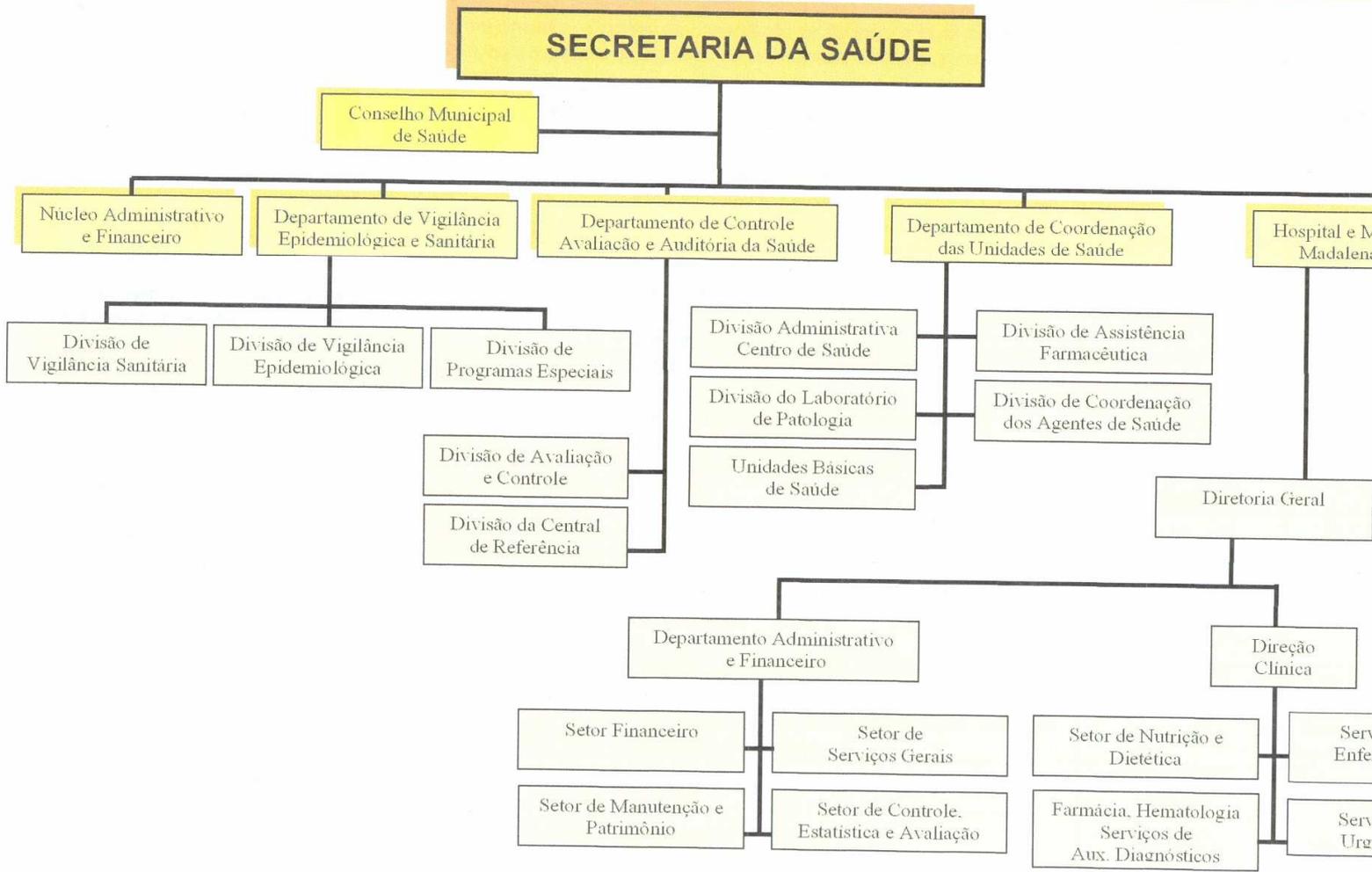
Organograma da Secretaria Municipal de Saúde e Rede de Serviços de Saúde de Guaraciaba do Norte (novo organograma)



ANEXO E

Organograma da Secretaria de Saúde de Tianguá em 2005.

ORGANOGRAMA DA SECRETARIA DA SAÚDE



Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)